



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS
RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Londrina
2008

MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS
RESIDENTES NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

Orientador: Prof. Dr. Darli Antonio Soares

Londrina
2008

Vosgerau, Milene Zanoni da Silva

Consumo de medicamentos entre adultos residentes na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família / Milene Zanoni da Silva Vosgerau. – Londrina, 2007.

139f. : il., tabs.

Orientador: Prof. Dr. Darli Antonio Soares

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual de Londrina, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Inclui bibliografia e anexos

1. Adultos – Medicamentos - Utilização. 2. Sistema Único de Saúde (Brasil). 3. Política de saúde. I. Soares, Darli A. II. Universidade Estadual de Londrina. Programa de Mestrado em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 615.1

MILENE ZANONI DA SILVA VOSGERAU

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS RESIDENTES
NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva, da Universidade Estadual de Londrina, como requisito parcial à obtenção do título de mestre.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Darli Antonio Soares

Prof^a. Dr^a Regina Kazue Tanno de Souza

Prof. Dr^a. Lia Lusitana Cardozo de Castro

Londrina, 30 de janeiro de 2008.

“Eu pedi Força...e Deus me deu Dificuldades para me fazer forte.
Eu pedi Sabedoria...e Deus me deu Problemas para resolver.
Eu pedi Prosperidade...e Deus me deu Cérebro e Músculos para trabalhar.
Eu pedi Coragem... e Deus me deu Perigo para superar.
Eu pedi Amor... e Deus me deu pessoas com Problemas para ajudar.
Eu pedi Favores... e Deus me deu Oportunidades.
Eu não recebi nada do que pedi... Mas eu recebi tudo de que precisava.”

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Nair e Égdar, pelo exemplo de amor incondicional que faz com que minha vida tenha sentido...

Aos meus avós Hulda e Jordão, pelas orações, pelo carinho e cuidado...

Ao meu querido pai, Antônio Carlos, pela alegria de viver, ajuda em todos os momentos e exemplo de “fazer o bem sem olhar a quem”...

À minha adorável mãe Rosi, pelo exemplo de mulher, mãe, professora, ser humano, que me inspira todos os dias a ser uma pessoa melhor...

Ao meu maravilhoso marido Marcos, que me ensina todos os dias que o amor é força mais poderosa do universo e o único caminho verdadeiro para a felicidade...

**“Se todos fossem iguais a vocês, que
maravilha viver...”**

AGRADECIMENTOS

- ✓ À **Deus** – o fundamento de todos os fundamentos – pela vida, pela saúde, pela força, pela coragem e pela oportunidade de estar realizando este desejo;
- ✓ Ao **Dr. Leocádio José Correia**, amigo de todas as horas, quem me inspira e me sensibiliza sempre para a vida;
- ✓ Ao meu orientador **Prof. Dr. Darli Antonio Soares**, pela orientação, pela paciência e pela oportunidade de aprendizado através de sua vasta experiência na área;
- ✓ Aos **professores do mestrado**, que contribuíram positivamente na construção do meu fascínio pela Saúde Coletiva.
- ✓ À **professora Dr^a. Regina Tanno**, que considero grande amiga e tive o imenso prazer em conhecer. A sua objetividade e perspicácia, aliados à sua bondade, sabedoria e paciência em ouvir deram-me coragem e confiança para concluir esta etapa. Muito obrigada por tudo!
- ✓ À **professora Dr^a. Tiemi Matsuo**, pelas orientações valiosas na construção do banco de dados e na análise estatística;
- ✓ À **professora Dr^a. Lia Lusitana Cardozo de Castro**, pela gentileza de avaliar a dissertação e pela competência, humildade e valiosas sugestões que enriqueceram o trabalho final.
- ✓ Às **minhas amigas e amigos** que conheci no mestrado, em especial, Gisele, Francielle, Maria Fernanda, Cristiane, Fernanda, Renata, Vera. Obrigada por tudo, pelas risadas, pela força, pelo convívio, pela dedicação, pelo exemplo. Independente da distância, vocês estarão sempre no meu coração.

- ✓ Aos **funcionários do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva**, pela dedicação e prontidão com que desenvolvem seu trabalho;
- ✓ À **Secretaria de Saúde de Ponta Grossa**, pelo apoio e autorização para a realização da pesquisa de campo;
- ✓ Aos **profissionais de saúde da Unidade Básica Nilton Luiz de Castro**, principalmente às **Agentes Comunitárias de Saúde**, por tornarem possível a realização desta pesquisa.
- ✓ À farmacêutica e estimada amiga **Maria José**, pelo despreendimento, exemplo de luta pelas boas causas e preciosas dicas no decorrer do trabalho.
- ✓ Aos **estudantes** que auxiliaram na coleta de dados, em especial – **Lilian e Diego**. É por existirem acadêmicos comprometidos, humanos e competentes como vocês que o trabalho do professor vale a pena!
- ✓ Aos **moradores do Parque Tarobá**, pela participação e concessão de informações valiosas para a realização da pesquisa;
- ✓ À amiga, mais que especial, **Anelise Montañes Alcântara**, companheira de todas as horas, pela cumplicidade, pela lealdade, pela dedicação, pela inspiração. Obrigada, Liu!
- ✓ Ao amigo **José Augusto Leandro**, que desde o início se mostrou um professor inspirador, uma pessoa maravilhosa e um amigo querido e fiel. Obrigada pelas conversas, pelo carinho, pela motivação!
- ✓ Aos meus sogros **Maria Jurema e Roberto**, pelo aconchego, pela doação, pela compreensão e paciência que vocês tiveram quando eu mais precisei.
- ✓ Ao meu super marido **Marcos**, pela ajuda na coleta e análise de dados, pelos importantes conselhos na área da informática, pelas leituras, pela força na reta final... Com você, tudo fica mais fácil!

- ✓ Ao meu pai **Antônio Carlos**, um *expert* em inglês, pelas traduções e *abstracts*. Obrigada pela paciência e pelo carinho!

- ✓ À minha mãe **Rosi**, amiga de trabalho, companheira de luta, pelos conselhos, leituras, orientações e ajuda na coleta de dados. Sem seu incentivo e apoio, quem eu seria?

- ✓ À **todas as pessoas** que, direta ou indiretamente, tornaram possível a realização deste projeto.

VOSGERAU, Milene Zanoni da Silva. **Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família**. 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

RESUMO

Determinar a prevalência e os fatores associados ao consumo de medicamentos entre adultos de 20 e 59 anos. Método: Estudo transversal de base populacional. Foram entrevistados 374 indivíduos da área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa (PR), entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007. O período recordatório utilizado foi dos últimos 7 dias. Os medicamentos foram classificados segundo Anatomical Therapeutic Chemical Code. Os testes de qui-quadrado e de regressão logística foram utilizados para análise estatística. Resultados: A prevalência de consumo de medicamentos foi de 67,1%. A utilização variou entre 1 e 17 medicamentos. As classes terapêuticas mais consumidas foram analgésicos e a dipirona foi o princípio ativo mais usado. Após análise multivariada, as variáveis que permaneceram associadas significativamente foram: sexo, autopercepção de saúde, presença de doenças crônicas e filiação a plano de saúde. Conclusão: A prevalência de consumo de medicamentos foi semelhante ao encontrado em outros estudos. Os achados desta pesquisa poderão contribuir para nortear as ações das equipes saúde da família.

Palavras-chaves: Uso de medicamentos. Farmacoepidemiologia. Adulto. Prevalência. Programa Saúde da Família.

VOSGERAU, Milene Zanoni da Silva. **Consumption of medicines by adults within an area covered by a family health unit.** 2008. 114 f. Dissertation (Master's Degree in Public Health) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.

ABSTRACT

In Brazil, studies about the consumption of medication by adults are few. Therefore, the purpose of this research was to identify the profile of medication consumption and associated factors among adults aged 29 to 59 years old. This is a cross-sectional study. The sample included 374 individuals from the area of a family health unit in the city of Ponta Grossa (State of Paraná). The interviews were conducted from December 2006 to January 2007, with a 7-day recall. The medications were classified according to the Anatomical Therapeutic Chemical Classification. Chi-square test and logistic regression were used for statistical analysis. The prevalence of medication consumption was 67.1%. Use varied from 1 to 17 drugs. Analgesics were the therapeutic class most consumed. After multivariate analysis, the variables which remained significantly associated to use were: gender, self-perception of health, presence of chronic diseases, and access to a health plan. Commercial pharmacy was the main place for obtaining medicines (63.6%). The prevalence of medication consumption was similar to that found in national and international studies. The findings in this research may be a guide for the actions of family health teams.

Keywords: Drug use. Public health. Pharmacoepidemiology. Family Health Program.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Composição dos serviços de saúde de Ponta Grossa, Paraná, 2007	40
Figura 2 – Mapa da área de abrangência da UBS Nilton Luiz de Castro, Parque Tarobá, Ponta Grossa, Paraná, 2007	41
Figura 3 – Cuidados metodológicos adotados na pesquisa segundo recomendações de Rozenfeld (2004).	45
Figura 4 – Fluxograma da coleta de dados, Ponta Grossa, Paraná, 2007.	55

LISTA DE SIGLAS

AF	Assistência Farmacêutica
ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
CEME	Central de Medicamentos
CFF	Conselho Federal de Farmácia
EF	Especialidade Farmacêutica
ESF	Equipe Saúde da Família
EUMs	Estudos de Utilização de Medicamentos
DURG	<i>Drug Utilization Research Group</i>
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MS	Ministério da Saúde
NOB	Normas Operacionais Básicas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PACS	Programa de Agentes Comunitários em Saúde
POM	<i>Prescribed Only Medicines</i>
PSF	Programa Saúde da Família
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OTC	<i>Over-the-counter</i>
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUS	Sistema Único de Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	POLÍTICAS FARMACÊUTICAS	14
1.2	SAÚDE DA FAMÍLIA	17
1.3	MEDICAMENTOS GENÉRICOS: CONTRIBUIÇÃO PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	21
1.4	UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E O <i>MARKETING</i> DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA	25
1.5	AUTOMEDICAÇÃO	30
2	REFERENCIAL TEÓRICO -METODOLÓGICO	34
2.1	FARMACOEPIDEMIOLOGIA E OS ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (EUMs)	34
3	OBJETIVOS	38
3.1	OBJETIVO GERAL	38
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
4	METODOLOGIA	39
4.1	MODALIDADE DE PESQUISA	39
4.2	LOCAL DE ESTUDO	39
4.2.1	Município de Ponta Grossa	39
4.2.2	Unidade Básica de Saúde – Parque Tarobá	41
4.3	POPULAÇÃO DE ESTUDO	42
4.4	FONTE DE DADOS	42
4.5	AMOSTRAGEM	43
4.6	COLETA DE DADOS	43
4.7	PRÉ-TESTE	45
4.8	ASPECTOS ÉTICOS	46
4.9	VARIÁVEIS E CATEGORIZAÇÃO	46
4.9.1	Variáveis Independentes	46
4.9.1.1	Sócio-demográficas	46
4.9.1.2	Indicadores da condição de saúde	48

4.9.2	Variáveis Dependentes	50
4.9.2.1	Consumo de medicamento	50
4.10	TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	54
4.11	DIVULGAÇÃO	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1	Artigo A – Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família	56
5.2	Artigo B – Automedicação entre adultos na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	99
APÊNDICE A –	Ofício encaminhado à Secretaria de Saúde de Ponta Grossa	100
APÊNDICE B –	Formulário para a coleta de dados	101
APÊNDICE C –	Termo de consentimento Livre e Esclarecido	103
APÊNDICE D –	Material informativo	104
	ANEXOS	105
ANEXO A –	Autorização da Secretaria de Saúde de Ponta Grossa para a Realização da Coleta de Dados	106
ANEXO B –	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL	107
ANEXO C –	Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)	108
ANEXO D –	Instrução para os autores (artigo A)	109
ANEXO E –	Instrução para os autores (artigo B)	111

1 INTRODUÇÃO

1.1 POLÍTICAS FARMACÊUTICAS

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988, traz como princípios doutrinários: integralidade, universalidade, equidade e como princípios organizacionais a regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular. A Lei 8.080/90 em seu art. 6º menciona que estão incluídas no campo de atuação do SUS “a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica, bem como a formulação de política de medicamentos” (BRASIL, 1990).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a todos os países a formulação e implementação de uma efetiva Política Nacional de Medicamentos (PNM). Entretanto, somente 50% dos países membros, até 2003, apresentavam institucionalizada uma PNM recente e atualizada (BRASIL, 2005a).

Apesar de, no Brasil, há algumas décadas existirem ações incipientes no campo da assistência farmacêutica (AF), como a Central de Medicamentos (CEME) que se extinguiu em 1997, somente no final da década de 90, normatizou-se a Política Nacional de Medicamentos através da Portaria 3.916/98 (BRASIL, 1998).

A aprovação da Política Nacional de Medicamentos foi um marco decisivo para a adequação e descentralização da assistência farmacêutica no SUS, pois tem como “propósito precípua o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais”.

A declaração sobre Políticas Farmacêuticas de Cartagena, elaborada em 1993, enfatizou que “a disponibilidade e o acesso aos medicamentos constituem parâmetros que permitem medir a qualidade dos serviços de saúde e constituem indicadores sociais de justiça e equidade na distribuição das riquezas de uma nação” (CNS, 1998). Ao seguir o mesmo caminho lógico, pode-se afirmar que a Política Nacional de Medicamentos é uma das grandes estratégias da Política de

Saúde Brasileira para promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Para a obtenção dos objetivos estipulados na PNM, os gestores do SUS, nos três níveis de Governo, devem atuar em parceria e seguir as oito diretrizes fixadas (BRASIL, 1998):

- ✓ **Adoção de relação de medicamentos essenciais:** definidos pela OMS como “aqueles que satisfazem às necessidades de saúde prioritárias da população, os quais devem estar acessíveis em todos os momentos, na dose apropriada, a todos os segmentos da sociedade”. Os fármacos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) devem ser atualizados continuamente para acompanhar as mudanças nos perfis epidemiológicos das diversas regiões brasileiras. A nova RENAME, modificada no final de 2006, segue as recomendações da OMS, que é revisão a cada dois anos, além de se firmar como ferramenta importante para o uso racional dos medicamentos e para organização da assistência farmacêutica (BRASIL, 2006a).

- ✓ **Regulamentação sanitária de medicamentos:** devem ser enfatizadas as ações federais, de competência da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ao regulamentar e fiscalizar questões relacionadas ao registro de medicamentos, à liberação de funcionamento de empresas e estabelecimentos de saúde, bem como atuar efetivamente na retirada de produtos com alterações que comprometam seu efeito terapêutico e/ou causem reações adversas.

- ✓ **Reorientação da assistência farmacêutica:** não se restringe somente às questões de aquisição e distribuição de medicamentos, mas toda a sua logística, a qual envolve também as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, controle da qualidade, prescrição, dispensação e utilização, de modo a disponibilizar produtos que supram as necessidades da população.

- ✓ **Promoção do uso racional de medicamentos:** contempla aspectos relacionados aos prescritores, dispensadores, usuários e demais profissionais da saúde.
- ✓ **Desenvolvimento científico e tecnológico:** estímulo ao isolamento e síntese de novos fármacos, que incentivem a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo, que aproveite o vasto potencial terapêutico da fauna e flora brasileiras.
- ✓ **Promoção da produção de medicamentos:** os esforços devem ser concentrados na efetiva articulação de todas as fases do ciclo do medicamento, a considerar a pesquisa e síntese de fármacos em parceria com as atividades de produção, as quais priorizem os medicamentos essenciais.
- ✓ **Garantia de segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos:** fundamenta-se na normatização, regulamentação e fiscalização por parte da ANVISA, para assegurar as boas práticas de fabricação dos produtos farmacêuticos e, portanto, medicamentos compatíveis com seu propósito.
- ✓ **Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos:** educação permanente para os envolvidos nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizam a PNM, de modo que o setor saúde possa dispor de pessoal qualitativa e quantitativamente suficiente.

Em continuidade à PNM, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) foi aprovada em 2004, pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 338, na perspectiva de maior abrangência das ações em busca da integralidade. A PNAF veio para garantir a articulação e reorientação da assistência farmacêutica a partir: da política de medicamentos, ciência e tecnologia, desenvolvimento industrial, formação de recursos humanos, entre outros, que convoquem, para esta tarefa, tanto o setor público como o privado de atenção à saúde (BRASIL, 2006c).

De acordo com a Resolução 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde, Assistência Farmacêutica é:

Conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2004, p.1).

A PNAF está fundamentada na descentralização da gestão da Assistência Farmacêutica, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de abastecimento no setor público. A consolidação desse novo modelo origina desafios, como por exemplo: identificação da situação epidemiológica dos municípios, identificação dos pacientes em situação de esquemas terapêuticos crônicos, definição do perfil de consumo de medicamentos no município, identificação de pacientes com baixa adesão a terapias prescritas, a fim de atuar no sentido de melhorar a efetividade dos tratamentos entre outros (MARIN et al., 2003).

O foco central da Assistência Farmacêutica é o paciente. Sua atuação integrada com as outras ações de saúde contribui decisivamente para a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos. Seu papel se concentra em atividades educativas que dão ao paciente possibilidades de melhor compreender a sua doença ou agravo, a importância do seguimento terapêutico e uso correto dos medicamentos. Em seu conjunto de atividades educa, ajuda e dá suporte ao paciente no autocuidado e na avaliação dos resultados de seu tratamento.

1.2 SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, sob a égide da discussão da reformulação do sistema de saúde, a qual ampliou a concepção de atenção, primeiramente definida na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 1/93) e, posteriormente, reorganizada pelas Normas da NOB/SUS 1/96. O PSF teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, e adotou, como referência, as experiências

internacionais e nacionais de extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias no próprio domicílio em articulação com as unidades de saúde (BRASIL, 2000).

As ações desenvolvidas estão centradas na família e proporcionam, em um território definido, atenção integral e contínua à saúde dos indivíduos e da comunidade. Visam à promoção, proteção e recuperação da saúde, tendo como pressupostos para o seu desenvolvimento os princípios do SUS (MACHADO, 2000).

O PSF atua a partir da organização de Equipes de Saúde da Família (ESF), integradas idealmente por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), embora se pressuponha que outros profissionais possam ser incorporados de acordo com a demanda dos serviços (BRASIL, 2000).

Cada equipe possui responsabilidade por uma determinada população, com vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias, o que permite uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificados.

Após 12 anos de implantação do PSF, a ampliação do programa é evidente em todo o Brasil. A rapidez e expansão dessa estratégia são indiscutíveis, como pode ser verificado com o crescimento de 411% de municípios cobertos de 1998 a 2004 e um aumento de 600% na cobertura populacional, no mesmo período. Em 2005, 4.984 municípios já contavam com equipes Saúde da Família, o que corresponde a 89,6% do total de cidades brasileiras (BRASIL, 2006b).

Representa, assim, a superação de interesses corporativos e partidários a partir de ações combinadas do governo federal, estadual e municipal, ao efetivar tal estratégia como prioritária pelo Ministério da Saúde (MS) para a reorganização da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), dispondo de recursos específicos para seu custeio.

É inegável, portanto, que a expansão do PSF tem favorecido a equidade e universalidade da assistência – uma vez que as equipes têm sido implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde (ALVES, 2005). O que pode ser comprovado a partir do informe “Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados 1998 – 2004”, ao demonstrar que o PSF tem maior cobertura em municípios de Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais baixo e que está conseguindo aproximar os

indicadores desses, com municípios de IDH mais alto, reduzindo as iniquidades sociais tão presentes no Brasil (BRASIL, 2006b).

O PSF não foi implementado provisoriamente para organizar a atenção básica no SUS, mas como prioridade para reorganizar a prática assistencial do sistema público, que reafirma a necessidade de deslocar o foco da produção de procedimentos para a produção do cuidado, a fim de redirecionar prioridades de ações em saúde e, portanto, consolidar os princípios doutrinários e organizativos do SUS. Assim, é mais apropriado ampliar o entendimento do PSF ao compreendê-lo mais como uma estratégia do que um programa do setor saúde (ANDRADE et al., 2006).

Tem-se buscado estabelecer uma política de comparações pré e pós-implantação do PSF, entretanto, ainda não existe concordância quanto ao impacto positivo desta política sobre a saúde populacional, pois estudos anteriores à sua implementação tinham somente natureza descritiva e dificultavam avaliações fidedignas (ANDRADE et al., 2006).

Mesmo assim, algumas pesquisas recentes, com metodologia criteriosa e análise estatística apropriada, têm tentado evidenciar a efetividade do PSF. Macinko et al., em 2006, realizaram um estudo ecológico longitudinal, cujo objetivo era avaliar o impacto do acesso ao PSF brasileiro nas taxas de mortalidade infantil de 1990 até 2002, a partir de dados secundários. Pode-se constatar que um aumento de 10% na cobertura de PSF esteve associado a uma diminuição de 4,5% em coeficiente de mortalidade infantil.

Em termos da assistência farmacêutica no contexto do PSF, pouco se descreveu de experiências da inserção do farmacêutico na equipe saúde da família e dos seus impactos na melhoria dos indicadores de saúde da população.

