



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

**USO DE MEDICAMENTOS E FATORES
ASSOCIADOS EM ADULTOS DO MUNICÍPIO DE
RIO BRANCO, ACRE**

Luana Christina Esteves das Neves

Orientador: Prof. Dr. Emerson Corrêa Brasil da Costa

RIO BRANCO - AC

2019



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ACRE

PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE NA AMAZÔNIA OCIDENTAL

**USO DE MEDICAMENTOS E FATORES
ASSOCIADOS EM ADULTOS DO MUNICÍPIO DE
RIO BRANCO, ACRE**

Luana Christina Esteves das Neves

Orientador: Prof. Dr. Emerson Corrêa Brasil da Costa

Assistente de orientação: Profa. Dra. Thatiana Lameira Maciel Amaral

Dissertação apresentada à
Universidade Federal de Acre como
parte dos requisitos para obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde
na Amazônia Ocidental

RIO BRANCO - AC

2019

**USO DE MEDICAMENTOS E FATORES ASSOCIADOS EM ADULTOS |
MUNICÍPIO DE RIO BRANCO, ACRE**

LUANA CHRISTINA ESTEVES DAS NEVES

COMISSÃO EXAMINADORA

Presidente: Prof. Dr. Emerson Corrêa Brasil da Costa (Orientador)
Universidade Federal do Acre – UFAC

Examinadores:

Prof. Dr. Wagner de Jesus Pinto
Membro Externo

Prof. Dr. Miguel Júnior Sordi Bortolini
Membro Interno

Prof. Dr. Orivaldo Florêncio de Souza
Suplente

Data da Defesa 30/04/2018

As sugestões da Comissão Examinadora e as Normas MECs para o formato da
Dissertação foram contempladas

Prof. Dr. Emerson Corrêa Brasil da Costa

Dedico esta conquista a Deus, às minhas filhas, Maria Valentina e Lívia Esteves de Franceschi, que representam o amor maior na minha vida, e, à minha família, em especial ao meu avô José Esteves (in memória).

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, que sempre esteve ao meu lado, minha grande incentivadora e apoiadora, que desde o início se dedicou aos meus estudos e ficou noites em claro fazendo e refazendo junto comigo meus projetos de vida.

Ao meu marido Nilton Franceschi, que sempre apoiou as minhas decisões profissionais e pessoais e pelas palavras de conforto nos momentos mais difíceis do curso.

Às minhas filhas Maria Valentina e Lívia, ainda tão pequeninas sem compreender, agradeço pelo sorriso de cada dia, amor e carinho.

A todos os meus queridos familiares, minha vó Maria Amélia, primos amados Maíra, Marcello que sempre se preocuparam e torceram por mim.

À minha amiga Simone Sturza que me incentivou e torceu para aprovação do mestrado.

Ao secretário de Saúde Municipal, Oteniel Almeida, que permitiu minha participação no processo de seleção e ingresso no mestrado, sem dúvida uma oportunidade única de poder contribuir com os conhecimentos adquiridos, para a qualidade de vida da população.

Ao meu orientador, Prof. Emmerson Corrêa Brasil da Costa, obrigada pela confiança e oportunidade de ser sua aluna.

À professora Patrícia Rezende, que me ouviu, incentivou-me e apresentou-me a professora Thatiana Lameira Maciel Amaral.

À minha assistente de orientação, querida professora Thatiana Lameira Maciel Amaral, por ter me recebido de braços abertos, e, pela oportunidade de trabalhar com Estudo de Base Populacional, ampliando a discussão referente à farmacoepidemiologia, e, em especial pela sua competência e brilhantismo na condução desse processo.

Aos professores e colegas do programa do Mestrado em Ciências da Saúde, pela amizade e troca de experiência.

RESUMO

NEVES, Luana Christina Esteves. **Uso de medicamentos e fatores associados em adultos do município de Rio Branco, Acre.** 2018. 52f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2018.

A população mundial está envelhecendo, sendo acompanhada por significativas transformações epidemiológicas das morbidades, com consequente aumento do uso de medicamentos. Neste contexto, estudos que analisam o consumo de medicamentos e os fatores associados a essa necessidade, são fundamentais. Este trabalho de base populacional, transversal, com amostragem por conglomerados em dois estágios, teve 685 adultos residentes na zona rural e urbana, com idade entre 18 a 59 anos, selecionados. A coleta ocorreu entre abril a setembro de 2014, no município de Rio Branco (AC). Utilizou-se a classificação *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC) para classificação dos medicamentos. A Razão de prevalência foi estimada com intervalo de confiança de 95%, e as associações foram estimadas por meio da regressão de Poisson, mediante modelagem hierárquica. Nas análises de diferença de grupos utilizou-se o Qui-quadrado de Pearson. Nível de significância $\alpha=0,05$. No município de Rio Branco (AC), a prevalência de uso de medicamentos foi de 29,4% entre os indivíduos de 18 a 59 anos. Após análise ajustada, o uso de medicamentos foi associado às variáveis: idade (50 a 59 anos RP:2,36; IC95%:2,29-2,43); sexo (RP:1,25; IC95%:1,23-1,27); escolaridade (RP=1,13; IC95%:1,11-1,15) e autoavaliação de saúde (ruim e muito ruim RP:1,47; IC95%:1,43-1,51). As condições de saúde que se mantiveram associadas ao uso de medicamentos foram: número de morbidades, hipertensão, diabetes, insônia, depressão, número de queixas de saúde e utilização dos serviços de saúde. Os medicamentos mais consumidos foram os que atuam no trato alimentar e metabolismo, sistema cardiovascular, sistema nervoso, musculoesquelético e anti-infecciosos. Primeiro estudo a ser realizado no Estado do Acre sobre o tema, o torna uma ferramenta a ser utilizada pelo poder público, pois compreende os fatores associados ao uso de medicamentos em uma sociedade, favorecendo a gestão da política de Assistência Farmacêutica.

Palavras-chaves: Uso de Medicamentos. Farmacoepidemiologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

NEVES, Luana Christina Esteves. **Use of medication and associated factors in adults in the county of Rio Branco, Acre**. 2018. 52f. Dissertation (Master in Health Sciences) – Universidade Federal do Acre, Rio Branco, 2018.

The world population is aging and significant epidemiological changes of morbidities are happening, accompanied by the consequent increase in drug use. In this context, studies that analyze the consumption of drugs and the factors associated. This study was based cross-sectional study, with two-stage cluster sampling, had 685 adults selected from country and urban areas, aged 18-59 years. Data was collected from April to September 2014, in the of Rio Branco (AC) city. The *Anatomical Therapeutic Chemical Classification (ATC)* was used to classify the used drugs. The Prevalence Ratio was estimated with a 95% confidence interval, and the associations were estimated through Poisson regression, using hierarchical modeling. Pearson's chi-square was used for analysis of group differences. Level of significance $\alpha = 0.05$. In the city of Rio Branco (AC), the prevalence of medication used was 29.4% among individuals aged 18-59 years. After adjusted analysis, the use of medication was associated with the variables: age (50-59 years of age RP: 2.36; 95% CI: 2.29-2.43); sex (RP: 1.25, 95% CI: 1.23-1.27); (RP = 1.13, 95% CI: 1.11-1.15) and health self-assessment (poor and very poor RP: 1.47, 95% CI: 1.43-1.51). The health conditions that were associated with the use of medication were: number of morbidities, hypertension, diabetes, insomnia, depression, number of health complaints and use of health services. The most consumed medications were those that work in the gastrointestinal tract and metabolism, cardiovascular system, nervous system, musculoskeletal and anti-infectious. First study to be carried out in the State of Acre on this subject, makes it a tool to be used by the public power, since understands the factors associated with the use of medicines in a society, helping the management of the Pharmaceutical Assistance policy.

Keywords: Use of medication. Pharmacoepidemiology. Public Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
DNCT	Doenças Crônicas Não-Transmissíveis
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNM	Política Nacional de Medicamentos
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	10
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	11
3	OBJETIVOS.....	14
3.1	OBJETIVO GERAL.....	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
4	REFERÊNCIAS.....	15
5	ARTIGO REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA.....	18
	ANEXOS.....	39
	ANEXO A - Normas de Preparo do Manuscrito para a Revista de Saúde Pública.....	39
	ANEXO B - Formulário de coleta de dados do entrevistado adulto.....	42
	ANEXO C - Formulário de coleta de dados dos exames.....	49
	ANEXO D – Parecer do CEP.....	50

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação foi desenvolvida com o intuito de concluir o programa de mestrado do curso de Pós-Graduação em Ciências da Saúde na Amazônia Ocidental da Universidade Federal do Acre, e, será apresentado em forma de artigo científico, seguindo as normas da Revista de Saúde Pública (ANEXO A).

Intitulada “Uso de medicamentos e fatores associados em adultos do município de Rio Branco-Acre”, o presente estudo utilizou os dados da pesquisa “Doença Renal Crônica e Alterações Cardiovasculares em Adultos e Idosos de Rio Branco, Acre”, realizado nas zonas rural e urbana.

O estudo contribui para conhecimento do perfil de uso de medicamentos, possibilita intervenções adequadas com priorização de grupos de população específica no município e propicia subsídios para os diversos serviços relacionados à Assistência Farmacêutica.

Pesquisas que avaliaram o perfil epidemiológico do uso de medicamentos descrevem uma prevalência entre 67,1% (VOSGERAU et al., 201) e 41,9% (MEDEIROS et al., 2013).

A referida pesquisa é importante para a formulação de ações de educação em saúde voltadas para a realidade local e possibilitam a avaliação da atenção prestada, servindo de base para a proposição de novas estratégias em saúde, tendo em vista que são escassos os estudos de base populacional, nacionais e internacionais, que tratam o uso de medicamentos em adultos, disponíveis na literatura científica.

Não existe no Acre trabalho de base populacional que tenha analisado a prevalência do uso de medicamentos e seus fatores associados, tornando o estudo inédito.

2 REVISÃO DE LITERATURA

A população mundial está envelhecendo, sendo acompanhada por significativas transformações epidemiológicas das morbidades, e, por consequência, o aumento do uso de medicamentos, caracterizadas pela redução das doenças transmissíveis e aumento da incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DNCT) e degenerativas, como diabetes mellitus, acidente vascular cerebral, neoplasias, hipertensão arterial e outras (HELFER et al., 2012; REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE, 2009; MENDES, 2011).

O medicamento, produto farmacêutico, de uso interno ou externo, para prevenção, diagnóstico ou tratamento de doenças ou para modificação de uma função fisiológica (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2004), apresenta-se como um importante instrumento que possibilita o controle de doenças com conseqüente redução da morbimortalidade, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população (COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2016).

Cabe chamar atenção aos conceitos apresentados, de acordo com a Lei 5991/1973, e Portaria 3.916/98 (BRASIL, 1973; BRASIL, 1998):

Droga/Fármaco/Princípio ativo – é uma substância ou princípio-ativo que tenha propriedade farmacológica com finalidade medicamentosa.

