

5 RESULTADOS

Estruturaram-se os resultados da presente pesquisa por meio de dois manuscritos de acordo com as normas de submissão aos autores das revistas selecionadas e conforme acesso dessas normas em outubro de 2014.

Esses manuscritos foram configurados para alcançarem os objetivos estabelecidos nesse trabalho e, assim, analisar a utilização dos medicamentos por idosos do município de Aiquara/BA.

Apresentam-se com a seguinte titulação e periódico a ser submetido:

MANUSCRITO 1: Perfil da automedicação em idosos - Submetido a **Ciência e Saúde Coletiva**.

MANUSCRITO 2: Análise farmacoterapêutica e fatores associados à polifarmácia em idosos - Submetido a Revista Científica **Cadernos de Saúde Pública**.

5.1 MANUSCRITO 1: PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO EM IDOSOS

Perfil da automedicação em idosos

Aspects of self-medication in elderly

Alessandra Santos Sales ^I

Cezar Augusto Casotti ^{II}

RESUMO

Analisou-se a prática da automedicação entre idosos de um município de pequeno porte por meio de estudo epidemiológico transversal de base populacional. Foram entrevistados 272 idosos residentes na zona urbana de Aiquara/Bahia. Utilizou-se na análise o teste de qui-quadrado de Pearson e posteriormente a regressão Logística. A prevalência de automedicação foi de 31,6% com média de 3,1 medicamentos por idosos. Os princípios ativos mais usados pelos idosos pertenciam aos sistemas cardiovascular (20,5%), musculoesquelético (18,5%) e nervoso (17,6%). Conclui-se que a prevalência de automedicação é elevada entre os idosos de Aiquara-BA, sem fatores associados em última análise. Os antiinflamatórios, analgésicos e agentes que atuam no sistema renina-angiotensina são os medicamentos mais utilizados na automedicação.

Palavras-chave: automedicação; saúde do idoso; uso de medicamento.

RESUMO

Examined whether the self-medication by the elderly in a small town through cross-sectional epidemiological population-based study. 272 elderly residents were interviewed in the urban area of Aiquara/Bahia. It was used in the analysis the chi-square test of Pearson and later the Logistic regression. The prevalence of self-medication was 31,6 % with an average of 3,1 drugs per elderly. The most frequently used drug category was cardiovascular (20,5%), musculoskeletal (18,5%) and nervous (17,6%). We conclude that the prevalence of self-medication is high among the elderly Aiquara -BA, without associated factors ultimately. The anti-inflammatory, analgesic and agents that act on the renin-angiotensin system are the drugs most used in self-medication.

Keywords: self-medication; health of the elderly; drug utilization.

INTRODUÇÃO

A automedicação é uma prática largamente disseminada com estreita relação com o fator cultural e traduzida pelo uso de medicamento sem prescrição, orientação e, ou acompanhamento médico ou de dentista¹ em que a familiaridade com o medicamento, dificuldade de acesso e experiência positiva anterior podem contribuir para a sua prática².

No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de medicamentos evidenciam o uso crescente com a idade, tanto em pequenos povoados do interior³ como em grandes centros urbanos⁴. A automedicação tem se tornado uma prática comum em todo o mundo. No Brasil, quase um terço da população (32%) pratica a automedicação⁵ com prevalência de 37,4% entre os idosos de uma cidade no Nordeste⁶. Nos Estados Unidos a automedicação ocorre em 42% da população obtida no estudo⁷.

Os idosos por conviverem com problemas crônicos de saúde utilizam com frequência os serviços de saúde e, assim, são consumidores desse grande número de medicamentos, que embora necessários em muitas ocasiões, quando mal utilizados podem desencadear complicações sérias para a saúde e aumento dos custos individuais e governamentais⁸.

O maior consumo de medicamentos se constitui num dos itens mais importantes na atenção à saúde do idoso^{9,10}, com inegáveis ganhos terapêuticos. Contudo, eles passaram a ser utilizados amplamente de forma indiscriminada e irracional, seguindo uma lógica de mercado⁸. Somado a prática da automedicação, a inadequada utilização de medicamentos demanda, cada vez mais, a racionalidade da terapêutica medicamentosa¹¹.

Apesar de constituir prática que pode facilitar o manejo de problemas de saúde mais simples¹² e que podem aliviar a sobrecarga dos serviços de saúde, pode também acarretar em piora de agravos a saúde, dificultar o tratamento adequado e a ocorrência de eventos adversos a saúde².

Em conformidade com tais fatores, o não cumprimento generalizado das normas de comercialização dos medicamentos sujeitos à prescrição, a alta frequência de propagandas através da mídia eletrônica e o entendimento de que a automedicação é de pouca importância podem estar tornando essa prática numa opção ao refletir as carências e hábitos culturais de nossa sociedade¹.

No Brasil, há uma carência de pesquisas de base populacional sobre utilização de medicamentos principalmente em idosos residentes em municípios de pequeno porte, com a característica de amplo acesso aos serviços de atenção básica a saúde por meio das ESF e

medicamentos pactuados e ofertados gratuitamente. Estas particularidades podem conduzir a uma caracterização do uso de medicamentos de forma diferenciada das cidades de médio e grande porte. Desta forma, o objetivo do presente estudo foi investigar a automedicação, em termos de estimar a prevalência, identificar os medicamentos utilizados e os fatores associados a automedicação em idosos residentes em comunidade do município de Aiquara/BA.

MÉTODOS

A presente investigação é um estudo epidemiológico, transversal, de base populacional, junto a idosos com 60 anos ou mais residentes no perímetro urbano do município de Aiquara-BA.

Aiquara situa-se na região centro-sul do estado da Bahia, tem população estimada de 4.790 habitantes¹³, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,583¹⁴, Índice de Gini de 0,35, índice de pobreza 47%¹⁵ e PIB *per capita* de R\$5.579,58¹⁶.

A população de estudo foi identificada por meio de um censo conduzido pela equipe do projeto no mês de fevereiro de 2014. Inicialmente obteve-se na única Estratégia de Saúde da Família (ESF) da zona urbana, a relação das pessoas com 60 anos ou mais de idade cadastradas. Em seguida, para confirmar a informação, procedeu-se visita a todos os domicílios da zona urbana com o objetivo de identificar idosos não cadastrados.

Foram critérios de inclusão no estudo: apresentar 60 anos ou mais de idade, residir em domicílio da zona urbana, não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica que impedisse a compreensão do questionário e dormir mais de quatro dias por semana na residência onde foi realizada a entrevista. Idosos não localizados no domicílio, após três tentativas, em dias e horários diferentes, foram considerados perdas.

A unidade de análise foi medicamentos, e a automedicação foi a variável dependente dicotomizada em sim e não. Considerou-se como automedicação o consumo referido de medicamentos sem prescrição por profissional habilitado nos últimos sete dias¹⁹.

O número de medicamentos que habitualmente ingeriam foi contabilizado a partir dos citados pelos idosos com apresentação, quando possível, da embalagem e receita médica, minimizando viés de memória do entrevistado e eventuais erros de anotação do entrevistador.

Os princípios ativos presentes em cada especialidade foram identificados e classificados de acordo com o ATC - *Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD*

Index), elaborado pelo *World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology*²⁰, segundo os grupos anatômicos e terapêuticos.

O instrumento de coleta foi dividido em seis blocos: I) informações pessoais e socioeconômicas, II) condições autoreferidas de saúde, III) uso e acesso aos serviços de saúde, IV) funcionalidade, V) avaliação de ansiedade e depressão e VI) medicamentos consumidos.

O questionário foi estruturado com alguns instrumentos validados. Dados demográficos, condições de saúde, acesso ao serviço e sobre uso de medicamentos foram estabelecidos pelo Questionário SABE – Saúde Bem-estar e Envelhecimento²¹; a avaliação da funcionalidade foi estabelecida pela Escala de Atividades Básicas da Vida Diária²² e pela Escala Instrumental de Vida Diária²³; avaliação de ansiedade e depressão foram obtidos pela Escala Geriátrica – GDS15¹⁸ e Inquérito de Beck¹⁷.