Sabe-se que o farmacêutico deve participar desta estratégia, tornando-se, junto aos demais profissionais de saúde, peça fundamental nas ações de atenção integral à saúde.

Informações da avaliação da implantação do PSF (1999), a partir dos dados dos gestores locais de saúde, demonstraram que a determinação da composição mínima das equipes estava sendo cumprida na maioria dos municípios, entretanto a participação de outros profissionais nas equipes Saúde da Família ainda era pequena (BRASIL, 1999a).

A equipe mínima do PSF ratifica a tradicional influência do modelo biomédico nos projetos públicos em saúde e reproduz a histórica medicalização de problemas afetivos e sociais. Ao contrário do que afirma o discurso biomédico hegemônico, a atenção básica não é uma ação de baixa complexidade.

A complexidade do campo da saúde coletiva exige a articulação permanente de saberes e práticas impossíveis de serem incorporadas por uma ou duas categorias profissionais. Se considerada a partir de uma perspectiva integral e resolutiva, a rede básica exige dos trabalhadores que nela atuam uma gama complexa e diversificada de saberes e práticas (MATUMOTO, 2001). O texto de Paim (1982) exemplifica esta idéia:

O objeto da Saúde Coletiva é construído nos limites do biológico e do social e compreende a investigação dos determinantes da produção social das doenças e da organização dos serviços, e o estudo da historicidade do saber e das práticas sobre os mesmos. Nesse sentido, o caráter interdisciplinar deste objeto sugere uma integração no plano do conhecimento e não no plano da estratégia, de reunir profissionais com múltiplas formações (PAIM, 1982, p. 3).

Hoje, profissionais como: assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos dentre outros, têm buscado demonstrar a importância de sua inclusão na composição das equipes.

Em 2006, o Ministério da Saúde, com a participação do Conselho Federal de Farmácia (CFF) editou a Portaria 698/06. Este documento criou um bloco exclusivo para o financiamento da assistência farmacêutica, deixando clara a necessidade de inserção do farmacêutico na atenção primária e, portanto, nas equipes saúde da família (CFF, 2007).

Entretanto, a reorientação da assistência farmacêutica, uma das 08 diretrizes da PNM, tem sido alvo de contradições e equívocos por parte do Ministério da Saúde. A Portaria 204/07, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, revogou a Portaria 698/06 (BRASIL, 2007), fato considerado um retrocesso para a saúde pública brasileira, profissão farmacêutica e população em geral, pois, esta admitia a aplicação de recursos federais para os serviços farmacêuticos no SUS.

1.3 MEDICAMENTOS GENÉRICOS: CONTRIBUIÇÃO PARA O USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

O medicamento é um bem essencial à saúde e uma relevante ferramenta terapêutica, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população (CHAVES, 1999a). Os medicamentos são instrumentos importantes para diagnosticar, prevenir, curar ou aliviar enfermidades.

O desenvolvimento de produtos farmacêuticos nos últimos sessenta anos foi o maior de toda a história da farmacologia, o que consagra a farmacoterapia como a maior e mais utilizada entre as alternativas terapêuticas à disposição das equipes de saúde (MENDA, 2002).

O uso racional de medicamentos é descrito em documento da Organização Mundial da Saúde, elaborado em 1985, e ocorre quando os pacientes recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo possível para a comunidade (ARRAIS et al., 2005). Contudo, sabe-se que 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados de maneira inapropriada (BRASIL, 2005a).

No Brasil, além da garantia do acesso aos serviços de saúde e a medicamentos de qualidade, são necessárias ações eficazes que promovam o uso racional deles (OPAS, 2002). A redução de morbidades evitáveis relacionada a medicamentos tem um impacto positivo na qualidade de vida do paciente, na efetividade do sistema de saúde e na eficiência no uso dos recursos.

Entretanto, sua utilização inadequada e irracional tem conseqüências como crescimento de morbi-mortalidade relacionadas ao medicamento e o aumento dos gastos na área da saúde (ARRAIS et al., 2005). Os hospitais gastam 15 a 20 % de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo uso indevido de produtos farmacêuticos (SOYAMA, 2006).

Rozenfeld (2007), em pesquisa recente, investigou a prevalência de agravos provocados por produtos farmacêuticos em hospitais do Rio de Janeiro. A maioria deles envolvidos nestes agravos pertencia à classe dos cardiovasculares e dos psicotrópicos, e 56% dos erros ocorreram na fase de prescrição. A prevenção

das reações adversas tem sido abordada em várias pesquisas, e calcula-se que 35,2% de reações poderiam ser evitadas.

As principais causas de morbidades passíveis de prevenção relacionadas a medicamentos são: falta de acesso a um tratamento adequado, uso de medicamentos de baixa qualidade, prescrição inadequada, erros de medicação, tais como troca de medicamento, dose incorreta, posologia inadequada, duração errada, não adesão ao tratamento e reações adversas a medicamentos inesperadas (HEPLER, 2000).

Dentre estes, os principais problemas quanto ao uso de medicamentos podem ser considerados (MSH, 1997 apud MARIN et al., 2003):

- ✓ **Sobreuso de medicamentos:** principalmente com medicamentos injetáveis, por prescrição exacerbada e/ou por consumo abusivo.

- ✓ **Polimedicação ou polifarmácia:** A OMS preconiza que 1 ou 2 medicamentos por receita são suficientes na atenção primária a saúde.

- ✓ **Uso incorreto dos medicamentos:** Esta categoria inclui:
 - uso de um medicamento errado, por exemplo, antibióticos para diarreia infantil e gripes;
 - utilização de medicamentos de eficácia duvidosa como os agentes anti-motilidade para a diarreia;
 - emprego de fármacos de segurança questionável como a dipirona;
 - uso de dose inapropriada dos produtos farmacêuticos, comuns com antibióticos e terapia de reidratação oral (TRO).

A PNM tem como uma de suas prioridades a promoção do uso racional de medicamentos, e para isso, recomenda quatro medidas a serem seguidas pelo sistema de saúde (BRASIL, 1998):

- ✓ campanhas educativas através de profissionais envolvidos com a utilização de medicamentos;

- ✓ estudos sobre utilização de medicamentos e de farmacovigilância;
- ✓ diretrizes terapêuticas nacionais padronizadas;
- ✓ prescrição e substituição por genéricos.

Deduz-se, portanto, que o uso correto e racional dos medicamentos é praticamente inviável se a população não tem acesso a produtos farmacêuticos de qualidade, seguros e eficazes. Estima-se que 2 bilhões de pessoas, um terço da população mundial, não tem acesso regular a medicamentos essenciais (BRASIL, 2005a).

Dentre as estratégias para a promoção do acesso a fármacos, encontra-se a política de medicamentos genéricos. O programa de medicamentos genéricos foi implantado no Brasil em 1999 com a promulgação da Lei 9787 (BRASIL, 1999b).

A implementação de políticas de genéricos tem seu marco na década de 60, por iniciativa do governo dos Estados Unidos. Contudo, foi em 1984 que os norte-americanos estabeleceram os critérios que viriam a ser adotados internacionalmente para o registro deste tipo de medicamento. O objetivo do governo dos Estados Unidos, ao criar os genéricos, foi buscar uma alternativa legal para reduzir os custos dos tratamentos de saúde e ampliar o acesso da população aos medicamentos (PROGENERICOS, 2007).

A questão dos medicamentos genéricos se tornou tendência mundial, motivada pela necessidade de contenção de gastos públicos. Nos Estados Unidos, onde os genéricos já estão consolidados, a participação no mercado, em volume, chega a 35%. Em países como Inglaterra e Dinamarca, os medicamentos genéricos detêm em média mais de 50% (BERMUDEZ, 1994; DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006). Em outros países, apesar dos genéricos existirem há muitos anos, esses valores são incipientes como no Japão (1%), França (2%) e Portugal (1%) (MENDA, 2002).

No Brasil, a Lei 9787/99 introduziu novos conceitos e definiu o medicamento genérico como "*produto farmacêutico intercambiável*", produzido após a expiração da proteção patentária ou outros direitos de exclusividade, e que deve ser equivalente com o produto inovador (BRASIL, 1999b).

Após a promulgação da lei, publicaram-se diversos decretos, portarias e resoluções com o objetivo de facilitar o registro, regulamentar a produção, normatizar os testes de qualidade e de bioequivalência, além de estimular o comércio de genéricos no país. A consolidação da política de medicamentos genéricos se baseou em algumas ações principais como: extinção do similar com nome de princípio ativo, criação da embalagem diferenciada para genéricos, campanhas para a população e ações de promoção dirigidas à classe médica (MENDA, 2002; PELICIONI, 2005; DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006).

O Brasil atingiu, em poucos anos, um volume de vendas de genéricos que outros países levaram décadas para alcançar. Em 2002, os genéricos já cobriam 9,9% das vendas no mercado, mostrando o padrão de aceitação da sociedade por estes produtos (DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006).

O sucesso da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil fica evidente por ser um dos mercados maiores do mundo. No ano de 2003, esteve em 8º lugar em vendas, arrecadando cerca de 5,6 bilhões de dólares (DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006). Naquele ano, os genéricos já se encontravam disponíveis em mais de 4 mil apresentações, abrangendo as principais classes terapêuticas e atendendo a mais de 60% das necessidades de prescrições médicas (PROGENERICOS, 2007).

Nos países com política pública de genéricos observa-se maior regulação do mercado de medicamentos e, conseqüentemente, queda nos preços dos produtos de referência (FARIA; TAVARES NETO, 2006). Os genéricos têm ampliado sua aceitação no mercado e contribuído para a redução dos custos dos medicamentos, pois, antes da implantação da lei, uma parcela dos produtos farmacêuticos vendidos no Brasil estava 20 vezes mais cara do que no mercado mundial (BERMUDEZ, 1994).

Após a implantação, segundo Vieira e Zucchi (2006), em média, os genéricos são 40% mais baratos quando comparados aos medicamentos inovadores. Os preços dos genéricos geralmente são mais baixos porque “*emprestam*” os resultados dos ensaios clínicos de eficácia e segurança do produto original, por meio de equivalência farmacêutica (*in vitro*) e bioequivalência (*in vivo*) além de não necessitar divulgar marcas comerciais em *marketing* e propagandas (RUMEL et al., 2006).

Os pacientes que mais se beneficiaram com a expansão dos genéricos foram àqueles portadores de doenças crônicas: diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia, gota, hiperplasia de próstata e glaucoma, pois houve uma redução significativa no custo do tratamento destas patologias (MENDA, 2002).

A implantação da política de genéricos trouxe grande avanço para o sistema de saúde brasileiro. Além de melhores preços, os consumidores passaram a ter garantia da qualidade do medicamento e intercambiamento. Como cita Dias e Romano-Lieber (2006):

A criação da lei dos genéricos trouxe exigências que até então eram desprezadas, como, por exemplo, as validações de limpeza, de produção e dos métodos analíticos. Os quesitos relativos ao princípio ativo e à equivalência da ação biológica tornaram necessário o monitoramento da qualidade, de forma a garantir a bioequivalência nos lotes de produção segundo os padrões oferecidos no ato do registro (DIAS; ROMANO-LIEBER, 2006, p. 167).

A regulamentação dos genéricos foi determinante para pressionar que os medicamentos similares também se enquadrem nos mesmos padrões de qualidade exigidos aos genéricos. A Resolução 134/2003 dispõe que os medicamentos similares já comercializados devem adequar-se, nos próximos 10 anos, com o objetivo de garantir segurança e qualidade, através de ensaios de equivalência farmacêutica e biodisponibilidade relativa (MONTEIRO et al., 2005).

Segundo a PNM, os similares são medicamentos que possuem o mesmo fármaco, a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica do medicamento de referência, mas não têm sua bioequivalência comprovada como o medicamento de referência. Pode diferir somente em características relativas ao tamanho e forma do produto, prazo de validade, embalagem, rotulagem, excipientes e veículos (BRASIL, 1998).

1.4 UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS E O *MARKETING* DA INDÚSTRIA FARMACÊUTICA

O Brasil está entre os cinco maiores consumidores de medicamentos no mundo. Entretanto, sabe-se que o consumo de medicamentos é

desigual entre os brasileiros. A estimativa do gasto público do Ministério da Saúde destinado a medicamentos no ano de 2002 foi de R\$ 4.047.801.415,59 (BRASIL, 2005a). Entretanto calcula-se que cerca de 50 milhões de brasileiros não dispõem dos meios para fazer uso dos medicamentos essenciais à sua saúde (GOMES, 2007).

Segundo os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (2002), um quarto dos brasileiros que trabalham ganha até um salário mínimo. Estes valores chegam a 60% ao incluir os trabalhadores brasileiros que recebem até dois salários mínimos (IBGE, 2002), o que pode indicar que mesmo com oferta de medicamentos a preços mais baixos, ainda existe uma grande parcela da população que, devido ao baixo poder aquisitivo, dependem exclusivamente do SUS para o suprimento de medicamentos essenciais.

Logo, a realidade da saúde brasileira mostra-se complexa e com contradições. Lado a lado caminham situações extremas. A ampla carência de acesso a produtos e serviços de saúde por aqueles de renda baixa coexiste com o uso excessivo e inadequado de medicamentos por uma pequena parcela brasileira com alto poder aquisitivo. O uso dos fármacos de forma abusiva e equivocada gera diversos problemas, a contar pelas reações adversas e o aumento no número de internações hospitalares relacionadas ao uso irracional dos medicamentos.

De acordo com Bermudez e Bonfim:

No Brasil sabe-se que os cortes promovidos nos gastos com saúde somados aos acréscimos nos preços dos medicamentos ofertados no mercado, decorrentes da incorporação de novas tecnologias e de estratégias de competição desvinculadas das políticas sociais, comprometem de maneira radical os programas de assistência farmacêutica, tradicionalmente já pouco eficientes (BERMUDEZ; BONFIM, 1999, p.9).

Em outros países em desenvolvimento, em 1976, contavam com 73% da população mundial, e consumiam o correspondente a apenas 24% do total do mercado farmacêutico (SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988). Atualmente, o panorama ainda permanece semelhante, pois, segundo estimativa da OMS, 15% da população mundial consome mais de 90% da produção total de insumos farmacêuticos. Mais precisamente, os países desenvolvidos investem per capita US\$ 400,00/ano, em contrapartida, os países em desenvolvimento apenas US\$ 4,00/ano (BRASIL, 2005a).

Nos países em desenvolvimento, a maioria das ações e serviços em saúde está associada aos problemas sociais e de pobreza da população. Nesses locais, concentra-se a medicina curativa, devido à precariedade, ineficácia e ineficiência das práticas preventivas que, por conseguinte, torna mais intensa a necessidade por utilização dos medicamentos.

Conhecer o perfil epidemiológico e os fatores que influenciam o consumo dos medicamentos na comunidade tem sido uma ferramenta importante para o planejamento e contenção de gastos farmacêuticos e melhoria das políticas de assistência à saúde do cidadão (ARRAIS et al., 2005).

Vários estudos de base populacional têm demonstrado que entre os fatores que influenciam a utilização de medicamentos estão: sexo, idade, grau de escolaridade, renda familiar mensal, classe social, ocupação, número de residentes no domicílio, número de consultas médicas, autopercepção do estado de saúde, cuidados com a saúde e padecer de doença crônica e consulta na farmácia nos últimos 12 meses (SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988; LOYOLA FILHO et al., 2002; SANS et al., 2002; BERTOLDI et al., 2004; ARRAIS et al., 2005).

Sabe-se que a utilização de medicamentos é condicionada tanto por fatores farmacológicos como também por aspectos sócio-antropológicos, comportamentais e econômicos (OSORIO DE CASTRO, 2000).

Diversos fatores podem influenciar para a efetivação de práticas irracionais de consumo de medicamentos por indivíduos e populações. Entre eles, pode-se citar: a grande oferta (em quantidade e variedade) de medicamentos, considerados essenciais ou não; o *marketing* poderoso da indústria farmacêutica; o direito, supostamente inalienável, do médico em prescrever; e até as atitudes culturais, que expõem os medicamentos a usos jamais pensados por aqueles que os desenvolveram (OSORIO DE CASTRO, 2000).

Os medicamentos exercem um papel simbólico sobre a população. E como um produto simbólico, o medicamento pode ser considerado um signo – por exemplo, o caso da pílula – que traz implícita a idéia no imaginário das pessoas, da “*utopia*” de que os medicamentos fossem “*milagrosos*” (LEFÈVRE, 1983; LEFÈVRE, 1987).

Além da reação primária de ameaça ao equilíbrio do organismo, provocada por sinais e sintomas diversos, tais como mal-estar, dor ou desconforto, a utilização de medicamentos “*nutre e alimenta*” a necessidade de adequação a

valores físicos estereotipados e de conduta, considerados ideais na sociedade contemporânea. Relacionados à estética, indivíduos buscam a “*salvação*” através de medicamentos para emagrecer ou engordar, aumentar a massa muscular, combater a calvície ou disfarçar sinais de envelhecimento (NASCIMENTO, 2003).

Atitudes e estados de ânimo também são alvos das “*indústrias da saúde*”, ao lançar produtos que prometem trazer mais tranquilidade no dia-a-dia estressado das pessoas, alegria e felicidade diante dos sofrimentos humanos, sono relaxante na hora de dormir, energia e estímulo para o trabalho, para o lazer e até mesmo para o prazer (NASCIMENTO, 2003).

Assim, as “*infindáveis e nunca saciadas*” necessidades e desejos criados pela mídia, *marketing* e propagandas farmacêuticas seriam a mola propulsora para o consumo excessivo e irracional de medicamentos, o que reflete diretamente a transformação potencial de outras necessidades sociais ligadas às condições de trabalho, vida familiar, dificuldades nas relações interpessoais, em demanda por cuidado médico. Seria uma “*medicalização*” dos problemas que os indivíduos imprimem como fenômeno coletivo (ROZENFELD, 1989; APPLBAUM, 2006).

Existem iniciativas convincentes do “*complexo médico-industrial*” em fabricar doenças e ampliar o número de pessoas saudáveis que se consideram anormais. A tática consiste em transformar em problemas as contingências comuns da vida. Com objetivo bem claro, à indústria farmacêutica interessa ocorrência de um número cada vez maior de doenças, para certamente acompanhar um grande número de tratamentos (APPLBAUM, 2006).

No Brasil, a indústria farmacêutica é como qualquer indústria, de propósito mercantilista, que enquadra o “*produto de saúde*” com se fosse uma mercadoria qualquer a ser consumida e dar lucros, sem medir conseqüências (SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988).

A indústria brasileira de produtos farmacêuticos movimenta anualmente recursos da ordem de US\$ 10 bilhões, sendo hoje a quarta indústria farmacêutica mundial em volume de produtos, atrás dos Estados Unidos, França e Itália. O faturamento mundial da indústria farmacêutica já é superior a US\$ 200 bilhões (CBME, 2005).

Neste contexto, a propaganda de medicamentos desempenha um papel fundamental para o *marketing* das indústrias. Ela tem como objetivo principal

persuadir e incentivar o consumo do produto em toda a logística do medicamento – desde o prescritor, passando pelo dispensador, até o usuário (ANVISA, 2007).

Barros e Joany, em 2002, avaliaram anúncios de medicamentos em revistas médicas, com base nos critérios sugeridos pela OMS e como resultado, obtiveram informações alarmantes. Sob a alegação de ajudar a promover a prescrição racional, em apenas 20% das propagandas existia referência a reações adversas, contra-indicações e interações dos fármacos citados. Chegaram a conclusão, portanto, que os anúncios não eram meios fidedignos para subsidiar a prescrição e a utilização correta dos produtos divulgados.

Somam-se a isso, dados da OMS que mostram que no Brasil 90% das consultas geram receitas médicas, ao passo que em outros países, estes valores não ultrapassam 70% (SOYAMA, 2006). Para o médico, o medicamento prescrito adequadamente dá prestígio, realça o seu poder sobre o paciente, racionaliza o tempo da consulta, aumenta sua produtividade e gera no paciente dependência excessiva e alienação (BARROS, 1983; ROZENFELD, 1989; TESSER, 2006).

Outros trabalhos demonstraram que entre os diversos fatores que influenciam os médicos no momento da prescrição, o mais determinante são as informações produzidas e disseminadas pela indústria farmacêutica, devida à inexistência de fontes alternativas independentes (BARROS, 1995; BARROS; JOANY, 2002).

O sucesso das propagandas de medicamentos é comprovado pelos gastos enormes destinados pela indústria farmacêutica para este fim. Os investimentos com publicidade ficam entre 20 e 25% do faturamento global da indústria farmacêutica, quantia que representa o dobro do que é investido na pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos (BARROS; JOANY, 2002). Estima-se que nos Estados Unidos, em 2002, o setor farmacêutico investiu 30,8% de seus rendimentos em *marketing* e apenas 14,1% na síntese de novos fármacos (BRASIL, 2005b).

