



Complexidade terapêutica de diabéticos na atenção primária

Therapeutic complexity of diabetic patients in primary care

Matheus Oliveira do NASCIMENTO¹  0000-0002-0586-5260

Carla Solange de Melo Escórcio DOURADO¹  0000-0002-5807-1915

Dinayra Oliveira do NASCIMENTO²  0000-0002-8846-8489

RESUMO

Objetivo

Este artigo tem por objetivo avaliar a complexidade da farmacoterapia de pacientes diabéticos, usuários de uma Unidade Básica de Saúde.

Métodos

Trata-se de estudo observacional, descritivo com delineamento transversal. A avaliação da complexidade do regime terapêutico foi realizada com base no Índice da Complexidade da Farmacoterapia. Foi considerado o tratamento medicamentoso de uso contínuo dos pacientes, incluindo antidiabéticos e fármacos para hipertensão e dislipidemia. As

¹ Universidade Federal do Piauí, Centro de Ciências da Saúde, Coordenação do Curso de Farmácia. *Campus* Universitário Ministro Petrônio Portella, s/n., Ininga, 64049-550, Teresina, PI, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: CSME DOURADO. E-mail: <csmdourado@gmail.com>.

² Prefeitura de Timon, Secretaria Municipal de Saúde. Timon, MA, Brasil.

Como citar este artigo/How to cite this article

Nascimento MO, Dourado CSME, Nascimento DO. Complexidade terapêutica de diabéticos na atenção primária. *Rev Ciênc Med.* 2018;27(1):1-10. <http://dx.doi.org/10.24220/2318-0897v27n1a4147>



variáveis independentes foram representadas pelas interações medicamentosas, total de medicamentos utilizados, número de vezes e frequência mensal de visitas à unidade de saúde. As potenciais interações medicamentosas foram avaliadas por meio da base de dados Drugdex System – Thomson Micromedex® – Interactions, e a assiduidade de consultas foi obtida pelas datas de cadastro e da última visita.

Resultados

Na amostra estudada, 52,0% dos participantes tinham idade superior a 60 anos, sendo 73,3% do sexo feminino e, em média, frequentavam a unidade de saúde $0,257 \pm 0,22$ vezes ao mês. A média da complexidade da farmacoterapia foi de $9,42 \pm 4,24$, sendo mais proeminente na seção B (frequência de doses): $5,03 \pm 2,57$.

Conclusão

A partir da realização deste estudo foi possível identificar uma elevada complexidade da farmacoterapia, que apresentou associação positiva com diversos fatores: número de medicamentos, interações medicamentosas, consultas e frequência mensal à unidade básica de saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Diabetes *Mellitus*. Farmacoepidemiologia. Tratamento farmacológico.

ABSTRACT

Objective

To evaluate the pharmacotherapy complexity of diabetic patients of a Basic Health Unit.

Methods

Observational, descriptive study with a cross-sectional design. The complexity assessment of the therapeutic regimen was performed by calculating the Pharmacotherapy Complexity Index. Continuous prescription drug treatment was considered, including antidiabetics and drugs for hypertension and dyslipidemia. The independent variables were represented by drug interactions, total medication used and monthly frequency of visits to the health unit. Potential drug interactions were evaluated using the Drugdex System – Thomson Micromedex® – Interactions database and consultation frequency was obtained through the date of registration and the last visit recorded.

Results

In the sample studied, 52.0% of the participants were over 60 years old, female (73.3%) and with an average frequency of visits to the health unit of 0.257 ± 0.22 times a month. The complexity mean of pharmacotherapy was 9.42 ± 4.24 , being most prominent in section B (frequency of doses): 5.03 ± 2.57 .

Conclusion

Based on this study, it was possible to identify a high level of pharmacotherapy complexity and it was positively associated with several factors: amount of drugs, drug interactions, consultations and monthly frequency in the basic health unit.

Keywords: Primary health care. Diabetes *Mellitus*. Pharmacoepidemiology. Drug therapy.