As variáveis independentes foram categorizadas em escolaridade: “sem escolaridade” (nunca foi à escola/ sabe ler e escrever o nome) e “com escolaridade” (aqueles com algum grau de instrução); medida autoreferida da cor da pele: “branca” e “não branca” (parda, preta, amarela e indígena); autopercepção de saúde: “excelente/muito boa” e “regular/má”; doenças autoreferidas: “nenhuma doença até três” e “quatro ou mais doenças”; número de consultas: “nenhuma até uma consulta” e “duas ou mais consultas”.

Os dados referentes a atividades básicas e instrumentais da vida diária foram categorizados em independente e dependente (parcialmente ou totalmente dependentes). Essa avaliação corresponde à funcionalidade, determinada a partir de uma escala composta por indicadores de dependência que avaliam as atividades instrumentais (fazer compras, refeição, uso do telefone, viagens, administrar as finanças, trabalho doméstico e tomar os medicamentos adequadamente)²³ e as atividades básicas (continência, vestir-se, tomar banho, alimentação, ir ao banheiro, passar para cama e sair dela) da vida diária²².

Para avaliar a ansiedade utilizou-se o Inquérito de Ansiedade de Beck (BAI)¹⁷. Quem apresentou ansiedade leve, moderada e grave foi determinado como com ansiedade. A depressão foi avaliada por meio da Escala Geriátrica (GDS15)¹⁸. Considerou-se como tendo depressão, o idoso que apresentou depressão ligeira e depressão grave na referida escala. Para as escalas de Atividade Básicas de Vida Diária – ABVD e Instrumentais de Vida Diária – AIVD determinou-se como dependente quando apresentaram ao menos uma função com dependência e independente aqueles que tiveram independência em todas as funções.

Após a coleta dos dados, os mesmos foram digitados em duplicata no programa EPIDATA versão 3.1b para correção de possíveis erros. Após as correções eles foram analisados no programa SPSS.

Inicialmente realizou-se a análise descritiva das variáveis e posteriormente, a análise foi dividida em duas etapas. Na primeira os usuários e não usuários de automedicação foram comparados em relação às covariáveis pelo qui-quadrado de Pearson, considerando $p < \text{igual a } 0,05$ como nível de significância. Posteriormente foi utilizada a regressão Logística. Foram incluídas as variáveis que apresentaram associação com automedicação $\leq 0,20$ no modelo univariado, permanecendo no modelo final apenas aquelas com $p < 0,05$.

Este estudo é parte de projeto maior “Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos” tendo sido submetido e aprovado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 10786212.3.0000.0055).

RESULTADOS

Em Aiquara-BA foram identificados 299 idosos. Destes 8 recusaram participar do estudo, 19 não atenderam aos critérios de elegibilidade, sendo 15 por apresentarem doenças neurológicas prévias e/ou déficits cognitivo e 4 por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos. A população do estudo foi de 272 participantes.

A idade dos idosos variou de 60 a 90, sendo a média de 71,76 (DP=7,8) anos. Entre os idosos 58,8% são do sexo feminino. Quanto à escolaridade, 51,9% são analfabetos ou analfabetos funcionais. Quanto à renda, 88,2% recebiam até um salário mínimo e com relação ao arranjo familiar, 80,5% moravam acompanhados.

A prevalência de automedicação em idosos residentes na zona urbana de Aiquara-BA foi de 31,6% com média de 1,8 (DP 1) medicamentos de automedicação por idosos.

A tabela 1 apresenta a distribuição dos medicamentos por automedicação conforme a classificação anatômica e terapêutica.

Tabela 1. Distribuição de medicamentos por automedicação, conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n	%*
A. Trato alimentar e metabolismo		17,6
A01 Preparações estomatológicas	1	0,5
A02 Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	12	5,7
A03 Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	3	1,4
A07 Antidiarréicos, agentes antiinflamatórios / antiinfeciosos intestinais	1	0,5
A10 Medicamentos utilizados no diabetes	7	3,4
A11 Vitaminas	9	4,2
A12 Suplementos minerais	4	1,9

Classificação (continuação)	n	%*
C. Sistema cardiovascular		27,0
C01 Terapia cardíaca	3	1,4
C02 Anti-hipertensivos	2	1,0
C03 Diuréticos	15	7,1
C07 Betabloqueadores	14	6,7
C08 Bloqueadores dos canais de cálcio	4	1,9
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	17	8,0
C10 Agentes modificadores de lipídeos	2	0,95
M. Sistema musculoesquelético		20,5
M01 Antiinflamatórios e antirreumáticos	25	11,9
M02 Produtos tópicos para dor articular e muscular	2	1,0
M03 Relaxantes musculares	11	5,2
M04 Preparações antigota	2	1,0
M05 Medicamentos para o tratamento de doenças ósseas	3	1,4
N. Sistema nervoso		17,6
N02 Analgésicos	20	9,5
N06 Psicoanalépticos	16	7,6
N07 Outros fármacos com ação no sistema nervoso central	3	1,4
R. Sistema respiratório		6,3
R01 Preparações de uso nasal	3	1,4
R02 Preparações para a garganta	1	0,5
R03 Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas	1	0,5
R05 Preparações para tosse e resfriado	2	1,0
R06 Anti-histamínicos para uso sistêmico	6	2,9
Outros		10,1
B01/B03/B05	6	2,9
D01/D07	2	1,0
G01	1	0,5
H02	3	1,4
L01	1	0,5
S01	8	3,8
Total	210	100

* Percentual calculado sobre o total dos princípios ativos utilizados na automedicação.

Ainda, conforme apresentado na tabela 1, segundo a classificação terapêutica (nível 2), houve maior prevalência de antiinflamatórios e antireumáticos (11,9%); analgésicos (9,5%); agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (8,0%); psicoanalépticos (7,6%); diuréticos (7,1%), betabloqueadores (6,7%); medicamentos para transtornos relacionados à acidez (5,7%) e relaxantes musculares (5,2%).

A tabela 2 apresenta a distribuição dos idosos que se automedicaram segundo a classificação anatômica.

Tabela 2. Distribuição dos idosos que se automedicaram segundo a classificação anatômica (nível 1). Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n (idoso)	%*
A. Trato alimentar e metabolismo	30	34
B. Sangue e órgãos hematopoiéticos	6	6
C. Sistema cardiovascular	36	41
D. Dermatológicos	2	2
G. Sistema genitourinário e hormônios sexuais	1	1
H. Preparados hormonais exceto hormônios sexuais e insulina	3	3
L. Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	1	1

Classificação (continuação)	n (idoso)	%*
M. Sistema musculoesquelético	35	40
N. Sistema nervoso	27	31
R. Sistema respiratório	7	8
S. Órgãos dos sentidos	5	5

* Percentual calculado sobre o total dos idosos que praticavam a automedicação.

Um maior número de idosos praticava a automedicação com o uso de medicamentos cardiovasculares (41%), do sistema musculoesquelético (40%) trato alimentar e metabolismo (34%) e sistema nervoso (31%).

A Tabela 3 apresenta a prevalência da automedicação entre idosos, segundo variáveis analisadas.