Sabe-se que a propaganda de medicamentos induz e incentiva o uso abusivo e incorreto deles e, portanto, colabora para encobrir sintomas e patologias além de intensificar os gastos do Estado pelo agravamento de doenças ou ocorrência de reações adversas e intoxicações. Segundo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX), o medicamento foi o principal

agente de intoxicação humana no Brasil, com 28,9% do total dos casos ocorridos em 2004 (SINITOX, 2004a).

Ao estampar a frase na mídia, para milhões de espectadores, “*Ao persistirem os sintomas, o médico deverá ser consultado*” ao final de cada propaganda, a RDC 120/2000 da ANVISA, que deveria impor limites ao setor de publicidade farmacêutica, na verdade é um estímulo para a automedicação, pois a mensagem pode ser interpretada como: “*Primeiro tente encontrar o medicamento que lhe traga a cura, comprando o produto que julgar mais conveniente. Caso não obtenha sucesso, procure um médico para ajudá-lo*” (SAYD; NASCIMENTO, 2005, p. 319).

1.5 AUTOMEDICAÇÃO

A automedicação pode ser compreendida como o ato de consumir medicamentos sem prescrição médica, no intuito de tratar doenças auto-diagnosticadas ou aliviar sintomas (WHO, 1998).

A prática da automedicação, dentro de certos limites, é aceita e estimulada pela Organização Mundial da Saúde (PAULO; ZANINI, 1988). Segundo o relatório “*The role of the pharmacist in self-care and self-medication*”, as principais razões para a prática de automedicação são o desejo popular de aumentar o controle individual sobre as decisões pessoais de bem-estar e possibilitar sua prática individualizada de acordo com as demandas de saúde específicas (WHO, 1998).

Ao apoiar a automedicação racional e responsável, a Organização Mundial da Saúde recomenda que 2 critérios sejam adotados:

- ✓ Os medicamentos utilizados sejam de segurança, qualidade e eficácia comprovadas;
- ✓ Os medicamentos utilizados sejam aqueles indicados para condições autoreconhecíveis e para algumas condições crônicas ou recorrentes (seguindo um diagnóstico médico inicial). Em todos os casos, estes medicamentos devem ser especificamente designados para o propósito, e requerem dose e forma farmacêutica apropriadas (WHO, 1998).

O mesmo documento ainda afirma que a automedicação deve ser entendida como uma importante estratégia de auto-cuidado. Contudo, as técnicas de *marketing* da indústria farmacêutica aproveitam-se e deturpam o conceito de “auto-cuidado” ao estimular o uso inadequado, abusivo e sem orientação devida, mas mantêm a ilusão de aquisição de “saúde” através do medicamento (VILARINO et al., 1998, NASCIMENTO, 2003; LOYOLA FILHO et al., 2005).

A automedicação feita de forma correta pode trazer benefícios para a saúde, e no contexto dos países pobres, poderia ser considerada como uma necessidade, com função complementar aos sistemas de saúde.

A prática da automedicação é um ato muito freqüente no Brasil e tido como fator de alto risco à saúde pública (ARRAIS et al., 1997). Segundo SINITOX, 18,3% dos óbitos por intoxicação humana tiveram como agente causador, os medicamentos sendo que metade está relacionada com a automedicação (SINITOX, 2004b).

Estudos realizados na Europa e Estados Unidos estimam que 50 a 90% das doenças são inicialmente tratadas sem prescrição médica. Somente um terço da população consulta o médico ao apresentar dor, sintomas desconfortáveis ou enfermidade (CASTRO et al., 2006).

Não há substâncias químicas totalmente seguras nem totalmente tóxicas. Desta maneira, considera-se a automedicação um processo potencialmente maléfico à saúde individual e coletiva (ROZENFELD, 1998). O uso irracional de medicamentos pode causar desde efeitos indesejáveis e agressões ao sistema digestivo, até resistência bacteriana, reações alérgicas e mascaramento de doenças evolutivas (VILARINO et al., 1998).

Os eventos relacionados aos produtos farmacêuticos podem ser leves ou graves, dependendo do medicamento e do usuário. Podem ser tóxicos em casos de superdoses e resultar em emergências acidentais, iatrogênicas ou intencionais (MARULANDA, 2002).

Nos países desenvolvidos, aumenta a pressão para a conversão de medicamentos POM (*Prescribed Only Medicines*), de tarja vermelha e preta, cuja venda só é permitida diante da apresentação da receita, em medicamentos OTC (*Over-the-Counter*), vendidos livremente (LOYOLA FILHO et al., 2002).

O consumo de medicamentos não-prescritos é crescente em todos os grupos populacionais, independente dos contextos sócio-econômicos e culturais em que estejam inseridos.

No Brasil, alguns estudos demonstram que pelo menos um terço dos medicamentos são adquiridos por automedicação, ou seja, para cada dois medicamentos devidamente receitados, no mínimo, um é consumido mediante impulsos e/ou influências (BARROS, 1995; HERRERIAS et al., 2000; HOLTHAUSEN et al., 2001).

O crescimento da automedicação é favorecido pela diversidade de produtos farmacêuticos lançados no mercado, que totalizam mais de 32 mil medicamentos, com 12 mil princípios ativos (JESUS, 2004). Segundo a OMS, 300 substâncias farmacológicas seriam suficientes para tratar as doenças mais prevalentes em países em desenvolvimento.

No Brasil, há em média 1 farmácia para cada 3 mil habitantes. A OMS preconiza como ideal 1 farmácia para cada 8 a 10 mil habitantes. De acordo com esta recomendação, tem-se um excesso de 30 mil farmácias. Somente 4% destas farmácias são propriedades de farmacêuticos, ao contrário dos países desenvolvidos, nos quais somente tais profissionais estão habilitados para ser donos destes estabelecimentos (OLIVEIRA, 1998 apud NASCIMENTO, 2003).

Para que seja garantida a segurança, qualidade e eficácia do medicamento, como preconiza a OMS, o profissional farmacêutico necessita estar presente em todo o ciclo da assistência farmacêutica, pelos seus conhecimentos e capacidades de orientar, educar e informar os pacientes, para lhes conferir a responsabilidade sobre sua saúde e êxito no tratamento.

O farmacêutico tem um papel fundamental no estímulo da automedicação responsável, pois em grande parte das vezes, ele é o último, senão o único profissional a ter contato direto com o paciente, tendo uma responsabilidade considerável como agente de saúde. De acordo com Zubioli, 2000:

A farmácia é uma instituição de saúde, de acesso fácil e gratuito, onde o usuário, muitas vezes, procura, em primeiro lugar, o conselho amigo, desinteressado, mas seguro, do farmacêutico. Torna-se imprescindível para o farmacêutico ter a noção exata de sua competência e dos limites de sua intervenção no processo saúde-doença (ZUBIOLI, 2000, p.24).

Segundo a OMS, ao profissional farmacêutico cabe intermediar a ação da indústria e disseminar informações técnicas a usuários e profissionais de saúde, exercendo sua função de promotor do uso correto dos insumos farmacêuticos, bem como orientar e alertar os consumidores acerca dos riscos da automedicação e impropriedade da dispensação de medicamentos tarjados, da interrupção e da troca da medicação prescrita (OMS, 1993; BRASIL, 1998).

O problema da automedicação é antigo, universal e extremamente freqüente. Pensa-se em ações de minimização do impacto negativo desta prática na saúde da população brasileira. Com certeza, tal medida requer a reorientação e acesso aos serviços de saúde com programas de capacitação para profissionais da saúde, farmacêuticos e balconistas, a quem compete maior controle na venda de medicamentos sem prescrição de profissional habilitado. No campo institucional, a retirada do mercado de numerosas especialidades farmacêuticas carentes de eficácia ou de segurança depende indubitavelmente de fiscalização atuante e apropriada. Além disso, a conscientização dos cidadãos e estímulo às terapêuticas não medicamentosas são alguns dos caminhos possíveis para atenuar os problemas persistentes da saúde no Brasil.

2 REFERENCIAL TEÓRICO -METODOLÓGICO

2.1 FARMACOEPIDEMIOLOGIA E OS ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (EUMs)

A incorporação dos métodos epidemiológicos para estudar e mensurar os eventos relacionados aos medicamentos surgiu na década de 60. A farmacoepidemiologia, ou epidemiologia do medicamento, emergiu no encontro da farmacologia clínica e da epidemiologia.

Essa ciência é constituída por duas grandes áreas: Farmacovigilância e Estudos de Utilização de Medicamentos (EUMs). Estas se complementam a fim de conhecer, analisar e avaliar o impacto dos medicamentos sobre as populações humanas (OSORIO DE CASTRO, 2000).

A epidemiologia dos medicamentos tem sua origem na farmacovigilância que por sua vez surge do conhecimento historicamente reconhecido dos efeitos adversos, entretanto somente após a década de 50 despertou o interesse de cientistas, quando se descobriu que o cloranfenicol causava anemia aplástica (CASTRO, 1997).

Contudo, o episódio da focomelia por talidomida foi o ponto de partida para esse processo; tamanho foi o impacto que este fato teve sobre a opinião pública em decorrência do desastre e danos causados pelo medicamento. O número total de casos somente de focomelia foi de aproximadamente 4000 em todo o mundo, dos quais 498 chegaram a falecer (LAPORTE et al., 1989).

No Brasil, atualmente existem cerca de sete mil pessoas vitimadas pelo uso da talidomida na década de 60 (CASTRO, 1999). Mesmo assim, a percepção do risco relacionado ao uso irracional de medicamentos ainda é lento.

Com a síntese de novos fármacos, o desafio é balancear o risco de reações adversas e problemas relacionados ao medicamento, que pode levar o indivíduo até a morte, e o benefício terapêutico com evidente melhora na qualidade de vida e saúde da população.

Os medicamentos são instrumentos valiosos para diagnosticar, prevenir e curar ou aliviar enfermidades. Por conseqüência, desempenham um papel

de destaque dentro dos modelos de saúde tanto no sentido econômico, como social e técnico (CHAVES, 1999a).

Segundo Laporte et al. (1989), a OMS define, de uma maneira bastante ampla, os EUMs como os estudos que abrangem a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes.

Os EUMs são de grande relevância para suprir as necessidades de saúde pública dos países em desenvolvimento. São ferramentas importantes para planejar e gerenciar os serviços de Assistência Farmacêutica, nortear as políticas de medicamentos e subsidiar e elaborar políticas governamentais na área da saúde (LAPORTE et al., 1983).

Como reiteram Weiderpass e colaboradores (1998):

O consumo de medicamentos é um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde, assim como da propaganda focada a médicos e à população. Seu estudo pode ser utilizado também para identificar a necessidade de intervenções específicas como: esclarecimento à população quanto a seu uso inadequado; formação e educação continuada de profissionais de saúde para a prescrição racional, identificação de populações em risco de consumo crônico de medicamentos inadequados. Além disso, pode subsidiar a elaboração de políticas públicas para conter a venda e o uso de medicamentos desnecessários (WEIDERPASS et al., 1998, p.337).

Segundo a classificação de Capellà e Laporte (1993), os medicamentos podem ser classificados segundo:

- ✓ **A ação, por categorias farmacoterapêuticas** – inclui analgésicos, antiinflamatórios, diuréticos, antiácidos, antiarrítmicos, etc;
- ✓ **As enfermidades para que são indicados, por categorias de diagnóstico** –é formada por grupos como hipertensão arterial, diabetes, artrite e reumatismo, etc;
- ✓ **A estrutura, por grupos químicos;**

Cada classificação tem suas vantagens e inconvenientes, e sua utilidade dependerá da aplicação que se queira dar (CAPELLÀ; LAPORTE, 1993). Assim, o uso das diferentes estratégias dos Estudos de Utilização de Medicamentos permite obter informações objetivas e confiáveis para a seleção dos medicamentos necessários, a fim de resolver as principais enfermidades encontradas em uma população além de ser uma ação importante para a prevenção de problemas relacionados aos medicamentos (CHAVES, 1999b; PEREIRA et al., 2004).

Estes estudos geram informações sobre os medicamentos consumidos, quem os consome, como e para qual finalidade. Permitem identificar os grupos populacionais mais vulneráveis ao uso irracional e as classes terapêuticas empregadas de modo inadequado (ROZENFELD, 2004). Os EUMs constituem, portanto, uma importante estratégia para o uso racional dos medicamentos.

A avaliação de determinantes individuais de uso de medicamentos indica os grupos mais sujeitos ao uso excessivo e incorreto, o que pode embasar estratégias específicas para diminuir a utilização nesses grupos (BERTOLDI et al., 2004).

Os estudos dos padrões de consumo de medicamentos são ainda pouco conhecidos, tendo em vista a amplitude e diferenciação desse consumo. Isso talvez se deva ao fato dos órgãos públicos nem sempre reconhecerem a importância desses estudos.

A produção e difusão de conhecimento sobre padrões quantitativos de utilização de medicamentos, perfis de prescrição, qualidade do que se usa, automedicação contribuem decisivamente para a formação de uma consciência crítica entre os profissionais que prescrevem, os que dispensam os medicamentos e os consumidores (BERTOLDI et al., 2004).

Os dados epidemiológicos de medicamentos podem melhorar a qualidade da assistência farmacêutica e permitir uma intervenção mais efetiva dos profissionais da saúde, pois conhecerão suficientemente os medicamentos mais utilizados pela população (ROZENFELD, 2003).

A Organização Mundial da Saúde considera que estudos de farmacoepidemiologia devem ser uma prioridade na área de pesquisa. Castro (1999) verificou 101 publicações científicas sobre farmacoepidemiologia no Brasil, entre o período de 1989 e 1994. No entanto, desde a década de 90, aumentou o interesse pela farmacoepidemiologia no Brasil e na América Latina.

Ainda assim, nos países em desenvolvimento, os EUMs são relativamente escassos. Os trabalhos presentes indicam que grande parcela da população utiliza produtos farmacêuticos e esse uso se dá em todas as faixas etárias. Mesmo assim, poucos são os estudos brasileiros de base populacional sobre o consumo de medicamentos (CASTRO, 2001; SILVA; GIUGLIANI, 2004; ACURCIO et al., 2006); e raras são as pesquisas que investigam o uso em adultos de uma forma global (BERTOLDI et al., 2004), por isso, decidiu-se realizar o presente estudo com adultos cuja faixa etária estabelecida compreende pessoas de 20 a 59 anos.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Analisar os padrões de consumo de medicamentos da população adulta na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família de Ponta Grossa, Paraná.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar a população em estudo segundo variáveis demográficas, socioeconômicas, condição de saúde e de assistência à saúde;
- ✓ Investigar associações entre o consumo de medicamentos e as variáveis demográficas, socioeconômicas, condição de saúde e de assistência à saúde;
- ✓ Identificar grupos terapêuticos mais utilizados;
- ✓ Analisar a prevalência da automedicação e fatores associados à sua prática.

4 METODOLOGIA

4.1 MODALIDADE DE PESQUISA

Estudo transversal de base populacional em área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde de Ponta Grossa, Paraná.

4.2 LOCAL DE ESTUDO

4.2.1 Município de Ponta Grossa

O município de Ponta Grossa ocupa uma área de 2.112,6 km² no Estado do Paraná. O município é constituído pelo Distrito Sede e mais os Distritos Administrativos de Guaragi, Itaiacoca, PiriQUITOS e Uvaia. Tem como limite ao norte o município de Castro, ao sul, Palmeira e Teixeira Soares, a leste, Campo Largo e a oeste, Tibagi e Ipiranga (PONTA GROSSA, 2006).

Ponta Grossa é um dos mais importantes entroncamentos rodod-ferroviários do sul do Brasil. Nela há o distrito industrial, onde se encontram indústrias de beneficiamento de soja e cereais, indústrias de produtos alimentícios, metalúrgicas, madeireiras, entre outras.

Destacam-se também outras atividades desenvolvidas no município, como plantação de pinus, pastagens, mineração (talco), e na agricultura, o cultivo da soja, milho, trigo, feijão, arroz, batata e hortaliças.

Ponta Grossa é sede da 3^a Regional de Saúde do Paraná, da qual fazem parte 12 municípios. A estimativa populacional para o ano de 2005 para o município foi de 300.196 habitantes (IBGE, 2000). Em termos populacionais é a quarta maior cidade do Estado, menor apenas que Curitiba, Londrina e Maringá. Sua população está praticamente concentrada na zona urbana do município (292.586

habitantes), residindo na zona rural somente 2,53% da população (PONTA GROSSA, 2006).

Em relação aos serviços de saúde na cidade de Ponta Grossa, a atenção primária é formada por 46 unidades básicas, como pode ser notado na figura 1. Destas, 40 estão na região urbana e contam com 28 equipes Saúde da Família. Em nível secundário e terciário de atenção, o município é composto de 9 estabelecimentos: sendo 2 hospitais públicos (Pronto Socorro e Hospital da Criança), um privado (Clínica Infantil Pinheiros – Hospital Cidade) e 6 filantrópicos (Hospital Bom Jesus, Hospital Santa Casa de Misericórdia, Hospital Vicentino, Hospital Santana Unimed, Hospital São Camilo e Hospital Evangélico) (PONTA GROSSA, 2006).

O Programa Saúde da Família está implantado em Ponta Grossa desde 2001. Inicialmente contava com farmacêutico como membro integrante da equipe mínima, o qual se responsabilizava por três equipes Saúde da Família (ESF). Atualmente, a unidade de saúde em estudo é a única que mantém a presença deste profissional na ESF.

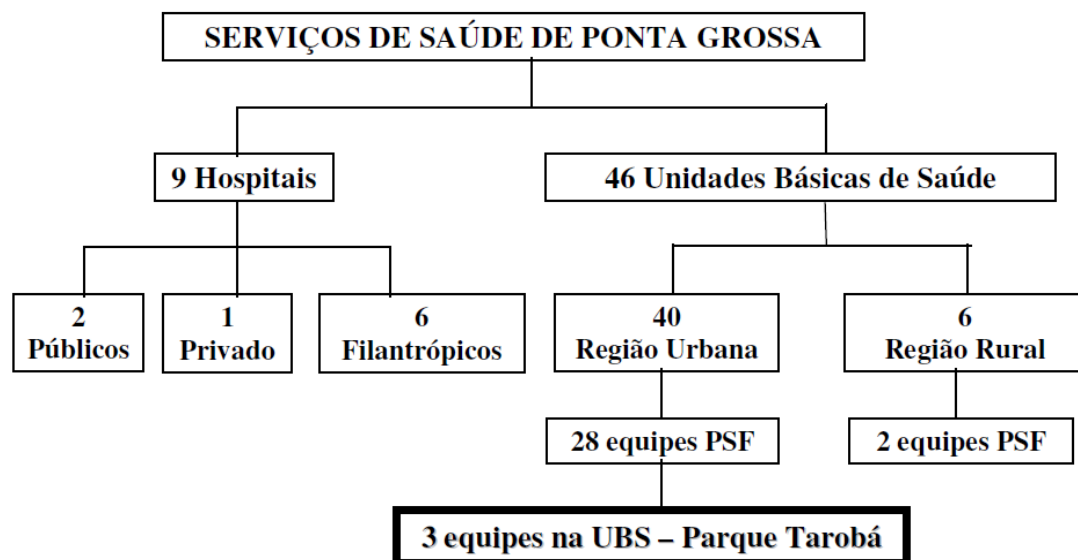


Figura 1 – Composição dos serviços de saúde de Ponta Grossa, Paraná, 2007.

4.2.2 Unidade Básica de Saúde – Parque Tarobá

Esta Unidade Básica de Saúde (UBS) abrange 3 equipes Saúde da Família, em um território geográfico extenso, como se pode verificar na figura 2. A hipertensão arterial e diabetes mellitus são as patologias mais freqüentes nesta área de abrangência.

No território da primeira equipe de PSF, que atende o Parque Tarobá e adjacências, residem 3089 pessoas. Destas, 2159 (69,9%) têm idade entre 20 e 59 anos, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) do município de Ponta Grossa.

O sistema de coleta de lixo e abastecimento de água da rede pública beneficia mais de 98% dos domicílios da área de abrangência; os dejetos, entretanto, em 66% são despejados em fossas e 5% jogados a céu aberto, haja vista, que o sistema de esgoto cobre somente 29% da população.