Medicamento - produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico.

Segundo o Comitê de Peritos da OMS, o uso de medicamentos é definido como “Comercialização, distribuição, prescrição e utilização de drogas em uma sociedade, com ênfase especial nos resultados, conseqüências médicas, sociais e econômicas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

No Brasil o número de medicamentos disponíveis no mercado tem aumentado significativamente. Em 2015 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou 742 medicamentos, entre novos (inéditos no mercado), similares e genéricos. O número de registros concedidos é o maior desde 2010, e o registro de genéricos também aumentou, com a aprovação de 342 produtos, o dobro em relação a 2014 (BRASIL, 2016).

Conseqüentemente, muitos indivíduos usam uma série de medicamentos, prescritos ou não, cuja ação é referida como polifarmácia (NASCIMENTO et al., 2017), que é a utilização de dois ou mais medicamentos: polifarmácia menor uso de dois a quatro medicamentos e polifarmácia maior, o uso concomitante de cinco ou mais medicamentos (NASCIMENTO et al., 2017; VIKTIL et al., 2007).

O uso indevido de medicamentos é um relevante problema de saúde pública (SOUZA et al., 2014; ARRAIS et al., 2005). Pode resultar em efeitos colaterais, reações adversas, interações medicamentosas, atraso do diagnóstico e terapêutica, resistência bacteriana, intoxicação e hospitalizações indesejadas (NAVES et al., 2010; YILDIRIM; KILINÇ, 2017).

Essa utilização de forma indevida do medicamento, além dos efeitos citados acima, pode causar a doença, potencializar e levar ao óbito (SOUZA et al., 2014). De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, os erros de medicação causam pelos menos uma morte todos dias e prejudicam aproximadamente 1,3 milhão de pessoas nos Estados Unidos. Os números são praticamente iguais em países em desenvolvimento como o Brasil (ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE, 2004).

Segundo os dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (SINITOX), em 2016, os medicamentos corresponderam a 40% dos casos de intoxicação humana no Brasil, entre as circunstâncias notificadas encontram-se erros de administração, auto medicação e uso indevido (SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TOXICO-FARMACOLÓGICAS, 2016).

Na tentativa de evitar o uso indevido e desnecessário de medicamentos, em 1998, o Ministério da Saúde apresentou a Política Nacional de Medicamentos (PNM), como estratégia para uso apropriado, com isso, confere especial atenção aos aspectos relativos ao uso racional, bem como à segurança, eficácia e qualidade dos produtos colocados à disposição da população brasileira (BRASIL, 2000).

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), define o Uso Racional de Medicamentos como o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; o consumo nas doses indicadas; nos intervalos definidos e no período de tempo indicado (BRASIL, 2000).

A tabela abaixo apresenta a prevalência do uso de medicamentos em estudos Nacionais e Internacionais de base populacional.

Quadro 1 - Prevalência e Fatores Associados em Estudos Internacionais e Nacionais de Base Populacional.

Autor /Ano	Local	Característica da Amostra	Prevalência	Fatores Associados
COSTA; FRANCISCO; BARROS, 2016	Campinas- SP	N= 2.476	57,2%	Idade, situação conjugal, cor, escolaridade, plano de saúde, maior número de DCNT, problemas relacionados a saúde.
KANTOR et al., 2015	Estados Unidos	N=37.959	51%	Idade, sexo e cor.
FRANCISCO et al., 2014	Campinas- SP	N=2.413	Homens:45,4% Mulheres:64,6%	Homem Falta de trabalho; tabagismo; presença de DCNT; problema de saúde; atendimento de saúde recente Mulher Obesidade; tabagismo; sono; presença de DCNT; problema de saúde; atendimento de saúde.
CARRERA-LASFUENTES et al., 2013	Aragon, Espanha	N=2.700	65,1%	Idade, escolaridade, autopercepção de saúde, tabagismo, obesidade.
MEDEIROS et al., 2013	Vitoria da Conquista- BA	N=797	41,9% Homens 31,9% Mulheres 50,3%	Sexo, nível econômico, tabagismo, autopercepção de saúde, presença de DCNT, número de consultas médicas.
COSTA et al., 2011	Campinas- SP	N=941	48,5%	Consumo de bebida alcoólica, presença de DCNT, transtorno mental comum.
VOSGERAU et al., 2011	Ponta Grossa -PR	N=374	67,1%	Sexo, plano de saúde, presença de DCNT e autopercepção de saúde.

Fonte: Elaborado pela autora (2018).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o uso de medicamentos e os fatores associados em adultos de 18 a 59 anos no município de Rio Branco, Acre.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Determinar a prevalência do uso de medicamentos em adultos de 18 a 59 anos no município de Rio Branco, Acre;
- b) Analisar os fatores associados ao uso de medicamentos.

4 REFERÊNCIAS

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalence and determinants of medicines consumption in Fortaleza, Ceará, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n; 6, p. 1737-1746, nov./dez. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n6/11.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Brasil Bate Recorde no Registro de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em:< <http://www.brasil.gov.br/saude/2016/01/brasil-bate-recorde-no-registro-de-medicamentos>>. Acesso em: 18 set. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 206-209, abr. 2000. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v34n2/1960.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3916 de 30 de outubro de 1998**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html >. Acesso em: 18 out. 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973**. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos e dá outras providências. Brasília: Presidência da República, 1973. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5991.htm>. Acesso em: 18 set. 2017.

CARRERA-LASFUENTES, P. et al. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. **Atención Primaria**, Madrid, v. 45, n. 10, p. 528-535, dic. 2013. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-consumo-medicamentos-poblacion-adulta-influencia-S0212656713001650>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

COSTA, K. S. et al. Use of medication and associated factors: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 649-658, apr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/04.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

COSTA, K. S.; FRANCISCO, P. M. S. B.; BARROS, M. B. A. Use and sources of medicines: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, p. e00067814, jan. 2016. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n1/0102-311X-csp-0102-311X00067814.pdf>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

FRANCISCO, P. M. S. B. et al. The use of medication and associated factors among adults living in Campinas, São Paulo, Brazil: differences between men and women. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4909-4921, dec. 2014. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n12/1413-8123-csc-19-12-04909.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

HELPER, A. P. et al. Capacidade aquisitiva e disponibilidade de medicamentos para doenças crônicas no setor público. **Revista Panamericana Salud Pública**, Washington, v. 31, n. 3, p. 225-232, mar. 2012. Disponível em:< <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2012.v31n3/225-232/pt>>. Acesso em: 18 nov. 2017.

KANTOR, E. D. et al. Trends in Prescription Drug Use Among Adults in the United States From 1999-2012. **JAMA**, Chicago, v. 314, n. 17, p. 1818-1830, nov. 2015. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4752169/pdf/nihms746019.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2018.

MEDEIROS, D. S. et al. Medication use by the “quilombola” population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 5, p. 905-913, oct. 2013. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v47n5/en_0034-8910-rsp-47-05-0905.pdf>. Acesso em: 19 jan. 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

NASCIMENTO, R. C. R. M. et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, supl. 2, p. 1-12, nov. 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007136.pdf>. Acesso em: 16 out. 2017.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1751-1762, jun. 2010. Disponível em:<<http://repositorio.unb.br/handle/10482/6721>>. Acesso em: 30 out. 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Safety of medicines: a guide to detecting and reporting adverse drug reactions. Why health professionals need to take action**. Brasília: OPAS/OMS, 2004. Disponível em:< http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=749-seguranca-dos-medicamentos-9&category_slug=medicamentos-tecnologia-e-pesquisa-075&Itemid=965>. Acesso em: 28 nov. 2017.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA SAÚDE. **Informe de situação e tendências: demografia e saúde**. Brasília: OPAS, 2009. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/informe_situacao_tendencias_demografia.pdf>. Acesso em: 04 nov. 2017.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TOXICO-FARMACOLÓGICAS.
Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e circunstância.
Rio de Janeiro: SINTOX, 2016. Disponível em:
<https://sinitox.icict.fiocruz.br/sites/sinitox.icict.fiocruz.br/files//Brasil6_0.pdf>.
Acesso em: 19 out. 2017.

SOUZA, T. T. et al. Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos no Brasil: revisão sistemática de estudos observacionais. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, Araraquara, v. 35, n. 4, p. 519-522, ago. 2014. Disponível em:
<http://200.145.71.150/seer/index.php/Cien_Farm/article/view/2971/1621>.
Acesso em: 16 out. 2017.

VIKTIL, K. K. et al. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. **British Journal Clinical of Pharmacology**, London, v. 63, n. 2, p. 187-195, feb. 2007. Disponível em:<
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2000563/pdf/bcp0063-0187.pdf>>.
Acesso em: 18 out. 2017.

VOSGERAU, M. Z. S. et al. Consumption of medicines by adults within an area covered by a family health unit. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1629-1638, 2011. Disponível em:<
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a99v16s1.pdf>>. Acesso em: 29 jan. 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The use of essential drugs**: ninth report of the who expert committee: references. Genebra: WHO, 2000. Disponível em:<
<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2281e/16.html>>. Acesso em: 19 set. 2017.

YILDIRIM, A. B.; KILINÇ, A. Y. Polypharmacy and drug interactions in elderly patients. **Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi**, Istanbul, v. 45, suppl. 5, p. 17-21, sep. 2017. Disponível em:< https://www.journalagent.com/tkd/pdfs/TKDA-92770-INVITED_REVIEW-YILDIRIM.pdf>. Acesso em: 19 set. 2017.

5 ARTIGO REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA

TITLE PAGE

Luana Christina Esteves das Neves. Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: luanaesteves@yahoo.com.br

Thatiana Lameira Maciel Amaral. Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: thatianalameira27@gmail.com

Emmerson Corrêa Brasil da Costa. Universidade Federal do Acre, Rio Branco, Acre, Brasil. E-mail: costaemm.biomed@yahoo.com.br

MAIN DOCUMENT

Uso de medicamentos e fatores associados em adultos do município de Rio Branco, Acre

Use of drugs and associated factors in adults in the county of Rio Branco, Acre

Uso de medicamentos por adultos em Rio Branco

RESUMO

Objetivo: Analisar o uso de medicamentos e os fatores a ele associados em adultos de 18 a 59 anos. **Método:** Estudo transversal de base populacional com amostra probabilística da população residente na zona rural e urbana do município de Rio Branco (AC), com coleta realizada no período de abril a setembro de 2014. A Razão de Prevalência (RP) foi calculada com intervalo de confiança de 95% e as associações foram estimadas por meio da regressão de Poisson, mediante modelagem hierárquica. Nas análises de diferença de grupos utilizou-se o Qui-quadrado de Pearson. Nível de significância $\alpha=0,05$. **Resultados:** No município de Rio Branco, a prevalência no uso de medicamentos foi de 29,4% entre os indivíduos de 18 a 59 anos. Após a análise ajustada, seu uso foi associado às variáveis: idade (50 a 59 anos RP:2,36; IC95%:2,29-2,43); sexo (RP:1,25; IC95%:1,23-1,27); escolaridade (RP=1,13; IC95%:1,11-1,15) e autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim (RP:1,47; IC95%:1,43-1,51). As condições de saúde que se mantiveram associadas ao uso de medicamentos foram: número de morbidades, hipertensão arterial, diabetes, insônia, depressão, número de queixas de saúde e utilização dos serviços de saúde. Os medicamentos mais consumidos foram os que atuam no trato alimentar e metabolismo, sistema cardiovascular, sistema nervoso, musculoesquelético e anti-infecciosos. **Conclusão:** Com base nos resultados desse estudo, nota-se a gravidade do impacto das doenças crônicas na população, que na maioria das vezes resulta em alto consumo de medicamentos e possibilidade de interação entre eles.