INTRODUÇÃO

O Diabetes *Mellitus* (DM) é um distúrbio metabólico decorrente de defeitos na secreção de insulina, na sua ação, ou em ambos. As complicações da doença são caracterizadas por alterações vasculares e neuropáticas, apresentando, como principal efeito,

a hiperglicemia. A maioria dos indivíduos com DM tipo 2 apresenta, concomitantemente outras doenças, tais como obesidade, hipertensão arterial e dislipidemia, o que torna o seu manejo bastante complexo, requerendo o uso concomitante de múltiplos fármacos [1].

A complexidade do regime medicamentoso é uma preocupação dos pacientes com doenças crônicas, visto que o seu aumento está diretamente associado à não adesão à farmacoterapia e aos erros de medicação. Dessa forma, muitos métodos diferentes foram utilizados para quantificar a complexidade dos regimes medicamentosos. O *Medication Regimen Complexity Index* (MRCI), é a ferramenta mais utilizada, pois quantifica a complexidade considerando não somente o número de medicamentos, como também estabelece uma pontuação ponderada para as formas de dosagem prescrita, as frequências da dosagem e as estratégias adicionais de administração das medicações [2]. O MRCI foi desenvolvido por George *et al.* [3], adaptado e validado para o português do Brasil em 2007 por Melchior, Correr e Fernández-Llimós, sendo denominado de Índice da Complexidade da Farmacoterapia (ICFT) [4].

Dessa forma, o objetivo principal do estudo foi quantificar a complexidade da farmacoterapia de diabéticos atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada no município de Timon (MA), além de identificar os fatores que interferem na complexidade da farmacoterapia desses pacientes.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, descritivo com delineamento transversal, realizado em 2017. A população incluiu todos os diabéticos tipo 2 sob tratamento medicamentoso na Unidade Básica de Saúde (UBS) do bairro Parque Alvorada, localizada no município de Timon (MA). A amostra deste estudo foi constituída por 75 indivíduos, que utilizavam hipoglicemiantes orais ou insulina, de ambos os sexos, sendo excluídos aqueles que não possuíam registros dos medicamentos prescritos.

O perfil farmacológico e sociodemográfico dos indivíduos foi estabelecido por meio da avaliação dos prontuários farmacoterapêuticos, cedidos pela equipe multidisciplinar responsável por seu acompanhamento clínico.

Para avaliação da complexidade da farmacoterapia, foi calculado o Índice da Complexidade da Farmacoterapia. Esse é um instrumento dividido em três seções (A, B e C), sendo cada uma pontuada de acordo com as informações sobre o regime terapêutico dos pacientes. A seção A corresponde às informações sobre formas de dosagens; a B diz respeito às informações de frequência de doses; e a C corresponde às outras informações adicionais. O total do ICFT é obtido somando-se os pontos (escores) das três seções [4,5].

Análise estatística

Todos os dados foram tabulados no *software* Epi Info versão 3.5.2 e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Inc., Chicago, Illinois, Estados Unidos) versão 20.0. O nível de significância de 5% ($p < 0,05$) foi adotado como rejeição da hipótese de nulidade.

Efetou-se análise descritiva das variáveis numéricas, sendo expressas como média \pm desvio padrão. Para as variáveis nominais e ordinais, foram utilizadas frequências relativas (%) e absolutas (n). Já para a análise inferencial recorreu-se à análise de correlação de Spearman (ρ), após empregar teste de Shapiro-Wilk para verificar a normalidade das distribuições e, também, à regressão linear múltipla, pelo método *stepwise*. Assim, foram adotados os seguintes valores para interpretar a força das correlações: coeficientes menores que 0,4 (fraca magnitude), entre 0,4 e 0,5 (moderada magnitude) e $>0,5$ (forte magnitude) [6].