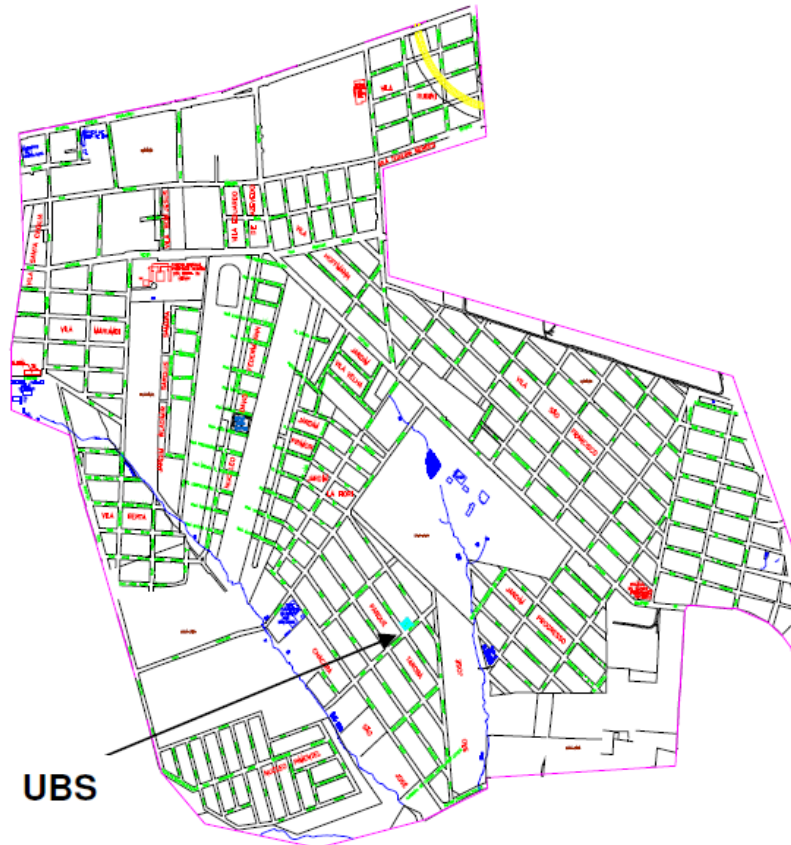


Figura 2 – Mapa da área de abrangência da UBS Nilton Luiz de Castro, Parque Tarobá, Ponta Grossa, Paraná, 2007.

A segunda equipe de PSF atende a vila São Francisco, núcleo Pimentel e Jardim Progresso, onde residem 4154 pessoas. Destas, 2199 indivíduos (52,9%) têm idade entre 20 e 59 anos.

Entre esses bairros, o núcleo David Federmann destaca-se por ter uma população, em sua maioria, empregada, de nível sócio-econômico um pouco melhor comparativamente às demais, razão pela qual a cobertura por plano de saúde é de 11,1%.

Nesta área, 38,9% das casas são de madeira; 97,4% possuem energia elétrica. Em relação ao saneamento básico, aproximadamente 98,0% das residências têm sistema de coleta de lixo e abastecimento de água da rede pública; entretanto apenas 5,8% estão ligadas à rede de esgoto.

A terceira equipe do PSF se responsabiliza pela Vila Hoffman, La Fiore, Rubine I, Bom Jesus, Sâmara e Morumbi, nas quais residem 3161 pessoas das quais 1769 (56%) estão entre 20 e 59 anos. As características sanitárias desta área de abrangência são semelhantes as outras. Nelas 99,2% dos domicílios têm abastecimento público de água, Todavia, somente 29,8% ligam-se à rede de esgotamento sanitário (PONTA GROSSA, 2006).

4.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Constituiu-se da população adulta com idade entre 20 e 59 anos, residente na área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Nilton Luiz de Castro localizada no Parque Tarobá do município de Ponta Grossa, Paraná.

4.4 FONTE DE DADOS

Os dados para a seleção da amostra da pesquisa foram coletados da Ficha de Cadastramento das Famílias (Ficha A) do Sistema de informação de Atenção Básica (SIAB) e em casos de dúvida ou ausência de algumas informações, utilizou-se dos cadernos individuais das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Tais

documentos permitiram a coleta dos seguintes dados dos indivíduos: sexo, nome completo, endereço, idade e telefone. Foram excluídos os pacientes sorteados portadores de deficiência mental ou física e substituídos pelo próximo indivíduo que estivesse dentro da faixa etária estipulada.

4.5 AMOSTRAGEM

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a estimativa de 50% de prevalência de consumo de medicamentos baseada em estudo realizado por Arrais et al. (2005). O tamanho da amostra, para uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, foi de 361 indivíduos. A este número foram adicionados 20% para eventuais perdas, totalizando assim, 434 pessoas a serem entrevistadas.

A seleção dos sujeitos deu-se por processo de amostragem sistemática. A unidade de observação foi o indivíduo no domicílio. Para o cálculo do intervalo amostral, dividiu-se o número total de indivíduos dentro da faixa etária estipulada e o tamanho da amostra. A fração foi igual a 14 e o início entre 1 e 14, após sorteio, foi 7.

4.6 COLETA DE DADOS

Para viabilizar a etapa de coleta de dados, foi encaminhado um ofício (Apêndice A) à Secretaria de Saúde de Ponta Grossa, no qual se solicitou licença para realizar a pesquisa na Unidade Básica de Saúde Nilton Luiz de Castro, cuja autorização consta no Anexo A.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado, composto por 58 questões referentes ao aspecto sócio-demográfico, à condição de saúde, ao uso de serviços de saúde e, especificamente, o consumo de medicamentos (Apêndice B).

As entrevistas foram realizadas pela autora, auxiliada por uma equipe previamente treinada e organizada em quatro duplas. Em cada dupla havia um acadêmico do curso de farmácia e outro de enfermagem. Dúvidas, inconsistências e itens não preenchidos foram devidamente discutidos com o entrevistador (a) e averiguados pela autora. Cada entrevista durou aproximadamente 20 minutos. Consideraram-se como perdas as pessoas não encontradas em até oito tentativas de contato, em horários e dias da semana diferentes.

Cientes de que os informantes poderiam desconsiderar analgésicos, anticoncepcionais, produtos de uso local ou para tratamento de quadros leves como medicamentos, no momento das entrevistas utilizou-se um *check list* de medicamentos para evitar que esquecimentos pudessem distorcer a avaliação do perfil de consumo de medicamentos (ROZENFELD, 2004).

Há inúmeros fatores que afetam a validade das informações obtidas a partir da entrevista sobre o uso de medicamentos. Devido a este fato, rigor e a objetividade são importantes no momento da coleta, para garantir a acurácia dos dados. Por este motivo, nesta pesquisa, tomaram-se alguns cuidados metodológicos, a fim de aumentar a validade das informações sobre o uso de medicamentos como é recomendado por Rozenfeld (2004) (figura 3).

RECOMENDAÇÕES	AÇÕES METODOLÓGICAS ADOTADAS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Selecionar, criteriosamente, os grupos a serem estudados ou excluídos;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ Alopáticos com exclusão de medicamentos homeopáticos, fitoterápicos e plantas medicinais, ortomoleculares, florais de Bach e outros.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Empregar instrumentos de coleta padronizados e testados;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ O instrumento utilizado originou-se de outros formulários já testados e foi readequado para as necessidades e características do trabalho.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Treinar os entrevistadores no manejo da coleta de informações sobre as marcas comerciais;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ Principalmente para identificar corretamente: medicamentos manipulados, medicamentos genéricos e medicamentos fornecidos pelo governo, como os da FIOCRUZ/Farmanguinhos.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coletar, de modo exaustivo, informações sobre todas as especialidades farmacêuticas (EF) utilizadas;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ <i>Chek list</i>, realizado no momento da entrevista. Com linguagem acessível e popular questionava-se o consumo de fármacos para: “dor de dente”, “diarréia”, “pé de atleta ou micose”, “dor nas costas”, “gripe”, “fraqueza no corpo”, “machucadura” entre outros, além dos utilizados continuamente para doenças crônicas.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Coletar, para cada produto, informações sobre o nome do fabricante, a forma farmacêutica, a dose, a duração de uso, prescritor;</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ Somente não foram coletados o item – “duração de uso” por não ser um dos objetivos da pesquisa.
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Solicitar aos entrevistados a apresentação de comprovante de uso de medicamentos – embalagens, bulas ou receitas.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> √ Na ausência de bula ou embalagem, solicitou-se os blisters dos medicamentos para garantir qualidade dos dados.

Figura 3 – Cuidados metodológicos adotados na pesquisa segundo recomendações de Rozenfeld (2004).

4.7 PRÉ-TESTE

O pré-teste se realizou a partir dos moradores da área não incluídos na amostra da pesquisa, em dezembro de 2006. Para ajustes no instrumento foram realizados três pré-testes, que totalizaram 30 entrevistas.

4.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo cumpriu com os critérios estabelecidos na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que apresenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa que envolve seres humanos (BRASIL, 1996), com aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina segundo o parecer 258/06 (Anexo B).

Após a apresentação dos entrevistadores, a leitura do termo de esclarecimento livre e esclarecido (Apêndice C) e a entrevista, foi entregue a cada entrevistado um folheto informativo (Apêndice D) que continha informações sobre o uso correto de medicamentos e sua armazenagem, além de esclarecer acerca da identificação, características e qualidade dos produtos genéricos.

4.9 VARIÁVEIS E CATEGORIZAÇÃO

4.9.1 Variáveis Independentes

4.9.1.1 Sócio-demográficas

✓ **Sexo**

✓ **Idade**

- 20 a 29anos
- 30 a 39anos
- 40 a 49anos
- 50 a 59anos

✓ **Situação Conjugal**

- Solteiro(a)
- Casado(a)
- Separado(a)/Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- União Consensual

✓ **Escolaridade**

- Analfabeto
- 1º grau incompleto
- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- 3º grau incompleto
- 3º grau completo
- Pós-graduação

✓ **Número de residentes na casa**

- 1 a 3
- 4 e 5
- 6 ou mais

✓ **Situação de trabalho:** para esta variável foi aceito somente uma resposta correta. Caso a entrevistada se afirmasse como trabalhadora doméstica era questionado se era por opção, desemprego, afastamento pelo INSS ou aposentadoria.

- Trabalho formal
- Trabalho informal
- Desempregado
- Trabalho doméstico
- Aposentado
- Não trabalha (estudante)
- Afastado do trabalho por motivo de doença
- Outro

- ✓ **Poder de compra da família:** esta variável foi categorizada de acordo com os critérios utilizados pela ABEP (Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa) (Anexo C) , que se baseia no grau de escolaridade do chefe de família e a posse de bens, sendo que A1 representa a melhor e E o pior nível econômico (ABEP, 2000).
 - A1
 - A2
 - B1
 - B2
 - C
 - D
 - E

4.9.1.2 Indicadores da condição de saúde

- ✓ **Autopercepção de saúde**
 - Excelente
 - Ótima
 - Boa
 - Regular
 - Ruim

- ✓ **Presença de diabetes mellitus**
 - Sim
 - Não
 - Não sabe

- ✓ **Presença de hipertensão arterial**
 - Sim
 - Não
 - Não sabe

- ✓ **Presença de depressão**
 - Sim
 - Não
 - Não sabe

- ✓ **Presença de problemas coronarianos**
 - Sim
 - Não
 - Não sabe

- ✓ **Presença de asma/bronquite**
 - Sim
 - Não
 - Não sabe

- ✓ **Outras doenças que não as anteriores**
 - Sim
 - Não
 - Não sabe

- ✓ **Filiação a plano de saúde**
 - Sim
 - Não

- ✓ **Consulta com o médico nos últimos 3 meses**
 - Sim
 - Não

- ✓ **Internação hospitalar nos últimos 12 meses**
 - Sim
 - Não

4.9.2 Variáveis Dependentes

4.9.2.1 Consumo de medicamentos

- ✓ **Consumo de medicamentos:** Os participantes do estudo foram questionados acerca de toda a medicação em uso, definida previamente como aquela utilizada pelo entrevistado nos últimos 7 dias que antecederam à entrevista. Optou-se por um período recordatório de 1 semana para evitar o viés de memória passível de acontecer com espaços de tempo superiores (WHO, 2004).
 - Sim
 - Não

- ✓ **Consumo de medicamentos no dia da entrevista**
 - Sim
 - Não

- ✓ **Medicamentos consumidos:** Para a validação do uso de medicamentos, foi utilizada a metodologia padrão instituída por Landry et al. (1988). Tal técnica consiste em solicitar aos entrevistados a embalagem, receita, bula e blister dos medicamentos utilizados visando evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso, e, além disso, para assegurar a veracidade das especialidades farmacêuticas fornecidas (ROZENFELD, 2004). Os nomes e laboratórios fabricantes foram devidamente registrados para posterior classificação em grupos farmacológicos.
 - **Classificação farmacológica do medicamento (ATC):** Os princípios ativos presentes em cada especialidade foram listados e organizados de acordo com a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), elaborada pelo “*Nordic Council on Medicines*” e recomendada pela “*Drug Utilization Research Group*” (DURG) da OMS para os Estudos de Utilização de Medicamentos (WHO, 2005). Os insumos, com mais de um princípio ativo, foram classificados na classe terapêutica do principal

componente; produtos com diferentes ações farmacológicas foram enquadrados levando-se em conta sua indicação terapêutica.

- **Grupo A** – *Agentes do trato alimentar e metabolismo*: fármacos para distúrbios estomacais, de acidez, distúrbios funcionais gastrointestinais, antieméticos, terapia hepática e biliar, laxativos, antidiarreicos e antiinfeciosos intestinais, antiobesidade, enzimas digestivas, antidiabéticos, vitaminas, suplementos minerais, tônicos, agentes anabólicos e estimulantes de apetite;
- **Grupo B** – *Agentes relacionados ao sangue e hematopoese*: anti-trombóticos, anti-hemorrágicos, antianêmicos, substitutos de sangue e soluções de perfusão;
- **Grupo C** – *Agentes cardiovasculares*: anti-hipertensivos, diuréticos, vasodilatadores periféricos, vasoprotetores, beta-bloqueadores, bloqueadores dos canais de cálcio, agentes do sistema renina-angiotensina e redutores de lipídeos séricos;
- **Grupo D** – *Agentes dermatológicos*: preparações dermatológicas antifúngicas, antibióticas e de corticosteróides, emolientes e protetores, antipruriginosos, antipsóricos, antissépticos e desinfetantes, antiacne;
- **Grupo G** – *Agentes do trato geniturinário e hormônios sexuais*: hormônios pituitários e hipotalâmicos, corticosteróides de uso sistêmico, terapia tireotrófica, hormônios pancreáticos e homeostase do cálcio;
- **Grupo J** – *Agentes antiinfeciosos gerais de uso sistêmico*: antibacterianos, antivirais, antimicóticos de uso sistêmico, antimicobacterianos, imunoglobulinas e vacinas;
- **Grupo L** – *Agentes antineoplásicos e imunomoduladores*: antineoplásicos, terapia endócrina, imunoestimulantes e imunossupressores;
- **Grupo M** – *Agentes do sistema músculo-esquelético*: antiinflamatórios e antireumáticos, relaxantes musculares, antigotosos, tratamento de doenças ósseas e produtos tópicos para dor muscular;

- **Grupo N** – *Agentes do sistema nervoso central*: anestésicos, analgésicos, antiparkinsonianos, antipsicóticos, ansiolíticos, hipnóticos, sedativos, antidepressivos, psicoestimulantes, fármacos antidemência.
- **Grupo P** – *Agentes antiparasitários*;
- **Grupo R** – *Agentes do sistema respiratório*: preparações nasais, laringológicas, desobstrução das vias aéreas, antitussígenas, anti-histamínicos e fármacos para resfriado comum;
- **Grupo S** -*Agentes dos órgãos sensoriais*: oftalmológicos, otológicos e combinações;
- **Grupo V** – Outros.

✓ **Número de medicamentos consumidos**

✓ **Indicação do medicamento**

- Médico ou dentista
- Farmacêutico ou balconista
- Amigos, parentes e/ou vizinhos
- Automedicação
- Não lembra
- Não sabe
- Outro

A partir das respostas obtidas foram categorizadas 2 variáveis:

- ✓ **Medicamentos Prescritos**: são todos aqueles originalmente prescritos por médicos ou odontólogos. Essa definição contempla situações em que é permitida a renovação pelo enfermeiro e/ou farmacêutico de prescrição originalmente efetuada pelo médico, como, por exemplo, em casos de tratamento para tuberculose e hanseníase.
- ✓ **Medicamentos não-prescritos**: são todos aqueles usados por iniciativa própria, ou por recomendação ou indicação de outros que não um profissional médico. Incluem-se: balconista de farmácia, amigos, vizinhos e outros.

- ✓ **Local de Aquisição do medicamento**
 - Posto de Saúde
 - Hospital
 - Farmácia de dispensação: farmácias comerciais ou drogarias;
 - Farmácia de manipulação
 - Regional de Saúde
 - Não Sabe
 - Não lembra
 - Outro

- ✓ **Orientação de como utilizar o medicamento**
 - Sim
 - Não
 - Não lembra

- ✓ **Recebimento de orientação no momento da dispensação**
 - Sim
 - Não
 - Não lembra

- ✓ **Profissional que realizou a orientação**
 - Médico ou dentista
 - Farmacêutico ou balconista
 - Amigos, parentes e/ou vizinhos
 - Automedicação
 - Não lembra
 - Não sabe
 - Outro

4.10 TABULAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

As informações anotadas nos formulários foram duplamente digitadas em banco de dados criado no programa do Epi Info, versão 3.3.2 para Windows. Para o procedimento de validação, foram comparados e após correção, obteve-se o banco de dados definitivo para a análise estatística.

Para a análise de associação das variáveis independentes com o consumo de medicamento utilizou-se o teste de qui-quadrado. As variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ foram incluídas na análise multivariada por regressão logística, sendo calculadas as razões de chance e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Foram considerados significativos os testes que apresentaram valores correspondentes a $p < 0,05$.

Para a análise estatística da automedicação se utilizou o teste de quiquadrado e a razão de prevalência (RP). Consideram-se significativos os testes que apresentaram valores correspondentes a $p < 0,05$ e intervalo de confiança de 95% que não contemplasse a unidade.

4.11 DIVULGAÇÃO

Divulgar-se-á o estudo depois da defesa da dissertação com a apresentação dos resultados à equipe de saúde da Unidade Saúde da Família Nilton Luis de Castro e à diretoria de farmácia da Secretaria de Saúde de Ponta Grossa.

Os relatórios finais da dissertação serão submetidos, sob a forma de artigos, para periódicos científicos da área.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 434 indivíduos selecionados para o estudo, 36 (8,3%) foram excluídos da amostra devido a 1 morte e 35 mudanças de endereço para fora da área de abrangência da UBS. Assim, das 398 pessoas restantes entrevistou-se 374 (94,0%). Registraram-se 24 perdas (6,0%) em decorrência de 1 hospitalização, 5 recusas e 18 ausências (figura 4).

Os demais resultados e discussões da dissertação serão apresentados na forma de dois artigos e nos anexos D e E, encontram-se as respectivas instruções das revistas em que serão submetidos.

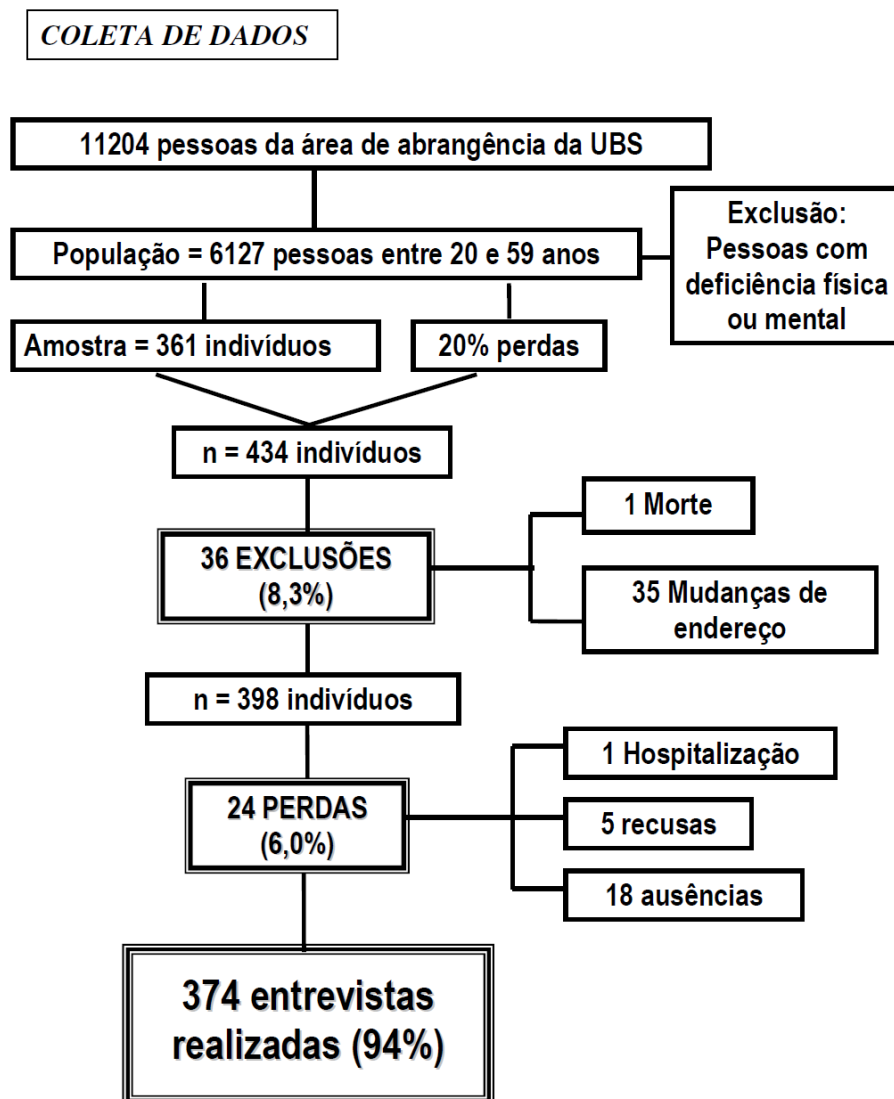


Figura 4 – Fluxograma da coleta de dados, Ponta Grossa, Paraná, 2007.