Tabela 3. Prevalência automedicação em idosos segundo variáveis analisadas. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variáveis independentes	Total (n=272)	Automedicação			
		n	%	p	RP(IC95%)
Sexo				0,366	
Masculino	112	32	28,6		1,00
Feminino	160	54	33,8		1,181(0,82-1,70)
Faixa etária				0,738	
60-69	117	37	31,6		1,00
70-79	104	35	33,7		1,06(0,73-1,55)
80+	51	14	27,5		0,87(0,52-1,46)
Cor				0,696	
Branca	38	13	34,2		1,00
Não branca	232	72	31		0,907(0,56-1,46)
Escolaridade				0,137	
Com escolaridade	115	42	36,5		1,00
Sem escolaridade	157	44	28		0,767(0,54-1,08)
Renda mensal (SM)**				0,116	
< e igual 1SM	240	72	30		1,00
> 1SM	32	14	43,8		1,45(0,94-2,25)
Arranjo familiar				0,068	
Acompanhado	219	64	29,2		1,00
Sozinho	52	22	42,3		1,44(0,99-2,11)
Plano de saúde				0,134	
SUS	217	64	29,5		1,00
Plano privado	55	22	40		1,35(0,92-1,99)
Percepção atual da própria saúde				0,552	
Excelente/Muito boa	79	23	29,1		1,00
Regular/Má	192	63	32,8		1,12(0,75-1,68)
Percepção de saúde comparada há 1ano				0,579	
Melhor	75	25	33,3		1,00
Igual	108	37	34,3		1,03(0,68-1,55)
Pior	87	24	27,6		0,83(0,52-1,32)
Número de doenças autoreferidas				0,074	
0-3	126	33	26,2		1,00
4+	146	53	36,3		1,38(0,96-1,99)
Dificuldade de acesso ao serviço				0,080	
Não	224	66	29,5		1,00
Sim	47	20	42,6		1,44(0,97-2,13)
Número de consultas no último ano				0,560	
Nenhuma/até 1	76	27	35,5		1,00
2+	167	53	31,7		0,89(0,61-1,30)

Variáveis independentes (continuação)	Total (n=272)	Automedicação			
		n	%	p	RP(IC95%)
Internação no último ano				0,074	
Não	199	69	34,7		1,00
Sim	77	17	23,3		0,67(0,42-1,06)
ABVD				0,133*	
Independente	252	83	32,9		1,00
Dependente parcial ou total	20	03	15		0,45(0,15-1,31)
AIVD				0,006	
Independente	140	55	39,3		1,00
Dependente parcial ou total	131	31	23,7		0,60(0,41-0,87)
BAI				0,141	
Sem ansiedade	231	69	29,9		1,00
Com ansiedade	41	17	41,5		1,38(0,91-2,10)
GDS-15				0,609	
Sem depressão	223	69	30,9		1,00
Com depressão	49	17	34,7		1,12(0,72-1,72)

* Fisher

** Salário mínimo vigente

Conforme observado na tabela 3 a prevalência de automedicação apresentou significância estatística entre idosos independentes na escala AIVD.

Ao realizar a análise multivariada conforme Tabela 4, verificou-se que nenhuma das variáveis estudadas permaneceram associadas à automedicação.

Tabela 4. Análise ajustada de automedicação em idosos segundo modelo de regressão de logística. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variável	Valor de p	OR (IC95%)
AIVD	0,055	0,55 (0,30-1,01)
Internações no último ano	0,089	0,56 (0,28-1,09)
Dificuldade de acesso ao serviço	0,177	1,62 (0,80-3,26)
Número de doenças autoreferidas	0,127	1,57 (0,88-2,80)
Renda	0,196	1,71 (0,75-3,87)
Arranjo familiar	0,096	0,56 (0,28-1,10)
BAI	0,073	2,12 (0,93-4,85)
Plano de Saúde	0,242	1,49 (0,76-2,93)
Escolaridade	0,750	0,90 (0,50-1,64)
ABVD	0,102	0,33 (0,08-1,24)

DISCUSSÃO

A prática da automedicação pode variar em sua prevalência, mas configura-se em um formato universal independentemente do grau de desenvolvimento socioeconômico²⁴. No Brasil, esta prática reflete a evolução histórica da saúde e está fortemente correlacionada a fator cultural. Ela foi facilitada pela função de prático de saúde exercida pelo farmacêutico, que devido à falta de médicos, estimulavam o consumo visando obter maior lucro²⁵.

A literatura não apresenta consenso entre pesquisadores acerca do período recordatório em estudos d/e automedicação. Neste estudo optou-se por adotar critério estabelecido pela

OMS¹⁹, que recomenda período recordatório de uma semana, por ser este utilizado para atenuar o viés de memória principalmente em relação aos medicamentos não prescritos.

Em Aiquara-BA, considerando período recordatório de uma semana, a prevalência de automedicação entre os idosos foi de 31,6%. Estudos que também utilizaram o mesmo período recordatório encontraram resultados contrastantes como o de Santa Rosa-RS, com prevalência de 4%⁹, e Fortaleza-CE onde a prevalência foi de 21,5% para os idosos residentes na área central, 25,6% na zona intermediária e 37,4% na zona periférica⁶. Em Campinas-SP, utilizando período recordatório de três dias a prevalência foi de 8,9%²⁶.

Mesmo que alguns medicamentos empregados na automedicação sejam considerados de venda livre e, portanto, não necessita da obrigatoriedade de receita médica, eles podem apresentar sérios riscos à saúde, principalmente da população idosa, por poder trazer consequências indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascarar doenças evolutivas²⁷.

O acesso aos medicamentos de forma gratuita pode contribuir para um maior uso de medicamentos e a facilidade de acesso por compra também pode interferir em maior prática de automedicação²⁸. Tal aspecto pode ser inferido para o município de Aiquara/BA, locus da pesquisa, por dispor de uma ESF com disponibilidade de oferta de medicamento a população de forma gratuita e a presença de uma farmácia de fácil acesso a população.

A prática da automedicação não deveria ser condenada, tendo em vista que seria socioeconomicamente inviável o atendimento médico para solução de todos os sintomas da população²⁹. Contudo, há que se considerar que o limite entre os benefícios e malefícios dessa prática é muito tênue. A maior parte da população brasileira não está preparada para fazer automedicação responsável³⁰.

De acordo com a caracterização da automedicação em Aiquara/BA, o grupo de medicamentos mais utilizados pelos idosos foram respectivamente antiinflamatórios, analgésicos^{24, 26} e agentes que atuam no sistema renina-angiotensina, sendo os analgésicos os mais consumidos desde a década de 80 no Brasil e em estudos internacionais²⁷.

No Brasil na cidade de Goiânia-GO³¹, achados de alta prevalência de medicamentos dentro do grupo cardiovascular também concordam com o presente estudo que apresentou, diante da classificação anatômica do ATC, o grupo anatômico cardiovascular como o mais prevalente na prática de automedicação e entre a maior parte dos idosos.

Depreende-se desse fato que esse grupo farmacológico apresenta medicamentos que foram prescritos em momentos anteriores, representados por uma automedicação realizada através de receitas antigas ou pela aquisição sem receita, principalmente como uma prática que pode ocorrer em município de pequeno porte pela facilidade de compra na farmácia. Para

Leite et al.³², uma das formas mais relatadas de "indicação" (automedicação) do medicamento para sua utilização é uma prescrição médica para um episódio anterior.

Tal fato é considerado prejudicial e preocupante, uma vez que, com exceção dos analgésicos, os demais medicamentos mais utilizados na automedicação são tarjados e requerem receita médica atual no ato da compra, sendo utilizados para agravos que necessitam de acompanhamento e que podem sem controle sistemático, acarretar outros problemas de saúde.

A maioria dos estudos descreve o uso mais frequente de automedicação entre as mulheres sendo justificado pela tendência de direcionarem maiores cuidados à saúde³³. Essas são consideradas mais vulneráveis a alterações no estado de saúde como quedas, múltiplas doenças, obesidade, pobreza, dependências diversas e, conseqüentemente, ao uso de múltiplos medicamentos³⁴.

Assim como o estudo realizado em Campinas²⁶, apesar de um pouco maior ser a prevalência de automedicação nas mulheres com 33,8% quando comparadas aos homens com 28,6%, não houve associação significativa em relação ao sexo.

Dados sobre renda relacionados a automedicação apresentou maior prevalência, ainda que não muito diferenciada, para a população com mais de um salário mínimo estando em conformidade com os estudo em Campinas²⁶.

É apontada também a influência da idade³⁴ no uso de medicamentos de forma inconclusiva. Segundo o autor, alguns trabalhos mostraram que a automedicação em idosos não é afetada pela idade ou podem demonstrar aumento ou ainda diminuição.

Neste estudo, apenas a independência das atividades de vida diária associou-se a automedicação em primeira análise, mas nenhuma das variáveis analisadas apresentou associação com a automedicação no modelo final.

Entre os idosos, a perda da capacidade em atividades diárias está associada à predição de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade³⁵.

Pode-se entender que as pessoas independentes funcionalmente têm mais autonomia sobre si e sobre suas decisões a respeito dos medicamentos que ingere. Assim, para aquelas dependentes, o auxílio necessário e/ou a presença de um cuidador, pode estar interferindo positivamente em evitar o uso de medicamentos não prescritos.