Descritores: Uso de Medicamentos. Farmacoepidemiologia. Saúde Pública.

ABSTRACT

Objective: To analyze the use of drugs and the associated factors in adults aged 18 to 59 years. **Method:** A population-based cross-sectional study with a probabilistic sample of the resident population in the rural and urban areas of the city of Rio Branco (AC), collected from April to September 2014. The Prevalence Ratio (PR) was calculated with interval of 95% confidence intervals and associations were estimated through Poisson regression, using hierarchical modeling. Pearson's chi-square was used for analysis of group differences. Level of significance $\alpha = 0.05$. **Results:** In the municipality of Rio Branco, the prevalence of drug use was 29.4% among individuals aged 18-59 years. After the adjusted analysis, its use was associated with: age (50-59 years of age PR: 2.36; 95% CI: 2.29-2.43); sex (PR: 1.25, 95% CI: 1.23-1.27); (PR = 1.13, 95% CI: 1.11-1.15) and poor or very poor health self-assessment (PR: 1.47, 95% CI: 1.43-1.51). The health conditions that were associated with medication use were: number of morbidities, hypertension, diabetes, insomnia, depression, number of health complaints and use of health services. The most consumed drugs were those that work in the alimentary tract and metabolism, cardiovascular system, nervous system, musculoskeletal and anti-infectious. **Conclusion:** Based on the results of this study, we note the severity of the impact of chronic diseases in the population, which in most cases results in high consumption of drugs and the possibility of interaction between them.

Keywords: Use of drugs. Pharmacoepidemiology. Public health.

**Uso de medicamentos e fatores associados em adultos do município de
Rio Branco, Acre**

**Use of drugs and associated factors in adults in the county of Rio
Branco, Acre**

Uso de medicamentos por adultos em Rio Branco

INTRODUÇÃO

O uso de medicamentos, na atualidade, é assunto constante em pauta na gestão dos governos, considerando o dispêndio financeiro, e, paralelamente, o dia a dia do indivíduo, impactando o orçamento familiar^{1,2}. Pesquisa que versa sobre custos de medicamentos revelou que o produto farmacêutico representa uma grande carga nos custos para a saúde no Brasil, e as despesas anuais aumentaram 172,0%, correspondendo a R\$ 34,6 bilhões durante o período de 2006 a 2013².

Estudos têm evidenciado que o uso de medicamentos pode ser influenciado por diversos fatores, tais como: perfil de morbidade, estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais, características do mercado farmacêutico e das políticas governamentais dirigidas ao setor farmacêutico³. É crescente a utilização de medicamentos com o aumento da idade entre as mulheres, naqueles com maior poder de compra e com maior número de doenças crônicas¹.

A população mundial está envelhecendo e ao mesmo tempo houve redução das doenças transmissíveis e maior incidência das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e degenerativas, como o diabetes mellitus, neoplasias, hipertensão arterial e outras e, por consequência, o aumento do uso de medicamentos⁴. Porém, o uso indevido apresenta riscos e é um dos fatores responsáveis pelos gastos na área da saúde e danos ao paciente, tais como: resultados insatisfatórios, eventos adversos graves, aumento da resistência a antimicrobianos, interações medicamentosas e intoxicação⁵.

Observa-se a escassez de estudos de base populacional, incluindo os que tratam da farmacoepidemiologia em adultos na região Norte e, conseqüentemente, no

Brasil⁶. Assim, com intuito de realizar contribuições na área de farmacoepidemiologia, o presente estudo pretende estimar a prevalência do uso de medicamentos e os fatores a ele associados na população de adultos no município de Rio Branco, Acre.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo transversal de base populacional, realizado no município de Rio Branco, Acre, parte integrante da pesquisa “Estudo das Doenças Crônicas (Edoc) em Rio Branco, Acre”, realizado nas zonas rural e urbana, na população adulta de 18 a 59 anos (Edoc-A), no período de abril a setembro de 2014, em que um dos aspectos investigados foi o uso de medicamentos (com ou sem prescrição). Foram excluídas as mulheres grávidas e os indivíduos com comprometimentos cognitivos que inviabilizassem a comunicação ou o entendimento das perguntas. No presente estudo foram incluídos todos os indivíduos que responderam a avaliação sobre uso de medicamentos.

O plano de amostragem foi selecionado em dois estágios, setor e domicílio. A seleção dos setores foi feita com probabilidade proporcional ao seu número e domicílios particulares no Censo Demográfico 2010⁷, do IBGE. Os domicílios foram selecionados por amostragem sistemática com inícios aleatórios e intervalos distintos por pesquisa. Nos domicílios selecionados para EDOC-A todos os adultos moradores foram entrevistados.

Para o cálculo do tamanho amostral foi considerado a prevalência de alteração da função renal de 15% em adultos⁸, com grau de confiança de 95% e erro absoluto de 3%⁹ supondo um plano de amostragem aleatória simples de proporções. Considerando que o plano de amostragem é conglomerado por setor, foi arbitrado um efeito de plano de amostragem de 1,95 para determinar o tamanho da amostra, que recebeu acréscimo de 20% para compensar as não-respostas esperadas. Este procedimento resultou em uma amostra de 652 adultos. Dividindo esse tamanho de amostra pelo número médio de adultos por domicílio, obtido no CD2010 e definindo a seleção de 11 domicílios por setor, foi obtido um tamanho para a amostra de setores de 40. A amostra efetiva foi de 685 adultos.

Os pesos amostrais foram calculados pelo inverso das probabilidades de inclusão em cada estágio e foram posteriormente calibrados para dados populacionais por sexo e grupos de idade, usando um estimador de pós-estratificação, de forma a lidar com os vieses típicos das pesquisas domiciliares e corrigir não-respostas diferenciais¹⁰. Os dados populacionais usados na calibração dos pesos amostrais foram estimados para 1º de julho de 2014, usando o método da tendência linear¹¹ que o IBGE aplica em suas estimativas populacionais por município. No presente estudo foram incluídos todos os adultos que participaram da pesquisa, ou seja, 685 adultos (473 mulheres e 212 homens), produzindo estimativas para 211.902 adultos (110.769 mulheres e 101.133 homens). Maiores detalhes sobre o plano de amostragem do EDOC, cálculo e calibração dos pesos da amostra e subamostras podem ser encontrados no artigo de Amaral et al. (*in press*).

As informações dos participantes foram obtidas por meio de entrevistas padronizadas, realizadas por entrevistadores selecionados e treinados. As entrevistas eram realizadas em cada domicílio, utilizando formulário específico, estruturado em blocos temáticos com informações socioeconômicas, demográficas, hábitos de vida e condições de saúde.

A coleta de dados contou ainda com a avaliação do peso e altura para definição do índice de massa corporal (IMC). A determinação do IMC resultou do cálculo da razão do peso (kg) pela altura (em metros) ao quadrado (m²). Para análise, foi classificado em Eutrófico <25,0 kg/m²; sobrepeso 25 a 29,9 kg/m²; e obeso ≥ 30 kg/m² ¹².

A pressão arterial (PA), expressa em mmHg, foi obtida com um aparelho digital de pressão arterial de braço, modelo BM35 da marca Beurer®. A PA foi aferida três vezes, uma após cinco minutos de repouso inicial e outras duas em intervalos de dois minutos, registrando-se a média das mesmas, de acordo com as determinações das VI Diretrizes Brasileiras Hipertensão Arterial. A hipertensão arterial foi definida como pressão arterial diastólica (PAD) ≥ 90 mmHg e/ou pressão arterial sistólica (PAS) ≥ 140 mmHg e/ou uso atual de medicação anti-hipertensiva¹³.

Além disso, foram realizadas a coleta de sangue venoso em jejum para verificação de glicemia, colesterol total e frações, e triglicerídeos. A presença de diabetes, foi definida de acordo com os critérios da *American Diabetes Association* (ADA) como

sendo glicose no plasma em jejum ≥ 126 mg/dl, bem como a utilização de hipoglicemiante oral ou de insulina¹⁴.

A dislipidemia é definida pela presença de níveis anormais de um ou mais dos seguintes componentes lipídicos do sangue: colesterol total ≥ 200 mg/dl; LDL-C ≥ 160 mg/dl; triglicerídeos ≥ 150 mg/dl; e HDL-C em homens < 40 mg/dl e mulheres < 50 mg/dl, além do histórico de uso de medicamentos para redução desses valores. Para indivíduos com idade inferior a 20 anos, os pontos de corte são: colesterol total ≥ 170 mg/dl, LDL-C ≥ 130 mg/dl; triglicerídeos ≥ 130 mg/dl e/ou HDL-C ≤ 45 mg/dl¹⁵.

A variável dependente analisada no trabalho foi o “Uso de medicamento”, obtida a partir da pergunta: “Utilizou algum medicamento nos últimos trinta dias que antecederam a entrevista?”. A quem respondia positivamente, era solicitada a apresentação da receita, do frasco e/ou embalagem do medicamento em uso para identificação do princípio ativo.

A classificação farmacológica dos medicamentos, por meio de seus princípios ativos, foi realizada de acordo com a *Anatomical Therapeutic Chemical Code* (ATC), sistema de classificação de substâncias ativas, recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)¹⁶. De acordo com a ATC, os fármacos são divididos em 14 grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades terapêuticas, farmacológicas e químicas. Foram utilizados para classificação o grupo principal Anatômico (ATC 1º nível) e o subgrupo terapêutico (ATC 2º nível).

As variáveis independentes foram idade, sexo, situação conjugal, ocupação, cor/etnia, escolaridade, tabagismo, frequência de consumo de bebida alcoólica, número de morbidades, morbidades autorreferidas (doença cardiovasculares: insuficiência cardíaca congestiva, infarto agudo do miocárdio, arritmias e acidente vascular encefálico; doença do aparelho respiratório, doenças osteomusculares, insônia e depressão), morbidades avaliadas (hipertensão arterial, diabetes e dislipidemia), número de queixas (dores de cabeça, nas costas, no estômago, tonturas, palpitações súbitas no coração), uso de serviço de saúde e autoavaliação de saúde.