Descrição das variáveis

– Variável dependente: definida pela quantificação do ICFT, considerando-se o tratamento medicamentoso de uso contínuo dos pacientes, dentre os quais os antidiabéticos e fármacos usados para outras condições, como hipertensão e dislipidemia.

– Variáveis independentes: representadas pelas possíveis interações medicamentosas, total de medicamentos utilizados, número de vezes e frequência mensal de visitas à UBS.

As potenciais interações medicamentosas foram avaliadas por meio da base de dados Drugdex System – Thomson Micromedex® – Interactions, e a assiduidade de consultas à UBS foi obtida pelas datas de cadastro e da última visita.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Humana da Universidade Federal do Piauí (PI), sob o CAAE nº 63887916.3.0000.5214, parecer nº 1.895.406.

RESULTADOS

Análise descritiva

Dentre os 75 pacientes, 55 (73,3%) eram do sexo feminino e 20 (26,7%) do masculino. A média de idade foi de 59,1±15,52 anos, variando de 13 a 91 anos, sendo que 52,0% tinham 60 anos ou mais.

Já a média de visitas à UBS foi de 19,49±17,57 vezes, sendo a média da frequência mensal de 0,257±0,22 vezes (Tabela 1).

Em relação aos medicamentos prescritos, os 75 participantes utilizavam 218 fármacos, com média de 2,91±1,37, variando de um a sete medicamentos para cada paciente (Tabela 2).

Em cerca de 50,0% dos pacientes foram registradas 112 possíveis interações medicamentosas, com média de 1,49±1,83, sendo encontradas no máximo seis interações por paciente. Em relação à gravidade, 93,7% das possíveis interações medicamentosas foram consideradas de gravidade moderada (significante) e 6,3% de gravidade maior (relevância muito significante) (Figura 1).

Em relação ao ICFT, a média foi de 9,42±4,24, com variação de 3 a 20,5. A seção A obteve média de 1,84±1,57; a seção B, 5,03±2,57; e a seção C, 2,53±1,24.

Tabela 1. Características sociodemográficas dos participantes do estudo.

Características	Frequência		Homens		Mulheres		Valor de <i>p</i>
	n	%	n	%	n	%	
<i>Idade</i>							<i>p</i> =0,287
≤40 anos	8	10,7	3	15,0	5	9,1	
41 a 59 anos	28	37,3	9	45,0	19	34,5	
≥60 anos	39	52,0	8	40,0	31	56,4	
<i>Naturalidade</i>							<i>p</i> =0,616
Maranhão	19	25,3	6	30,0	13	23,6	
Piauí	15	20,0	2	10,0	13	23,6	
Ceará	1	1,3	0	0,0	1	1,8	
Pará	1	1,3	0	0,0	1	1,8	
Não informado	39	52,0	12	60,0	27	49,2	
<i>Consultas na UBS</i>							<i>p</i> =0,427
≤10 vezes	32	42,7	12	60,0	20	36,4	
11 a 29 vezes	24	32,0	5	25,0	19	34,5	
≥30 vezes	19	25,3	3	15,0	16	29,1	
<i>Frequência</i>							<i>p</i> =0,397
≤0,17 ao mês	34	45,3	12	60,0	22	40,0	
0,18 a 0,32 ao mês	20	26,7	4	20,0	16	29,1	
≥0,33 ao mês	21	28,0	4	20,0	17	30,9	
Total	75	100,0	20	26,7	55	73,3	

Nota: UBS: Unidade Básica de Saúde.

Tabela 2. Medicamentos utilizados pelos participantes do estudo, segundo o sistema de Classificação Anatômico Terapêutico Químico (ATC, *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*).

