

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA - ISC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

**EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE
MEDICAMENTOS E EVENTOS ADVERSOS NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

PAULO SÉRGIO DOURADO ARRAIS

Salvador – Bahia
2004

PAULO SÉRGIO DOURADO ARRAIS

**EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE
MEDICAMENTOS E EVENTOS ADVERSOS NO
MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação do Instituto de Saúde Coletiva,
como requisito parcial para obtenção do
Título de Doutor em Saúde Coletiva

ORIENTADORA: HELENA LUTÉSCIA LUNA COELHO

CO-ORIENTADOR: MAURÍCIO LIMA BARRETO

Salvador – Bahia
2004

PAULO SÉRGIO DOURADO ARRAIS

EPIDEMIOLOGIA DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS E EVENTOS

ADVERSOS NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CE

Data de Defesa: 17/2/2004

Banca Examinadora:

Professora Doutora: **Ediná Alves Costa**

Professora Doutora: **Helena Lutécia Luna Coelho** (Orientadora)

Professora Doutora: **Gun B. Mendes**

Professor Doutor: **Maurício Lima Barreto**

Professora Doutora: **Suely Rozenfeld**

**Salvador – Bahia
2004**

DEDICATÓRIA

A meus queridos pais, José Arrais Maia Sobrinho e
Maria Eliane Dourado Arrais (in memorian)

A meus queridos avós, Clóvis Arrais Maia (in memorian) e Jalva Arrais
Maia, José Martins Dourado (in memorian) e Marihinha Ferreira Dourado
(in memorian)

À minha querida esposa e filha, Maria Carmem Pompeu Arrais e
Cybelle Pompeu de Sousa Brasil Arrais

À minha querida tia Maria José Ferreira Dourado
por seu constante apoio

Instituições que colaboraram para a realização desta tese:

Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa
Farmácia Escola – Universidade Federal do Ceará
Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) do
Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará

AGRADECIMENTOS

À Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa pelo apoio dado à pesquisa;

À Farmácia Escola/UFC, na pessoa do Prof. Carlos Couto Castelo Branco, pelo apoio dado à pesquisa;

Ao Dr. Francisco José Moreira Lopes, Chefe da Unidade Estadual do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística no Ceará;

Em particular aos alunos do Curso de Farmácia e colegas que participaram da coleta de dados: Caroline Cibele Morais Silveira, Pablo Stefan Pires da Silva, Gardênia Sena Santana, Mauro Geazi R. Silva, Rafaely Machado Vieira, Rômulo de Lima Sobreira, Francisca Alana Sousa, Cintia Oliveira Carvalho, Ana Karine Fonseca Gomes, Maria de Fátima Silva Cruz e Marcos José Marques Ferreira;

À Profa. Helena Lutécia Luna Coelho, minha orientadora, a quem devo a condução da empreitada;

Ao Prof. Maurício Lima Barreto, meu co-orientador, pela dedicação e apoio;

Aos professores do Doutorado em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia;

À Luciara Leite Brito, Doutoranda do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, pela presteza e disponibilidade em ajudar nas análises estatísticas;

Aos colegas do Doutorado e os tantos amigos do Mestrado do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia;

Às Professoras Mírian Parente Monteiro, Chefe do Departamento de Farmácia e Coordenadora do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos, e Marta Maria Fonteles, Coordenadora do Centro de Farmacovigilância do Ceará/GPUIM;

Aos professores Luís Carlos Brígido, Said Gonçalves, Janete Elisa e Vera Mendonça Maia, pela solidariedade na disciplina de Farmacotécnica, durante minha ausência;

À Profa. Eneida Porto Fernandes companheira da disciplina de Saúde Pública;

Aos professores da família, José Cléson de Menezes Aquino, Geraldo Arrais Maia, Glória Arrais Peter e Maria da Graça Arrais Araújo, Emanuel Arrais de Alencar (in memorian), Emanuel Arrais de Alencar Júnior pelo estímulo, exemplo e apoio;

Aos Farmacêuticos Isabel Cristina Cavalcante Carlos, Lúcia Gurgel (in memorian) e Haroldo Pinheiro (in memorian) pela dedicação e desenvolvimento da assistência farmacêutica e atenção farmacêutica no estado do Ceará e município de Fortaleza;

Aos amigos bahianos: Profa. Luzimar Fernandes e Família, Profa. Lúcia Noblat e família, Walter, Lúcia Andrade e família, Romeu Temporal e Família;

Às famílias entrevistadas pelas suas valiosas informações, que tornaram possível o desenvolvimento desta Tese.