Não houve associação em última análise com a automedicação o que pode conduzir ao entendimento de que os idosos dessa população apresentam uma razão de chance semelhante entre si ao praticar a automedicação. Com isso, ressalta-se que possíveis intervenções tornar-

se-ão facilitadas visto que, não há necessidade de direcionamento para grupos específicos frente ao quadro de homogeneidade encontrado. Essa característica ainda pode denotar que para os idosos do município, o uso de fármacos de venda livre assim como de uso crônico sem receita é uma prática comum e que o serviço de saúde tem influenciado positivamente para um menor uso de medicamentos autoprescritos.

Numa conformação de município de pequeno porte, o município de Aiquara/BA possui uma Estratégia de Saúde da Família com 100% de cobertura populacional. Segundo determinados autores, este aspecto pode contribuir em conjunto com um atendimento adequado à saúde, para redução dos riscos de efeitos adversos e potenciais agravos que o uso irracional de medicamentos pode gerar à saúde²⁸.

Como limitações do estudo há que se considerar a falta de estudos com municípios de pequeno porte e com mesmo período recordatório que incluíssem as variáveis desse estudo, não foi possível maiores comparações de dados. Apresenta limitações de diferenças metodológicas no que dizem respeito aos diferentes períodos recordatórios, categorizações, modelos de atenção de saúde, além das próprias características demográficas, sociais e culturais ligadas ao consumo de medicamentos.

Destaca-se ainda que para controlar vieses adotou-se período recordatório de sete dias e a solicitação dos medicamentos e receitas durante a entrevista além do treinamento dos entrevistadores. E, diante desses motivos deve-se estimular o desenvolvimento de bases nacionais sobre o uso de medicamentos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente trabalho, foi observada alta prevalência de automedicação com associação em primeira análise entre os idosos considerados independentes funcionalmente. Não houve associação à automedicação considerando a regressão logística. Diante desses resultados, percebe-se que a população é homogênea quanto aos fatores analisados diante da automedicação. Assim, os idosos praticam automedicação independentemente de cor, renda, ter plano privado de saúde, autopercepção de saúde, acesso ao serviço, escolaridade, sexo, grau de dependência nas atividades diárias, presença de ansiedade ou depressão.

Ainda, encontrou-se que parte dos medicamentos em maior uso de automedicação e pelo maior número de idosos foi os cardiovasculares, não sendo de venda livre e que, portanto, necessitariam de receita médica.

Percebe-se que o cenário apresentado da automedicação assemelha-se ao perfil de agravos mais prevalentes na população brasileira com referência às doenças crônicas e não conforme orienta a OMS em que a automedicação é também uma prática de autocuidado presente em indicação de males ou sintomas clínicos menores com uso dos medicamentos isentos de prescrição.

Novos estudos são necessários para permitir uma compreensão mais profunda dos mecanismos envolvidos nessa prática. Proposições de gestores ao uso racional na prescrição médica e utilização do medicamento pelo usuário do serviço; fiscalização das farmácias para correta obrigatoriedade de dispensação mediante receita dos devidos medicamentos; ênfase na educação popular em saúde e programas específicos de atenção a saúde do idoso para além do tratamento das doenças crônicas, são estratégias válidas na minimização dos riscos advindos da inadequada utilização dos medicamentos.

COLABORADORES

SALES AS realizou a concepção do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. CASOTTI CA colaborou com a redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretária de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de medicamentos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
2. Bortolon PC et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008;13(4):1219-26.
3. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saúde Pública*. 1989;23:143-51.
4. Barros MBA. *Saúde e Classe Social: Um Estudo sobre Morbidade e Consumo de Medicamentos*. [Tese de Doutorado] Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1983.
5. Aquino DS da. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciênc Saúde Coletiva* 2008;13(suppl):733-736.
6. Coelho Filho JM et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos. *Rev Saúde Pública* 2004;38(4):557-64.

7. Qato DM, Alexander GC, Conti RM, Johnson M, Schumm P, Lindau ST. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. *JAMA* 2008; 300:2867-78.
8. Marin MJS et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família *Cad. Saúde Pública* 2008;24(7):1545-1555.
9. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008;24(6):1439-46.
10. Ribeiro AQ. et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública* 2008;42(4):724-32.
11. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003;19:717-24.
12. WHO. The role of the pharmacist in self-medication and self-care. Genebra: WHO; 15p. [WHO/DAP/09.13], 1998.
13. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Estimativa da População 2011-2014. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
14. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Brasília.
15. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
16. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2011. Disponível em: <[http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
17. Gorenstein C, Andrade L. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.139.
18. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10):858-865.
19. World Health Organization (2004) *How to investigate the use of medicines by consumers*. Suíça: WHO/ Univ. Amsterdam.
20. WHO. World Health Organization. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2014. [site na Internet]. [acessado 2014 jan 5]. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/> World.
21. Lebrão M L, Duarte YAO. SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.255

22. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185(12):914-9.
23. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da Escala de AIVDs. *RBPS* 2008; 21(4):290-296.
24. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(1):75-85.
25. Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. *Rev Assoc Med Bras* 1988;34:69-75.
26. Oliveira MA et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro 2012;28(2):335-345.
27. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997;31(1):71-7.
28. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Self-medication in low-income adults in Southeastern Brazil. *Rev. Saúde Pública* 2010;44(6):1039-1045.
29. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(1):43-9.
30. Pelicioni AF. *Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da região metropolitana de São Paulo, 2001-2002*. [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005. 112p.
31. Santos TRA et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013;47(1):94-103.
32. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008, 13(suppl):793-802.
33. Silva JAC et al. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. *Rev Bras Clin Med*. São Paulo, 2013 jan-mar;11(1):27-30
34. Loyola Filho AI et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):545-553.
35. Guimarães LH de CT et al. Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista Neurociências* 2004;3(12):131-4.

5.2 MANUSCRITO 2: ANÁLISE FARMACOTERAPÊUTICA E FATORES ASSOCIADOS À POLIFARMÁCIA EM IDOSOS

Análise farmacoterapêutica e fatores associados à polifarmácia em idosos

Pharmacotherapeutic analysis and factors associated with polypharmacy in the elderly

Análisis farmacoterapéutico y los factores asociados a la polifarmacia en los ancianos

Alessandra Santos Sales ^I

Cezar Augusto Casotti ^{II}

RESUMO

Analisar medicamentos utilizados e fatores associados à polifarmácia em idosos. Estudo transversal, censitário realizado com 272 idosos de Aiquara-BA. Destes, 53,3% usam apenas medicamento prescrito e 31,6% pelo menos um medicamento não prescrito dos 858 utilizados. Prevalência polifarmácia foi 29%. Fatores associados polifarmácia na regressão Logística: sexo feminino (OR=2,20;IC95%:1,11-4,35), plano privado saúde (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), ter 4/mais doenças autoreferidas (OR=3,18;IC95%:1,60-6,29), autoavaliar a saúde regular/má (OR=2,20;IC95%:0,98-4,94), e ser internado último ano (OR=2,34;IC95%:1,18-4,65). Medicamentos cardiovasculares foram mais utilizados na polifarmácia (n=205; 34,9%). A polifarmácia e os fatores associados confirmam importância dos medicamentos na atenção à saúde do idoso.

Palavra chave: saúde do idoso; uso de medicamentos; farmacovigilância; polimedicação.

ABSTRACT

Analyze drugs used and associated with polypharmacy in elderly people. Cross-sectional study, conducted with 272 elderly census of Aiquara-BA. Of these, 53.3% use only prescribed medication and 31.6% at least one medication not prescribed for 858 used. Polypharmacy prevalence was 29%. Associated with polypharmacy in Logistic regression factors: female gender (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), private health plan (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), having 4/more diseases self-reported (OR=3,18;IC95%:1,60-6,29), self-Evaluate the regular/poor health (OR=2,20;IC95%:0,98-4,94), being hospitalized last year (OR=2,34;IC95%:1,18-4,65). Cardiovascular drugs were most commonly used in polypharmacy (n=205; 34.9%). Polypharmacy and associated factors confirm the importance of medicines in health care for the elderly.