Grupo anatómico e terapêutico	Medicamento	Código ATC	Frequência	
			n	%
<i>Trato alimentar e metabolismo</i>			132	60,7
	Metformina	A10BA02	59	27,1
	Glibenclamida	A10BB01	52	23,9
<i>Medicamentos usados no diabetes</i>				
	Insulina NPH	A10AC01	18	8,3
	Vildagliptina	A10BH02	1	0,5
	Glicazida	A10BB09	2	0,9
<i>Sistema cardiovascular</i>			79	36,4
<i>Agentes com ação sobre o sistema renina-angiotensina</i>				
	Losartana	C09CA01	18	8,3
	Enalapril	C09AA02	18	8,3
	Captopril	C09AA01	10	4,6
<i>Betabloqueadores</i>				
	Atenolol	C07AB03	7	3,2
	Propranolol	C07AA05	2	0,9
<i>Hipolipemiantes</i>				
	Sinvastatina	C10AA01	3	1,4
	Rosuvastatina	C10AA07	1	0,5
<i>Diuréticos</i>				
	Hidroclorotiazida	C03AA03	17	7,8
<i>Bloqueadores dos canais de cálcio</i>				
	Anlodipino	C08CA01	3	1,4
<i>Sistema nervoso</i>			2	1,0
<i>Psicoanalépticos</i>				
	Amitriptilina	N06AA09	1	0,5
	Citalopram	N06AB04	1	0,5
<i>Sangue e órgãos hematopoiéticos</i>			5	2,3
<i>Agentes antitrombóticos</i>				
	Ácido acetilsalicílico	B01AC06	5	2,3
Total			218	100,0

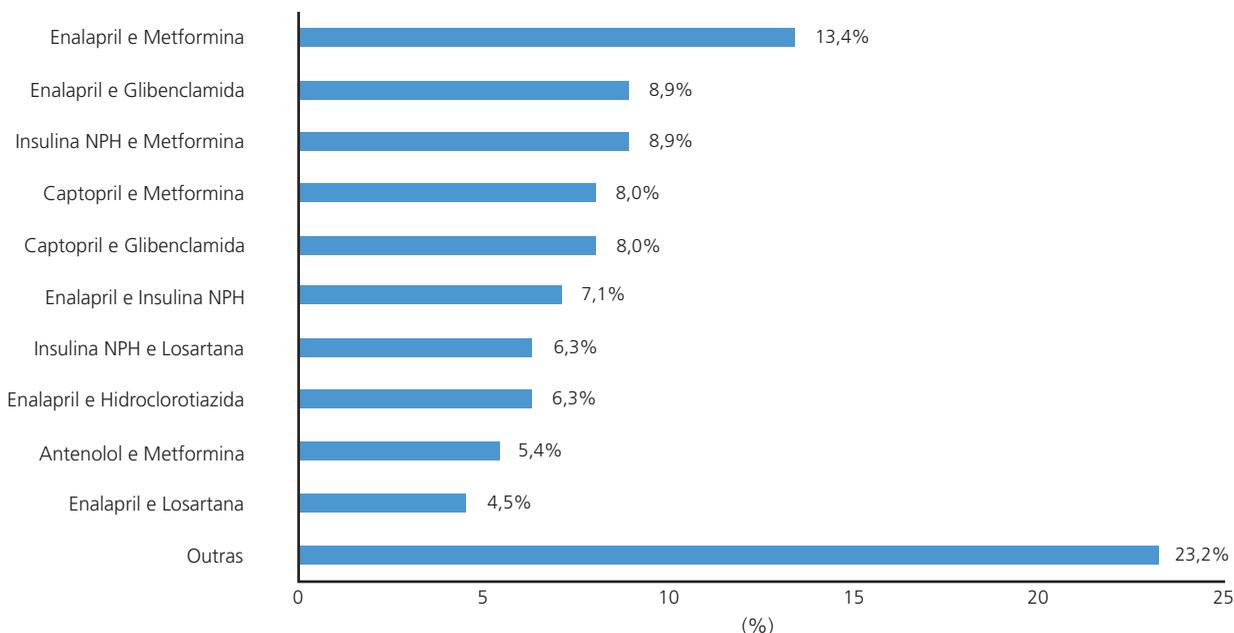


Figura 1. Potenciais interações medicamentosas identificadas nos participantes do estudo.