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo, por um lado, conhecer os padrões de consumo de medicamentos e eventos adversos a medicamentos na população de Fortaleza, objetivando especificamente, estimar a prevalência e descrever o perfil de consumo de medicamentos nos 15 dias anteriores à entrevista, identificar os fatores determinantes deste consumo, avaliar a qualidade terapêutica dos medicamentos consumidos, a prevalência de eventos adversos a medicamentos, suas características e conduta adotada pelos indivíduos, e avaliar aspectos da prática médica e da dispensação de medicamentos. Trata-se de um estudo descritivo, tipo transversal de base populacional, realizado no período de outubro/02 a janeiro/03. A amostra para o estudo foi calculada em função do número de domicílios de Fortaleza, de forma a garantir a representatividade da área territorial em que a pesquisa foi realizada. A pesquisa foi realizada em 9 regiões administrativas de Fortaleza, envolvendo um total de 27 bairros, 54 setores censitários e 331 domicílios. Todas as pessoas de cada domicílio foram entrevistadas por meio de questionário estruturado por estudantes do curso de farmácia da UFC. No total foram entrevistadas 1.366 pessoas, onde 479 (49,7%) afirmaram ter consumido algum medicamento nos últimos 15 dias. Identificou-se como fatores determinantes desse consumo a renda familiar mensal maior que três salários mínimos, o sexo feminino, a idade igual ou maior que 50 anos, a presença de doenças crônicas, a cobertura por plano de saúde e a realização de consultas médicas nos últimos três meses. A média do consumo foi de 1,9 medicamento por pessoa (faixa: 1-12 medicamentos); 20,0% consumiram três ou mais medicamentos. Dos 1.258 itens de medicamentos consumidos, 72,3% eram monofármacos, 63,5% de valor terapêutico comprovado, 56,7% considerados medicamentos essenciais; 71,0% foram prescritos por médicos. Os medicamentos de venda livre foram os mais utilizados sem indicação médica, principalmente por conta própria ou por indicação de parentes, amigos ou vizinhos, e era a categoria com maior número de produtos de valor terapêutico questionável, o que representa risco para a saúde do indivíduo e desperdício de recursos financeiros. Os medicamentos mais usados foram: analgésicos (18,5%), vitaminas, minerais e tônicos (8,5%), antibacterianos para uso sistêmico (5,5%), antiinflamatório/anti-reumático (5,4%) e agentes de ação no sistema renina-angiotensina (4,8%). Os seis fármacos mais utilizados foram: paracetamol, dipirona, ácido

acetilsalicílico, ácido ascórbico, diclofenaco e captopril (22,2%). Os principais motivos do consumo foram: dor de cabeça (11,8%) e hipertensão (11,3%). Eventos Adversos a Medicamentos (EAM) foram reportados por 9,2% das pessoas que consumiram medicamentos. A prevalência de EAM foi maior entre as pessoas do sexo feminino, as com idade entre 50 e 64 anos, os polimedicados, os doentes crônicos e os que referiram pior estado de saúde; 31,0% dos medicamentos eram combinações a doses fixas. Os medicamentos mais envolvidos foram: antibacterianos para uso sistêmico (9,9%), analgésicos (8,6%), hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (7,4%), antiasmáticos (6,2%) e antiinflamatório/antireumáticos (6,2%). Os efeitos mais frequentes foram: tontura (11,1%), dor no estômago (10,1%), sonolência (9,1%), cefaléia (6,1%) e náuseas (6,1%). Apenas 28,6% das pessoas procuraram orientação médica. A maioria dos eventos retratam situações esperadas de caráter leve e transitório, alguns passíveis de serem evitados através da orientação ao paciente. O consumo de bebidas alcoólicas foi identificado como possível fator de risco para o aparecimento de eventos adversos. O estudo também sugere que existem deficiências no atendimento médico e farmacêutico, principalmente ao que diz respeito a obtenção de informações sobre história anterior de alergia a medicamento e uso de outros tratamentos medicamentosos, e prestação de informação/orientação sobre reações adversas e interações medicamentosas, o que pode comprometer a adesão do paciente ao tratamento, assim como pode favorecer o aparecimento de eventos adversos.

APRESENTAÇÃO

A idéia de desenvolver o Projeto Epidemiologia do Consumo de Medicamentos e Reações Adversas no Município de Fortaleza nasceu do trabalho que venho desenvolvendo, desde 1990, junto ao Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, onde entrei como bolsista de iniciação científica e como farmacêutico fiz a supervisão do estudo sobre automedicação no município de Fortaleza, parte de um estudo multicêntrico desenvolvido na América Latina e coordenado pelo ilustre professor Juan Ramón Laporte da Universidade Autônoma de Barcelona, assim como participei de outras pesquisas desenvolvidas pelo grupo. Toda a dedicação e esforço levou-me a ser designado pela coordenação do GPUIM para realizar Curso de Mestrado em Farmacoepidemiologia na Universidade Autônoma de Barcelona, onde apresentei dissertação sobre a automedicação no Brasil. Desde então tenho me dedicado a desenvolver trabalhos que viabilizem propostas para o uso racional de medicamentos entre a população do Ceará.

O desenvolvimento da farmacovigilância no Brasil e no Estado também conduziu nosso interesse para a área das reações adversas aos medicamentos, que em muitas situações está atrelada ao seu mau uso ou má prescrição. Para explorar o assunto em nossa região, foi proposta pelo GPUIM a criação do Centro de Farmacovigilância do Ceará, em parceria com a Secretaria de Saúde do Estado. Minha inserção como responsável técnico possibilitou o contato com hospitais e pacientes, abrindo ainda mais o interesse pela área.

Considerando que os vários projetos desenvolvidos pelo GPUIM apontam para situações de irracionalidade no processo da automedicação, a identificação de abuso de medicamentos para provocar aborto, situação que conta com o aconselhamento de balconistas de farmácia nesses atos, ou para curtir um “barato”, as reações adversas desenvolvidas em nível hospitalar e como motivo de internamento, e os vários artigos encontrados na literatura científica nacional que apontam para prescrições médicas irracionais, motivaram a desenvolver o projeto em questão.

Contam também como estímulo para exploração do tema: os raros trabalhos de base populacional com amostras representativas desenvolvidos no país; a ausência de trabalhos do mesmo porte no nordeste do Brasil, onde dadas as suas características socioeconômicas e políticas, supõe-se haver importantes peculiaridades no consumo; a importância de poder analisar a situação frente às mudanças implementadas na assistência à saúde no Brasil, estado do Ceará e município de Fortaleza; a dificuldade que a população enfrenta no acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos; a possibilidade de estimular, com a apresentação dos resultados da pesquisa, a implementação da atenção farmacêutica como estratégia para humanização nos serviços de farmácia em geral.