Keywords: health of the elderly; drug utilization; pharmacovigilance; polypharmacy.

RESUMEN

Analizar los fármacos utilizados y asociados a la polifarmacia en las personas de edad avanzada. Estudio transversal, censo realizado con 272 ancianos de Aiquara -BA. De éstos, el 53,3% sólo uso prescribe la medicación y 31,6 % por lo menos un medicamento no recetado a 858 utilizado. La polifarmacia prevalencia fue del 29%. Factores asociados a la polifarmacia

en regresión logística: sexo femenino ((OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), plan privado de salud (OR=2,18;IC95%:1,05-4,55), tener 4/más enfermedades autoreferidas (OR=3,18;IC95%:1,60-6,29), autoevaluación de salud regular/mala (OR=2,20;IC95%:0,98-4,94), está hospitalizado el año pasado (OR=2,34;IC95%:1,18-4,65). Los medicamentos cardiovasculares fueron los más comúnmente utilizados en la polifarmacia (n=205; 34,9%). La polifarmacia y los factores asociados confirman la importancia de los medicamentos en la atención de salud para los ancianos.

Palabras clave: salud del anciano; utilización de medicamentos; farmacovigilancia; polifarmacia.

INTRODUÇÃO

A exposição a múltiplos fármacos, o uso de mais medicamentos do que está clinicamente indicado¹ ou consumo de 5 ou mais medicamentos² é reconhecido como polifarmácia. Possui etiologia multifatorial, sendo maior em indivíduos com doenças crônicas e manifestações clínicas decorrentes do envelhecimento³.

O aumento das camadas de mais idade tem modificado de forma significativa a pirâmide etária e coloca o idoso no foco das atenções dos serviços públicos e da sociedade⁴. Esse aumento segue tendência já ocorrida em países desenvolvidos, trazendo mais desafios aos serviços e profissionais de saúde⁵, ao gerar novas demandas sociais, econômicas e sanitárias⁶.

Por conviver com problemas crônicos de saúde, os idosos são consumidores de grande número de medicamentos⁷, que embora necessários, quando mal utilizados, podem desencadear complicações sérias para a saúde e aumento dos custos individuais e governamentais⁸. Apesar dos benefícios da terapêutica medicamentosa, é crescente seu uso de forma irracional e indiscriminada⁹.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados de forma inadequada e 50% dos pacientes tomam medicamentos de maneira incorreta levando a alto índice de morbidade e mortalidade. Acrescenta que os tipos mais comuns de uso irracional de medicamentos estão relacionados às pessoas que utilizam polifarmácia, ao uso inapropriado de antibiótico e de medicamento injetável, a automedicação e a prescrição em desacordo com as diretrizes clínicas¹⁰.

No Brasil, como na maioria dos países, os medicamentos se apresentam como o principal agente tóxico, respondendo por aproximadamente 28% dos casos de intoxicação humana registrada anualmente¹¹. No campo dos medicamentos prescritos, entre os idosos o aumento de déficits cognitivos e visuais dificulta o reconhecimento do medicamento e

adequado cumprimento da prescrição terapêutica. Muitas vezes a presença de doenças concomitantes e o consumo simultâneo de um maior número de fármacos, aumentam a probabilidade de ocorrência de reações adversas e interações medicamentosas¹².

Estudos realizados com idosos identificou que o consumo médio de medicamentos é maior entre os idosos que vivem sem companheiro (a) e do sexo feminino¹³ e como fatores associados a polifarmácia estavam o sexo feminino¹⁴, a baixa escolaridade e a pior auto-avaliação da saúde¹⁵.

Considerando a carência de estudos farmacoepidemiológicos de base populacional com idosos, o elevado e crescente consumo de medicamentos com a idade¹⁶, a importância do correto uso de medicamentos para melhoria das condições de vida e saúde destes indivíduos, bem como os agravos advindos da polifarmácia, este estudo objetivou estimar a prevalência e investigar os fatores associados á polifarmacia, bem como identificar os medicamentos mais utilizados por idosos residentes em Aiquara/BA.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico transversal, censitário, realizado com pessoas de 60 anos ou mais, não institucionalizadas, residentes na zona urbana do município de Aiquara-BA. O município possui população estimada de 4.790 habitantes¹⁷ com 357 idosos moradores da zona urbana, Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,583¹⁸, Índice de gini de 0,35¹⁹, Índice de pobreza 47%¹⁹ e PIB *per capita* de R\$5.579,58²⁰.

Foram critérios de inclusão no estudo apresentar 60 anos ou mais de idade, residir na zona urbana, não apresentar déficit auditivo, cognitivo e/ou doença neurológica que impedisse a compreensão do questionário, dormir quatro dias ou mais por semana no domicílio onde foi realizada a entrevista. Quando havia no domicílio um cuidador responsável pelos medicamentos do idoso foi permitida a presença do cuidador quando o idoso respondia as questões relativas aos medicamentos o que ocorreu com apenas três idosos. Excluiu-se do estudo idosos não localizados em seu domicílio após três tentativas em dias e horários diferentes.

A pesquisa foi realizada em fevereiro de 2014, após estudo piloto, através de visitas nos domicílios. Os idosos residentes na sede do município foram identificados por meio de um censo completo da cidade em sua zona urbana, realizado por pesquisadores padronizados.

A variável de interesse do estudo foi a polifarmácia (variável dependente), definida como o consumo de cinco ou mais medicamentos² e categorizada em presença (sim) ou ausência (não) de sua prática pelos idosos.

Para a avaliação do número de medicamentos habitualmente consumidos citados pelos idosos procedeu-se à apresentação, quando possível, da embalagem e receita médica minimizando viés de memória do entrevistado e eventuais erros de anotação do entrevistador.

Na classificação dos medicamentos, após sua identificação e desdobramento nos seus princípios ativos, empregou-se o código ATC²⁷ - Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD Index), elaborado pelo World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, segundo o grupo anatômico e terapêutico. Para as medicações com mais de um código, foi verificado o motivo de uso autoreferido e feita à devida classificação.

Foram utilizados instrumentos validados para coleta de dados sociodemográficos, de condições de saúde, acesso ao serviço e uso de medicamentos (questionário do Projeto Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento na América Latina e Caribe SABE²¹); presença de indicativo de ansiedade (Inquérito de Ansiedade de Beck – BAI²² e Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD²³); de depressão (Escala de depressão geriátrica - GDS-15²⁴ e HAD²³) e dependência/independência nas atividades de vida diária (escala de Katz – ABVD²⁵ e escala de Lawton e Brody – AIVD²⁶).

Na HAD a partir de 8 pontos considerou-se indicativo de depressão e também ansiedade uma vez que, a referida escala comporta os dois parâmetros. No BAI quem apresentou “ansiedade de leve a moderada” (11 a 19 pontos), “moderada a grave” (20 a 30 pontos) e “grave” (31 a 63 pontos) foi determinado como com ansiedade e quem teve escore para “ausência de ansiedade ou mínima” foi considerado como sem ansiedade. Na GDS-15 (de 6 a 15 pontos) a avaliação de “depressão ligeira” e “depressão grave”, classificaram-se como com depressão. Para a ABVD e AIVD foi considerado como sendo “dependente” quando apresentaram pelo menos uma função com dependência e “independente” aqueles que tiveram independência total.

As variáveis independentes que sofreram categorização foram: etnia autodeclarada branca ou não branca (parda, negra, indígena e amarela); arranjo familiar mora acompanhado ou sozinho; escolaridade sem escolaridade (nunca foi a escola, lê e escreve o nome) e com escolaridade (fundamental I, II, ensino médio e superior); renda menor que um salário mínimo e maior/igual; autopercepção da saúde excelente/muito boa e regular/má; indicativo de depressão na GDS15 com depressão (depressão ligeira e depressão grave) e sem depressão; depressão e ansiedade na HAD em com depressão (possível e com depressão), com ansiedade

(possível e com ansiedade), sem depressão e sem ansiedade; ansiedade no BAI em com ansiedade (ansiedade leve, moderada e grave) e sem ansiedade (ausência ou ansiedade mínima); paras as escalas de ABVD e AIBD igualmente determinou-se em independente e dependente (com ao menos uma função com dependência).