5.1 ARTIGO A

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Encaminhado: Cadernos de Saúde Pública

**CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Drug utilization among adults in a comprehended area of one family health unity

Título corrido: Consumo de medicamentos entre adultos

Milene Zanoni da Silva Vosgerau - Universidade Estadual de Londrina

Darli Antonio Soares - Universidade Estadual de Londrina

Regina Kazue Tanno de Souza - Universidade Estadual de Londrina

Tiemi Matsuo - Universidade Estadual de Londrina

Gisele dos Santos Carvalho - Universidade Estadual de Londrina

Correspondência

Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Rua Guilherme Pugsley, 1959 – Água Verde

Complemento: apartamento 31H

CEP 80620-000 – Curitiba, PR, Brasil

Telefones para contato: (42)99794364/(41) 30161033

milenezanoni@gmail.com

milenevosgerau@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Determinar a prevalência e os fatores associados ao consumo de medicamentos entre adultos de 20 e 59 anos.

Método: Estudo transversal de base populacional. Foram entrevistados 374 indivíduos da área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa (PR), entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007. O período recordatório utilizado foi dos últimos 7 dias. Os medicamentos foram classificados segundo *Anatomical Therapeutic Chemical Code*. Os testes de qui-quadrado e de regressão logística foram utilizados para análise estatística.

Resultados: A prevalência de consumo de medicamentos foi de 67,1%. A utilização variou entre 1 e 17 medicamentos. As classes terapêuticas mais consumidas foram analgésicos e a dipirona foi o princípio ativo mais usado. Após análise multivariada, as variáveis que permaneceram associadas significativamente foram: sexo, autopercepção de saúde, presença de doenças crônicas e filiação a plano de saúde.

Conclusão: A prevalência de consumo de medicamentos foi semelhante ao encontrado em outros estudos. Os achados desta pesquisa poderão contribuir para nortear as ações das equipes saúde da família.

Palavras-chaves: Uso de medicamentos, farmacoepidemiologia, adulto, prevalência, Programa Saúde da Família

Abstract

Objective: To determine the prevalence and factors associated with the drug utilization among people from 20 to 59 years old.

Method: It is a cross-sectional study in populational basis. It was interviewed 374 people in an area of attendance of a Family Health Unit in Ponta Grossa, PR, between December/2006 and January/2007. The recorded used period was seven days. The medicines were rated according to the *Anatomical Therapeutic Chemical Code*. For the statistic analysis it was used the chi-square test and odds ratio set by the logistic regression approach.

Results: The prevalence of self-medication was of 67.1%. The utilization varied between 1 and 17 drugs. The most consumed therapeutical classes were painkillers and the sodic dypirone was the most consumed active principle. After a multi-varied analysis, the variables which were significantly related were: gender, self-perception of health, presence of severe illnesses and affiliation to a health-care plan.

Conclusion: The prevalence of consumption of medications was similar to those found in other studies. The results of this research will be able to contribute to guide the actions of the teams who work with Family Health.

Key- Words: Drug Utilization, pharmacoepidemiology, adult, prevalence, Family Health Program

Introdução

Das ferramentas terapêuticas disponíveis à equipe de saúde, a utilização de medicamentos são as mais empregadas para a manutenção ou recuperação das condições de saúde da população¹.

O consumo de medicamentos é condicionado tanto por fatores farmacológicos como também por aspectos sócio-antropológicos, comportamentais e econômicos. A vasta oferta de produtos farmacêuticos, o *marketing* da indústria farmacêutica, o grande número de medicamentos prescritos por médicos e as atitudes culturais colaboram para a efetivação de práticas irracionais por indivíduos e populações².

A utilização inadequada de medicamentos tem como conseqüências o crescimento de morbi-mortalidade e o aumento dos gastos na área da saúde³. Segundo Soyama, 2006, os hospitais utilizam de 15 a 20 % de seus orçamentos para enfrentar as complicações causadas pelo uso indevido de produtos farmacêuticos⁴.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Estudos de Utilização de Medicamentos (EUMs) como pesquisas que abrangem “a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes”⁵.

Esses estudos geram informações sobre os medicamentos consumidos, quem os consome, como e para qual finalidade. Permitem identificar os grupos populacionais mais vulneráveis ao uso irracional e as classes terapêuticas empregadas de modo inadequado⁶, além de contribuir decisivamente para a formação de uma consciência crítica entre os profissionais que os prescrevem, os que dispensam os medicamentos e os consumidores⁷.

Entretanto, nos países em desenvolvimento, os EUMs são relativamente escassos^{8,9}. As pesquisas realizadas nas últimas duas décadas indicam que grande parcela da população

utiliza medicamentos e este uso se dá em todas as faixas etárias. Mesmo assim, poucos são os estudos brasileiros de base populacional sobre o consumo de medicamentos^{10, 11} e raras são as pesquisas que tenham investigado o uso em adultos de uma forma global⁷.

Dentro deste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem grande potencial em garantir o uso racional dos medicamentos a partir da reorientação da assistência farmacêutica. Por constituir um modelo de atenção primária, a ESF se compromete com a integralidade da assistência à saúde, focado na unidade familiar na comunidade em que está inserida¹². Considerando-se, assim, a assistência farmacêutica fator preponderante da assistência integral, espera-se que as equipes Saúde da Família contribuam para minimizar o uso irracional de produtos farmacêuticos, pois se sabe que 50% dos usuários não usam corretamente os medicamentos¹³.

Assim, o objetivo deste estudo foi determinar a prevalência e os fatores associados ao consumo de medicamentos entre adultos de faixa etárias de 20 a 59 anos residentes na área de abrangência de uma unidade da saúde da família.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal de base populacional em área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa, PR. A estimativa populacional do município foi de 300.196 habitantes¹⁴, em 2006.

Os serviços de saúde de Ponta Grossa, na atenção primária, são formados por 46 unidades básicas de saúde. Destas, 40 estão na região urbana que contam com 28 equipes Saúde da Família. A Estratégia Saúde da Família está implantada desde 2001 e inicialmente contava com um farmacêutico como membro integrante da equipe mínima. Atualmente,

somente a Unidade de Saúde da Família (USF) em estudo manteve a presença do farmacêutico.

A população alvo de estudo se constitui por moradores com idades entre 20 e 59 anos completos. Os dados para a seleção da amostra da pesquisa foram coletados da Ficha de Cadastramento das Famílias (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e complementados, quando necessário, com os dados individuais das agentes comunitárias de saúde. Tais documentos permitiram a coleta dos seguintes dados: sexo, nome completo, endereço, idade e telefone. Foram excluídos os pacientes sorteados portadores de deficiência mental ou física e substituídos pelo próximo indivíduo que estivesse dentro da faixa etária estipulada.

Para o cálculo do tamanho da amostra, utilizou-se a estimativa de 50% de prevalência de consumo de medicamentos baseada em estudo realizado por Arrais et al.³. O tamanho da amostra, para uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, foi de 361 indivíduos. A este número foram adicionados 20% para eventuais perdas, totalizando, assim, 434 pessoas a serem entrevistadas.

A seleção dos sujeitos realizou-se por processo de amostragem sistemática. A unidade de observação foi o indivíduo no domicílio. Para o cálculo do intervalo amostral, dividiu-se o número total de indivíduos dentro da faixa etária estipulada e o tamanho da amostra. A fração foi igual a 14 e o início entre 1 e 14, após sorteio, foi 7.

O pré-teste deu-se a partir de moradores da área não incluídos na amostra da pesquisa, em dezembro de 2006. Para ajustes no instrumento se realizou três pré-testes, que totalizaram 30 entrevistas.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado, composto por 58 questões referentes ao aspecto sócio-demográfico, à condição de saúde, ao uso de serviços de saúde e, especificamente, o consumo de medicamentos.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007 por uma das autoras juntamente com uma equipe previamente treinada, organizadas em 4 duplas, compostas por um acadêmico do curso de farmácia e outro de enfermagem. Dúvidas, inconsistências e itens não preenchidos foram devidamente discutidos com o(a) entrevistador(a) e averiguados pela pesquisadora envolvida na coleta de dados. Consideraram-se como perdas as pessoas não encontradas em até oito tentativas de contato, em horários e dias da semana diferentes.

A variável dependente da pesquisa foi uso de medicamentos. As variáveis independentes foram: sexo, idade, situação conjugal, número de residentes no domicílio, escolaridade, situação de trabalho, nível econômico (conforme poder de compra da família segundo a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa - ABEP)¹⁵, autopercepção de saúde, presença de patologias crônicas, filiação a plano de saúde, consulta com médico nos últimos três meses e internação hospitalar nos últimos doze meses.

Os participantes do estudo foram questionados acerca de toda a medicação em uso, definida previamente como aquela utilizada pelo entrevistado nos últimos sete dias que antecederam à entrevista.

Para a validação do uso de medicamentos, foi utilizada a metodologia padrão instituída por Landry et al.¹⁶. Tal técnica consiste em solicitar aos entrevistados a embalagem, receita, bula e blister de produtos farmacêuticos utilizados visando evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso, e, além disso, para assegurar a veracidade das especialidades farmacêuticas informadas⁶. Os nomes e laboratórios fabricantes foram devidamente registrados para posterior classificação em grupos farmacológicos.

Os princípios ativos presentes em cada especialidade foram listados e organizados de acordo com a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), elaborada pelo “*Nordic Council on Medicines*” e recomendada pela “*Drug Utilization Research Group*”

(DURG) da OMS para os Estudos de Utilização de Medicamentos. Os insumos, com mais de um princípio ativo, foram classificados na classe terapêutica do principal componente; produtos com diferentes ações farmacológicas foram enquadrados levando-se em conta sua indicação terapêutica.

As informações anotadas nos formulários foram duplamente digitadas em banco de dados criado no programa do Epi Info, versão 3.3.2 para Windows. Para o procedimento de validação, os bancos foram comparados e, após correção, obteve-se o banco de dados definitivo.

Para a análise de associação das variáveis independentes com o consumo de medicamento utilizou-se o teste de qui-quadrado. Incluíram-se as variáveis que apresentaram valor de $p < 0,20$ na análise multivariada por regressão logística, sendo calculadas as razões de chance e seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Consideraram-se significativos os testes que apresentaram valores correspondentes a $p < 0,05$.

Esta pesquisa tem aprovação do Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina segundo o Parecer 258/06, a qual cumpre com os critérios estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a apresentação dos entrevistadores, a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e a realização da entrevista, foi entregue um folheto contendo informações sobre o uso correto de medicamentos e sua armazenagem bem como sobre a identificação, características e qualidade dos medicamentos genéricos.

Discussão

No campo de estudos quantitativos de utilização de medicamentos, as diferenças entre as metodologias adotadas nas pesquisas, principalmente com relação às faixas etárias e

períodos recordatórios, dificultam possíveis generalizações e comparações. Para orientar futuros trabalhos, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou o Guia de Investigação de Uso de Medicamentos, que recomenda um período de sete dias, por quantificar facilmente os dados e possibilitar comparação com outros estudos, além de garantir informações mais fidedignas sobre as patologias e seus respectivos tratamentos medicamentosos¹⁷.

No Brasil existem poucos trabalhos publicados de utilização de medicamentos em adultos. Bertoldi et al.⁷, em Pelotas, encontraram a prevalência de consumo de medicamentos de 65,9% em adultos, índice semelhante ao encontrado neste estudo (67,1%). Da mesma maneira, Sans et al.¹⁸, na Cataluña/Espanha, obtiveram resultados semelhantes a esta investigação (67%). No entanto, vale ressaltar que ambos consideraram um período recordatório de 15 dias.

Nesta pesquisa, a prevalência de utilização de medicamentos no dia da entrevista foi de 49,5%, inferior ao índice encontrado em investigação desenvolvida com toda a população, pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)¹⁹, em 2003, em que o consumo na região sul, foi de 62,3%. A média brasileira foi de 56,9%. Pelicioni²⁰, em 2004, encontrou entre crianças e adultos de 4 áreas de São Paulo a prevalência de 33,9% referente ao consumo de 3 dias anteriores ao da entrevista, portanto, com grupo etário e período recordatório diferente deste estudo.

O consumo de medicamentos verificado neste trabalho foi superior quando comparado aos valores verificados em outros países como Noruega²¹, Espanha²² e Suécia²³ cuja prevalência em populações diversas variou de 27,4% a 44,8%, com períodos recordatórios de 1 a 14 dias.

Sabe-se que o Brasil está entre os cinco maiores consumidores de medicamentos no mundo. Um dos motivos da elevada medicalização da sociedade brasileira está na concepção capitalista veiculada pelas indústrias farmacêuticas de que a saúde pode ser comprada, como

se fosse uma mercadoria qualquer a ser consumida e dar lucros, sem medir conseqüências²⁴. As propagandas das indústrias farmacêuticas aproveitam e deturpam o conceito de autocuidado, estimulam o uso inadequado e abusivo dos medicamentos, mantendo-se a ilusão de aquisição de “saúde” através do medicamento²⁵.

Ao considerar questões relativas ao gênero, as mulheres estão mais sujeitas à medicalização por histórica e culturalmente tenderem a se preocupar mais com sua saúde e da família²⁶. O cuidado feminino, principalmente relacionado com as questões reprodutivas, reflete em maior procura pelos serviços de saúde, que neste estudo, pode-se verificar pela maior referência a consultas médicas nos últimos três meses (55,5%). O que, parcialmente, pode ser explicado pelo fato da Unidade Básica de Saúde (UBS) em questão ter seu horário de funcionamento de 8 horas diárias (7-12h e 13-16h), favorecendo as mulheres, por estarem mais disponíveis nesse período. Mais da metade delas (53%) eram donas de casa e aposentadas, ao contrário dos homens, que a maioria (79,9%) trabalhava no mercado formal ou como autônomo ($p < 0,001$), o que sugere, frente à disponibilidade e organização da UBS, dificuldades no acesso de homens trabalhadores aos serviços de saúde.

A aquisição de medicamentos em farmácia de dispensação foi alta (63,6%). Os homens (67,9%) procuraram mais estes estabelecimentos do que as mulheres (61,2%). Pesquisa realizada por Sawyer et al.²⁷, em 2002, traçou perfis de utilização dos serviços de saúde no Brasil e notou que homens jovens, cuja autopercepção de saúde é boa, têm o comportamento habitual de procurar inicialmente farmácias de dispensação e prontos-socorros ao detectar alguma enfermidade.

Todavia, este fato, por si só, não explica a elevada taxa de procura pelas farmácias comerciais. Apesar dessa pesquisa não objetivar a identificação das causas da baixa aquisição de medicamentos em UBS, pode-se supor que talvez esse evento também se relacione à oferta

restrita de medicamentos essenciais, estimulando a sua aquisição em outros estabelecimentos de saúde.

Constatou-se que profissional médico indicou grande parte dos produtos farmacêuticos (77,1%) e foi apontado como orientador do uso de 83,9% dos medicamentos consumidos pela população pesquisada. Dados similares foram observados nos estudos realizados nos municípios de São Paulo/SP²⁴ e Humaitá/AM²⁸.

Um aspecto importante com relação ao consumo de medicamentos é a utilização de contraceptivos¹⁸. A maioria das pesquisas que incluem mulheres em idade fértil não se preocupa em excluir os anticoncepcionais quando se estratifica por sexo⁷. Nesta pesquisa, mesmo após a exclusão destes fármacos, as mulheres continuaram com maior índice de uso de medicamentos (66,5%) quando comparados com os homens (55,2%) (dados não descritos em tabela).

Diversos estudos têm descrito o uso mais comum de medicamentos entre mulheres do que em homens^{7,29,30}. Neste trabalho, a associação entre sexo feminino e consumo de medicamentos manteve-se significativo mesmo após ajuste com as variáveis de consulta nos últimos três meses, presença de doenças crônicas e autopercepção de saúde, fatores que podem aumentar a probabilidade de prescrição médica. Principalmente no Brasil que, segundo os dados da OMS, 90% das consultas geram receitas médicas, ao passo que em outros países, estes valores não ultrapassam 70%⁴.

A presença de doenças crônicas como hipertensão e diabetes, neste trabalho, está associada positivamente com o consumo de medicamentos. As mulheres (59,6%) relataram maior presença de doenças crônicas do que os homens ($p < 0,05$). Entretanto, sabe-se que as mulheres tendem a referir mais, do que os homens, a presença de problemas de saúde³¹. Este fato pode ser confirmado em estudo nacional³² e internacional³³. Portanto, tais informações sugerem que mulheres, ao procurarem mais os serviços de saúde, aumentam a probabilidade

de diagnóstico e relato de doenças crônicas o que, por sua vez, contribui para maior utilização de medicamentos.

Nesta investigação, as pessoas que afirmaram ser filiadas a plano de saúde consumiram quase três vezes mais medicamentos quando comparadas com as que não são. Entretanto, a variável consulta nos últimos três meses perdeu a significância estatística com consumo de medicamentos após o controle dos fatores de confusão pela regressão logística. Pesquisa realizada em Fortaleza³ identificou associação significativa dessas variáveis com a utilização de medicamentos mesmo após ajuste pela análise multivariada. Os autores fundamentaram-se na análise de que renda familiar mensal mais alta favoreceria o acesso a um número maior de consultas médicas e, por conseguinte, aquisição de um número maior de medicamentos por parte do entrevistado.

Considerar a própria saúde como ruim foi o maior preditor para o consumo de medicamentos (Razão de chances [OR] = 2,85). Esses dados corroboraram resultados de outros estudos. Bardel et al.²³ (2000), na Suécia, verificaram que as mulheres que classificaram sua saúde como ruim tiveram 17 vezes mais chance de consumir medicamentos do que as que se autopercebem com saúde excelente.

Bardel et al.²³, em 2000, indicam que o uso de medicamentos se acentua a partir da quarta década de vida, o que também se observou nesta pesquisa, pois foi crescente o consumo de produtos farmacêuticos com o aumento da idade. Dos indivíduos que usaram medicamentos e se encontravam na faixa etária de 20 a 29 anos o consumo foi em média 1,48 (dp 0,6) medicamento, ao passo que, os que estavam entre 50 a 59 utilizaram em média 3,8 (dp 2,8) especialidades farmacêuticas (dados não mostrados em tabelas).

Os medicamentos que agem nos sistemas nervoso, cardiovascular e aparelho digestivo e metabólico foram os grupos anatômicos mais utilizados na comunidade pesquisada, sendo os analgésicos e antiinflamatórios as classes mais consumidas. Este resultado é semelhante

com estudos realizados no Brasil^{7,29,30,34}, em outros países em desenvolvimento^{35,36} e desenvolvidos^{18,21}.

No que se refere aos aspectos metodológicos, foram adotadas medidas para evitar a presença de vieses como seleção aleatória dos entrevistados e padronização dos procedimentos. A elevada participação da população garantiu a validade interna da pesquisa. A fidedignidade das informações na coleta de dados foram asseguradas pela verificação da embalagem, bula ou blister dos medicamentos usados. Além disso, utilizou-se um *check list* de fármacos para evitar que esquecimentos pudessem distorcer a avaliação do perfil de consumo de medicamentos, pois freqüentemente os consumidores desconsideram analgésicos, anticoncepcionais ou produtos de uso local como medicamentos⁶. No presente estudo optou-se pelo período recordatório de uma semana, como recomendado pela OMS, que minimiza o viés de memória passível de acontecer com espaços de tempo superiores.

Em resumo, pode-se afirmar que o consumo de medicamentos na população estudada foi semelhante ao encontrado em outras pesquisas com adultos. Dentre as variáveis analisadas, ser mulher, estar filiado a plano de saúde, ter doença crônica e autoconsiderar a saúde como ruim foram fatores que estiveram associados a um maior consumo de medicamentos.

O uso irracional dos medicamentos é um importante problema de saúde pública e o Programa Saúde da Família necessita de dados e informações para conhecer melhor a realidade desta prática na comunidade. Assim, os achados desta pesquisa poderão contribuir para a reflexão acerca do uso de medicamentos em adultos e apresentar conhecimentos necessários para nortear as ações e serviços das equipes saúde da família.

O fato de grande parte dos medicamentos ter sido prescrito apresenta-se como aspecto relevante, todavia, a elevada proporção de medicamentos obtidos em farmácias de dispensação sugere que a universalização da assistência farmacêutica ainda está distante da

sua efetivação. Constituem, portanto, áreas que exigem investimentos futuros, principalmente na inclusão de farmacêuticos nas ESF, para possibilitar o alcance da integralidade da atenção na Estratégia Saúde da Família.

Colaboradores

M.Z.S Vosgerau foi a responsável pela coleta, análise dos dados e redação do artigo.

D.A. Soares orientou e coordenou o trabalho, participou da estruturação do artigo, discussão dos resultados e revisão crítica final do texto.