O projeto viabilizou a exploração de vários aspectos, considerando o contexto socioeconômico e de assistência à saúde da população-alvo. São, portanto, componentes do estudo: a) a análise sobre consumo de medicamentos; b) a análise sobre reações adversas na comunidade; c) a análise de saúde (indicadores da condição de saúde e de utilização dos serviços de saúde); d) a análise sobre a conduta do médico, do dispensador e do paciente no processo da prescrição e dispensação dos medicamentos;

e) a análise sobre a percepção das pessoas sobre os perigos que os medicamentos podem trazer; e f) a análise sobre a aceitação dos medicamentos genéricos.

Na presente tese será apresentada apenas a avaliação dos aspectos relativos ao consumo de medicamentos e reações adversas, e sobre a conduta do médico, do dispensador e do paciente no processo da prescrição e dispensação dos medicamentos.

Nos anexos encontram-se os instrumentos utilizados na pesquisa: a) lista das regiões administrativas, bairros, setores censitários e número de domicílios selecionados para a pesquisa (anexo 1); b) carta-convide conclamando o chefe da família a participar da pesquisa (anexo 2); c) o manual de instruções para os entrevistadores (anexo 3); d) o instrumento de pesquisa - questionário (anexo 4); e) o termo de consentimento (anexo 5); e f) parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (anexo 6).

Ao final, espera-se que os resultados subsidiem propostas para a implementação de programa para o uso racional de medicamentos a cargo do GPUIM e conseqüente melhoria da qualidade da atenção à saúde da população do município de Fortaleza.

SUMÁRIO

Resumo	8
Apresentação	10
Lista de tabelas	17
Lista de quadros	20
Lista de figuras	20
INTRODUÇÃO	21
Fatores que influenciam no consumo de medicamentos e suas controvérsias	25
Setor farmacêutico	25
Mercado farmacêutico: número elevado de medicamentos e qualidade	28
Marketing da indústria farmacêutica	29
Excessivo número de farmácias/drogarias	32
A procura de aconselhamento no balcão da farmácia/drogaria	33
Presença no mercado de medicamentos de venda livre	35
Acesso fácil a medicamentos de venda sob prescrição médica e controle especial	37
Disponibilidade de serviços médicos e atuação médica	38
Venda fora do estabelecimento farmacêutico	40
Distribuição da população segundo sexo e idade	40
Atitude dos usuários/pacientes	41
Outros fatores	45
Fatores que predisõem os indivíduos a reações adversas a medicamentos	46
Epidemiologia das reações adversas a medicamentos	50
Consumo de medicamentos no Brasil e em Fortaleza	53
Brasil	54
Fortaleza	62
Saúde no Ceará e em Fortaleza	66
Ceará	66
Fortaleza	71
JUSTIFICATIVA	75
OBJETIVOS	80
METODOLOGIA	82
Caracterização e população do estudo	83
Plano de amostragem	83
Dimensionamento da amostra	83

Seleção da amostra	84
Coleta de dados	87
Instrumento da coleta de dados	89
Parte 1 - identificação e controle do domicílio (bloco 1)	90
Parte 2 - descrição da família (bloco 2)	90
Parte 3 - perfil da população estudada (blocos 3 a 10)	90
Consumo de medicamentos	93
Experiências de eventos adversos a medicamentos	94
Condições de saúde/Doença crônica	94
Práticas prescritivas - Última consulta ao médico e práticas de dispensação – última compra/aquisição na farmácia ou drogaria	95
Perfil socioeconômico	96
Controle de qualidade dos dados coletados	98
Etapas do estudo	98
Parte I – características gerais da população e fatores determinantes do consumo	99
Parte II – perfil do consumo e eventos adversos	102
Qualidade dos medicamentos	105
Valor terapêutico	105
Essencialidade	106
Combinações em doses fixas	107
Categoria legal	107
Parte III – avaliação da prescrição e dispensação de medicamentos	108
Aspectos éticos	110
RESULTADOS	111
Características gerais da amostra	112
Aspectos demográficos	112
Aspectos socioeconômicos	113
Condições de saúde	114
Cobertura por plano de saúde	114
Indicadores de utilização de serviços de saúde	117
Percepção do estado de saúde	117
Hábitos sociais	118
Consumo de medicamentos	119
Aspectos demográficos	119
Aspectos socioeconômicos	122
Indicadores de condição de saúde e utilização de serviços de saúde	122
Fatores determinantes do consumo de medicamentos	125
Análise multivariada	126
Medicamentos consumidos	131
Qualidade dos medicamentos	135
Categoria legal	136
Grupos e subgrupos terapêuticos	139
Motivos do uso	145

	15
Motivos de uso versus idade, sexo e renda familiar mensal	147
Eventos Adversos a Medicamentos (EAM)	150
Uso de medicamentos e bebidas alcoólicas	158
Avaliação da prescrição e dispensação de medicamentos	160
Última consulta ao médico	160
Última compra/aquisição na farmácia/drogaria	163
DISCUSSÃO	170
Fatores determinantes do consumo de medicamentos	171
Características do consumo de medicamentos	177
Avaliação da prescrição e dispensação de medicamentos	194
CONCLUSÕES FINAIS	206
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	210
ANEXOS	227

LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Principais mercados na indústria farmacêutica (US\$ bilhões).	26
Tabela 2 -	Avaliação dos produtos farmacêuticos introduzidos no mercado francês de 1981 a 2000.	30
Tabela 3 -	Distribuição das reações adversas a medicamentos - casos graves - registradas no Centro de Farmacovigilância do Ceará, no período de 1997 a 2001, segundo tipo de reação, medicamento envolvido, número de casos, classificação conforme relação de causalidade da OMS, local de ocorrência, idade dos envolvidos e tipo de reação (Ceface, 2002).	67
Tabela 4 -	Classes de recebimento salarial mensal.	98
Tabela 5 -	Distribuição da população amostrada de acordo com o número de pessoas por domicílio (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	112
Tabela 6 -	Características demográficas da população estudada (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	113
Tabela 7 -	Características socioeconômicas da população estudada (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	115
Tabela 8 -	Distribuição dos doentes crônicos segundo sexo e idade. Fortaleza, 2002-2003.	116
Tabela 9 -	Porcentagem da cobertura por plano de saúde segundo renda familiar mensal. Fortaleza, 2002-2003.	116
Tabela 10 -	Distribuição da população amostrada segundo os indicadores de utilização de serviços de saúde (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	117
Tabela 11 -	Distribuição da população amostrada segundo a percepção do estado de saúde (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	118
Tabela 12 -	Distribuição da população amostrada segundo hábitos sociais (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	118
Tabela 13 -	Prevalência do consumo de medicamentos conforme variáveis demográficas (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	120
Tabela 14 -	Proporção dos usuários de medicamentos de acordo com a faixa etária e o sexo. Fortaleza, 2002-2003.	121
Tabela 15 -	Prevalência do consumo de medicamentos conforme variáveis	

socioeconômicas (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	123
Tabela 16 - Prevalência do consumo de medicamentos segundo as condições de saúde e os indicadores de utilização de serviços de saúde (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	124
Tabela 17 - Prevalência do consumo de medicamentos nos últimos 15 dias conforme as variáveis estudadas. Fortaleza, 2002-2003.	128
Tabela 18 - Distribuição das variáveis de estudo de acordo com as razões de prevalência bruta e ajustada conforme regressão logística por níveis hierárquicos e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Fortaleza 2002-2003.	130
Tabela 19 - Consumo de medicamentos nos últimos 15 dias de acordo com seu número por pessoa e fonte de indicação. Fortaleza, 2002-2003.	132
Tabela 20 - Distribuição do consumo de medicamentos prescritos e não prescritos, segundo idade, sexo e percepção do estado de saúde (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.	133
Tabela 21 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo dias de uso, quantidade de vezes por dia e seu tempo de uso (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	134
Tabela 22 - Medicamentos consumidos segundo composição, valor intrínseco e presença em lista de medicamentos essenciais (N=1.258). Fortaleza 2002-2003.	135
Tabela 23 - Medicamentos consumidos de acordo com a fonte de indicação e seu valor intrínseco (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	136
Tabela 24 - Medicamentos consumidos segundo sua categoria legal (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	137
Tabela 25 - Proporção de medicamentos com associações medicamentosas de acordo com a categoria legal (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	137
Tabela 26 - Proporção de medicamentos com valor intrínseco não elevado de acordo com a categoria legal (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	137
Tabela 27 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo a fonte de indicação e categoria legal em que se enquadra o produto consumido (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	139

Tabela 28 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo terapêutico, primeiro nível da classificação ATC (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	140
Tabela 29 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo o subgrupo terapêutico (2º. nível da classificação ATC). Fortaleza, 2002-2003.	142
Tabela 30 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo o fármaco* (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	143
Tabela 31 - Distribuição do consumo de medicamentos de acordo com subgrupo terapêutico e fonte de indicação (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	144
Tabela 32 - Distribuição do consumo de medicamentos segundo subgrupo terapêutico e valor intrínseco dos medicamentos (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.	146
Tabela 33 - Principais motivos que geraram o uso de medicamentos*. Fortaleza, 2002-2003.	147
Tabela 34 - Principais motivos de uso de medicamentos segundo a idade*. Fortaleza, 2002-2003.	148
Tabela 35 - Principais motivos de uso de medicamentos segundo o sexo*. Fortaleza, 2002-2003.	149
Tabela 36 - Principais motivos de uso de medicamentos segundo a renda familiar mensal*. Fortaleza, 2002-2003.	150
Tabela 37 - Prevalência dos eventos adversos a medicamentos. Fortaleza, 2002-2003.	152
Tabela 38 - Características do consumo de medicamentos (N=81 medicamentos). Fortaleza, 2002-2003.	154
Tabela 39 - Características dos eventos adversos (N=99). Fortaleza, 2002-2003.	156
Tabela 40 - Providências tomadas após sofrer EAM (N=63). Fortaleza 2002-2003.	157
Tabela 41 - Distribuição dos dados relativos à experiência com a última consulta médica. Fortaleza, 2002-2003.	162

Tabela 42 - Distribuição dos indivíduos de acordo com sua interação com o médico durante o processo da prescrição médica. Fortaleza, 2002-2003.	164
Tabela 43 - Distribuição dos dados relativos à experiência com a última dispensação de medicamentos na farmácia ou drogaria. Fortaleza, 2002-2003.	166
Tabela 44 - Distribuição dos indivíduos de acordo com sua interação com o dispensador de medicamentos durante o processo da dispensação. Fortaleza, 2002-2003.	167
Tabela 45 - Comparação entre os procedimentos executados pelo farmacêutico e outros atendentes (Geral). Fortaleza, 2002-2003.	168
Tabela 46 - Comparação entre farmacêutico e outros atendentes, segundo o setor público. Fortaleza, 2002-2003.	168
Tabela 47 - Comparação entre farmacêutico e outros atendentes, segundo o setor privado. Fortaleza, 2002-2003.	169

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégias de marketing adotadas pela indústria farmacêutica segundo o sujeito objeto da mensagem.	31
Quadro 2 - Características dos estudos sobre aconselhamento no balcão de farmácia/drogaria.	34
Quadro 3 - Estudos de base populacional (amostra geral da população) sobre utilização de medicamentos, publicados no Brasil.	56
Quadro 4 - Estudos de utilização de medicamentos com enfoque específicos, publicados no Brasil.	58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo sobre fontes de consulta/orientação buscadas pelo paciente/doente, que norteiam o consumo de medicamentos.	42
Figura 2 - Modelo hierárquico do processo de determinação do consumo de medicamentos.	103

INTRODUÇÃO

Os medicamentos tornaram-se, no século XX, uma importante ferramenta terapêutica nas mãos dos profissionais da saúde, sendo responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Entretanto, para que a farmacoterapia tenha êxito e produza os resultados esperados, é indispensável que os medicamentos tenham eficácia, segurança, qualidade e que sejam prescritos e utilizados adequadamente.