O banco de dados foi digitado em duplicata no programa EPIDATA versão 3.1b, para correção de possíveis erros e exportados para análise no SPSS 21,0 (SPSS Inc., Chicago, IL.).

Para apreciação dos dados realizou-se análise das frequências e bivariada por meio do teste do qui-quadrado, com nível de significância 5%. Em seguida, realizou-se análise múltipla pela regressão Logística, sendo os intervalos de confiança de 95%. No modelo múltiplo, o critério para inclusão foi associação na análise bivariada com a polifarmácia, em nível $\leq 0,20$. Permaneceram no modelo as variáveis com $p < 0,05$.

O estudo faz parte de projeto maior intitulado Condições de Saúde e Estilo de Vida em Idosos, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CAAE 10786212.3.0000.0055).

RESULTADO

Em Aiquara-BA identificou-se 299 idosos. Destes, oito recusaram participar do estudo, dezenove não atenderam os critérios de elegibilidade, sendo quinze por doenças neurológicas e déficit cognitivo, quatro por problemas auditivos que comprometiam a compreensão dos questionamentos. Participaram da pesquisa 272 idosos.

A idade dos idosos variou de 60 a 90, sendo que a média foi de 71,76 (DP=7,8) anos. Entre os idosos 41,2% são do sexo feminino. Quanto à escolaridade 51,9% são analfabetos ou analfabetos funcionais. Quanto à renda, 88,2% recebiam até um salário mínimo e com relação ao arranjo familiar, 80,5% moravam acompanhados.

Foram consumidos por 84,9% dos idosos, 858 medicamentos distribuídos em 1032 princípios ativos totais. O número máximo de medicamento utilizado por um idoso foi de 15 com média de 3,7 (DP 2,5) medicamentos. Entre os idosos, 15,1% não utilizavam nenhum medicamento. Para os que usavam medicamentos, 29,4% utilizavam medicamentos impróprios; 53,3% tomavam apenas medicamentos prescritos e 31,6% usavam pelo menos um medicamento não-prescritos e que, portanto, podem englobar também os medicamentos prescritos. A prevalência de polifarmácia foi de 29% dos idosos, num total de 499 medicamentos consumidos por essa prática.

Os grupos farmacológicos utilizados segundo o código ATC (nível 1) pela população idosa foram descritos abaixo (Tabela 1).

Tabela 1. Distribuição de medicamentos utilizados pelos idosos conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n	%*
A – Trato alimentar e metabolismo (n=209)		20,2
A01 Preparações estomatológicas	8	0,77
A02 Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	63	6,10
A03 Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	13	1,25
A06 Laxantes	6	0,58
A07 Anti-diarréicos, agentes anti-inflamatórios/anti-infecciosos intestinais	3	0,29
A09 Digestivos, incluindo enzimas	2	0,19
A10 Medicamentos utilizados no diabetes	56	5,42
A11 Vitaminas	47	4,55
A12 Suplementos minerais	10	0,96
A16 Outros produtos para o trato alimentar e metabolismo	1	0,09
C – Sistema cardiovascular (n=390)		37,3
C01 Terapia cardíaca	20	1,93
C02 Anti-hipertensivos	20	1,93
C03 Diuréticos	122	11,8
C05 Vasoprotetores	10	0,96
C07 Betabloqueadores	49	4,74
C08 Bloqueadores dos canais de cálcio	32	3,10
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	110	10,6
C10 Agentes modificadores de lipídeos	27	2,61
M – Sistema musculoesquelético (n=106)		10,2
M01 Anti-inflamatórios e antirreumáticos	71	6,87
M02 Produtos tópicos para dor articular e muscular	2	0,19
M03 Relaxantes musculares	24	2,32
M04 Preparações antigota	3	0,29
M05 Medicamentos para o tratamento de doenças ósseas	6	0,58
N – Sistema nervoso (n=150)		14,5
N02 Analgésicos	72	6,97
N03 Antiepilépticos	11	1,06
N04 Antiparkinsonianos	2	0,19
N05 Psicolépticos	15	1,45
N06 Psicoanalépticos	42	4,06
N07 Outros fármacos com ação no sistema nervoso central	8	0,77
R – Sistema respiratório (n=49)		4,74
R01 Preparações de uso nasal	7	0,67
R02 Preparações para a garganta	1	0,09
R03 Agentes contra doenças obstrutivas das vias aéreas	11	1,06
R05 Preparações para tosse e resfriado	5	0,48
R06 Anti-histamínicos para uso sistêmico	25	2,42
Outros		
B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	23	2,22
D – Dermatológicos	14	1,35
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	11	1,06
H – Preparados hormonais exceto hormônios sexuais e insulina	12	1,16
J – Anti-infecciosos para uso sistêmico	31	3,00
L – Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	2	0,19
P – Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	3	0,29
S – Órgãos dos sentidos	32	3,10
Sem classificação ATC	02	0,19
Total	1032	100,0

* Porcentagem em relação ao total de princípio ativo utilizado pelos idosos.

A classe de medicamento mais utilizado foi Diuréticos (12%), os agentes que atuam no sistema renina-angiotensina (10,8%), os Analgésicos, Antiinflamatórios e antireumáticos (7,1%) e os medicamentos utilizados no Diabetes (7%) (Tabela 1).

Entre os medicamentos utilizados na Polifarmácia, o grupo dos medicamentos Cardiovasculares (34,9%) e do Trato Alimentar e Metabolismo (22,8%) foram os mais frequentes em concordância com o consumo total de medicamentos pelos idosos (Tabela 2).

Tabela 2. Distribuição de medicamentos utilizados pelos idosos segundo polifarmácia e conforme classificação anatômica (nível 1) e terapêutica (nível 2) ATC. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Classificação	n	(%)*
A – Trato alimentar e metabolismo (n=134)		22,8
A01 Preparações estomatológicas	05	0,85
A02 Medicamentos para transtornos relacionados à acidez	37	6,31
A03 Medicamentos para transtornos gastrointestinais funcionais	08	1,36
A06 Laxantes	04	0,68
A07 Antidiarréicos, agentes antiinflamatórios/antiinfecciosos intestinais	02	0,34
A09 Digestivos, incluindo enzimas	02	0,34
A10 Medicamentos utilizados no diabetes	40	6,82
A11 Vitaminas	30	5,11
A12 Suplementos minerais	06	1,02
C – Sistema cardiovascular (n=205)		34,9
C01 Terapia cardíaca	17	2,90
C02 Anti-hipertensivos	13	2,21
C03 Diuréticos	55	9,38
C05 Vasoprotetores	06	1,02
C07 Betabloqueadores	26	4,3
C08 Bloqueadores dos canais de cálcio	19	3,24
C09 Agentes que atuam no sistema renina-angiotensina	54	9,21
C10 Agentes modificadores de lipídeos	15	2,55
M – Sistema musculoesquelético (n=54)		9,21
M01 Antiinflamatórios e antirreumáticos	36	6,14
M02 Produtos tópicos para dor articular e muscular	01	0,17
M03 Relaxantes musculares	11	1,87
M04 Preparações antigota	03	0,51
M05 Medicamentos para o tratamento de doenças ósseas	03	0,51
N – Sistema nervoso (n=80)		13,6
N02 Analgésicos	38	6,48
N03 Antiepilépticos	05	0,85
N04 Antiparkinsonianos	01	0,17
N05 Psicolépticos	13	2,21
N06 Psicoanalépticos	18	3,07
N07 Outros fármacos com ação no sistema nervoso central	05	0,85
Outros		
B – Sangue e órgãos hematopoiéticos	13	2,21
D – Dermatológicos	10	1,70
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	07	1,19
H – Preparados hormonais exceto hormônios sexuais e insulina	09	1,53
J – Anti-infecciosos para uso sistêmico	21	3,58
L – Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	01	0,17
P – Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	01	0,17
R – Sistema respiratório	36	6,14
S – Órgãos dos sentidos	15	2,55
Sem classificação ATC	01	0,17
Total	586	100,0

* Porcentagem em relação ao total de princípio ativo utilizado em polifarmácia.