Análise inferencial

O ICFT esteve correlacionado, numa relação positiva e estatisticamente significativa, com variáveis do perfil farmacoterapêutico e sociodemográfico dos pacientes (Tabela 3).

O resultado do modelo de regressão linear (Tabela 4) permitiu inferir que:

- O aumento de uma possível interação medicamentosa foi associado a um aumento de 0,839 na complexidade da farmacoterapia, mantendo-se constantes as variáveis restantes.

- O aumento de um medicamento foi associado a um aumento de 0,876 na complexidade da farmacoterapia, mantendo-se constantes as variáveis restantes.

Tabela 3. Correlação entre o Índice de Complexidade da Farmacoterapia e as variáveis do perfil farmacoterapêutico e sociodemográfico dos participantes do estudo.

Variáveis	ICFT			
	Seção A	Seção B	Seção C	Total
Número de medicamentos	0,134	0,862	0,444	0,71
Magnitude	Fraca	Forte	Moderada	Forte
Valor de p	0,252	<0,001	<0,001	<0,001
Interações medicamentosas	0,377	0,737	0,425	0,705
Magnitude	Fraca	Forte	Moderada	Forte
Valor de p	0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Consultas na UBS	0,434	0,418	0,507	0,564
Magnitude	Moderada	Moderada	Forte	Forte
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
Frequência mensal	0,284	0,437	0,419	0,506
Magnitude	Fraca	Moderada	Moderada	Forte

Tabela 4. Modelo de regressão linear: Variável dependente – Índice de Complexidade da Farmacoterapia.

		SS	g.l.	MS	F	Valor de p
$r^2 = 0,801$	Regressão	853,662	4	213,415	31,230	0,000
$r_a^2 = 0,620$	Resíduos	478,358	70	6,834		
Erro padrão = 2,614	Total	1332,02	74			

	bi	s(bi)	t	Valor de p
(Constant)	3,795	0,872	4,352	0,000
Interações medicamentosas	0,839	0,281	2,990	0,004
Total de medicamentos	0,876	0,354	2,471	0,016
Número de visitas à UBS	0,053	0,021	2,543	0,013
Frequência mensal de visitas	3,218	1,541	2,088	0,040

Nota: r^2 : Coeficiente de Determinação; r_a^2 : Coeficiente de Determinação Ajustado; g.l.: Graus de Liberdade; SS: Somatório; MS: Média do Somatório dos Quadrados; bi: Estimativas do Coeficiente; s(bi): Erro-Padrão para a Variável i; t: Estatística do Teste t de Student; Valor de p : Nível de Significância do Teste t de Student.

- O aumento do número de visitas à UBS foi associado a um aumento de 0,053 na complexidade da farmacoterapia, mantendo-se constantes as variáveis restantes.

- O aumento da assiduidade à UBS (frequência mensal) foi associado a um aumento de 3,218 na complexidade da farmacoterapia, mantendo-se constantes as variáveis restantes.

DISCUSSÃO

Entre os indivíduos diabéticos selecionados, observou-se predominância do sexo feminino em todas as faixas etárias. Dados semelhantes foram encontrados em outros estudos na atenção primária [7]. A maior prevalência entre as mulheres pode estar relacionada à sua maior conscientização sobre a necessidade do cuidado com a saúde, aumentando a procura de tais serviços [8]. Cotta *et al.* [9] ressaltaram ainda um maior incentivo às mulheres, com a oferta de programas de saúde nas UBS, enquanto Clares *et al.* [10] destacaram a elevada longevidade do sexo feminino associada a uma menor exposição a fatores de risco e a condutas menos agressivas que os homens.

Quanto à idade, a predominância de diabéticas na faixa etária acima de 60 anos também foi comprovada em outros estudos realizados em UBS [11]. Isso se explica pelo fato de que o aumento da prevalência do DM, assim como em outras doenças crônicas, é acentuado pela idade, devido às alterações metabólicas decorrentes do processo de envelhecimento, além da redução de atividades físicas, associada a hábitos alimentares poucos saudáveis [12]. Não obstante, Iser *et al.* [8] destacaram que o principal fator seria o aumento das possibilidades de diagnóstico nessa faixa etária, quando a ocorrência do DM é elevada.