Os dados foram analisados de forma descritiva e exploratória para avaliar a distribuição e caracterizar a população estudada. As variáveis qualitativas foram

descritas em números absolutos e proporções. Para análise das diferenças entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste de qui-quadrado de Pearson.

Na avaliação da associação entre o uso de medicamentos e as variáveis independentes, realizou-se análise bruta e ajustada para obter as razões de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de confiança de 95% (IC_{95%}). A análise multivariada utilizou o modelo de regressão de Poisson baseada no modelo teórico (Figura 1) proposto para determinação hierarquizada das variáveis, visando controlar possíveis fatores de confundimento. O ajuste foi realizado, inicialmente, dentro de cada nível do modelo, sendo incluídas as variáveis com valor de $p < 0,10$ na análise bivariada. Foram mantidas no modelo final as variáveis que alcançaram valor de $p < 0,05$.

Na análise dos dados, levou-se em conta o efeito do desenho amostral e os pesos calibrados das observações, sendo os resultados das observações apresentados por 'n' e os resultados considerando os pesos calibrados para extrapolação para a população pelo N expandido 'N'. Todas as análises foram realizadas utilizando o *Complex samples* do programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS v. 20.0)*.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas da Universidade Federal do Acre, sob o CAAE: 17543013.0.0000.5010. Os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a participação na pesquisa matriz, sendo garantido o direito de recusa e a manutenção de sigilo dos dados informados, cujos preceitos éticos foram assegurados com o cumprimento da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466/12.

RESULTADOS

A prevalência de uso de medicamentos foi de 29,4% entre os indivíduos de 18 a 59 anos. No primeiro nível, segundo a classificação terapêutica dos medicamentos (ATC 1º nível), os grupos mais prevalentes foram trato alimentar e metabolismo, sistema cardiovascular, seguido do sistema nervoso, musculoesquelético e anti-infecciosos. No segundo nível (ATC 2º nível), os principais subgrupos terapêuticos foram os inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA), antiácidos,

diuréticos, antiepiléticos e os anti-inflamatórios e antirreumáticos. Os analgésicos foram consumidos por 3,1% e os antidepressivos por 2,4% da população (Tabela 1).

As variáveis idade, sexo e escolaridade apresentaram diferença estatisticamente significativa para o uso de medicamentos ($p < 0,05$). A prevalência do uso de medicamentos aumentou progressivamente com a idade, passando de 15,0% na faixa etária de 18 a 29 anos para 62,0% entre os 50 a 59 anos, resultando uma prevalência quatro vezes maior nessa faixa etária. Entre as mulheres e naqueles com até o ensino fundamental, a prevalência foi 10,0% maior em comparação aos homens, e aos de nível médio e superior (Tabela 2).

Na análise das condições de saúde, o tabagismo (atual ou pregresso), a inatividade física, a obesidade, número de morbidades, com destaque para a presença de multimorbidade (3 ou mais), todas as morbidades avaliadas, com exceção das doenças do aparelho respiratório e dislipidemia, o somatório de queixas físicas relacionadas à saúde, o uso dos serviços de saúde e a autoavaliação de saúde ruim ou muito ruim resultaram em aumento da prevalência de uso de medicamentos na população (Tabela 3).

Na análise multivariada ajustada por nível hierárquico mantiveram a significância estatística, no nível intermediário, as variáveis: idade, sexo, escolaridade e autoavaliação de saúde ($p < 0,05$). No modelo 03 (modelo final) permaneceram as variáveis anteriores, acrescidas das variáveis: número de morbidades, morbidades (hipertensão arterial, diabetes, insônia e depressão), número de queixas e utilização dos serviços de saúde nos últimos seis meses. Vale mencionar que mesmo com a inclusão das variáveis proximais, não houve perda de significância das variáveis distais formadas pelas variáveis socioeconômicas (Tabela 4).

DISCUSSÃO

Em Rio Branco, Acre, a prevalência do uso de medicamentos na população adulta foi menor quando comparada a outros estudos nacionais e internacionais. A hipótese para o decréscimo é o segmento etário da população de adultos do presente estudo^{1,17-19}. Foi encontrada a associação entre uso de medicamentos e as variáveis: idade, sexo, escolaridade, número de morbidades, morbidades

(hipertensão arterial, diabetes, insônia e depressão), número de queixas físicas de saúde, utilização dos serviços de saúde nos últimos seis meses e autoavaliação de saúde.

Os grupos farmacológicos mais utilizados para tratamento das doenças que acometem os adultos em Rio Branco, Acre, foram os inibidores da enzima conversora da angiotensina, os diuréticos e antidiabéticos. O presente perfil assemelha-se ao encontrado em pesquisa realizada nos Estados Unidos¹⁷, que avaliou globalmente os padrões de uso de medicamentos em adultos de 20 a 65 anos, entre os anos de 1999 a 2012, e detectou uma prevalência de 59,0% para os anos de 2011-2012 e 51,0% para os anos de 1999 e 2000. O estudo apontou aumento aproximado de 8% no uso de medicamentos prescritos ao longo do período. Destarte para as prevalências por faixas etárias, de 20 a 39 anos de 35,0% e de 40 a 64 anos de 65,0%¹⁷, semelhantes as observadas em Rio Branco.

Na Espanha, um estudo de base populacional para avaliar as características do consumo de medicamentos e em maiores de 16 anos, com período recordatório de duas semanas, encontrou uma prevalência de 35,3% na faixa etária de 16 a 24 anos, 49,7% entre aqueles de 25 a 34 anos e de 55,6% na faixa de 35 a 44 anos¹⁸. Tais resultados diferem dos encontrados no presente estudo, em que nas faixas etárias mais jovens houveram baixas prevalências.

No que diz respeito ao sexo, os achados do presente estudo corroboraram com os demais estudos^{1,6,17-19}, tendo a mulher maior prevalência de uso de medicamentos quando comparada aos homens. Em inquérito de saúde realizado em Campinas (SP), com 957 pessoas adultas entre 20-59 anos, detectou prevalência de 44,0% e 57,0% de uso de medicamentos nos três dias que antecederam a pesquisa, nas faixas etárias de 20-29 e 30-59 anos, respectivamente, sendo maior nas mulheres¹. Outra pesquisa, também realizada em Campinas (SP), com 2.413 indivíduos com idade entre 20 anos ou mais, período recordatório de três dias da entrevista, obteve prevalência de 45,4% para homens e de 68,0% para mulheres¹⁹.

Entre os fatores que favorecem o maior consumo de medicamentos entre as mulheres estão: idade fértil, uso de contraceptivos, programas específicos ofertados pelos serviços de saúde, como o pré-natal. Além disso, as mulheres em relação aos homens, costumam cuidar mais da saúde e procurar com maior frequência os serviços de saúde²⁰.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), de 2015, revelou baixa escolaridade entre os usuários de medicamentos²¹. Em Rio Branco, Acre, de acordo com este estudo, o maior uso de medicamentos esteve associado aos adultos que estudaram até o ensino fundamental, o que pode apontar que a baixa escolaridade compromete o grau de compreensão da terapêutica, e, acentua práticas de uso indiscriminado de medicamentos.

No que diz respeito ao comportamento relacionado à saúde, o tabagismo e a inatividade física na análise ajustada perderam a significância estatística, assim como o excesso de peso, no entanto devido a relevância na temática, uma vez que, são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas que levam ao uso de medicamentos, as variáveis foram mantidas no ajuste do modelo. A obesidade é um desafio para a prevenção de doenças crônicas ao longo do curso de vida. Mudanças na população, como o crescimento econômico, a industrialização, o transporte mecanizado, um estilo de vida cada vez mais sedentário, a transição nutricional para alimentos processados e dietas ricas em calorias, contribuem para o aumento da prevalência²². Um estudo realizado no Brasil verificou que pessoas classificadas como fisicamente ativas compram menos medicamentos ao serem comparadas às sedentárias²³.

A presença de morbidades é uma condição quase que determinante para o uso de medicamentos. Neste trabalho, o aumento do número de morbidades apresentou-se associado ao maior uso de medicamentos. Os adultos que referiram três ou mais morbidades tiveram uma chance quase 5 vezes maior de consumir medicamentos, fato este corroborado por outros estudos^{1,6,19}.

Uma pesquisa realizada em cinco países de baixa e média renda (Gana, Jordânia, Quênia, Filipinas e Uganda), em 2010, com objetivo de quantificar o acesso aos medicamentos essenciais para as pessoas com doenças crônicas verificou a disponibilidade insuficiente aos medicamentos essenciais para hipertensão arterial e diabetes. O estudo destacou a importância da educação do consumidor sobre medicamentos genéricos nos esforços globais para melhorar o tratamento de doenças crônicas²⁴. Vale ressaltar, que os programas atuais de acesso aos medicamentos essenciais no Brasil²⁵ estão fortalecidos e consolidados, o que

justifica os achados deste estudo, em que ambas as morbidades mesmo após ajuste se mantiveram associados ao uso de medicamentos.

Deve-se destacar que a insônia e a depressão, morbidades autorreferidas nesta pesquisa, resultaram em maior prevalência no uso de medicamentos. A depressão é caracterizada pelo sentimento de tristeza e baixa autoestima podendo resultar em suicídio²⁶. Afeta 4,4% da população mundial, aproximadamente 300 milhões de pessoas, e no Brasil atinge 5,8% da população²⁷. Os extremos de idade e as mulheres são os mais afetados²⁸. Além disso, em estudo de base populacional com 1.720 adultos, de 20 a 59 anos, em Florianópolis (SC), a prevalência de depressão foi maior entre as pessoas com doenças crônicas²⁹.

A autoavaliação de saúde é um importante preditor de saúde^{18,20}. Em Rio Branco, os problemas de saúde (queixas físicas), a autoavaliação negativa de saúde e o uso de serviço de saúde permaneceram significativamente associados ao uso de medicamentos. Os dados sugerem que, quanto maior o número de queixas, maior a procura pelos serviços de saúde e pior a autoavaliação de saúde¹⁹. Vale destacar que em estudo realizado no sudeste da Bahia, verificou-se aumento da prevalência no uso de medicamentos com a piora da autoavaliação de saúde³⁰ corroborando com os achados do presente artigo.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao período recordatório utilizado para identificar o consumo de medicamentos na população estudada. Observa-se que não existe um padrão na literatura para os estudos de utilização de medicamentos que propõem três, quinze ou mesmo trinta dias^{16,17,20,30}. Porém, quanto mais longo o período, maior a possibilidade de viés de memória relacionado aos medicamentos usados de forma esporádica. No entanto, destaca-se que foram adotados procedimentos padronizados para coleta de informações durante a entrevista, bem como, a solicitação da apresentação da embalagem ou receita do medicamento em uso para minimizar os efeitos da memória.

Assim, observou-se uma prevalência crescente ao longo das faixas etárias pesquisadas, estando o uso de medicamentos, após ajuste, associados a idade, sexo, escolaridade, número de morbidades, hipertensão, diabetes, insônia, depressão, número de queixas, utilização de serviço de saúde nos últimos seis meses e autoavaliação negativa de saúde.