A Organização Mundial da Saúde define medicamento como *qualquer substância num produto farmacêutico usada para modificar ou explorar sistemas fisiológicos ou estados patológicos em benefício do recebedor* (World Health Organization - WHO, 1977).

Vernengo (1996) e Herxheimer (1993) complementam esta definição ao afirmarem que medicamento é um produto que acompanhado de informação facilita o seu uso correto.

[...] é um princípio ativo em uma forma farmacêutica, acompanhado de informação que facilita o uso correto do produto, a qual é denominada de “suporte físico” constituída pela substância ou substâncias químicas que lhe outorgam propriedades terapêuticas (Vernengo, 1996).

[...] é um fármaco com informação relevante (Herxheimer, 1993).

Para os autores a presença da substância com ação farmacológica comprovada não é suficiente para o seu uso correto e seguro, ou seja, o uso adequado só ocorre se informações estiverem agregadas (disponíveis) ao produto.

O uso irracional dos medicamentos é um dos fatores que proporcionam o aumento dos gastos na área da saúde. Consequentemente, destinar recursos financeiros para a promoção do seu uso racional significa reduzir custos a longo prazo (Velásquez, 1999).

A promoção do uso racional dos medicamentos é preocupação constante da Organização Mundial da Saúde (OMS) e um componente importante de uma política nacional de medicamentos.

Os esforços mais organizados para a promoção do uso racional tiveram início nos anos 70, com a introdução do conceito de medicamentos essenciais pela OMS, que tinha como intenção principal tanto a promoção do uso racional como a garantia do acesso. Apesar de atualmente cerca de 110 países contarem com listas de medicamentos essenciais, ainda é bastante grande a parcela da população mundial à margem de acesso universal aos medicamentos (Management Sciences for Health - MSH, 1997).

Comentário: Sugiro que este parágrafo seja colocado após a Fig. 1. Creio que ficaria melhor.

Para a OMS o uso racional de medicamentos 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 para eles e para a comunidade (Organización Mundial de la Salud -OMS, 1985).

Existem, portanto, critérios básicos a serem seguidos pelos profissionais da saúde para o uso correto dos medicamentos (MSH, 1997):

- escolha terapêutica adequada e responsável;
- indicação apropriada, ou seja, a razão para prescrever está baseada em evidências clínicas;
- medicamento apropriado, considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo;
- dose, administração e duração do tratamento apropriados;
- paciente apropriado, isto é, inexistência de contra-indicação e mínima probabilidade de reações adversas;
- dispensação correta, incluindo informação/orientação apropriada sobre os medicamentos prescritos;
- adesão ao tratamento pelo paciente;
- seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento.

De maneira geral o medicamento não pode ser visto como um bem de consumo, mas como um insumo estratégico na assistência à saúde dos cidadãos. A redução da necessidade de sua utilização passa pela implementação de medidas de promoção da saúde e prevenção de doenças, assim como medidas de melhor distribuição de renda entre os indivíduos.

FATORES QUE INFLUEM NO CONSUMO DE MEDICAMENTOS E SUAS CONTROVÉRSIAS

O consumo de medicamentos é influenciado por diversos fatores; alguns dizem respeito à oferta de produtos no mercado, seu número, variedade e qualidade, bem como a força da regulação vigente e o preço. O acesso aos serviços de saúde, a cultura médica e a facilidade em adquirir medicamentos também são fatores considerados de grande peso. Todos esses aspectos são influenciados pelo marketing direto e indireto da indústria farmacêutica, que induz comportamentos, necessidades e os mais variados interesses.

Uma análise mais detalhada sobre cada fator pode ser apreciada a seguir.

a) Setor farmacêutico

O setor farmacêutico é um dos espaços do complexo médico-industrial mais dinâmicos de acumulação de capital e inovações. Apesar de atuar em vários países as empresas farmacêuticas se concentram principalmente no âmbito dos países desenvolvidos. Na tabela 1 pode-se observar os principais mercados da indústria farmacêutica e o montante de recursos financeiros arrecadados com a venda de produtos no varejo no período de dezembro de 2001 a novembro de 2002.

A competição é acirrada entre as várias empresas farmacêuticas que disputam o mercado e se baseia principalmente na busca permanente de novos produtos, além da disputa centralizada em classes terapêuticas, medicamentos éticos e não éticos,

patenteados ou genéricos ou similares (Gadelha et al., 2003). O patenteamento das inovações farmacêuticas e sua influência sobre o preço dos medicamentos gerou um impacto negativo sobre a acessibilidade aos produtos, em especial nos países em desenvolvimento, ou seja, apesar das empresas farmacêuticas serem produtoras de bens em saúde, elas também visam o lucro, o que transforma o medicamento em mercadoria. Diante deste quadro o consumidor apresenta-se mais vulnerável às estratégias de marketing das companhias farmacêuticas pois, como afirma Costa (2003), a todo tempo defronta-se com “novas necessidades” reais ou artificialmente criadas e indução ao consumo indiscriminado.

Tabela 1. Principais mercados na indústria farmacêutica (US\$ bilhões).

País	Dez/2001 a Nov/2002
Estados Unidos	145.917
Japão*	46.666
Alemanha	17.198
França	14.560
Itália	10.278
Reino Unido	10.641
Canadá	6.986
Espanha	6.411
México	6.093
Brasil	3.960
Austrália/Nova Zelandia	3.252
Argentina	1.265
Total	273.227

* inclui hospitais.