Malta *et al.* [13] estudaram a Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios (PNAD/2013), relatando que aproximadamente 72,1% da população brasileira não possuem plano de saúde, com o Maranhão figurando entre os estados mais pobres, o que conduz

à dependência dessas pessoas aos serviços do SUS. As UBS seriam, portanto, a porta de entrada da população aos serviços de saúde, funcionando como referência para os setores de acompanhamento e prevenção da saúde [14].

O Ministério da Saúde recomenda que indivíduos portadores de DM com níveis glicêmicos descontrolados e lesões em órgãos-alvo realizem consultas médicas com a frequência de 0,33 vezes ao ano. Por outro lado, aqueles que possuem taxas glicêmicas controladas, sem lesões em órgãos-alvo, necessitam realizar consultas no mínimo 0,17 vezes ao ano [15]. Os resultados encontrados no presente trabalho distanciam-se de certa forma dessa recomendação, uma vez que a maioria dos participantes não estava fazendo o número mínimo de consultas, o que reflete o fato de que a população somente procura as UBS diante da manifestação de algum sintoma ou incômodo físico, buscando apenas procedimentos fragmentados e não uma assistência terapêutica completa [16].

O grau de polimedicação de indivíduos pode ser analisado pela média de medicamentos prescritos. Um alto número de medicamentos na farmacoterapia pode favorecer interações medicamentosas e reações adversas. No entanto, o uso de vários fármacos para o tratamento de doenças crônicas, ou para potencializar o efeito farmacológico em casos poucos responsivos, torna-se cada vez mais comum e recomendado em diversas protocolos clínicos [17].

A elevada média de medicamentos (2,91) identificada neste estudo sugere uma ausência de responsabilidade por parte dos prescritores, uma vez que o excesso de medicamentos pode dificultar o tratamento dos indivíduos [18]. Os resultados revelaram ainda uma média acima à registrada em outros estados brasileiros, como Goiás (2,4) e Sergipe (2,76) [19,20].

Em relação aos medicamentos, os principais antidiabéticos utilizados pelos participantes deste estudo foram os que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) [21], semelhante ao encontrado em outros estudos no Brasil [22]. A ampla utilização de Captopril, Enalapril e Losartana é

benéfica e recomendada para diabéticos hipertensos, pois esses fármacos evitam o declínio da função renal ao reduzir a proteinúria e a pressão intraglomerular, além de preservar a função ventricular [23].

A média de potenciais interações medicamentosas foi inferior (1,49) ao observado no Distrito Federal (1,97), porém superior ao estudo realizado na Bahia (0,8) [24,25]. A principal causa desta discrepância pode ser atribuída ao número de medicamentos, uma vez que o aumento do número de fármacos favorece a manifestação de interações medicamentosas [26]. No presente estudo, a média de medicamentos (2,91) foi relativamente menor que a encontrada no Distrito Federal (4,6) e maior do que a média na Bahia (2,8) [24,25].

A média do ICFT (9,42) distanciou-se de outros estudos [26]. Esse valor inferior pode ser justificado principalmente pela ausência de informações nos prontuários dos pacientes, uma vez que o instrumento foi preenchido exclusivamente pelo pesquisador e não pelos profissionais de saúde, o que poderia ter tornado os resultados mais amplos.

Quanto às seções do ICFT, Libby *et al.* [27] destacaram a B (frequência de doses) como a principal responsável pelo alto ICFT em pacientes com DM, o que corrobora o presente estudo, indicando como ponto primordial de ação a simplificação dos esquemas farmacoterapêuticos.