Ações em saúde devem ser formuladas para prevenção do uso irracional de medicamentos nessa população visando a promoção de um estilo de vida saudável e melhor conhecimento sobre os riscos do consumo de fármacos. Além disso, devido à importância do impacto destes resultados, recomenda-se a realização de outras pesquisas para identificar as diferenças farmacoepidemiológicas entre as regiões brasileiras, contribuindo com subsídios para os diversos serviços relacionados à Assistência Farmacêutica.

REFERÊNCIAS

1. Costa KS, Francisco PMSB, Barros MBA. Utilização e fontes de obtenção de medicamentos: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2016; 32(1): e00067814. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00067814>.
2. Luz TCB, Osorio-de-Castro CGS, Magarinos-Torres R, Wettermark B. Trends in medicines procurement by the Brazilian federal government from 2006 to 2013. *PLoS ONE*. 2017;12(4): e0174616. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174616>.
3. Oliveira NSC, Xavier RMF, Araújo PS. Profile analysis of use of medicines in a family health unit, Salvador, Bahia. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2012; 33(2):283-9.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS; 2011 [citado 2017 nov 5]. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965.
5. Holloway KA. Combating inappropriate use of medicines. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2011;4(3):335-48. DOI: 10.1586/ecp.11.14.
6. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Use of medication and associated factors: a population-based study in

Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad. Saúde Pública*. 2011;27(4):649-58. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400004>.

7. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (BR), Instituto Brasileiro de Geografia. Sinopse do Censo Demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2011 [citado 2017 nov 11]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse>.

8. Cueto-Manzano AM, Cortés-Sanabria L, Martínez-Ramírez HR, Rojas-Campos E, Gómez-Navarro B, Castellero-Manzano M. Prevalence of chronic kidney disease in an adult population. *Arch Med Res*. 2014;45(6):507–1. DOI: doi: 10.1016/j.arcmed.2014.06.007.

9. Cochran WG. Sampling techniques. 33o ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.

10. Silva PLN. Calibration estimation: when and why, how much and how [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2004 [citado 2017 jan 29]. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/biblioteca-catalogo?id=281040&view=detalhes>.

11. Madeira JL, Simões CCS. Estimativas preliminares da população urbana e rural segundo as unidades da federação, de 1960/1980 por uma nova metodologia. *Rev Bras Estat*. 1972; 33:3–11.

12. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000 [citado 2017 nov 11]. Disponível em: http://www.who.int/nutrition/publications/obesity/WHO_TRS_894/en/.

13. Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. *Arq Bras Cardiol*. 2010 [citado 2017 Nov 15];95(S1):1–51. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf.

14. Oliveira JEP, Vencio S. organizadores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014 [citado 2017 mar 15]. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/images/pdf/diretrizes-sbd.pdf>.

15. Xavier HT, Izar MC, Faria Neto RJ, Assad MH, Rocha VZ, Sposito AC, et al. V Diretriz Brasileira de Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. *Arq Bras Cardiol.* 2013;101(4):1-20. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/abc.2013S010>.
16. World Health Organization Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Diretrizes para classificação ATC e atribuição de DDD 2013. Genebra: WHO; 2013 [citado 2017 mar 15]. Disponível em: <https://www.whocc.no/>.
17. Kantor ED, Rehm CD, Haas JS, Chan AT, Giovannucci EL. Trends in Prescription Drug Use Among Adults in the United States From 1999-2012. *JAMA.* 2015; 314(17):1818-30. DOI: 10.1001/jama.2015.13766.
18. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palacio I, Clemente Roldán E, Malo Fumanal S, Rabanaque Hernandez MJ. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria.* 2013;45(10):528-35. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.05.006.
19. Francisco PMSB, Bastos TF, Costa KS, Prado MAMB, Barros MBA, Francisco PMSB, et al. The use of medication and associated factors among adults living in Campinas, São Paulo, Brazil: differences between men and women. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2014;19(12):4909-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.18702013>.
20. Vosgerau MZS, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumption of medicines by adults within an area covered by a family health unit. *Ciênc. Saúde Coletiva.* 2011; 16:162938. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700099>.
21. Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio FA, Guerra AA, Guibu IA, Costa KS, et al. Use of medicines by patients of the primary health care of the Brazilian Unified Health System. *Rev. Saúde Pública.* 2017;51(Suppl 2):1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007144>.
22. Hruby A, Hu FB. The Epidemiology of obesity: a big picture. *Pharmacoeconomics.* 2015; 33(7):673-89. DOI: 10.1007/s40273-014-0243-x.

23. Turi BC, Codogno JS, Fernandes RA, Monteiro HL, Turi BC, Codogno JS, et al. Physical activity, abdominal obesity and medication consumption among adults: cross-sectional retrospective study with users of brazilian public healthcare system. *Rev Educ Física UEM*. 2015; 26(4):573-81. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320152011.00092015>.
24. Vialle-Valentin CE, Serumaga B, Wagner AK, Ross-Degnan D. Evidence on access to medicines for chronic diseases from household surveys in five low- and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2015;30(8):1044-52. DOI: 10.1093/heapol/czu107.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001 [citado 2017 mar 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf.
26. Abelha L. Depression, a matter of public health. *Cad. Saúde Colet*. 2014;22(3):223. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201400030001> .
27. World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Geneva: WHO; 2017 [citado 14 nov]. Disponível em:
28. Cunha RV, Bastos GAN, Duca GFD. Prevalence of depression and associated factors in a low income community of Porto Alegre, Rio Grande do Sul. *Rev Bras Epidemiol*. 2012;15(2):346-54. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2012000200012>.
29. Boing AF, Melo GR, Boing AC, Moretti-Pires RO, Peres KG, Peres MA. Association between depression and chronic diseases: results from a population-based study. *Rev. Saúde Pública*. 2012;46(4):617-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012005000044>.
30. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Medication use by the “quilombola” population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):905-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>

Tabela 1. Prevalência dos medicamentos utilizados, segundo a *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC) pela população de 18 a 59 anos de Rio Branco, Acre, 2014.

Classe terapêutica	n	N exp	%
A Trato alimentar e metabolismo	88	22341	10,5
A02- Antiácidos	44	10721	5,1
A10- Antidiabéticos	21	5891	2,8
A11- Vitaminas	26	6939	3,3
C Sistema cardiovascular	107	22345	10,5
C03- Diuréticos	46	9482	4,5
C07- Beta bloqueadores	24	5697	2,7
C09- Inibidores da ECA	72	15847	7,5
J Anti-infecciosos	23	6361	3,0
J01- Antibacterianos sistêmicos	18	4629	2,2
M Sistema músculoesquelético	40	8932	4,2
M01- Anti-inflamatórios e Antirreumáticos	31	7055	3,3
N Sistema nervoso	68	18540	8,7
N02-Analgésicos	20	6601	3,1
N03-Antiepiléticos	30	8113	3,8
N06 - Antidepressivos	22	5197	2,4

Grupos e subgrupos dos medicamentos utilizados.

ECA-enzima conversora da angiotensina

Tabela 2. Prevalência e RP bruta do uso de medicamentos segundo variáveis socioeconômicas e demográficas da população adulta de Rio Branco, Acre, 2014.

Variáveis	Uso de medicamentos						RP Bruta	IC95%	
	Sim			Não					
	n	N exp	%	n	N exp	%	p-valor		
Idade							<0,001		
18-29	41	13.452	15	176	74.281	85		1	
30-39	44	15.340	26	115	43.374	74		1,70	1,66-1,75
40-49	66	17.695	44	79	22.347	56		2,88	2,81-2,96
50-59	99	15.797	62	65	9.616	38		4,05	3,95-4,16
Sexo							<0,001		
Masculino	70	24.311	24	142	76.821	76		1	
Feminino	180	37.973	34	293	72.796	66		1,43	1,40-1,45
Estado civil*							0,3		
Casado	120	29.431	31	196	65.548	69			
Solteiro	96	26.759	27	195	73.656	73			
Outros	33	5.884	38	41	9.500	62			
Ocupação							0,23		
Sim	118	31.952	27	221	85.658	73			
Não	130	29.911	32	216	64.381	68			
Cor/Etnia							0,87		
Branca	50	12.202	31	79	27.655	69			
Parda	178	44.248	29	315	109.066	71			
Outras	22	5.835	31	41	12.896	69			
Escolaridade*							0,04		
Médio e superior	91	23.210	24	201	72.622	76		1	
Até ensino fundamental	155	37.979	34	224	74.266	66		1,40	1,37-1,42
Total	250	62.284	29,4	435	149.618	70,6			

*As diferenças em relação ao total são decorrentes de falta de informação na variável.

N exp = n expandido

p-valor: Qui-quadrado de Pearson

Tabela 3. Prevalência e RP bruta do uso de medicamentos segundo condições de saúde da população adulta de Rio Branco, Acre, 2014.

Variáveis	Uso de medicamentos						p-valor*	RP Bruta	IC95%
	Sim			Não					
	N	n. exp	%	N	n. exp	%			
Tabagismo*							0,04		
Não fumante	120	30973	26	248	88606	74		1	
Fumante	45	11487	28	92	29150	72		1,09	(1,07-1,15)
Ex-fumante	83	19241	38	92	31144	62		1,47	(1,45-1,50)
Consumo de álcool *							0,40		
Sim	56	17106	27	119	47022	73			
Não	186	43163	31	298	96524	69			
Prática de atividade física *							0,02		
Sim	54	16081	23	126	54433	77		1	
Não	194	45770	33	308	94440	67		1,43	(1,40-1,46)
IMC							0,02		
Eutrófico (< 25)	91	24792	29	165	60220	71		1	
Sobrepeso (25 a 29,9)	82	18967	26	161	53425	74		0,89	(0,88-0,91)
Obeso (>ou =30)	67	15572	42	74	21895	58		1,42	(1,39-1,46)
Número de morbidades							<0,001		
Nenhuma	26	7743	11	161	63325	89		1	
1 ou 2	96	25433	30	187	60683	70		2,71	(2,64-2,79)
3 ou mais	128	29109	53	87	25610	47		4,88	(4,75-5,02)
Morbidades									
Doenças Cardiovasculares	23	6042	62	13	3705	38	<0,001	2,23	(2,15-2,30)
Doenças do Aparelho Respiratório	42	9724	31	63	21913	69	0,77		
Doenças Osteomusculares	32	5351	71	10	2168	29	<0,001	2,56	(2,46-2,65)
Hipertensão *	108	23548	60	59	15986	40	<0,001	2,58	(2,54-2,63)
Diabetes *	25	6854	66	9	3517	34	0,001	2,39	(2,33-2,45)
Dislipidemia *	190	45805	32	301	96793	68	0,10		
Insônia *	96	23314	48	78	25541	52	<0,001	1,98	(1,94-2,02)
Depressão *	43	10769	59	27	7524	41	<0,001	2,2	(2,14-2,25)
Número de queixas							<0,001		
Nenhuma	24	5215	14	84	31630	86		1	
Até 3 queixas	71	18413	26	152	52451	74		1,84	(1,78-1,90)
4 ou mais queixas	155	38657	37	199	65536	63		2,62	(2,54-2,71)
Uso de serviço de saúde nos últimos 6 meses							<0,001		
Não	66	16413	18	212	75290	82		1	
Sim	180	44672	38	216	71401	62		2,15	(2,11-2,19)
Autoavaliação de saúde							<0,001		
Muito boa, boa	62	15330	17	204	75553	83		1	
Regular	122	31498	33	199	63935	67		1,96	(1,92-2,00)
Ruim, muito ruim	66	15457	63	29	8937	37		3,76	(3,66-3,86)

*As diferenças em relação ao total são decorrentes de falta de informação na variável.