Fonte: International Medical Statistics (IMS), 2003.

Nos últimos anos, transformações expressivas tem afetado o setor farmacêutico e acirrado ainda mais a competição setorial. Gadelha e cols. (2003) destacam algumas destas transformações: aumento da concentração no mercado mundial devido os processos de fusão e aquisição de empresas, principalmente entre as líderes; o surgimento de novas tecnologias; pressões por parte dos governos e outras organizações

de saúde no sentido de controle de gastos e preços, e a garantia de acesso aos tratamentos de forma racional; mudanças nos perfis de consumo devido as transições epidemiológicas; criação de novos mercados; e competição com drogas genéricas.

Os autores também descrevem as sérias implicações existentes nessa dinâmica da competição entre as empresas: geração permanente de assimetrias de informações; existência de concentração em submercados, principalmente por classe terapêutica; tendência a comportamento conivente entre as empresas; e baixa elasticidade-preço da demanda em relação ao medicamento (Gadelha et al., 2003). Tendo em vista estes fatores a atenção das autoridades reguladoras é imprescindível para coibir os abusos, afinal a lógica econômica da produção privada desses produtos não deve se sobrepor às necessidades sociais.

No caso do Brasil o mercado é dominado pelas empresas multinacionais e existe uma profunda relação de dependência externa, em especial, no tocante à pesquisa e desenvolvimento de novos fármacos e a obtenção dos insumos farmoquímicos. O país, portanto, desempenha um papel restrito à produção e consumo de especialidades farmacêuticas. Como consequência dessa dependência os preços das matérias primas e produtos acabados ficam sujeitos às oscilações do câmbio e das políticas adotadas pelas empresas. Na tabela dos principais mercados farmacêuticos (tabela 1) o Brasil aparece em décimo lugar com vendas no varejo que ultrapassam a casa dos 3 bilhões de dólares.

O preço dos medicamentos é um importante fator de restrição a seu acesso e boa parte da população brasileira depende do Sistema Único de Saúde (SUS) para sua obtenção. O governo, além de comprar produtos do setor privado, conta com uma rede

de laboratórios públicos, formada por 17 laboratórios, que supre, em parte, as necessidades do setor. A produção desses laboratórios fica centrada principalmente nos medicamentos essenciais que compõem a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais. Entretanto, o governo tem tido dificuldades para manter, ampliar e diversificar a produção dos laboratórios e garantir a distribuição gratuita de medicamentos à população (Brasil, 2003; Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor-Idec, 2003). Na prática, as pessoas continuam pagando pelos medicamentos consumidos. Para se contrapor a esta situação o governo lançou a política de produção de medicamentos genéricos (Lei no. 9.787/99) com o objetivo de reduzir o preço dos medicamentos e favorecer a acessibilidade aos mesmos.

b) Mercado farmacêutico: número elevado de medicamentos e qualidade:

No Brasil existe um excessivo número de especialidades farmacêuticas em circulação, onde ao lado de fármacos com eficácia e segurança comprovados encontram-se produtos que não preenchem estes critérios. Esses são os produtos considerados de eficácia duvidosa ou nula e os na forma de combinações em doses fixas (Heineck et al., 1998; Arrais et al., 1997; Schenkel e Mengue, 1990; Rozenfeld, 1989). Estima-se a existência de 10.587 apresentações farmacêuticas no mercado nacional (Brasil, 2000).

Esse excessivo número de especialidades farmacêuticas também acarreta confusão entre leigos e profissionais de saúde, que não são capazes de conhecer suficientemente todos os produtos para utilizá-los de forma segura. Verifica-se ainda a presença de produtos perigosos, retirados do mercado em países que têm autoridades reguladoras

menos permissivas, e os novos que não oferecem vantagens terapêuticas ou melhores margens terapêuticas que os existentes, podendo gerar outros agravos à saúde e consequentemente novos custos sociais.

Para exemplificar esta situação basta observar, na tabela 2, os dados apresentados sobre a avaliação dos produtos farmacêuticos introduzidos no mercado francês de 1981 a 2000, onde pode-se observar que 63,2% dos medicamentos introduzidos no mercado não apresentam nenhuma novidade terapêutica e 7,4% são de eficácia e segurança duvidosa. Pouco mais de 3,0% foram produtos realmente inovadores (Pharmaceutical, 2001).

Os medicamentos de eficácia e segurança comprovados, utilizados de forma correta, contribuem para o restabelecimento e manutenção da saúde dos indivíduos, mas também podem se converter em problemas quando mal indicados, manipulados ou administrados indevidamente. No Brasil, exemplos desses problemas são evidenciados por diversos pesquisadores: o uso de hipoglicemiantes orais (Assunção et al., 2002) e anticoncepcionais em situações contra-indicadas (Dias-da-Costa et al., 2002); o uso inadequado de antibióticos para tratar doenças virais (Bricks e Leone, 1996); o uso de analgésicos contra-indicados para a idade das crianças (Bricks e Leone, 1996; Béria et al., 1993); o uso de ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e anti-hipertensivos inadequados para pessoas de 65 ou mais anos de idade (Chaimowicz et al., 2000).

c) Marketing da indústria farmacêutica:

A indústria farmacêutica, com seu poderoso marketing, é responsável pela indução de prescrição e consumo de medicamentos. No quadro 1 são apresentadas as várias estratégias utilizadas pela indústria para promoção de seus produtos.

Tabela 2. Avaliação dos produtos farmacêuticos introduzidos no mercado francês de 1981 a 2000 (Pharmaceutical, 2001).