R.K.T. Souza participou da estruturação do artigo, discussão dos resultados e revisão crítica do texto.

T. Matsuo auxiliou na análise estatística e na revisão crítica do texto.

G.S.Carvalho participou da discussão dos resultados e revisão crítica do texto.

Agradecimentos

Paoliello M. pela revisão crítica final do texto.

Silva A.C.M. pela tradução do resumo para o inglês.

Referências

1. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico na promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2007; 12(1):213-220.
2. Osório de Castro CGS. Estudos de utilização de medicamentos: Noções Básicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
3. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21:1737-1746.
4. Soyama P. Idéia de que a saúde pode ser comprada intensifica o consumo de medicamentos. *Ciênc. Cult. São Paulo* 2006; 58:11-12.

5. Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo – Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1989.
6. Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2004; 13:115-123.
7. Bertoldi AD, Barros, AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev. Saúde Pública* 2004; 38:228-238.
8. Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância dos estudos de utilização de medicamentos. *Rev. Bras. Ciências Farmac.* 2006; 42(4):475-485.
9. Leite SN. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina.
http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=924 (acessado em 06/09/2007).
10. Castro L.L.C. Fundamentos de Farmacoepidemiologia: uma introdução ao estudo da farmacoepidemiologia. Campo Grande: GRUPURAM [Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos]; 2001.
11. Acurcio FA, Rozenfeld S, Ribeiro AQ, Klein CH, Moura CS, Andrade CR. Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros. 1- Metodologia e resultados de cobertura de inquérito multicêntrico. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22:87-96.
12. Andrade LOM; Barreto ICHC; Bezerra RC. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. Campos GWS; Minayo MCS; Akerman M; Drumond Júnior M; Carvalho YM. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
13. Ministério da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica: estrutura, processo e resultados. Brasília: OMS/OPAS/Ministério da Saúde; 2005.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2000. Estimativa da população.
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm?c=1> (acessado em 30/ago/ 2006).
15. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2000. <http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP-CCBE.pdf> (acessado em 19/jun/2006).
16. Landry JA et al. Validation of two methods of data collection of self-reported medicine among the elderly. *The Gerontologist* 1988; 28:672 - 676.
17. World Health Organization. How to investigate the use of medicines by consumers. Suíça: WHO/ Univ.Amsterdam; 2004.
18. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balanguer-Vintró, I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac. Sanit* 2002; 16:121-130.

19. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A saúde na opinião dos brasileiros. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2003.
20. Pelicioni AF. Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002. São Paulo; 2004. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade Estadual de São Paulo.
21. Eggen AE. Pattern of drug use in a general population – prevalence and predicting factors: The Tromso Study. *International Journal of Epidemiology* 1994; 23:1262 – 1271.
22. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *European Journal of Epidemiology* 2000; 16:19-26.
23. Bardel A, Wallander MA, Svärdsudd K. Reported current use of prescription drugs and some of its determinants among 35 to 65-year-old in mid-Sweden: A population-based study. *Journal of Clinical Epidemiology* 2000; 53:637-643.
24. Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região de São Paulo (Brasil), 1985. *Rev. Saúde Pública* 1988; 22:494-499.
25. Nascimento M.C. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?: vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.
26. Figueiredo W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(1):105-109.
27. Sawyer DO; Leite IC; Alexandrino R. Perfis de utilização dos serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4):757-776.
28. Simões MJS. Consumo de medicamentos em Humaitá, Estado do Amazonas (Brasil). *Medicina Ribeirão Preto* 1990; 23:151-158.
29. Silva CH, Giugliani ERJ. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. *J. de Pediatria* 2004; 80(4):326-332.
30. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 2005; 39:924-9.
31. Almeida MF, Barata RB, Montero CV, Silva ZP. Prevalência de doenças crônicas auto-referidas e utilização de serviços de saúde, PNAD/1998, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2002; 7(4):743-756.
32. Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilization of health care services in Brazil: gender, family characteristics, and social status. *Rev Panam Salud Publica* 2002; 11(5):365-373.

33. Macintyre S, Ford G & Hund K. Do women "overreport" morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science and Medicine* 1996; 48:89-98.
34. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudio de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21:545-553.
35. Danhier CA, Brieva AJ, Villegas MG, Yates KT, Perez CH, Boggiano ZG. Utilización de medicamentos em uma población urbana. *Rev. Méd. Chile* 1991; 119:334-337.
36. Fok MSM, Tsang WYW. The drug utilization patterns of Hong Kong Chinese adults. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 2005; 11:190-199.

) "&ARTIGO B

**AUTOMEDICAÇÃO ENTRE ADULTOS NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DE UMA UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Encaminhado: Ciência & Saúde Coletiva

**AUTOMEDICAÇÃO ENTRE ADULTOS NA ÁREA DE ABRANGÊNCIA DE UMA
UNIDADE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Self-medication among adults in a comprehended area of one family health unity

Título corrido: Automedicação entre adultos

Milene Zanoni da Silva Vosgerau - Universidade Estadual de Londrina

Darli Antonio Soares - Universidade Estadual de Londrina

Regina Kazue Tanno de Souza - Universidade Estadual de Londrina

Correspondência

Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Rua Guilherme Pugsley, 1959 – Água Verde

Complemento: apartamento 31H

CEP 80620-000 – Curitiba, PR, Brasil

Telefones para contato: (42)99794364/ (41)30161033

milenezanoni@gmail.com

milenevosgerau@hotmail.com

Resumo

Objetivo: Estimar a prevalência e os fatores associados à automedicação entre adultos de 20 a 59 anos.

Método: Estudo transversal de base populacional. Foram entrevistados 374 indivíduos residentes na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa (PR), entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007. O período recordatório utilizado foi de 7 dias. Os medicamentos foram classificados segundo *Anatomical Therapeutic Chemical Code*. Os testes de qui-quadrado e razão de prevalência foram utilizados para a análise estatística.

Resultados: A prevalência de automedicação foi de 24,9%. Foram consumidos 119 medicamentos entre aqueles que se automedicaram. Dos medicamentos citados, 43,7% eram analgésicos. A dipirona sódica foi o princípio ativo mais consumido sem prescrição. Na análise da razão de prevalência, somente o nível sócio-econômico associou-se à automedicação.

Conclusão: A prevalência da automedicação neste trabalho foi baixa comparada com as pesquisas realizadas no Brasil e semelhantes a resultados observados em outros países.

Palavras-chaves: Automedicação, farmacoepidemiologia, adulto, prevalência, Programa Saúde da Família

Objective: To assess the prevalence and factors related to self-medication among adults aged between 20 and 59.

Method: It is a cross-sectional study in populational basis in which it was interviewed 374 people living in an area of attendance of a Family Health Unit in Ponta Grossa, PR, between December/2006 and January/2007. The recorded used period was seven days. The medicines were rated according to the *Anatomical Therapeutic Chemical Code*. It was used the chi-squared test and logistic regression approach.

Results:The prevalence of self-medication was of 24.9%. It was consumed 119 pharmaceutical specialties among those who consumed non-prescribed drugs. Among the mentioned drugs 43.7% were painkillers. The sodic dypirone was the most consumed active principle with no prescription among the interviewees. In the analysis of the prevalence rate, only the social economic level associated with the self-medication.

Conclusion: The prevalence of self-medication in this research was low if compared with researches performed in Brazil and similar to results remarked in other countries.

Key-words: Self-medication, pharmacoepidemiology, adult, prevalence, Family Health Program.

Introdução

A automedicação pode ser compreendida como o ato de consumir medicamentos sem prescrição médica, com o objetivo de tratar doenças auto-diagnosticadas ou aliviar sintomas¹.

O consumo de medicamentos não-prescritos é um ato muito freqüente no Brasil e como não existem substâncias químicas totalmente seguras, considera-se que esta prática seja um processo potencialmente maléfico à saúde individual e coletiva². Dados disponibilizados no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas revelam que 18,3% dos óbitos por intoxicação humana tiveram os medicamentos como agente causador, sendo que metade está relacionada à automedicação³.

Entretanto, a automedicação quando feita de forma racional pode trazer benefícios para a saúde, e no contexto dos países em desenvolvimento, pode ser considerada como uma necessidade, com função complementar ao sistema de saúde⁴. Sendo assim, dentro de certos limites, a prática da automedicação é aceita e estimulada pela Organização Mundial da Saúde (OMS)⁵. A automedicação racional é definida pela OMS como a prática pela qual indivíduos tratam seus problemas de saúde com medicamentos aprovados e disponíveis para serem adquiridos sem prescrição, e que sejam seguros e efetivos quando utilizados como indicado¹.

Contudo, é importante ressaltar que automedicação é diferente de autoprescrição. A autoprescrição, ato condenado pela OMS, é o uso de medicamento de venda exclusiva sob prescrição médica por decisão autônoma de leigo⁶. Além disso, existem os medicamentos de venda livre popularmente conhecidos como OTC (*over-the-counter*), utilizados em larga escala no mundo todo. No Brasil, a produção de OTC já representa 30% do faturamento total do mercado farmacêutico brasileiro⁷, pois seu uso é estimulado indiscriminadamente pelas propagandas veiculadas na mídia.

Sabe-se que o consumo de medicamentos sem prescrição médica é crescente em todos os grupos populacionais e relaciona-se, entre outras questões, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em outros países, pesquisas sobre a automedicação têm sido mais frequentes. Nesses estudos, foram encontradas prevalências entre 12,7%, na Espanha⁸ e 97%, na Colômbia⁹. Entretanto, no Brasil, pesquisas de base populacional sobre a prevalência e os fatores associados a esta prática são escassos¹⁰, sobretudo as que se referem às áreas prioritárias de implementação de políticas de universalização da atenção, entre as quais está o Programa Saúde da Família (PSF).

Considerando-se que a Política Nacional de Atenção Básica situa a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da atenção de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)¹¹ e o fato de que 76,5% da população brasileira dependem exclusivamente do SUS¹², pretendeu-se estimar a prevalência da automedicação e os fatores associados a esta prática entre adultos de 20 a 59 anos residentes na área de abrangência de uma unidade saúde da família.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal de base populacional em área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa, PR. A estimativa populacional do município foi de 300.196 habitantes¹³, em 2006.

Os serviços de saúde de Ponta Grossa, na atenção primária, são formados por 46 unidades básicas de saúde. Destas, 40 estão na região urbana que contam com 28 equipes saúde da família. O PSF está implantado desde 2001 e contava com farmacêutico como membro integrante da equipe mínima. Atualmente, somente a Unidade de Saúde da Família (USF) em estudo manteve a presença do farmacêutico.

A população de estudo foi constituída por moradores com idades entre 20 e 59 anos completos. Os dados para a seleção da amostra da pesquisa foram coletados da Ficha de Cadastramento das Famílias (Ficha A) do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e complementados, quando necessário, com os dados individuais das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Tais documentos permitiram a coleta dos seguintes dados: sexo, nome completo, endereço, idade e telefone. Foram excluídos os pacientes sorteados portadores de deficiência mental ou física e substituídos pelo próximo indivíduo que estivesse dentro da faixa etária estipulada.

Esta pesquisa é parte de um projeto mais abrangente sobre consumo de medicamentos em que se utilizou para o cálculo do tamanho da amostra, a estimativa de 50% de prevalência de consumo de medicamentos baseada em estudo realizado por Arrais et al.¹⁴ (2005). O tamanho da amostra, para uma margem de erro de 5% e um nível de confiança de 95%, foi de 361 indivíduos. A este número se adicionou 20% para eventuais perdas, totalizando, assim, 434 pessoas a serem entrevistadas.

A seleção dos sujeitos realizou-se por processo de amostragem sistemática. A unidade de observação foi o indivíduo no domicílio. Para o cálculo do intervalo amostral, dividiu-se o número total de indivíduos dentro da faixa etária estipulada e o tamanho da amostra. A fração foi igual a 14 e o início entre 1 e 14, após sorteio, foi 7.

O pré-teste se realizou a partir dos moradores da área não incluídos na amostra da pesquisa, em dezembro de 2006. Para ajustes no instrumento foram realizados três pré-testes, que totalizaram 30 entrevistas.

O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um formulário estruturado, composto por 58 questões referentes ao aspecto sócio-demográfico, à condição de saúde, ao uso de serviços de saúde e, especificamente, o consumo de medicamentos.

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007 por uma das autoras juntamente com uma equipe previamente treinada, organizadas em 4 duplas, cada uma composta por um acadêmico do curso de farmácia e outro de enfermagem. Dúvidas, inconsistências e itens não preenchidos foram devidamente discutidos com o(a) entrevistador(a) e averiguados por uma das pesquisadoras. Consideraram-se como perdas as pessoas não encontradas em até oito tentativas de contato, em horários e dias da semana diferentes.

Os participantes do estudo foram questionados acerca de toda a medicação em uso, definida previamente como aquela utilizada pelo entrevistado nos últimos sete dias que antecederam à entrevista.

Para a validação do uso de medicamentos, seguiu-se a metodologia padrão instituída por Landry et al.¹⁵, em 1988. Tal técnica consiste em solicitar aos entrevistados a embalagem, receita, bula e blister dos medicamentos utilizados visando evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso, e, além disso, para assegurar a veracidade das especialidades farmacêuticas informadas¹⁶. Os nomes e laboratórios fabricantes foram devidamente registrados para posterior classificação em grupos farmacológicos.

A variável dependente do trabalho foi a automedicação. As variáveis independentes foram: sexo, idade, situação conjugal, número de residentes no domicílio, escolaridade, situação de trabalho, nível econômico (conforme poder de compra da família segundo a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa - ABEP)¹⁷, autopercepção de saúde, presença de patologias crônicas, filiação a plano de saúde, consulta com o médico nos últimos três meses e internação nos últimos doze meses.

Foi considerado como automedicação o uso de medicamentos por iniciativa própria, ou por recomendação ou indicação de outros que não um profissional médico ou odontólogo. Incluem-se balconista de farmácia, farmacêutico, amigos, vizinhos e outros.

A distribuição dos participantes que utilizaram medicamentos no período de estudo, deu-se em três categorias: consumo de medicamentos exclusivamente prescritos, medicamentos exclusivamente não-prescritos e ambos. Considerou-se para a classificação da classe terapêutica, os medicamentos sem prescrição médica de 2 categorias: consumo de medicamentos exclusivamente não-prescritos e ambos.

Para o cálculo da prevalência da automedicação foi utilizado o número de indivíduos que consumiram, nos 7 dias anteriores à entrevista, medicamentos exclusivamente não-prescritos como também medicamentos prescritos e não-prescritos. Empregaram-se, para análise estatística, somente os medicamentos não-prescritos que puderam ser averiguados por meio da bula, blister ou embalagem.

Os princípios ativos presentes em cada especialidade foram listados e organizados de acordo com a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*), elaborada pelo “*Nordic Council on Medicines*” e recomendada pela “*Drug Utilization Research Group*” (DURG) da OMS para os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUMs). Os insumos, com mais de um princípio ativo, foram classificados na classe terapêutica do principal componente; produtos com diferentes ações farmacológicas foram enquadrados levando-se em conta sua indicação terapêutica.

Para a classificação dos medicamentos de venda livre foi utilizada a lista de grupos e indicações terapêuticas especificadas (GITE) presentes na Resolução 138 de 2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)¹⁸.

As informações anotadas nos formulários foram duplamente digitadas em banco de dados criado no programa do Epi Info, versão 3.3.2 para Windows. Para o procedimento de validação, os bancos foram comparados e, após correção, obteve-se o banco de dados definitivo.

Para a análise de associação das variáveis independentes com a automedicação utilizou-se o teste de qui-quadrado e a razão de prevalência (RP). Foram considerados significativos os testes que apresentaram valores correspondentes a $p < 0,05$ e o intervalo de confiança de 95% que não contemplasse a unidade.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual de Londrina segundo o parecer 258/06, cumprindo com os critérios estabelecidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Após a apresentação dos entrevistadores, a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido e a realização da entrevista, foi entregue um folheto contendo informações sobre o uso correto de medicamentos e sua armazenagem bem como sobre a identificação, características e qualidade dos medicamentos genéricos.

Discussão

Apesar de ser um tema de extrema relevância para a saúde pública, no Brasil, são escassos os trabalhos publicados acerca da automedicação.

A prevalência de medicamentos não-prescritos no presente estudo (24,9%), no período recordatório de 7 dias, foi inferior àquelas encontradas em algumas pesquisas brasileiras^{19,20} e semelhantes aos resultados observados em outros países^{21,22}.

Vilarino et al.¹⁹ (1998) verificaram a taxa de 53,3% de consumo de medicamentos não-prescritos, considerando um mês de período recordatório, com todos os grupos etários da população urbana de Santa Maria/RS. Flores e Mengue²⁰ (2005) identificaram o índice de 33% entre idosos de Porto Alegre, ao considerar o consumo de medicamentos sete dias anteriores ao dia da entrevista.

O índice de automedicação observado nesta pesquisa foi semelhante ao constatado por Sans et al.²¹ (2002), em adultos da Cataluña (Espanha), que identificaram a prevalência de 34% nos homens e 25% em mulheres, todavia o período recordatório foi de 14 dias. Em outros países, as investigações apresentaram diferenças quanto ao grupo pesquisado e ao período recordatório. Estes estudos verificaram prevalências similares a este trabalho, como no caso de Portugal²², com 26,2% e como Hong Kong²³, com prevalência de 32,5%.

Loyola Filho et al.¹⁰ (2002) verificaram que dos 1221 moradores com idade ≥ 18 anos, 775 consumiram algum medicamento nos últimos 90 dias e que entre estes, 54% utilizaram medicamentos exclusivamente prescritos; 17,2% usaram medicamentos prescritos e não-prescritos; e 28,8% consumiram somente medicamentos não-prescritos. Estes resultados são muito próximos do presente estudo, no qual estas proporções foram de 57,9%, 14,0% e 28,1%, respectivamente.

Em alguns trabalhos, as mulheres parecem consumir mais especialidades farmacêuticas sem prescrição do que os homens^{4,24}. Já neste estudo, não houve diferenças entre os sexos.

Nesta investigação a relação entre situação de trabalho e automedicação não foi estatisticamente significativa [RP= 0,68 (0,45 – 1,00)]. Entretanto, estudo conduzido por Mendes et al.²² (2004) demonstraram que os maiores índices de automedicação apareceram entre os trabalhadores comparativamente ao grupo dos não trabalhadores.

Diferentemente de outras investigações, a maioria das variáveis analisadas não se associou significativamente à automedicação. Apesar deste fato, o número suficiente de participantes e a reduzida amplitude do intervalo de confiança das razões de prevalência indicam boa precisão nas informações aqui apresentadas. Além disso, o tamanho da amostra empregado neste estudo foi similar ao utilizado em outras pesquisas com o tema automedicação¹⁹ e consumo de medicamentos²⁰.

Por isso, a ausência de significância estatística entre fatores e o desfecho sugere que não existem diferenças na prevalência da automedicação para quase a totalidade das variáveis pesquisadas e que o consumo de medicamentos não-prescritos é uma prática indistinta na população estudada.

Quanto ao nível sócio-econômico, nesta investigação se identificou que o consumo de medicamentos não-prescritos foi quase 2 vezes maior entre as pessoas dos estratos A e B comparativamente aos estratos D e E. Os resultados de Johnson e Pope²⁴ (1983) foram semelhantes com o demonstrado neste estudo. Portanto, o poder aquisitivo mais alto surgiu como preditor importante para a automedicação.

O fato da prevalência de automedicação ter sido menor entre as pessoas de 50 a 59 anos de idade, correspondente ao período em que são diagnosticadas as doenças crônicas, permite aventar a hipótese de melhoria do acesso aos serviços em decorrência do PSF.

Em relação aos medicamentos dos grupos anátomo-terapêuticos mais utilizados sem prescrição por adultos, os resultados foram semelhantes ao descrito por Danheir et al.²⁵ (1991), no Chile. A dor é a queixa mais freqüente que leva as pessoas a se automedicarem^{19,20} e, por isso, os analgésicos/antitérmicos são as classes terapêuticas mais consumidas (43,7%). Nesta pesquisa, a dipirona sódica foi o medicamento mais utilizado, como também foi observado por Domingues et al²⁶ (2004), entretanto, em outros estudos o ácido acetilsalicílico foi descrito como o principal fármaco usado^{19,27}. Talvez a redução no consumo de especialidades farmacêuticas que contém este princípio ativo esteja relacionada com o aumento expressivo no número de casos de dengue notificados no Brasil e com as propagandas veiculadas na mídia, que desde 2002, com a Resolução 83/02 da ANVISA, são obrigadas a advertir que medicamentos à base de ácido acetilsalicílico são contra-indicados em casos de suspeita de dengue.

O baixo consumo de antibióticos (2,5%) e medicamentos para o sistema respiratório pode estar relacionado com o período do ano em que a pesquisa foi realizada (dezembro e janeiro). O clima influencia no tipo de medicamento a ser consumido e por se tratar de um estudo desenvolvido no sul do Brasil, possivelmente, no outono e inverno, a quantidade de utilização destes grupos terapêuticos seriam maiores. Na Espanha, Figueiras et al⁸ (2000) observaram, no inverno, a prevalência de 19,5% de consumo de antimicrobianos sem prescrição em indivíduos ≥ 16 anos.