N exp = n expandido

p-valor: Qui-quadrado de Pearson

IMC= Índice de Massa Corporal

Tabela 4. Modelo ajustado hierarquizado do uso de medicamentos segundo as variáveis independentes em adultos do município de Rio Branco (AC), Brasil, 2014.

Variáveis	Modelo 01	Modelo 02	Modelo 03
Idade			
18-29	1	1	1
30-39	1,69(1,65-1,73)	1,76(1,71-1,80)	1,53 (1,49-1,58)
40-49	2,88(2,81-2,95)	2,63(2,57-2,70)	2,16 (2,10-2,22)
50-59	3,96(3,88-4,06)	3,46(3,37-3,55)	2,36 (2,29-2,43)
Sexo			
Masculino	1	1	1
Feminino	1,34(1,31-1,36)	1,38(1,36-1,41)	1,25 (1,23-1,27)
Escolaridade			
Médio e superior	1	1	1
Até ensino fundamental	1,16(1,14-1,18)	1,08(1,06-1,10)	1,13 (1,11-1,15)
Número de morbidades			
Nenhuma			1
1 ou 2			1,65 (1,61-1,70)
3 ou mais			1,87 (1,80-1,93)
Morbidades			
Hipertensão			1,55(1,52-1,58)
Diabetes			1,56(1,52-1,60)
Insônia			1,19(1,17-1,21)
Depressão			1,19(1,16-1,22)
Número de queixas			
Nenhuma			1
Até 3 queixas			1,28(1,23-1,32)
4 ou mais queixas			1,35(1,31-1,140)
Uso de serviço de saúde nos últimos 6 meses			
Não			1
Sim			1,72(1,68-1,75)
Autoavaliação de saúde			
Muito boa, boa		1	1
Regular		1,67(1,64-1,71)	1,19(1,16-1,21)
Muito ruim, ruim		2,68(2,61-2,74)	1,47(1,43-1,51)

IMC= Índice de Massa Corporal

Modelo 01: Nível distal (idade, sexo, escolaridade).

Modelo 02: Nível intermediário (variáveis do nível anterior acrescido de autoavaliação de saúde ajustado pelas variáveis prática de atividade física, IMC e tabagismo).

Modelo 03: Nível proximal (variáveis do nível anterior acrescido de número de morbidades, morbidades, número de queixas e uso dos serviços de saúde nos últimos 06 meses).

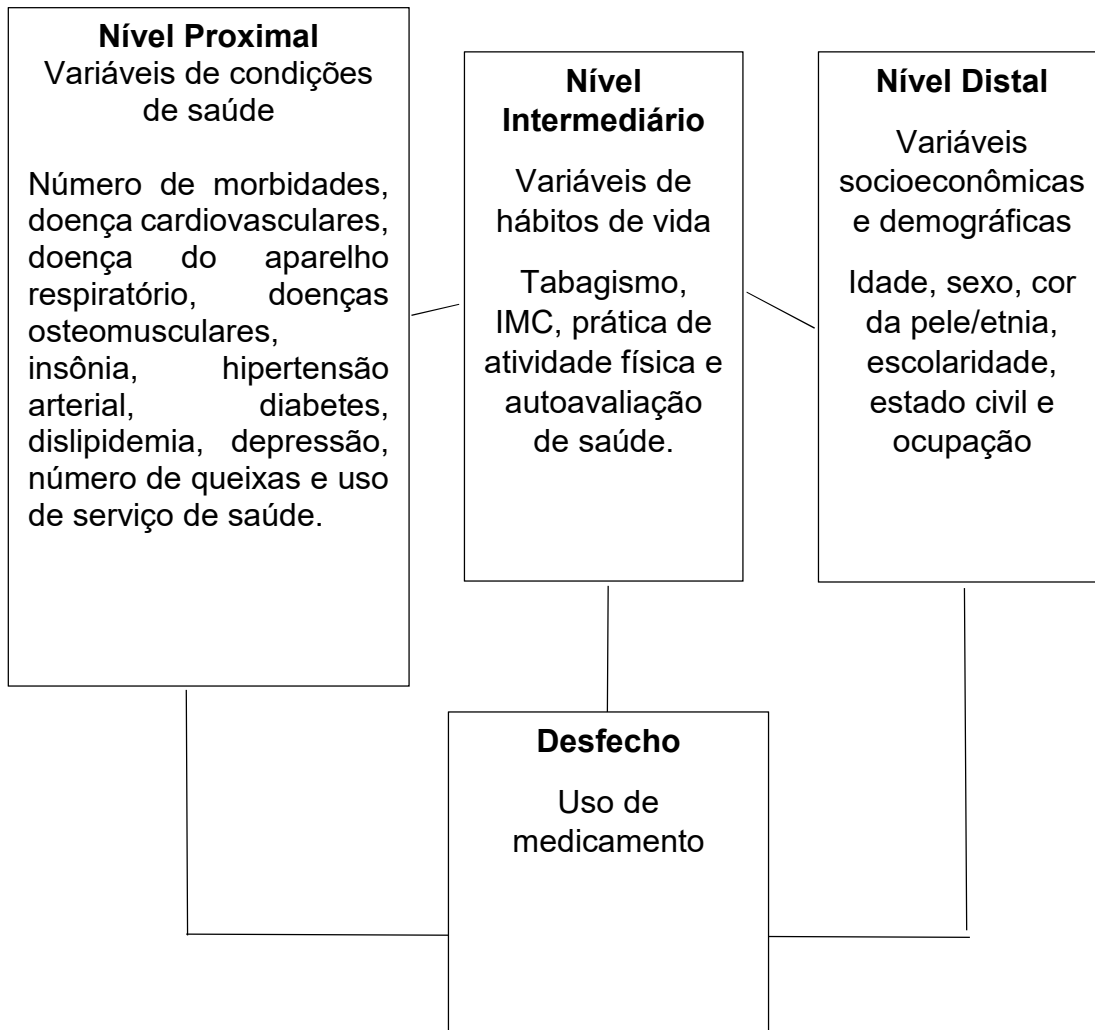


Figura 1. Modelo teórico das variáveis independentes sobre o uso de medicamentos por níveis hierarquizados. Fonte: Elaborada pela autora (2017).

ANEXOS

ANEXO A – Normas de Preparo do Manuscrito para a Revista de Saúde Pública

Título no idioma original do manuscrito e em inglês

O título deve ser conciso e completo, contendo informações relevantes que possibilitem recuperação do artigo nas bases de dados. O limite é de 90 caracteres, incluindo espaços. Se o manuscrito for submetido em inglês, fornecer também o título em português.

Título resumido

Deve conter até 45 caracteres.

Descritores

Devem ser indicados entre 3 a 10, extraídos do vocabulário "**Descritores em Ciências da Saúde**" (DeCS), nos idiomas português, espanhol e inglês, com base no **Medical Subject Headings (MeSH)**. Se não forem encontrados descritores adequados para a temática do manuscrito, poderão ser indicados termos livres (ou *key words*) mesmo não existentes nos vocabulários citados.

Figuras e Tabelas

Todos os elementos gráficos ou tabulares apresentados serão identificados como figura ou tabela, e numerados sequencialmente a partir de um, e não como quadros, gráficos, etc.

Resumo

São publicados resumos em português, espanhol e inglês. Para fins de cadastro do manuscrito, deve-se apresentar dois resumos, um na língua original do manuscrito e outro em inglês (ou em português, em caso de manuscrito apresentado em inglês). As especificações quanto ao tipo de resumo estão descritas em cada uma das **categorias de artigos**. Como regra geral, o resumo deve incluir: objetivo do estudo, principais procedimentos metodológicos (população em estudo, local e ano de realização, métodos observacionais e analíticos), principais resultados e conclusões.

Estrutura do texto

Introdução – Deve ser curta, relatando o contexto e a justificativa do estudo, apoiados em referências pertinentes ao objetivo do manuscrito, que deve estar explícito no final desta parte. Não devem ser mencionados resultados ou conclusões do estudo que está sendo apresentado.

Métodos – Os procedimentos adotados devem ser descritos claramente; bem como as variáveis analisadas, com a respectiva definição quando necessária e a hipótese a ser testada. Devem ser descritas a população e a amostra, instrumentos de medida, com a apresentação, se possível, de medidas de validade; e conter informações sobre a coleta e processamento de dados. Deve ser incluída a devida referência para os métodos e técnicas empregados, inclusive os métodos estatísticos; métodos novos ou substancialmente modificados devem ser descritos, justificando as razões para seu uso e mencionando suas limitações. Os critérios éticos da pesquisa devem ser respeitados. Os autores devem explicitar que a pesquisa foi conduzida dentro dos padrões éticos e aprovada por comitê de ética.

Resultados – Devem ser apresentados em uma sequência lógica, iniciando-se com a descrição dos dados mais importantes. Tabelas e figuras devem ser restritas àquelas necessárias para argumentação e a descrição dos dados no texto deve ser restrita aos mais importantes. Os gráficos devem ser utilizados para destacar os resultados mais relevantes e resumir relações complexas. Dados em gráficos e tabelas não devem ser duplicados, nem repetidos no texto. Os resultados numéricos devem especificar os métodos estatísticos utilizados na análise. Material extra ou suplementar e detalhes técnicos podem ser divulgados na versão eletrônica do artigo.

Discussão – A partir dos dados obtidos e resultados alcançados, os novos e importantes aspectos observados devem ser interpretados à luz da literatura científica e das teorias existentes no campo. Argumentos e provas baseadas em comunicação de caráter pessoal ou divulgadas em documentos restritos não podem servir de apoio às argumentações do autor. Tanto as limitações do trabalho quanto suas implicações para futuras pesquisas devem ser esclarecidas. Incluir somente hipóteses e generalizações baseadas nos dados do trabalho. As conclusões devem finalizar esta parte, retomando o objetivo do trabalho.

Referências

Listagem: As referências devem ser normalizadas de acordo com o **estilo Vancouver - Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication**, ordenadas por ordem de citação. Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com o PubMed e grafados no formato itálico. No caso de publicações com até seis autores, citam-se todos; acima de seis, citam-se os seis primeiros, seguidos da expressão latina “et al”. Referências de um mesmo autor devem ser organizadas em ordem cronológica crescente. Sempre que possível incluir o DOI do documentado citado, de acordo com os exemplos a seguir.