<u>AVALIAÇÕES</u>	<u>No. PRODUTOS</u>	<u>%</u>
Bravo	07	0,31
Um avanço real	67	2,96
Oferece uma vantagem	192	8,51
Possivelmente útil	397	17,59
Nada de novo	1.427	63,23
Não aceitável	58	2,57
Avaliação reservada	109	4,83
Total	2.257*	100,00

* O quadro corresponde a novas preparações ou indicações de uso apresentadas pelas empresas farmacêuticas aos médicos franceses. Exclui produtos de venda sem prescrição e extensões nas linhas farmacêuticas (novas concentrações e novas formas farmacêuticas ou apresentações).

No caso dos produtos de venda livre, Heineck e cols. (1998) verificaram que as propagandas dirigidas aos consumidores procuram seduzir o indivíduo psicologicamente,

[...] tocando nos pontos mais vulneráveis e de maior importância na sua vida, levando em consideração o papel que cada pessoa desempenha, dentro de um contexto de sociedade proposto ou aceito [...]

e omitem informações fundamentais a respeito de cuidados, reações adversas e contra-indicação, chegando, inclusive, a enfatizar a ausência de riscos. Este tipo de propaganda enganosa pode favorecer a automedicação irracional.

Quadro 1. Estratégias de marketing adotadas pela indústria farmacêutica segundo o sujeito objeto da mensagem.

2.1. PRESCRITOR:	2.2. DISPENSADORES:	2.3. USUÁRIOS:
Método direto:		
anúncios em revistas médicas;	bonificação;	distribuição material educativo;
propagandistas;	sorteios/brindes.	vale-desconto;
distribuição amostras grátis (outros);		apoio a associação de consumidores;
brindes;	comissão vendas	propaganda (mídia)
recepções/coquetéis eventos científicos;		
patrocínio de viagens;		
vale-refeição		
Método indireto:		
programas de educação continuada;		
apoio a associações profissionais ou revistas médicas;		
material educativo;		
relacionamento autoridades sanitárias;		
<i>Key-Physicians ou Opinion-makers.</i>		
Fonte: Barros, 1995		

As informações veiculadas nas bulas de medicamentos seguem o mesmo padrão (Silva et al., 2000; Tokarski et al., 2000).

Os prescritores, por sua vez, são os maiores alvos da indústria farmacêutica. Os métodos empregados na promoção de seus produtos incluem: anúncios em revistas médicas; propagandistas; distribuição de amostras grátis, revistas e outros materiais impressos; brindes; o financiamento de programas de educação continuada, de associações profissionais, de revistas médicas, de eventos científicos, patrocínio de viagens e encontros com professores e especialistas famosos (Barros, 1995). Do montante que a companhia farmacêutica destina à promoção e marketing, aproximadamente a metade é gasta com os propagandistas ou agentes de venda, que lidam diretamente com prescritores e dispensadores, exercendo grande influência na prescrição e dispensação de medicamentos (Wazana, 2000).

A análise dos materiais produzidos e veiculados pela indústria para a categoria enaltecem, principalmente, as características favoráveis dos produtos e omitem informações sobre precauções gerais, transmitindo, desta forma, uma imagem de medicamento eficaz e seguro (Pizzol et al., 1998; Barros, 2000), o que pode representar um sério risco quando da sua indicação para o paciente.

d) Excessivo número de farmácias/drogarias:

Aliado aos aspectos acima mencionados está o excessivo número de farmácias e drogarias no país. Dados do Conselho Federal de Farmácia - CFF - estimam que no Brasil existam cerca de 54.879 farmácias/drogarias (CFF, 2003), o que corresponde a

uma farmácia para cada 3.085 habitantes – considerando a população do Brasil igual a 177.870.121 (IBGE, 2003). Este índice ultrapassa o recomendado pela Organização Mundial da Saúde: 1 farmácia p/ cada 8.000 habitantes.

Como no país não existe uma política de reserva de mercado para o exercício da atividade farmacêutica, é provável que muitos destes estabelecimentos sejam de propriedade de leigos, sem conhecimento e sensibilidade para o compromisso social de saúde pública, o que favorece e promove o consumo descontrolado de medicamentos.

Sobre este assunto, Pereira (1997), já enfatizava:

[...] a livre exploração estritamente comercial do setor revela-se nociva para o paciente, para o bolso do consumidor e para o próprio serviço público. [...] o consumidor sempre foi visto com desrespeito e como exclusiva fonte de lucro pelo contingente comercial. Ele é frágil, às vezes dependente e busca na farmácia a recuperação do seu bem-estar. Por isso, o medicamento não é mercadoria e sim um bem social.

e) A procura de aconselhamento no balcão da farmácia/drogaria:

A busca de aconselhamento e tratamento diretamente em farmácias ou drogarias é uma situação corriqueira no Brasil e de grande influência no consumo de medicamentos. No quadro 2 pode-se observar os trabalhos realizados sobre o assunto.

Quadro 2. Características dos estudos sobre aconselhamento no balcão de farmácia/drogaria.

Autor	Local estudo	Assunto/ população	No. visitas	Indicação tratamento(%)
Nassif et al., 2000	Curitiba(PR)	R.Alérgica (Adulto 21 anos)	30	93,3
Leal et al., 1998	Passo Fundo(RS)	Diarréia (Adulto) R. Alérgica (Criança 4 anos)	27 27	96,3 85,2
Ferraz et al., 1996	São Paulo(SP)	Artrites	70	87,1
Coelho et al., 1993	Fortaleza(CE)	Gravidez indesejada	103	640
Mathias & Filho, 1989	Jundiaí(SP)	Dor de barriga, tontura, insônia, nervosismo, corrimento vaginal (Gestante 20 sem.)	305	72,1
Matos et al., 1985	Campinas(SP)	Ansiedade	105	94,2%
Bestane et al., 1980	São Paulo(SP)	Cistite	200	100%

O fato é um reflexo das dificuldades enfrentadas pela maioria da população no acesso a serviços de saúde públicos ou privados e visa obter indicação de tratamento para as moléstias que mais freqüentemente afetam a população. Na grande maioria das vezes a indicação é feita por balconistas, que possuem conhecimento insuficiente para tal, colocando em risco o paciente, que pode fazer uso inadequado da medicação ou ter seu quadro clínico agravado (Nassif Filho et al., 2000; Leal et al., 1998; Ferraz et al., 1996; Matos et al., 1985).