O fato de não ter sido identificado o uso de medicamentos como esteróides anabolizantes e abortivos pode não representar a ausência de consumo, principalmente pela população de estudo incluir mulheres em idade fértil e homens adultos jovens. Iriart e Andrade²⁸, em 2002, verificaram, na Bahia, que a faixa etária dos usuários de anabolizantes variou de 17 a 37 anos. Normalmente os usuários conhecem a ilegalidade da utilização destes grupos farmacológicos²⁸, o que torna justificável a omissão desta informação aos entrevistadores.

Outro dado relevante para a saúde pública refere-se ao fato de nenhum dos medicamentos tarjados das classes N05 (psicolépticos) e N06 (psicoanalépticos) ter sido utilizado sem prescrição médica na área estudada. Estes dados não confirmaram os achados de Wortmann et al.²⁹ (1994), em Porto Alegre, e Rodrigues et al.³⁰ (2006), em Pelotas, que mostraram taxa de 8,4% e 8%, respectivamente, de consumo de psicotrópicos sem receita médica entre os entrevistados que consumiram medicamentos dessas classes.

Entre os medicamentos utilizados sem prescrição médica, 34,5% eram tarjados. Este resultado foi inferior em comparação ao encontrado por Arrais et al. (44,1%), em 1997. Esta situação merece preocupação, visto que a dispensação de produtos farmacêuticos com tarja vermelha ou preta exige obrigatoriamente a apresentação da receita de profissional habilitado.

Este caso representa infração às normas que regulamentam a comercialização de medicamentos no Brasil⁴, por parte de balconistas e farmacêuticos.

Em relação aos aspectos metodológicos, algumas situações foram controladas para garantir a validade interna da pesquisa. A seleção da amostra foi sistemática, a carga horária de treinamento foi suficiente para as equipes de campo e a participação da população foi ampla. Vale lembrar que a maioria das entrevistas foi realizada por uma das autoras, além de todas terem sido revisadas, o que assegurou a padronização dos procedimentos. Para evitar o viés de memória, que são freqüentes em estudos farmacoepidemiológicos, utilizou-se o período recordatório de sete dias que é o preconizado pela OMS³¹.

Concluindo, os resultados deste trabalho podem estar relacionados à atuação das equipes Saúde da Família no uso racional de medicamentos pois, na área de abrangência estudada, observou-se prevalência da automedicação abaixo das taxas encontradas em outros estudos nacionais. Ressaltam-se, ainda, como pontos positivos, a ausência de consumo de medicamentos controlados sem prescrição médica, o baixo uso de antibióticos sem receita e o maior consumo de analgésicos, medicamentos classificados como de venda livre.

Enfim, não há como proibir a automedicação, todavia existem estratégias capazes de reduzi-la. Uma das principais, sem dúvida, é o acesso da população à atenção básica e aos serviços farmacêuticos. O farmacêutico, como especialista em medicamentos, tem papel fundamental na promoção do seu uso racional e cabe a ele, portanto, orientar, capacitar e apoiar ações de educação permanente dos outros membros da equipe de saúde, inclusive dos Agentes Comunitários de Saúde – elo de interlocução entre a unidade de saúde e a população – para que o consumo de medicamentos não-prescritos e prescritos seja adequado e consciente.

Colaboradores

M.Z.S Vosgerau foi a responsável pela coleta, análise dos dados e redação do artigo.

D.A. Soares orientou e coordenou o trabalho, participou da discussão dos resultados e revisão crítica final do texto.

R.K.T. Souza participou da estruturação do artigo, discussão dos resultados e revisão crítica final do texto.

Agradecimentos

Silva A.C.M. pela tradução do resumo para o inglês.

Referências

1. World Health Organization. The role of the pharmacist in self-medication and self-care. Geneva: WHO; 1998. 15p.
2. Rozenfeld S. Farmacovigilância: elementos para a discussão perspectivas. Cad. Saúde Pública 1998; 14: 237- 263.
3. Sinitox. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Evolução dos casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico, Brasil, 2004. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox/2004/tab_brasil10.pdf. Acesso em 01 mar. 2007.
4. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. Rev. Saúde Pública 1997, 31: 71-77.
5. Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. Rev. Assoc. Med. Bras 1988; 34: 69-75.
6. Marin N, Luiza VL, Osório de Castro CS, Santos SM. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
7. Brandão A. Entrevista com Jaldo de Souza Santos. Que palpitação é esta no coração da profissão farmacêutica? Infarma 2002; 33:4-8.
8. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. European Journal of Epidemiology 2000; 16:19-26.
9. Marulanda FAT. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Iatrcia 2002, 15: 242-247.
10. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. Rev. Saúde Pública 2002; 36: 55 – 62.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

12. Datasus. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo Região e UF Brasil, 1998, 2003. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/f15uf.htm>. Acesso em 02 mar. 2007.
13. Ibge. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da população. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm?c=1>. Acesso em 30 ago 2006.
14. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2005, 21:1737-1746.
15. Landry JA et al. Validation of two methods of data collection of self-reported medicine among the elderly. *The Gerontologist* 1988; 28: 672 – 676.
16. Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2004; 13: 115-123.
17. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. Critério de classificação econômica Brasil 2000. Disponível em: <http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP-CCBE.pdf>. Acesso: 19 jun 2006.
18. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução – RDC n° 138 de 29 de maio de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
19. Vilarino JF et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública* 1998; 32: 43-49.
20. Flores LM, Mengue SS. Uso de medicamentos por idosos em região do sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v.39, p. 924-9, 2005.
21. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balanguer-Vintró, I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac. Sanit* 2002; 16:121-130.
22. Mendes Z, Martins AP, Miranda AC, Soares MA, Ferreira AP, Nogueira A. Prevalência da automedicação na população urbana portuguesa. *Rev. Bras. Ciênc. Farm* 2004; 40(1):21-25.
23. Lam CLK, Catarivas MG, Munro C, Lauder IJ. Self-Medication among Hong Kong Chinese. *Soc. Sci. Med.* 1994; 39(12):1641-47.
24. Johnson RE, Pope CR. Health Status and Social Factors in Nonprescribed Drug Use. *Medical Care* 1983; 21(2):225-233.
25. Danhier CA, Brieva AJ, Villegas MG, Yates KT, Perez CH, Boggiano ZG. Utilización de medicamentos em uma población urbana. *Rev. Méd. Chile* 1991; 119:334-337.

26. Domingues RB, Kuster GW, Dutra LA, Santos LG. Headache epidemiology in Vitória, Espírito Santo. *Arq Neuropsiquiatr* 2004; 62(3):588-591.
27. Lima CS, Descovi BDP, Chaves ALK, Lima MG, Gargano F, Freisleben EJ et al. Automedicação na cidade de Santa Maria. *Saúde* 1992;18(1-2): 69-74.
28. Iriart JAB, Andrade TM. Body-building, steroid use, and risk perception among young body-builders from a low-income neighborhood in the city of Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(5): 1379-1387.
29. Wortmann AC, Grüdtner MC, Fialho AF, Jardim Neto JC, Schaefer LG, Sehn F et al. Consumo de benzodiazepínicos em Porto Alegre. *Rev. Assoc. Med. Bras*, 40: 265-70, 1994.
30. Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 40(1):107-14, 2006.
31. World Health Organization. How to investigate the use of medicines by consumers. Suíça: WHO/ Univ. Amsterdam, 2004.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados e discussões desta investigação, expostos na forma dos artigos intitulados “*Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família*” e “*Automedicação entre adultos na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família*” foram capazes de responder aos objetivos propostos pelo projeto da dissertação.

Ao analisar os artigos conjuntamente verifica-se que o consumo de medicamentos nos adultos pesquisados foi similar ao encontrado em outros estudos, entretanto o hábito da automedicação, neste grupo, foi baixo comparado aos outros trabalhos realizados no Brasil.

Na população estudada, o consumo de medicamentos esteve associado ao sexo, filiação a plano de saúde, presença de patologias crônicas e autopercepção de saúde. No entanto, a automedicação associou-se somente ao nível sócio-econômico.

Ao investigar o uso dos medicamentos por adultos, este estudo farmacoepidemiológico permitiu conhecer melhor o perfil de utilização de medicamentos neste grupo etário e identificar seus fatores associados, tornando-o bom indicador de saúde e útil para o planejamento das ações na área da assistência farmacêutica local e municipal. Os estudos de utilização de medicamentos possibilitam que as ações de saúde sejam embasadas em informações confiáveis, o que garantirá intervenções adequadas e pertinentes para as reais necessidades da população.

Apesar das características demográficas e sócio-econômicas da população estudada serem semelhantes a grande parcela da população brasileira, é necessário cautela para generalizar os achados para outras populações de baixa e média renda atendidas pela Estratégia Saúde da Família, pois a unidade de saúde analisada conta com a presença de farmacêutico, fato que a diferencia de outras UBS e que pode ter influenciado nos resultados obtidos.

Seus serviços incluem ações de assistência e atenção farmacêutica que compreende orientar os pacientes sobre os medicamentos – sua ação terapêutica, seus efeitos colaterais e reações adversas –, participar dos programas de atenção aos portadores de doenças crônicas juntamente com a equipe de saúde,

além de fazer acompanhamento farmacoterapêutico para aqueles pacientes que requerem cuidados especiais.

Apesar da adesão à terapia medicamentosa normalmente estar centrada no profissional médico, alguns estudos têm evidenciado que a intervenção farmacêutica influencia positivamente na adesão ao tratamento, que conseqüentemente relaciona-se com a diminuição de custos e reações adversas, principalmente com pacientes portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial e diabetes mellitus.

Assim sendo, a presença do farmacêutico nos estabelecimentos públicos de saúde, incluindo equipes Saúde da Família, é fundamental para garantir o uso correto e adequado dos medicamentos. Nesse contexto, seu papel deve focar na educação e promoção da saúde a partir de ações direcionadas no núcleo familiar que englobem tanto pessoas sadias como doentes.

Em indivíduos saudáveis e com patologias agudas, a função do farmacêutico é informar e alertar sobre os riscos da automedicação irracional, para garantir uso seguro e adequado dos medicamentos isentos de prescrição em transtornos autolimitados e passageiros. Para os pacientes que apresenta(m) patologia(s) crônica(s) e precisam de tratamento medicamentoso contínuo, é necessário priorizar ações de orientação, para evitar principalmente interações entre medicamentos prescritos e não-prescritos, que podem levar a intoxicações, efeitos colaterais e reações adversas, além de ter efeitos tóxicos em casos de superdoses.

Portanto, é preciso repensar o potencial de contribuição do farmacêutico e efetivamente incorporá-lo às equipes de saúde, a fim de que se garanta o uso racional dos medicamentos com diminuição dos riscos de morbimortalidade e redução de gastos desnecessários ao Estado.

Além disso, para minimizar o uso incorreto dos medicamentos é indispensável a implantação de programas de capacitação para profissionais da saúde, farmacêuticos e balconistas, que busquem maior controle na venda de medicamentos sem prescrição do profissional habilitado.

Concluindo-se, esta dissertação visou contribuir para a reflexão acerca do uso de medicamentos em adultos, divulgar informações que podem auxiliar na organização da assistência farmacêutica a partir da construção de estratégias efetivas para a promoção do uso racional de medicamentos e nortear as ações das equipes saúde da família, para que realmente esta estratégia possa

reafirmar os princípios e diretrizes do SUS e reorientar o modelo de atenção na busca da integralidade da assistência, incluindo a farmacêutica.

Outros estudos são necessários para aprofundar as questões relacionadas ao medicamento como: prescrição, acesso, adequação da utilização dos medicamentos, armazenamento e descarte. Ainda, é primordial a realização de pesquisas de intervenção e avaliação dos serviços farmacêuticos em unidades saúde da família para que se torne possível a construção de indicadores de saúde adequados para o acompanhamento e mensuração das ações de atenção farmacêutica no nível coletivo.

.....**REFERÊNCIAS**

1. ABEP. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2000. Disponível em:
<http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP-CCBE.pdf>. Acesso: 19 jun 2006.
2. ACURCIO, F. A. et al. Utilização de medicamentos por aposentados brasileiros. 1- Metodologia e resultados de cobertura de inquérito multicêntrico. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p. 87-96, jan, 2006.
3. ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, 2005.
4. ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I. C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
5. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **A propaganda de medicamentos no Brasil**. Disponível em:
http://www.anvisa.org.br/propaganda/apresenta_projeto_monitora.pdf. Acesso em 01 mar. 2007.
6. APPLBAUM, K. Pharmaceutical Marketing and the invention of the medical consumer. **PLOS Medicine**, v.3, p. 445- 447, abril, 2006.
7. ARRAIS, P. S. D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 31, p. 71-77, 1997.
8. ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 1737-1746, nov-dez, 2005.
9. BARROS, J. A. C. Estratégias mercadológicas da indústria farmacêutica e o consumo de medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, v. 17, p. 377 – 386, 1983.
10. BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos: Atende à saúde?** São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1995.
11. BARROS, J. A. C.; JOANY, S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.7, p. 891 – 898, 2002.
12. BERMUDEZ, J. Medicamentos Genéricos: Uma alternativa para o Mercado Brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v.10, p. 368 – 378, jul/set, 1994.
13. BERMUDEZ, J. A.Z.; BONFIM, J. R.A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME; 1999.

14. BERTOLDI, A. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, p. 228-238, 2004.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/LEI8080.pdf>. Acesso em 18 dez 2007.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996**. 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>. Acesso em 30 ago 2006.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, 1998.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde/CAB. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família-PSF: relatório preliminar**. 1999a. Disponível em: <http://www.gov.br/psf/programa/publicacoeshtm>. Acesso em 03 mar 2007.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999**. 1999b. Disponível em: http://www.cff.org.br/Legisla%C3%A7%C3%A3o/Leis/lei_9787_99.html. Acesso em 18 dez 2007.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais da reunião técnica dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família**. Brasília, 2000.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional da Assistência Farmacêutica**. Brasília, 2004.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Avaliação da assistência farmacêutica: estrutura, processo e resultados**. Brasília: OMS/OPAS/Ministério da Saúde, 2005a.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde/CNS, 2005b.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Rename 2006: O processo de revisão e atualização**. 2006a. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/texto_rename_manuel_nov2006.pdf. Acesso em 05 mar. 2007.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998 – 2004**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência farmacêutica na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2. ed, 2006c.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº204 de 29 de janeiro de 2007**. 2007. Disponível em:
https://www.mpes.gov.br/anexos/centros_apoio/arquivos/6_20441780932007_Portaria%20nº%20204-07-GM%20-%20R. Acesso em 19 dez 2007.
28. CAPELLÀ, D.; LAPORTE, J.R. Métodos aplicados em estudios descriptivos de utilización de medicamentos. LAPORTE, J.R.; TOGNONI, G. **Princípios de epidemiologia de medicamentos**. 2 ed. Barcelona: Masson- Salvat, 1993. Disponível em: <http://www.icf.uab.es/pem/docs/cap4.pdf>. Acesso 18 dez. 2007.
29. CASTRO, L. L. C. Farmacoepidemiologia. Uma Nova Disciplina. **Divulg. Saúde Debate**, v. 18, p 87-92, 1997.
30. CASTRO, L. L. C. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n.2, p. 405-410, 1999.
31. CASTRO, L. L. C. **Fundamentos de Farmacoepidemiologia: uma introdução ao estudo da farmacoepidemiologia**. Campo Grande: GRUPURAM [Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos], 2001.
32. CASTRO, H. C. et al. Automedicação: entendemos o risco? **Infarma**, v.18, nº9/10, 2006.
33. CBME. **Um panorama resumido da Indústria Farmacêutica Brasileira**. 2005. Disponível: <http://cbme.if.sc.usp.br/inovacao/panorama.html>. Acesso em: 28 ago 2006.
34. CFF. Conselho Federal de Farmácia. **CFF encaminhará a Temporão e Chinaglia proposta de organização da Assistência Farmacêutica no SUS**. 2007. Disponível em:
<http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=67&codPagina=503>. Acesso em 19 dez 2007.
35. CHAVES, A. Estudios de utilización de medicamentos: conceptos. BERMUDEZ, J. A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999a.
36. CHAVES, A. Estudios de utilización de medicamentos: aplicaciones. BERMUDEZ, J. A. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: HUCITEC/SOBRAVIME, 1999b.
37. CNS. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes para uma política de medicamentos genéricos**. 1998. Disponível em:
www.datasus.gov.br/conselho/DOCUMENTOS/gen2.htm. Acesso em 02 mar 2007.

38. DIAS, C. R. C.; ROMANO-LIEBER, N. S. Processo da implantação da política de medicamentos genéricos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, p. 1661 – 1669, ago, 2006.
39. FARIA, M. A. S.; TAVARES NETO, J. Conhecimento popular sobre medicamento genérico em um Distrito Docente- Assistencial do Município de Rio Branco, Estado do Acre, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 15, p. 37- 45, 2006.
40. GOMES, C. **Assistência farmacêutica no Brasil: Análise e perspectiva**. Disponível em: www.cgee.org.br/arquivos/rhf_p1_af_carlos_gomes.pdf. Acesso em 18 nov 2007.
41. HEPLER, C.D. Observations on the conference: A pharmacist's perspective. **Am J. Health Syst Pharm** v. 57, p. 590-594, 2000.
42. HERREIRAS, T.; MARTINEZ, M.; BARETA, G. M. S. Automedicação em Curitiba. **Infarma**, v. 12, nº 5/6, 2000.
43. HOLTHAUSEN, C. N. et al. Automedicação e os acadêmicos da área da saúde. **Infarma**, v. 13, nº 1/2, 2001.
44. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Estimativa da população**. 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm?c=1>. Acesso em 30 ago 2006.
45. IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares – POF**. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/19052004pof2002html.shtm>. Acesso em 08 out 2007.
46. JESUS, P. R. C. Qual o papel das palavras na propaganda de medicamentos? **Rev. Acadêmica do Grupo Comunicacional de São Bernardo**, v.2, jul-dez, 2004.
47. LANDRY, J. A. et al. Validation of two methods of data collection of self-reported medicine among the elderly. **The Gerontologist**, v. 28, p. 672 - 676, 1988.
48. LAPORTE, J. R.; PORTA, M.; CAPELLÀ, D. Drug Utilization studies: tool for determining the effectiveness of drug use. **Br. J. Clin. Pharmac**, v. 16, p. 301-304, 1983.
49. LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1989.
50. LEFÈVRE, F. A função simbólica do medicamento. **Rev. Saúde Pública**, v. 17, p. 500-503, 1983.

51. LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v. 21, p. 64-67, 1987.
52. LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, p. 55 - 62, 2002.
53. LOYOLA FILHO, A. I. et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. 545-553, mar-abr, 2005.
54. MACHADO, M.H. **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
55. MACINKO, J., GUANAIS, F.C., SOUZA, M.F.M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **J Epidemiol Community Health**, v.60, p. 9-13, 2006.
56. MARIN, N; LUIZA, V. L.; OSORIO DE CASTRO, C. S.; SANTOS, S. M. **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
57. MARULANDA, F. A. T. Estudio sobre automedicación en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. **Iatrcia**, v. 15, p. 242- 247, diciem, 2002.
58. MATUMOTO, S. Saúde Coletiva: um desafio para a enfermagem. **Cad. Saúde Pública**, v. 7, n. 1, p. 233-241, jan/fev, 2001.
59. MENDA, M. E. org. **Manual médico: medicamentos genéricos**. São Paulo: Lemos Editorial, 2002.
60. MONTEIRO, W.M. et al. Avaliação da disponibilidade de medicamentos genéricos em farmácias e drogarias de Maringá (PR) e comparação de seus preços com os de referência e similares. **Rev. Bras. Cienc. Farmac**, v.41, n.3, p.333-343, 2005.
61. NASCIMENTO, M. C. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?: vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003.
62. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El uso racional de medicamentos**. Geneva: Organización Mundial de la Salud., 1985.
63. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **El papel del Farmacéutico en la Atención a la Salud: Declaración de Tokio**. Ginebra, 1993.
64. ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002**. Brasília: OPAS, 2002.