O número total de medicamentos apresentou correlação positiva com o ICFT, sendo influenciado principalmente pela seção B, o que pode ser observado em outros estudos. Apesar de ter uma grande influência, a quantidade de medicamentos nem sempre está associada ao aumento da complexidade da farmacoterapia. Uma maior complexidade da farmacoterapia também esteve correlacionada com o aumento das interações medicamentosas, o que pode ser justificado pelo crescente aumento da quantidade de medicamentos. Verificou-se um elevado risco de interações ao se acrescentarem mais fármacos à terapia, pois, quanto maior for a frequência de doses, maior será a probabilidade da incidência de administração no mesmo horário, favorecendo a ocorrência de interações medicamentosas [28].

O comparecimento às consultas na UBS pode ser considerado um fator preditivo da adesão à farmacoterapia. Neste estudo, a complexidade da farmacoterapia aumentou à medida que os pacientes frequentavam a UBS. Os pacientes mais assíduos às UBS, geralmente, possuem algum sintoma ou incômodo físico e necessitam alterar seu esquema terapêutico, aumentando, com isso, o número de medicamentos, o regime posológico ou as instruções adicionais de uso dos fármacos, o que pode elevar os níveis de complexidade da farmacoterapia [16]. Assim, a análise de regressão linear múltipla confirmou a “frequência mensal de visitas” como variável determinante da complexidade da farmacoterapia.

CONCLUSÃO

A partir dos dados obtidos pôde-se constatar uma elevada complexidade da farmacoterapia no DM2, cuja frequência de dose foi o fator mais determinante para tal achado. A complexidade do regime de medicamentos foi também associada a outros fatores, principalmente aos aspectos sociodemográficos dos indivíduos, indicando a necessidade de políticas públicas mais eficientes voltadas para o DM2.

Dessa forma, levando-se em consideração o exponencial aumento de diabéticos no país, torna-se necessário incentivar intervenções e cuidados farmacoterapêuticos que possam auxiliar esses indivíduos.

AGRADECIMENTOS

À Equipe 35 da Unidade Básica de Saúde de Timon (MA), pelo apoio na coleta dos dados.

COLABORADORES

MO NASCIMENTO e DO NASCIMENTO participaram na pesquisa e na redação final. CSME DOURADO responsável pela concepção e revisão final.