A prevalência de polifarmácia foi 29%, e maior entre idosos do sexo feminino, com idade entre 70 a 79 anos, que moravam sozinhos, com autopercepção de saúde regular/má, que referiam 4 ou mais doenças, que estiveram internados no último ano, que se automedicou e aqueles com ansiedade (escalas de BAI e HAD) e depressão (escalas HAD e GDS-15). Todas essas, apresentaram significância estatística com a prática da polifarmácia (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência da polifarmácia segundo variáveis estudadas em idosos. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variáveis independentes	Total (n=272)	Polifarmácia			
		N	%	Valor de p	RP(IC95%)
Sexo				0,002	
Masculino	112	21	18,8		1,00
Feminino	160	58	36,3		1,93(1,25-2,99)
Faixa etária				0,013	
60-69	117	24	20,5		1,00
70-79	104	40	38,5		1,87(1,21-2,88)
80+	51	15	29,4		1,43(0,82-2,49)
Arranjo familiar				0,020	
Acompanhado	219	57	26,0		1,00
Sozinho	52	22	42,3		1,62(1,10-2,39)
Cor				0,113	
Branca	38	7	18,4		1,00
Não branca	232	72	31,0		1,68 (0,84-3,37)
Escolaridade				0,570	
Com escolaridade	115	36	31,3		1,00
Sem escolaridade	157	43	27,4		0,87(0,60-1,26)
Renda mensal (SM)**				0,479	
< igual 1SM	240	68	28,3		1,00
>1SM	32	11	34,4		1,21(0,72-2,03)
Filiação a plano de saúde				0,095	
SUS	217	58	26,7		1,00
Plano privado	55	21	38,2		1,42(0,95-2,13)
Autopercepção da saúde				<0,001	
Excelente/Muito boa	79	11	13,9		1,00
Regular/Má	192	68	35,4		2,54(1,42-4,54)
Percepção de saúde comparada há 1ano				0,703	
Melhor	75	20	26,7		1,00
Igual	108	30	27,8		1,04(0,64-1,68)
Pior	87	28	32,2		1,20(0,74-1,85)
Número de doenças autoreferidas				<0,001	
0-3	126	19	15,1		1,00
4+	146	60	41,1		2,72(1,72-4,30)
Dificuldade de acesso ao serviço				0,916	
Não	224	65	29,0		1,00
Sim	47	14	29,8		1,02(0,63-1,66)
Número de consultas no último ano				0,560	
Nenhuma/até 1	76	27	35,5		1,00
2+	167	53	31,7		0,89(0,61-1,30)
Internação no último ano				0,003	
Não	199	48	24,1		1,00
Sim	77	31	42,5		1,76(1,22-2,53)

Variáveis independentes (continuação)	Total (n=272)	Polifarmácia			
		N	%	Valor de p	RP(IC95%)
ABVD				0,262	
Independente	252	71	28,2		1,00
Dependente parcial ou total	20	8	40,0		1,42 (0,80-2,51)
AIVD				0,751	
Independente	140	42	30,0		1,00
Dependente parcial ou total	131	37	28,2		0,94(0,64-1,36)
BAI				0,008	
Sem ansiedade	231	60	26,0		1,00
Com ansiedade	41	19	46,3		1,78(1,20-2,64)
HAD – ansiedade				0,003	
Sem ansiedade	244	64	26,2		1,00
Com ansiedade	28	15	53,6		2,04(1,36-3,05)
HAD – depressão				0,001	
Sem depressão	213	52	24,4		1,00
Com depressão	59	27	45,8		1,87(1,30-2,69)
GDS-15				0,002	
Sem depressão	223	56	25,1		1,00
Com depressão	49	23	46,9		1,86(1,28-2,71)

** Salário mínimo vigente

Na análise multivariada após ajuste, as variáveis incluídas que mantiveram associação à polifarmácia foram o sexo feminino, plano de saúde privado, internação no último ano, quem apresentou 4 ou mais doenças e autopercepção de saúde regular/má (Tabela 4).

Tabela 4. Análise ajustada de polifarmácia em idosos segundo modelo de regressão logística. Aiquara, BA, Brasil, 2014.

Variável	Valor de p*	OR (IC95%)
Sexo Feminino	0,023	2,20 (1,11-4,35)
Morar sozinho	0,086	0,51 (0,23-1,09)
Idade 70 a 79	0,513	0,75 (0,32-1,76)
Idade 80+	0,460	1,40 (0,57-3,43)
Plano privado de saúde	0,036	2,18 (1,05-4,55)
Cor não branca	0,085	2,47 (0,88-6,96)
Internação no último ano	0,014	2,34 (1,18-4,65)
4 ou mais doenças	0,001	3,18 (1,60-6,29)
BAI – ansiedade	0,917	1,04 (0,43-2,51)
HAD – ansiedade	0,450	1,46 (0,54-3,96)
GDS15 – depressão	0,452	1,36 (0,61-3,04)
HAD – depressão	0,101	1,86 (0,88-3,91)
Autopercepção de saúde regular/má	0,050	2,20 (0,98-4,94)

*As variáveis com nível de significância entre 5 e 20% foram mantidas no modelo para controle de confusão

DISCUSSÃO

A prevalência de polifarmácia foi 29% em idosos no município de Aiquara-BA, corroborando com estudos realizados com a mesma população e utilizando o mesmo critério para definir polifarmácia nas cidades de Porto Alegre-RS (27%) na zona de cobertura do Serviço de Saúde Comunitária (SSC) ligado a grupo hospitalar¹³ e Tubarão-SC (28,8%) nas

zonas de cobertura dos Programas de Saúde da Família (PSFs)¹⁴. Valores inferiores obteve-se em Belo Horizonte-MG (14,3%)¹⁵, Carlos Barbosa-RS (19,7%)²⁹, Bambuí-MG (25,5%)³⁰ e Fortaleza-CE (26,7%)³¹. Ao mesmo tempo prevalências superiores obteve-se em São Paulo-SP (36%)³².

Divergências na prevalência da polifarmácia podem ser explicadas pelas características do modelo de atenção à saúde, indicadores sociais e econômicos de cada região ou mesmo por estipulação de recortes temporais diferentes para listar o uso dos medicamentos pelos idosos variando entre medicamentos utilizados na última semana, nos últimos 15 ou 90 dias, no último ano e/ou habitualmente utilizados. Mesmo em pesquisas internacionais diferentes prevalências de polifarmácia são identificadas, porém com a menção de ser a polifarmácia um fenômeno expressivo independente do local e, sobretudo entre os idosos³³, corroborando com dados de estudos nacionais.

Neste estudo a prevalência de polifarmácia foi maior em idosas, estando, portanto em consonância com outros estudos^{14, 15, 32}, o que faz com que o sexo feminino seja considerado um preditor do uso de medicamentos³⁴.

No estudo de Galato et al¹⁴, realizado no ano de 2007, foram estudados uma amostra de 104 idosos, em estudo transversal, no qual encontrou significância estatística entre a polifarmácia e o gênero feminino ($p=0,03$). A maior utilização de medicamentos pelas mulheres idosas pode estar relacionada a fatores como: maior sobrevivência das mulheres; a maior frequência ao serviço de saúde; maior procura aos serviços de saúde e maior familiaridade com os medicamentos^{2, 15}.

Em estudos internacionais^{35, 36, 37} com idosos, o sexo feminino apresenta o maior uso de medicamentos. Foi identificado também, associação do uso de cinco ou mais medicamentos com o sexo feminino em estudo realizado em Hong Kong³⁵ com 997 homens e 1.035 mulheres entrevistadas como parte de um inquérito sobre, saúde mental funcional física e status social dos idosos.

Identificou-se que a polifarmácia foi maior em idosos com autopercepção de saúde negativa, corroborando com outros estudos^{15, 32}. Entende-se que estes indivíduos procuram solução ou alívio para seus sintomas sendo, portanto, conduzidas a utilização de medicamentos. Quanto pior o indicador de saúde, maior a quantidade de medicamentos utilizados³⁸ sejam estes prescritos ou não, sendo um meio de solução para os problemas de saúde³⁹.