65. OSORIO DE CASTRO, C. G. S. **Estudos de utilização de medicamentos: Noções Básicas**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
66. PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino de saúde coletiva. In: ___ **Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil**. Rio de Janeiro: ABRASCO/NUTES/CLATES, 1982.
67. PAULO, L. G.; ZANINI, A. C. Automedicação no Brasil. **Rev. Assoc. Med. Bras**, v. 34, p. 69-74, 1988.
68. PELICIONI, A. F. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região metropolitana de São Paulo 2001-2002**. 2005. 112 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública – Universidade de São Paulo.
69. PEREIRA, L. R. L. et al. Avaliação da utilização de medicamentos em pacientes idosos por meio de conceitos de farmacoepidemiologia e farmacovigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 479-481, 2004.
70. PONTA GROSSA. Prefeitura Municipal de Ponta Grossa. **Dados de Ponta Grossa**. 2006.
71. PROGENERICOS. Associação Brasileira das Indústrias de Medicamentos Genéricos. **História dos medicamentos genéricos**. Disponível em: <http://www.progenericos.org.br/historia.htm#02>. Acesso em 07 mar. 2007.
72. ROZENFELD, S. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 5, p. 388-402, out-dez, 1989.
73. ROZENFELD, S. Farmacovigilância: elementos para a discussão perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 237- 263, 1998.
74. ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, n. 3, p. 717-724, 2003.
75. ROZENFELD, S.; VALENTE, J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 13, p. 115-123, abr/jun, 2004.
76. ROZENFELD, S. Agravos provocados por medicamentos em hospitais do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.41, fev, 2007.
77. RUMEL, D; NISHIOKA, S. A.; SANTOS, A. A. M. S. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p. 921 – 927, 2006.
78. SANS, S. et al. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. **Gac. Sanit**, v. 16, p. 121-130, 2002.

79. SAYD, J. D.; NASCIMENTO, A. C. “Ao Persistirem os Sintomas, o Médico Deverá Ser Consultado”. Isto é Regulação? **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 305 – 328, 2005.
80. SILVA, C. H; GIUGLIANI, E. R. J. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 4, p.326-332, 2004.
81. SIMÕES, M. J. S.; FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região de São Paulo (Brasil), 1985. **Rev. Saúde Pública**, v. 22, p. 494-499, 1988.
82. SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Evolução dos casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico, Brasil, 2004**. 2004a. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox/2004/tab_brasil10.pdf. Acesso em 01 mar. 2007.
83. SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Óbitos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e circunstância. Brasil, 2004**. 2004b. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox/2004/tab_brasil11.pdf Acesso em 03 mar. 2007.
84. SOYAMA, P. Idéia de que a saúde pode ser comprada intensifica o consumo de medicamentos. **Ciênc. Cult. São Paulo**, v. 58, p. 11- 12, jun, 2006.
85. TESSER, C. D. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Infance – Comunic, Saúde, Educ**, v. 9, p. 61 – 76, jan/ jun, 2006.
86. VIEIRA, F. S.; ZUCCHI, P. Diferenças de preços entre medicamentos genéricos e de referência no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 40, p. 444 – 449, 2006.
87. VILARINO, J. F. et al. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, p. 43-49, 1998.
88. ZUBIOLI, A. O farmacêutico e a automedicação responsável. **Pharmacia Brasileira**, v.22, p.23 – 26, set/out, 2000.
89. WEIDERPASS, E. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 32, p. 335-344, 1998.
90. WHO. World Health Organization. Report of the 4 WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. **The role of de pharmacist in self-care and self-medication**. Genebra, 1998.
91. WHO. World Health Organization. **How to investigate the use of medicines by consumers**. Suíça: WHO/ Univ. Amsterdam, 2004.
92. WHO. World Health Organization. **ATC/DDD Index 2005**. 2005. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/>. Acesso em 20 dez 2006.

APÊNDICES

ADÁB8 79 5 – Ofício encaminhado à Secretaria de Saúde de Ponta Grossa

Ponta Grossa, 11 de setembro de 2006

À

Secretaria de Saúde de Ponta Grossa (PR)

Venho através deste solicitar autorização para a realização da pesquisa “**Padrões de consumo de medicamentos em população residente em área periférica do município de Ponta Grossa – Paraná**”, que será realizada na Unidade Básica Nilton de Castro do Parque Tarobá, com a finalidade de produzir uma dissertação para o mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Londrina. Esta pesquisa será realizada no período de novembro de 2006 a dezembro de 2007. Segue em anexo o projeto.

Atenciosamente,

Milene Zanoni da Silva Vosgerau
Mestrado em Saúde Coletiva (UEL)

ADáB8 79'6 – Formulário para a coleta de dados

1. IDENTIFICAÇÃO

A ENTREVISTA NÃO FOI ACEITA <input type="checkbox"/>		Nº _____	DATA: ____/____/____		
1.1. ENTREVISTADOR: _____					
1.2. NOME: _____			FONE: _____		
1.3. ENDEREÇO: _____					
1.4. SEXO: 1 <input type="checkbox"/> MASCULINO 2 <input type="checkbox"/> FEMININO			1.5. DN: ____/____/____		
1.6. ESTADO CIVIL:		1 <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a)	3 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado(a) 4 <input type="checkbox"/> Viúvo	5 <input type="checkbox"/> União Consensual	
1.7. RESIDE COM QUANTAS PESSOAS: _____			**INCLUSIVE A PESSOA ENTREVISTADA		
1.8. RELIGIÃO:		1 <input type="checkbox"/> Católica 2 <input type="checkbox"/> Evangélica 3 <input type="checkbox"/> Espírita	4 <input type="checkbox"/> Outras 5 <input type="checkbox"/> Sem religião	Se alternativa 5 ⇒ pule para 1.10	1.9. É PRATICANTE: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Às vezes
1.10. ESCOLARIDADE: última série de estudo		1 <input type="checkbox"/> Analfabeto	3 <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto	5 <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto	7 <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto
		2 <input type="checkbox"/> 1º grau completo	4 <input type="checkbox"/> 2º grau completo	6 <input type="checkbox"/> 3º grau completo	8 <input type="checkbox"/> Pós – graduação
1.11. SITUAÇÃO DE TRABALHO:		1 <input type="checkbox"/> Trabalho com carteira assinada	3 <input type="checkbox"/> Desempregado	5 <input type="checkbox"/> Aposentado	
		2 <input type="checkbox"/> Trabalho Informal (Bico)	4 <input type="checkbox"/> Trabalho Doméstico	6 <input type="checkbox"/> Não trabalha (estudante)	

2. CONDIÇÃO DE SAÚDE

2.1. Sua saúde está:	1 <input type="checkbox"/> Excelente	2 <input type="checkbox"/> Ótima	3 <input type="checkbox"/> Boa	4 <input type="checkbox"/> Regular	5 <input type="checkbox"/> Ruim
2.2. Possui Diabetes ou alta quantidade de açúcar no sangue?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
2.3. Possui Pressão Alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
2.4. Possui depressão ou problema de nervos?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
2.5. Possui problema de coração?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
2.6. Possui asma, bronquite ou outro problema respiratório?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
2.7. Possui outras doenças que não as anteriores? Quais? _____					
2.8. Tem direito a algum plano de saúde? (Pode ser plano de saúde privado ou que a empresa pague).					1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
2.9. Consultou-se com médico(a) nos últimos 3 meses?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro		
2.10. Esteve internado em um hospital nos últimos 12 meses?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro		

3. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

***** SOMENTE ALOPÁTICOS: EXCLUIR HOMEOPÁTICOS, FLORAIS DE BACH, PLANTAS MEDICINAIS, ORTOMOLECULAR, FITOTERÁPICOS**

3.1. Está fazendo uso ou fez a utilização de alguma medicação nos últimos 7 dias?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro
3.2. Se sim, Está tomando algum medicamento hoje (dia da entrevista)?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não

Se a RESPOSTA do 3.1 for SIM, responda as perguntas 3.3 à 3.7

Se a RESPOSTA for NÃO ⇒ pule para a 3.8

3.3. Quantos são os medicamentos: _____	LEMBRE-SE TODOS OS MEDICAMENTOS: inclusive anticoncepcionais. (independente de ter ou não bula, blister)
3.4. Os medicamentos encontrados se encaixam em qual alternativa? OBS: As 2 alternativas podem ser marcadas simultaneamente	1 <input type="checkbox"/> Com blister (Responder pergunta 3.5.) 2 <input type="checkbox"/> Sem blister e lembram do nome do medicamento (responder pergunta 3.7)
3.5. Qual (is) é (são) o(s) medicamento(s)? OS: Somente os medicamentos que o entrevistado tenha: blister, embalagem ou bula	

	Nome comercial	Laboratório	Princípio ativo	Potência	Forma farmacêutica
Med1					
Med2					
Med3					
Med4					
Med5					
Med6					
Med7					

3.6. Continuação das informações obtidas sobre os medicamentos na questão 3.4.					
	Indicação ^a	Local de Aquisição ^b	Recebeu Orientação ^c	Se SIM, de quem? ^d	
Med1					
Med2					
Med3					
Med4					
Med5					
Med6					
Med7					
^a Marque: 1: Médico ou dentista; 2: Balconista ou Farmacêutico; 3: Amigos, parentes ou vizinhos; 4: Automedicação; 5: Não lembra; 6: Outro ^b Marque: 1: Posto de Saúde; 2: Hospital; 3: Farmácia de Dispensação; 4: Farmácia de manipulação; 5: Regional de Saúde; 6: Não Sabe; 7: Outro. ^c Marque: 1: Sim; 2: Não; 3: Não Lembra ^d Marque: 1: Médico ou dentista; 2: Balconista ou Farmacêutico; 3: Equipe de saúde da UBS 4: Amigos, parentes ou vizinhos; 5: automedicação; 6: não lembra; 7: Outro					
3.6. Se o entrevistado NÃO tem: bula, blister ou embalagem MAS lembra do nome do medicamento ou princípio ativo, anote na tabela abaixo.					
	Nome Comercial	Princípio Ativo			
Med1					
Med2					
Med3					
Med4					
3.7. O entrevistado não lembra qual(ais) foi(ram) o(s) medicamento(s) utilizados <input type="checkbox"/>					
3.8. Conhece ou ouviu falar de medicamento genérico?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
3.9. A qualidade dos medicamentos genéricos comparados aos medicamentos de marca, "originais" é:			1 <input type="checkbox"/> Melhor qualidade 3 <input type="checkbox"/> Qualidade inferior 2 <input type="checkbox"/> Mesma qualidade 4 <input type="checkbox"/> Não sei		
3.10. O preço dos medicamentos genéricos comparados com os "originais", marca ou referência são:			1 <input type="checkbox"/> Mais Baratos 3 <input type="checkbox"/> Mais caro 2 <input type="checkbox"/> Mesmo Preço 4 <input type="checkbox"/> Não sei		
3.11. Quando vai comprar um medicamento na farmácia, você prefere:			1 <input type="checkbox"/> Genéricos 3 <input type="checkbox"/> Marca 2 <input type="checkbox"/> Similares 4 <input type="checkbox"/> Tanto Faz		
4. MEDICAMENTOS ESTOCADOS (APLICAR PARA TODOS OS ENTREVISTADOS)					
4.1. Há medicamentos guardados na sua casa?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
4.2. Local em que os medicamentos são armazenados na casa.			1 <input type="checkbox"/> Cozinha 2 <input type="checkbox"/> Quarto 3 <input type="checkbox"/> Sala 4 <input type="checkbox"/> Banheiro 5 <input type="checkbox"/> Outros:		
4.3. Presença de medicamentos sem identificação entre os armazenados			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
4.4. Presença de medicamentos com prazo de validade vencido			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
5. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)					
POSSE DE ITENS	Não Tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (separado ou duplex)	0	1	1	1	1
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA					
Analfabeto/primário incompleto	0	Primário Completo/ginásial incompleto		1	
Ginásial completo/colegial incompleto	2	Colegial completo/superior incompleto		3	
Superior completo	5	TOTAL ABEP			

ADÁ B8 7 9 7 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido**PROJETO DE PESQUISA****“PADRÕES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EM POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NA PERIFERIA DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA- PARANÁ”****TERMO DE CONSENTIMENTO**

Eu _____ concordo em participar da pesquisa “PADRÕES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EM POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NA PERIFERIA DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA- PARANÁ”. Essa pesquisa tem por objetivo descrever os padrões de consumo de medicamentos da população adulta residente em uma área periférica do município de Ponta Grossa/Paraná.

Entendo que serão feitas perguntas a respeito de minha vida e características pessoais, da minha condição de saúde, sobre consumo de medicamentos e sobre medicamentos estocados em minha casa.

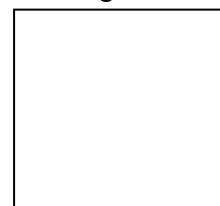
Estou ciente de que as informações por mim fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônimos. Sei também que não precisarei efetuar qualquer pagamento.

Em caso de dúvidas posso esclarecer com o próprio pesquisador, Milene Zanoni da Silva ou com o orientador Dr. Darli Antonio Soares pelos telefones (42) 32239915 ou (43) 33376612. Entendo que tenho a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e de me recusar a participar no momento em que eu quiser, sem qualquer prejuízo para mim ou minha família.

Autorização: _____ ou Impressão Digital

Assinatura da Pesquisadora: _____

Ponta Grossa, ___/___/___



Obs: Este termo deverá ser feito em duas vias (uma deverá ser entregue ao paciente e a outra retida).

ADá B8 7 9 '8 - Material informativo



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DE LONDRINA

Cuidados com o uso dos medicamentos

- ✓ Não utilize a mesma receita médica mais de uma vez, pois o medicamento usado antigamente, pode não fazer bem hoje;
- ✓ Não compre medicamentos que forem indicados pelos vizinhos ou amigos, sem antes consultar o seu médico;
- ✓ Se sentir algum sintoma diferente ao tomar o medicamento, procure o médico ou farmacêutico;
- ✓ Ao tomar os medicamentos, seguir o horário e a duração do tratamento conforme estabelecido na consulta.
- ✓ Bebês, mulheres grávidas ou que estão amamentando nunca devem tomar medicamentos sem receitas médicas.

Como guardar os medicamentos

- ✓ Verifique sempre o prazo de validade dos medicamentos antes de usá-los;
- ✓ Não use medicamentos com embalagens estragadas, sem rótulo e sem bula;
- ✓ Evite guardar medicamentos no banheiro, na cozinha e porta luva do carro pois a luz, o calor e a umidade deterioram os remédios, comprometendo sua qualidade.
- ✓ Mantenha os medicamentos fora do alcance das crianças.
- ✓ Guarde-os em suas embalagens originais e bem fechadas. Se retirá-los da embalagem, anote o nome e a data de vencimento no novo recipiente.

Medicamentos Genéricos

O que são os medicamentos genéricos?

Os genéricos são medicamentos que não possuem uma marca comercial e são vendidos através do nome de sua substância ativa. Sua qualidade é comprovada através de testes que buscam demonstrar que o medicamento genérico é seguro e eficaz como o medicamento de marca.

Características dos medicamentos genéricos:

- ✓ Tem o mesmo efeito terapêutico que o de marca ou referência;
- ✓ Em média, é metade do preço do medicamento de preferência, pois o princípio já foi estudado e não precisa investir em propagandas. Portanto, é mais barato!
- ✓ Como todos os medicamentos com tarja vermelha, o medicamento genérico também necessita de receita médica para ser comprado.

Como identificar a embalagem de um medicamento genérico?

O medicamento genérico pode ser facilmente através de sua embalagem, que deve apresentar a faixa amarela com um grande "G" azul, o nome do fabricante, nome da substância ativa e referência à lei 9.787/99



ANEXOS

**AB9LC'5 – Autorização da Secretaria de Saúde de Ponta Grossa para a
Realização da Coleta de Dados**



**Secretaria Municipal
Ponta Grossa - Paraná**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PONTA GROSSA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DIRETORIA DE FARMÁCIA

Ponta Grossa, 13 de setembro de 2006

Of.156/06

À Farmacêutica Milene Zanoni da Silva Vosgerau
CRF – PR 14601

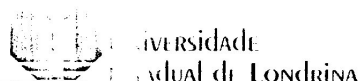
Conforme solicitação autorizamos a realização da referida pesquisa, na Unidade de Saúde Nilton Luiz de Castro (Tarobá) no Município de Ponta Grossa, através do levantamento de dados de consumo de medicamentos da população residente nesta área periférica, e posterior encaminhamento à esta Secretaria para apreciação.

Atenciosamente.

Diretora de Farmácia
Fernanda Horn Razouk Calil
CRF-PR 13.077

Gerente do PSF
Maria Lúcia Vetorazzi

AB9LC'6 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UEL



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

Parecer nº 258/06 CAAE Nº 0210.0.268.000-06 FOLHA DE ROSTO Nº 107252	Londrina, 30 de outubro de 2006.
---	---

PESQUISADOR(A): MILENE ZANONI DA SILVA VOISGERAU

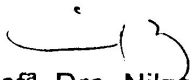
Ilmo(a) Sr(a),

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina – CEP – UEL – de acordo com as orientações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS, **APROVA** a realização do projeto: **“PADRÕES DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS EM POPULAÇÃO RESIDENTE EM ÁREA PERIFÉRICA DO MUNICÍPIO DE PONTA GROSSA – PARANÁ”**.

Informamos o(a) Sr(a) deverá comunicar, por escrito, qualquer modificação que ocorra no desenvolvimento da pesquisa e deverá ser apresentado ao CEP/UEL relatório final da pesquisa.

Situação do Projeto: **APROVADO**

Atenciosamente,


Profª. Dra. Nilza Maria Diniz
Comitê de Ética em Pesquisa
Coordenadora

AB9LC 7 – Classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP)

ABEP. Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa. **Critério de classificação econômica Brasil**. 2000. Disponível em:

<http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP-CCBE.pdf>.

Classificação econômica (de acordo com os critérios da ABEP)

Posse de itens	Não	1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (ap. independente ou parte de geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de instrução do chefe de família	Pontos
Analfabeto/ primário incompleto	0
Primário completo/ ginásial incompleto	1
Ginásial incompleto/colegial incompleto	2
Colegial completo/superior incompleto	3
Superior completo	5

A1 – 30 a 34 pontos A2 – 25 a 29 pontos B1 – 21 a 24 pontos

B2 – 17 a 20 pontos C – 11 a 16 pontos D – 6 a 10 pontos E – 0 a 5 pontos

TOTAL

AB9LC`8 – Instrução para os autores (artigo 5)

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: **(1) Revisão** – revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); **(2) Artigos** – resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); **(3) Notas** – nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); **(4) Resenhas** – resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); **(5) Cartas** – crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); **(6) Debate** – artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); **(7) Fórum** – seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetidos em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria. No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhadas de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de

responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos*-<http://www.icmje.org>.

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

AB9LC'9 – Instrução para os autores (artigo 6)

Seções da publicação

- ✓ **Editorial:** responsabilidade do(s) editor(es). Este texto deve ter, no máximo, 3.500 caracteres.
- ✓ **Debate:** encomendado pelos editores, trata-se de artigo teórico pertinente ao tema central da revista, que receberá críticas/comentários assinados de até seis especialistas, também convidados, e terá uma réplica do autor principal. O artigo deve ter, no máximo, 40.000 caracteres; os textos dos debatedores e a réplica, máximo de 10.000 caracteres cada um.
- ✓ **Artigos Temáticos:** revisão crítica ou resultado de pesquisas de natureza empírica, experimental ou conceitual sobre o assunto em pauta no número temático. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres; os de revisão, 50.000 caracteres.
- ✓ **Artigos de Temas Livres:** não incluídos no conteúdo focal da revista, mas voltados para pesquisas, análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área ou das subáreas. Os números máximos de caracteres são os mesmos dos artigos temáticos.
- ✓ **Opinião:** texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres.
- ✓ **Resenhas:** análise crítica de livro relacionado ao campo temático da revista, publicado nos últimos dois anos, com, no máximo, 10.000 caracteres. Os autores devem encaminhar à Secretaria da Revista uma reprodução de alta definição da capa do livro resenhado.
- ✓ **Cartas:** crítica a artigo publicado em número anterior da revista ou nota curta, descrevendo criticamente situações emergentes no campo temático (máximo de 7.000 caracteres).
- ✓ **Observação:** O limite máximo de caracteres considera os espaços e inclui texto e bibliografia; o resumo/abstract e as ilustrações (figuras e quadros) são considerados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final do artigo.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico segundo as orientações do menu Artigos e Avaliações.
3. Os artigos submetidos não podem ter sido divulgados em outra publicação, nem propostos simultaneamente para outros periódicos. Qualquer divulgação posterior do

artigo em outra publicação deve ter aprovação expressa dos editores de ambos os periódicos. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.

4. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).

5. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que podem identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos que se façam necessários.

6. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade do(s) autor(es).

7. Os artigos publicados serão de propriedade da revista, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização da Revista.

8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem, etc.).

9. O **resumo/abstract**, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, objetivos, metodologia, abordagem teórica e resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo seis palavras-chave/key words. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.

2. No final do texto devem ser especificadas as contribuições individuais de cada autor na elaboração do artigo (ex. LM Fernandes trabalhou na concepção e na redação final e CM Guimarães, na pesquisa e na metodologia).

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biológica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

2. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.

3. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo esteja em cor, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático, quando deverá haver negociação prévia entre editor e autor(es).
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, de preferência, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw. Estes formatos conservam a informação VETORIAL, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e NÃO conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, deve ser enviado o material original em boas condições para reprodução

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente daqueles a outros tipos de contribuição.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:

ex. 1: ... Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF" ¹¹ ...

ex. 2: ... Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...

As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.

3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

4. Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<http://www.nlm.nih.gov/>).

5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.