REFERÊNCIAS

1. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes (2015-2016). São Paulo: A.C. Farmacêutica; 2016.
2. Hirsch JD, Metz KR, Hosokawa PW. Validation of a patient-level medication regimen complexity index as a possible tool to identify patients for medication therapy management intervention. *Pharmacotherapy*. 2014;34(8):826-35.
3. George J, Phun YT, Bailey MJ, Kong DC, Stewart K. Development and validation of the medication regimen complexity index. *Ann Pharmacother*. 2004;38(9):1369-76.
4. Melchior AC, Correr CJ, Fernandez-Llimos F. Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arq Bras Cardiol*. 2007; 89(4):210-18.
5. Laseri DD, Souza PRK. Atenção farmacêutica e o tratamento de diabetes mellitus. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2007;5(14):49-56.
6. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB, Duncan MS. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2a ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
7. Lima CT, Gonsalles MCR, Assis DMB, Kanno DT, Giancesella EMF. Diabetes e suas comorbidades no Programa de Saúde da Família Vila Davi em Bragança Paulista, SP. *Rev Bras Clin Med*. 2010;8(4):316-9.
8. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri PS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC, et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015;24(2):305-14.
9. Cotta RMM, Batista KCS, Reis RS, Souza GA, Dias G, Castro FAF, et al. Perfil socio-sanitário e estilo de vida de hipertensos e/ou diabéticos, usuários do Programa de Saúde da Família no município de Teixeira, MG. *Ciênc Saúde Colet*. 2009;14(4):1251-60.
10. Clares JWB, Freitas MC, Almeida PC, Galiza FT, Queiroz TA. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. *Rev RENE*. 2011;12(n.esp.):988-94.
11. Winkelmann ER, Fontela PC. Condições de saúde de pacientes com diabetes mellitus tipo 2 cadastrados na Estratégia Saúde da Família, em Ijuí, Rio Grande do Sul, 2010-2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2014;23(4):665-74.
12. Stopa SR, Chester LGC, Segri NJ, Goldbaum M, Guimarães VMV, Alves MCGP, et al. Self-reported diabetes in older people: Comparison of prevalences and control measures. *Rev Saúde Pública*. 2014;48(4):554-662.
13. Malta DC, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Oliveira M, Reis AC. Cobertura de Planos de Saúde na população brasileira, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(1):179-90.
14. Faquinello P, Marcon SS, Waidmann MAP. A rede social como estratégia de apoio à saúde do hipertenso. *Rev Bras Enferm*. 2011;64 (5):849-56.
15. Carvalho Filha FSS, Nogueira LT, Viana LMM. Hiperdia: adesão e percepção de usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. *Rev RENE*. 2011;12(n.esp.):930-36.
16. Goncalves LO, Farinha MG, Goto TA. Plantão psicológico em unidade básica de saúde: atendimento em abordagem humanista-fenomenológica. *Rev Abordagem Gestál*. 2016;22(2):225-32.
17. Pereira DC, Oliveira KR, Zago D. Perfil dos usuários e dos medicamentos dispensados numa unidade básica de saúde (UBS) do município de Ijuí/RS. *Rev Contexto Saúde*. 2010;10(19):137-40.
18. Portela AS, Silva PCD, Simões MOS, Medeiros ACD, Neto ANM. Indicadores de prescrição e de cuidado ao paciente na atenção básica do município de Esperança, Paraíba, 2007. *Epidemiol Serv Saúde*. 2012;21(2):341-50.
19. Borges LM, Silva EV. Análise dos indicadores de prescrição médica em uma unidade de saúde de Anápolis-GO. *Tempus*. 2010;4(3):63-72.
20. Faraoni AS. Possíveis interações medicamentosas entre usuários de uma unidade básica de saúde (UBS) do município de São Cristóvão-SE. *Rev Saúde.com*. 2015;11(1):10-9. <http://dx.doi.org/10.22481/rsc.v11i1.253>
21. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (Brasil). Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Renome. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
22. Oliveira RC, Scalone FM, Lopes ACBA, Cabrera MAS. Analysis of the use of drugs in cardiovascular and antidiabetic primary health care according to age. *Acta Sci Health Sci*. 2013;35(1):119-23.
23. Gontijo MF, Ribeiro AQ, Klein CH, Rozenfeld S, Acurcio FA. Uso de anti-hipertensivos e antidiabéticos por idosos: inquérito em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(7):1337-46.
24. Leao DFL, Moura CS, Medeiros DS. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2014;19(1):311-8.
25. Lima RF, Machado AV, Rebelo FM, Naves JOS, Lavich TR, Dullius J. Interações medicamentosas potenciais em diabéticos tipo 2 participantes de um programa de educação em saúde. *Infarma*. 2015;27(3):160-7.

26. Obreli-Neto PR, Prado MF, Vieira JC, Fachini FC, Pelloso SM, Marcon SS, *et al.* Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do município de Salto Grande - SP, Brasil. *Rev Ciênc Farm Básica Apl.* 2010;31(3):229-33.
27. Libby AM, Fish DN, Hosokawa PW, Linnebur SA, Metz KR, Nair KV, *et al.* Patient-level medication regimen complexity across populations with chronic disease. *Clin Ther.* 2013;35(4):385-98.
28. Saez de la Fuente J, Such Diaz A, Cañamares-Orbis I, Ramila E, Izquierdo-Garcia E, Esteban C, *et al.* Cross-cultural Adaptation and Validation of the Medication Regimen Complexity Index Adapted to Spanish. *Ann Pharmacother.* 2016;50(11): 918-25.

Recebido: janeiro 26, 2018
Versão final: junho 5, 2018
Aprovado: junho 29, 2018