Os resultados apontam também que a polifarmácia é maior em idoso com 4 ou mais doenças. As morbidades crônicas são altamente prevalentes em idosos e, geralmente, faz-se

necessário utilizar vários medicamentos para o seu controle²⁹. Além disso, com frequência, o idoso apresenta polimorbidade, justificando a necessidade da polifarmácia³². Destaca-se ainda que quanto maior número de problemas acrescenta-se mais prescrições^{31,40}.

Identificou-se que o maior número de internações leva a polifarmácia corroborando com estudo realizado em São Paulo-SP³², o qual ainda evidenciou conexão entre o número de internações, condições de saúde, necessidade de uso dos serviços de saúde. Fica evidente a necessidade de qualificação de protocolos clínicos e educação continuada do profissional prescritor³⁸.

Ainda no presente trabalho, a variável cobertura privada do seguro de saúde esta associada à polifarmácia. Este achado encontra-se em consonância com o estudo SABE, realizado na região metropolitana de São Paulo, no ano 2000³². Em Belo Horizonte-MG, entre idosos aposentados, possuir plano privado de saúde esta associado à polifarmácia, sugerindo que ao facilitar o acesso a mais prescritores aumentaria o consumo de medicamentos³⁸.

Destaca-se que no município de Aiçara a ESF tem cobertura de 100% e distribuição gratuita de medicamentos. Uma dispensação de medicamentos vinculados à prescrição contribui para redução do consumo de medicamentos inseguros para idosos, e desta forma diminui a chance deles sofrerem iatrogenias, reações adversas e interações medicamentosas¹¹.

Neste estudo, os medicamentos com ação sobre o aparelho cardiovascular foram os mais utilizados, corroborando com outras pesquisas em que as condições crônicas não transmissíveis mais prevalentes nos idosos conduzem a necessidade do uso de medicamentos cardiovasculares^{14, 15, 29, 31, 32}. A facilidade de acesso às medicações e a baixa frequência de utilização de recursos não farmacológicos para o manejo de problemas médicos, contribui para o consumo elevado de medicamentos pela população idosa¹³.

Este estudo apresenta como limitações a presença de dados sobre doenças autoreferidas sem o diagnóstico médico para confirmação o que pode superestimar ou subestimar os agravos mais frequentes na população. Porém, como meio de fácil obtenção de informações sobre as condições de saúde em inquérito domiciliar, o autorrelato é a ferramenta mais utilizada. Outros vieses de estudo transversais estão presentes pela impossibilidade de determinação de causa, a temporalidade dos fatores associados e ainda o fato de não terem sido avaliados os idosos que residem no meio rural.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa identificou alta prevalência de polifarmácia e como fatores associados sexo, morar sozinho, ter mais de 4 doenças, plano privado de saúde e internação. A referida população enquadra-se no contexto mundial de ampla utilização de medicamentos para o sistema cardiovascular em consonância com o padrão de prevalência das doenças crônicas não transmissíveis entre os idosos.

Entende-se que mesmo diante de um município com 100% de cobertura da população pela Estratégia de Saúde da Família dispensando gratuitamente as medicações pactuadas na atenção à saúde, é imprescindível informações sobre a utilização de medicamentos para subsidiar os gestores no direcionamento de políticas, serviços de qualidade e ações específicas para este grupo populacional com enfoque no uso racional de medicamentos.

Com a alta prevalência da polifarmácia mesmo sendo muitas vezes uma prática necessária para a referida população, um processo de educação em saúde deve ser constante no município com estímulo a medidas preventivas e também não farmacológicas no cuidado a sua saúde.

Estes dados estão em concordância com pesquisas realizadas em municípios de médio a grande porte. Ressalta-se que as ações de intervenção podem ser mais bem viabilizadas em municípios de pequeno porte com alta cobertura pela a ESF e quando há maior facilidade de acesso aos serviços.

COLABORADORES

SALES AS realizou a concepção do artigo, revisão da literatura, análise e interpretação dos dados, redação do texto. CASOTTI CA colaborou com a redação e revisão crítica relevante do conteúdo intelectual.

REFERÊNCIAS

1. Fulton MM, Allen ER. Polypharmacy in the Elderly: A literature review. *J Am Acad Nurse Pract.* 2005; 17(4):123-32.
2. Linjakumpu T et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. *J Clin Epidemiol.* 2002; 55(8):809-17.

3. Secoli SR. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2010; 63(1):136-40
4. Walter MIMT. A dualidade na inserção política, social e familiar do idoso: estudo comparado dos casos de Brasil, Espanha e Estados Unidos. *Opin. Publica* 2010; 16(1):186-219.
5. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(6):1439-46.
6. Veras R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev Saúde Pública* 2009; 43(3):548-54.
7. Lima-Costa MF, Veras R. Saúde pública e envelhecimento. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(3):700-701.
8. Barros JAC, Joany S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4):891-8.
9. Marin, M.J.S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(7):1545-55.
10. WHO. World Health Organization. *The safety of medicines in public health programmes: pharmacovigilance an essential tool*. Geneva: World Health Organization; 2006.
11. Brasil. Ministério da Saúde. *Política nacional de medicamentos*. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2001
12. Loyola Filho AI et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(2):545-553.
13. Flores LM & Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(6):924-9.
14. 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. *Ciênc. saúde coletiva* 2010; 15(6):2899-2905.
15. Loyola Filho AI et al. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(12):2657-2667.
16. Haak H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil). *Rev Saúde Pública* 1989; 23(2):143-51.
17. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeção populacional do Brasil com data de referência 1º de julho de 2014. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais; 2014.

18. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Brasília; Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>
19. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Mapa de Pobreza e Desigualdade - Municípios Brasileiros 2003. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de setembro de 2014.
20. _____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - Cidades@. Aiquara. Produto Interno Bruto dos Municípios 1999-2011. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de setembro de 2014
21. Lebrão M L, Duarte YAO. SABE - Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento. *O Projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003. p.255
22. Gorenstein C, Andrade L. *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p.139.
23. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67(6):361-370.
24. Almeida OP, Almeida SA. Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *Int J Geriatr Psychiatry* 1999; 14(10):858-865
25. Lino VTS. et al. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). *Cad Saúde Pública* 2008;24(1):103-112.
26. Santos RL, Virtuoso Júnior JS. Confiabilidade da Escala de AIVDs. *RBPS* 2008; 21(4):290-296.
27. World Health Organization (WHO). WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index 2014. [site na Internet]. [acessado 2014 jan 5]. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/> World
28. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults: The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. *J Am Geriatr Soc*. 2012; 60(4):616–631.
29. Dal Pizzol TS et al. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(1):104-114.
30. Loyola Filho AI et al. Influência da renda na associação entre disfunção cognitiva e polifarmácia: Projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(1):89-99.
31. Coelho Filho JM et al. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(4):557-64.
32. Carvalho MFC et al. Polifarmácia entre idosos do Município de São Paulo - Estudo

SABE. *Rev Bras Epidemiol* 2012; 15(4): 817-27.

33. Silva AL et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal *Cad. Saúde Pública* 2012; 28(6):1033-1045.

34. Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. *Cad Saúde Pública* 2003; 19(3):717-24.

35. Woo J, Ho SC, Yuen YK, Lau J. Drug use in an elderly Chinese population: prevalence and associated factors. *Gerontology* 1995; 41:98-108.

36. Chrischilles EA, Foley DJ, Wallace RB, Lemke JH, Semla TP, Hanlon JT, et al. Use of medications by persons 65 and over: data from the Established Populations for Epidemiologic Studies of Elderly. *J Gerontol* 1992; 47:M137-44.

37. Hanlon JT, Fillenbaum GG, Ruby CM, Gray S, Bohannon A. Epidemiology of over-the-counter drug use in community dwelling elderly: United States perspective. *Drugs Aging* 2001; 18:123-31.

38. Ribeiro AQ et al. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública* 2008;42:724-32.

39. Santos TRA et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública* 2013; 47(1):94-103.

40. Chen YF, Dewey ME, Avery AJ. Analysis group of the MRCCFA study. Self-reported medication use for older people in England and Wales. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, Oxford, 2001; 26(2):129-140.