Exemplos:

Artigos de periódicos

Narvai PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. *Cienc Saude Coletiva*. 2000;5(2):381-92. DOI:10.1590/S1413-81232000000200011

Zinn-Souza LC, Nagai R, Teixeira LR, Latorre MRDO, Roberts R, Cooper SP, et al. Fatores associados a sintomas depressivos em estudantes do ensino médio de São Paulo, Brasil. *Rev Saude Publica*. 2008;42(1):34-40. DOI:10.1590/S0034-89102008000100005

Livros

Wunsch Filho V, Koifman S. Tumores malignos relacionados com o trabalho. In: Mendes R, coordenador. *Patologia do trabalho*. 2. ed. São Paulo: Atheneu; 2003. v.2, p. 990-1040.

Foley KM, Gelband H, editors. *Improving palliative care for cancer* Washington: National Academy Press; 2001[citado 2003 jul 13] Disponível em: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10149

Para outros exemplos recomendamos consultar as normas (“Citing Medicine”) da National Library of Medicine, disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=citmed>.

Referências a documentos não indexados na literatura científica mundial, em geral de divulgação circunscrita a uma instituição ou a um evento (teses, relatórios de pesquisa, comunicações em eventos, dentre outros) e informações extraídas de documentos eletrônicos, não mantidas permanentemente em sites, se relevantes, devem figurar no rodapé das páginas do texto onde foram citadas.

Citação no texto

A referência deve ser indicada pelo seu número na listagem, na forma de **expoente** antes da pontuação no texto, sem uso de parênteses, colchetes ou similares. Nos casos em que a citação do nome do autor e ano for relevante, o número da referência deve ser colocado a seguir do nome do autor. Trabalhos com dois autores devem fazer referência aos dois autores ligados por “e”. Nos outros casos apresentar apenas o primeiro autor (seguido de ‘et al.’ em caso de autoria múltipla).

Exemplos:

A promoção da saúde da população tem como referência o artigo de Evans e Stoddart⁹, que considera a distribuição de renda, desenvolvimento social e reação individual na determinação dos processos de saúde-doença.

Segundo Lima et al.9 (2006), a prevalência de transtornos mentais em estudantes de medicina é maior do que na população em geral.

Tabelas

Devem ser apresentadas no final do texto, após as referências bibliográficas, numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. A cada uma deve-se atribuir um título breve, não se utilizando traços internos horizontais ou verticais. As notas explicativas devem ser colocadas no rodapé das tabelas e não no cabeçalho ou título. Se houver tabela extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar formalmente autorização da revista que a publicou, para sua reprodução.

Para composição de uma tabela legível, o número máximo é de 10 colunas, dependendo da quantidade do conteúdo de cada casela. Notas em tabelas devem ser indicadas por letras e em sobrescrito.

Figuras

As ilustrações (fotografias, desenhos, gráficos, etc.) devem ser citadas como Figuras e numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e apresentadas após as tabelas. Devem conter título e legenda apresentados na parte inferior da figura. Só serão admitidas para publicação figuras suficientemente claras e com qualidade digital, preferentemente no formato vetorial. No formato JPEG, a resolução mínima deve ser de 300 dpi. Não se aceitam gráficos apresentados com as linhas de grade, e os elementos (barras, círculos) não podem apresentar volume (3-D). Se houver figura extraída de outro trabalho, previamente publicado, os autores devem solicitar autorização, por escrito, para sua reprodução.

Checklist para submissão

1. Nome e instituição de afiliação de cada autor, incluindo e-mail e telefone.
2. Título do manuscrito, em português e inglês, com até 90 caracteres, incluindo os espaços entre as palavras.
3. Título resumido com 45 caracteres.
4. Texto apresentado em letras arial, corpo 12, em formato Word ou similar (doc, docx e rtf).
5. Resumos estruturados para trabalhos originais de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
6. Resumos narrativos para manuscritos que não são de pesquisa em dois idiomas, um deles obrigatoriamente em inglês.
7. Carta de Apresentação, constando a responsabilidade de autoria e conflito de interesses, assinada por todos os autores.
8. Nome da agência financiadora e número (s) do (s) processo (s).
9. Referências normalizadas segundo estilo Vancouver, ordenadas por ordem de citação, verificando se todas estão citadas no texto.
10. Tabelas numeradas sequencialmente, com título e notas, com no máximo 10 colunas.
11. Figura no formato vetorial ou em pdf, ou tif, ou jpeg ou bmp, com resolução mínima 300 dpi; em se tratando de gráficos, devem estar sem linhas de grade e sem volume.
12. Tabelas e figuras não devem exceder a cinco, no conjunto.

ANEXO B – Formulário de coleta de dados do entrevistado adulto

Itens utilizados na presente pesquisa



Universidade Federal do Acre – UFAC
Centro de Ciências Saúde e do Desporto
Pesquisa: Doença renal crônica, alterações cardiovasculares e síndrome
metabólica em adultos e idosos de Rio Branco, Acre.
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DO ENTREVISTADO ADULTO

CODIFICAÇÃO:

A – DADOS SOCIOECONÔMICOS E DEMOGRÁFICOS		Tabulação
1. Nome:		
2. Data de nascimento: ___/___/_____	2.1. Qual é a sua idade? _____ anos	
3. Onde você nasceu? Cidade: _____	4. Estado: _____	5. País: (1) Brasil (2) Outro
6. Em relação a sua cor/raça, o sr(a) se considera...	(1) Branca (4) Indígena (2) Negra (5) Amarela (oriental) (3) Parda (99) NR/NS	
7. Qual seu estado civil atual?	(1) Casado (2) Solteiro (3) Separado/divorciado (4) Viúvo	
7.1 Se viúvo, há quanto tempo? _____(meses)		
8. O sr(a) estudou na escola?	(0) Não (4) Ensino médio incompleto (1) Não, mas sabe ler e escrever (5) Ensino médio completo (2) Ensino fundamental incompleto (6) Nível superior incompleto (3) Ensino fundamental completo (7) Nível superior completo (8) Pós-graduação	
10. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) trabalhou?	(1) Sim (<i>pule para a questão 10.2</i>) (2) Não	
10.1. Se não, por que? (<i>pule para a questão 11</i>) (1) Aposentado (2) Pensionista (3) Desempregado (4) Estudante (5) Do lar (6) Não trabalha por problemas de saúde, especificar: _____ (7) Outros: _____		
B – HÁBITOS DE VIDA		Tabulação
ATIVIDADE FÍSICA		
12. Nos últimos três meses, o(a) sr(a) praticou algum tipo de exercício físico ou esporte? (1) Sim (2) Não (<i>pule para a questão 17</i>) * Entrevistador não deve ser considerado fisioterapia como prática de exercício físico ou esporte.		
13. Qual o tipo principal de exercício físico ou esporte que o(a) sr(a) praticou nos últimos três meses?		

(1) Caminhada (<i>não considerar o deslocamento para trabalho</i>) (2) Caminhada em esteira (3) Corrida (4) Corrida em esteira (5) Musculação (6) Ginástica aeróbica (spinning, step, jump)	(7) Hidroginástica (8) Ginástica em geral (alongamento, pilates, ioga) (9) Natação (10) Artes marciais e luta (jiu-jitsu, caratê, judô)	(11) Bicicleta (12) Futebol (13) Basquetebol (14) Voleibol (15) Tênis (16) Outros. Qual? _____	
TABAGISMO			Tabulação
19. Atualmente, o(a) sr(a) fuma? (1) sim, diariamente (<i>pule para a questão 20</i>) (2) sim, mas não diariamente (<i>pule para a questão 20.A</i>) (3) não (<i>pule para a questão 23</i>)			
20. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por dia? _____			
(1) 1–4 (2) 5–9 (3) 10–14	(4) 15–19 (5) 20–29 (6) 30–39 (7) 40 ou +		
20.A. Quantos cigarros o(a) sr(a) fuma por semana? _____ (<i>apenas para os que marcaram a opção 2 da questão 19</i>)			
(1) 1–4 (2) 5–9 (3) 10–14	(4) 15–19 (5) 20–29 (6) 30–39 (7) 40 ou +		
21. Que idade o(a) sr(a) tinha quando começou a fumar regularmente? (<i>Só aceita ≥5 anos de idade e menor ou igual a idade atual</i>) _____ anos (99) NR/NS			
22. O(A) sr(a) já tentou parar de fumar? (1) sim (<i>pule para a questão 27</i>) (2) não (<i>pule para a questão 27</i>)			
23. No passado, o(a) sr(a) já fumou? (1) sim, diariamente (2) sim, mas não diariamente (3) não (<i>pule para a questão 25</i>) *(<i>ou pule para a questão 27 se mora sozinho e não trabalha</i>) (<i>ou pule para a questão 26 se mora sozinho e trabalha</i>)			
24. Que idade o(a) sr(a) tinha quando parou de fumar? (<i>Só aceita se for entre os anos que começou a fumar e a idade atual</i>) _____ anos (99) NR/NS			
25. Alguma das pessoas que moram com o(a) sr(a) costuma fumar dentro de casa? (1) sim (2) não (3) NR/NS			
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para quem trabalha</i>			
26. Algum colega do trabalho costuma fumar no mesmo ambiente onde o(a) sr(a) trabalha? (1) sim (2) não (99) NR/NS			
ETILISMO			Tabulação
27. Atualmente, o(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?			

(1) sim	(2) não (pule para a questão 32)	(99) NR/NS (pule para a questão 31)				
28. Com que frequência o(a) sr(a) costuma consumir bebida alcoólica?						
(1) 1 a 2 dias por semana	(2) 3 a 4 dias por semana	(3) 5 a 6 dias por semana	(4) todos os dias (inclusive sábado e domingo)	(5) menos de 1 dia por semana	(6) menos de 1 dia por mês (pule para a questão 31)	
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para homens</i>						
29.A. Nos últimos 30 dias, o sr(a) chegou a consumir 5 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (5 doses de bebida alcoólica seriam 5 latas de cerveja, 5 taças de vinho ou 5 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)						
(1) sim (pule para questão 30)			(2) não (pule para a questão 31)			
<i>Entrevistador somente fazer essa pergunta para mulheres</i>						
29.B. Nos últimos 30 dias, a sr(a) chegou a consumir 4 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião? (4 doses de bebida alcoólica seriam 4 latas de cerveja, 4 taças de vinho ou 4 doses de cachaça, whisky ou qualquer outra bebida alcoólica destilada)						
(1) sim			(2) não (pule para a questão 31)			
30. Em quantos dias do mês isto ocorreu?						
(1) em um único dia no mês	(2) em 2 dias	(3) em 3 dias	(4) em 4 dias	(5) em 5 dias	(6) em 6 dias	(7) em 7 ou mais dias
				(99) NR/NS		
D- CONDIÇÃO DE SAÚDE						Tabulação
42. Em geral, diria que sua saúde é:	(1)Muito boa (2)Boa (3)Regular (4)Ruim (5)Muito ruim					
43. Comparando sua saúde de hoje com a de 12 meses atrás, diria que sua saúde está:	(1)Melhor (2)Igual (3)Pior (99)NR/NS					
44. Comparando a sua saúde com a de outras pessoas da sua idade, você diria que sua saúde é:	(1)Melhor (2)Igual (3)Pior (99)NR/NS					
DORES FÍSICAS E ESTADO FÍSICO (GBB-24)						Tabulação
<i>Entrevistador leia essa instrução ao entrevistado: "As perguntas que se seguem dizem respeito a um conjunto de diferentes tipos de sinais e sintomas. Por favor, considere cada um destes sinais ou sintomas e diga quanto desconforto lhe causam."</i>						
45. Sofre de alguma destas dores ou queixas?	Absolutamente nada	Pouco	Moderado	Bastante	Muitíssimo	
45.1. Fraqueza/debilidade física	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.2. Batimentos de coração fortes, rápidos ou irregulares	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.3. Pressão ou peso no estômago	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.4. Muita necessidade de dormir	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	

45.5. Dores nas articulações ou membros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.6. Tonturas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.7. Dores nas costas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.8. Dores no pescoço ou nos ombros	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.9. Vômitos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.10. Náusea/Enjoo	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.11. Sensação de aperto, asfixia, ou inchaço na garganta	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.12. Arrotos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.13. Azia	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.14. Dores de cabeça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.15. Tendência a cansar-se rapidamente	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.16. Fadiga	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.17. Sensação de dormência	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.18. Peso ou cansaço nas pernas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.19. Cansaço	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.20. Pontadas, dores contínuas no peito	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.21. Dores de estômago	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.22. Ataques de falta de ar	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.23. Pressão na cabeça	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
45.24. Palpitações súbitas no coração	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
HISTÓRIA PATOLÓGICA						Tabulação
46. Alguma vez o(a) senhor(a) já foi diagnosticado por algum profissional de saúde com alguma	a) Bronquite ou chiadeira no peito	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	b) Asma	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	c) Psoríase	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	d) Hipertensão (Pressão alta)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				
	e) Má circulação (varizes)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS				

destas doenças:	f) Diabetes (açúcar alto no sangue)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	g) Obesidade (acima do peso)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	h) AVC (derrame)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	i) Infecção Urinária	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	j) Urolitíase (pedra nos rins)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	k) Cálculo biliar (pedra na vesícula)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	l) Amigdalite (infecção de garganta)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	m) Insônia (problema para dormir)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	n) Infarto/Angina (ataque do coração)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	o) Artrite / artrose	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	p) Osteoporose	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	q) Tendinite/LER	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	r) Doença renal crônica	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	s) ICC (insuficiência cardíaca, coração grande ou fraco)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	t) Problemas cardíacos (arritmias, fibrilação)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	u) Anemia. Qual tipo? _____	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	v) Doença autoimune (Lúpus, artrite reumatoide)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	w) Hepatite. Qual tipo? _____	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	x) Cirrose/Hepatocarcinoma	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	

	y) Dislipidemia (gordura no sangue)	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	<i>Somente para mulheres</i> z) Ovário policístico	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	z.1) Depressão	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	
	z.2) Câncer	(1) Sim (2) Não (3) Já teve (99) NS/NS	

47.1. Em caso de câncer, qual?

48. O(A) sr(sra) possui alguma outra doença que não mencionei? (1) Sim. Qual? _____
(2) Não

49. Utiliza alguma medicação:

(1) Sim (2) Não
(pule para a questão 50)

49.1. Se sim, para qual (is) doença (s): _____

Entrevistador, se possível, pedir para ver a receita ou a embalagem do medicamento.

49.2. Se sim, quais os medicamentos, dose e frequência?

Medicamento (princípio ativo)	Dose (ex. 2cp de 25 mg)	Frequência
1.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
2.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
3.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
4.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
5.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
6.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
7.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
8.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
9.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
10.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
11.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia
12.		(1) 1/dia (2) 2 /dia (3) 3 /dia (4) mais de 3/dia

Entrevistador em caso de mais medicamentos escreva na mesma sequência ao final do formulário.		
50. O(A) sr(a) já usou algum dos medicamentos que vou citar de forma contínua por um período de um mês ou mais?		
Medicamento (princípio ativo)	Por quanto tempo tomou este medicamento (meses ou anos)?	Por qual motivo (doença) utilizou esse medicamento?
50.1. Antibióticos (aminoglicosídeos, sulfonamidas, anfotericina B, polimixina, bacitracina, rifampina, cefaloridina, meticilina, ácido aminossalicílico, pentamidina)	___ meses ___ anos	
50.2. Indutores de imunocomplexos (penicilamina, captopril, sais de ouro)	___ meses ___ anos	
50.3. Imunossupressores e drogas antineoplásicas (ciclosporina, cisplatina, metotrexate, nitrosuréias), usados no tratamento de câncer	___ meses ___ anos	
50.4. Antinflamatórios não-esteróides (aspirina, diclofenaco, Piroxicam, fenilbutazona, dipirona, paracetamol, nimesulida e ibuprofeno)	___ meses ___ anos	
50.5. Bloqueador de H2 (ranitidina)	___ meses ___ anos	
50.6. Anticonvulsivante (remédio para convulsão, ataque, epilepsia)	___ meses ___ anos	
50.7. Antidepressivos/ansiolíticos (medicamentos para ansiedade e/ou depressão)	___ meses ___ anos	
51. O(A) Sr(a) utilizou algum serviço de saúde nos últimos seis meses:	(1) Sim (2) Não (pule para a questão 52)	
<i>Entrevistador pode assinalar mais de um item.</i>	(1)Hospital (2)Emergência (3)Clínica/ambulatório	
51.1. Se precisou procurar um serviço de saúde, utilizou:	(4) Unidade de saúde, centro de saúde/PSF (5) Outros, especificar: _____	
51.2. Como o sr(a) avalia o serviço de saúde onde foi atendido?	(1) Muito ruim (2) Ruim (3) Nem ruim nem bom (4) Bom (5) Muito bom	
52. O sr(a) foi internado em algum hospital nos últimos doze meses?	(1) Sim, uma vez (2) Sim, duas vezes (3) Sim, três vezes (4) Sim, mais de três vezes (5)Não (99) NR/NS	
52.1 Se sim, qual o motivo da internação?	_____ Observação _____	

ANEXO C - Formulário de coleta de dados dos exames

Itens utilizados na presente pesquisa



Universidade Federal do Acre – UFAC
Centro de Ciências Saúde e do Desporto
Pesquisa: Doença renal crônica, alterações cardiovasculares e síndrome metabólica em adultos e idosos de Rio Branco, Acre.
FORMULÁRIO DE COLETA DE DADOS DOS EXAMES

CODIFICAÇÃO:														
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

A - AVALIAÇÃO FÍSICA E DE SAÚDE				Tabulação
Nome:				
1. Peso:	_____ , _____ Kg			
2. Altura	_____ , _____ cm			
3. Verificação da Pressão arterial:	1ª medição: 5 min de repouso: _____ x _____ mmHg			
	2ª medição: 2 min após a 1ª: _____ x _____ mmHg			
	3ª medição: 2 min após a 2ª: _____ x _____ mmHg			
9. Circunferência da cintura:	1ª aferição _____ cm	2ª aferição _____ cm		
10. Circunferência do quadril:	1ª aferição _____ cm	2ª aferição _____ cm		
B - RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS				
Exames laboratoriais	Data da coleta	Resultado	Valores de referência	
1. Colesterol HDL				
2. Colesterol LDL				
3. Colesterol total				
4. Glicemia sérica				
5. Triglicerídeos				

Observações:

ANEXO D – Parecer do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
ACRE- UFAC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DOENÇA RENAL CRÔNICA E ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES EM ADULTOS E IDOSOS DE RIO BRANCO, ACRE

Pesquisador: THATIANA LAMEIRA MACIEL AMARAL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 17543013.0.0000.5010

Instituição Proponente: Universidade Federal do Acre- UFAC

Patrocinador Principal: Universidade Federal do Acre- UFAC

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 518.531

Data da Relatório: 30/01/2014

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem por propósito "analisar a prevalência e os fatores associados à doença renal crônica (DRC) e as alterações cardiovasculares na população de adultos e idosos residentes em Rio Branco, Acre, durante o período de 2013-2014". Trata-se de um estudo transversal de base populacional no município de Rio Branco. A amostra será obtida por conglomerados, com 1.500 participantes para valores de prevalências para homens e mulheres acima de 18 anos. Os dados a serem coletados são demográficos, antropométricos, clínicos, sobre exposição a contaminantes e relacionadas a alterações cardiovasculares. Também serão coletadas amostras de material biológico de sangue e urina para estipular o estágio da DRC, bem como avaliar possíveis comprometimentos cardiovasculares.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a prevalência e os fatores associados à doença renal crônica (DRC) e as alterações cardiovasculares na população de adultos e idosos residentes em Rio Branco, Acre, durante o período de 2013-2014.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos e benefícios foram apresentados de acordo com a Resolução 466/12.

Endereço: "Campus Universitário" "Teófilo Áulo G. A. de Souza", Bloco de Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 25
Bairro: BR384 Km04 Distrito Industrial CEP: 69 915-000
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefone: (68)3201-3711 Fax: (68)3229-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com

Página 1 de 2

Continuação do Parecer: 518.531

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta adequada fundamentação teórica, valor científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram readequadas satisfatoriamente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O CEP-UFAC informa que:

1- Esta pesquisa não poderá ser descontinuada pelo pesquisador responsável, sem justificativa previamente aceita pelo CEP, sob pena de ser considerada antiética, conforme estabelece a Resolução CNS Nº 466/2012, X.3- 4.

2- Em conformidade com as diretrizes estabelecidas a Resolução CNS Nº 466/2012, XI.2, d; o pesquisador responsável deve apresentar relatórios parcial e final ao CEP. O Relatório parcial deve ser apresentado após coleta de dados, "demonstrando fatos relevantes e resultados parciais de seu desenvolvimento" (Resolução CNS Nº 466/2012, II.20) e o Relatório Final deverá ser apresentado "após o encerramento da pesquisa, totalizando seus resultados" (RESOLUÇÃO CNS Nº 466/2012, II.19).

RIO BRANCO, 30 de Janeiro de 2014

Assinado por:
Luciete Basto de Andrade Albuquerque
(Coordenador)

Endereço: "Campus Universitário"Raimundo Aulo G. A de Souza", Bloco de Pró-Reitoria de Pós-Graduação, sala 28
Bairro: BR354 Km04 Distrito Industrial CEP: 68.915-900
UF: AC Município: RIO BRANCO
Telefones: (68)3361-3711 Fax: (68)3226-1248 E-mail: cepufac@hotmail.com

Assinatura 01