Estudos realizados no Brasil revelam que os balconistas indicam medicamentos que necessitam de receita médica para serem liberados, incluindo os de controle especial e falham ao não avaliar de forma adequada a gravidade da sintomatologia, efeitos colaterais (Matos et al., 1985), indagar sobre possíveis alergias medicamentosas, ao orientar incorretamente a posologia e a duração do tratamento e ao não questionar sobre idade e peso de crianças na hora de indicar produtos para este subgrupo específico da população (Leal et al., 1998; Balbani et al., 1996; Ferraz et al., 1996).

f) Presença no mercado de medicamentos de venda livre:

Outro fator determinante do consumo de medicamentos está relacionado com a disponibilidade no mercado farmacêutico de produtos que não necessitam de receita médica para sua aquisição. São os chamados medicamentos de venda livre, que contribuem diretamente para os crescentes índices de automedicação, e alguns, como os analgésicos não opiáceos, encontram-se entre os dez produtos mais vendidos no país (Arrais et al., 1997; Heineck et al., 1998; Vilarino et al., 1998). A venda a retalho impulsiona as vendas.

Estes medicamentos, apesar da não exigência de prescrição para dispensá-los, possuem aspectos que os tornam perigosos se utilizados inadequadamente, pois existem relatos na literatura de casos de reações adversas graves e fatais, possuem importantes contra-indicações, elevado potencial para interações medicamentosas sérias, possibilidades de administração de doses tóxicas e são, na sua maioria, produtos constituídos por associações medicamentosas sem valor terapêutico comprovado (Schenkel, 1996; Heineck et al, 1998). Um exemplo de medicamentos largamente utilizados pela população, mas que se enquadram no perfil inicialmente apontado acima, é o ácido acetilsalicílico e o paracetamol (Arrais et al., 1997; Carvajal et al., 1996).

Heineck e cols. (1998) avaliaram a qualidade intrínseca das 77 Especialidades Farmacêuticas de venda livre mais vendidas no Brasil, no período de junho de 1992 a junho de 1993, e constataram que 70,0% são combinações em doses fixas, uma média de 3,5 fármacos por especialidade farmacêutica, e 91,0% são considerados produtos de baixo valor terapêutico. No período os gastos com estes medicamentos foram estimados em US\$ 146.541.000, 87,0% do total das vendas. Os achados indicam uma oferta irracional do mercado, o que mostra que as pessoas estão gastando seus recursos financeiros em produtos de eficácia e segurança questionáveis.

As combinações em doses fixas são todas aquelas especialidades farmacêuticas que possuem em sua composição a associação de dois ou mais fármacos. Entretanto, existe um critério para sua aceitação (Dupim e Righi, 1997): a) a documentação clínica justificar o uso de mais de um fármaco concomitantemente; b) o efeito terapêutico da combinação for maior do que a soma dos efeitos de cada um dos componentes em separado; c) o custo da combinação for menor do que a soma dos custos dos produtos

em separado; d) quando houver maior flexibilidade para o cumprimento da prescrição; e) quando forem previstas proporções dos fármacos que permitam ajuste de dosificação aplicável à maioria da população.

g) Acesso fácil a medicamentos de venda sob prescrição médica e controle especial:

No Brasil o consumo indiscriminado não fica restrito aos medicamentos de venda livre. A facilidade que os indivíduos têm de obter medicamentos que só podem ser dispensados com a apresentação de receita médica ou sua retenção pela farmácia/drogaria, por pertencerem à lista de medicamentos de controle especial, incrementam as vendas. Esta prática é evidenciada, principalmente, na indicação de tratamento pelos balconistas e na automedicação (Nassif Filho et al., 2000; Leal et al., 1998; Arrais et al., 1997; Ferraz et al., 1996; Balbini et al., 1996). No estudo sobre a automedicação no Brasil, Arrais e cols. (1997) identificaram uma proporção bastante elevada deste tipo de prática de consumo (44,1%).

A venda pelo telefone e pela internet, através das farmácias virtuais, vem crescendo periodicamente e também preocupa as autoridades sanitárias. Em março de 2001 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou, no Diário Oficial da União (22/03/03), consulta pública, número 20, de 21/03/03, que fixa os requisitos mínimos exigidos para o licenciamento e operação de farmácias virtuais ou outras modalidades de atendimento remoto.

O assunto tem suscitado muitas discussões pois entre os perigos deste tipo de comércio estão (Venda, 2003): a) a ausência física do farmacêutico e do paciente no processo de aquisição do medicamento, o que impossibilita que o primeiro informe e oriente sobre o uso racional de medicamentos ou que possa realizar um acompanhamento do paciente; b) a possibilidade da venda indiscriminada de produtos; c) as condições de realização do transporte; e d) as dificuldades de fiscalização.

h) Disponibilidade de serviços médicos e atuação médica:

Os medicamentos de prescrição constituem a maior parte do consumo farmacêutico e são considerados os mais caros. O consumo deste tipo de produto está, teoricamente, atrelado à atuação dos médicos e dependerá diretamente do número destes, pois são eles que determinam as possibilidades de assistência aos doentes e, conseqüentemente, das receitas de medicamentos (Martínez, 1993). Um aumento dos serviços médicos pode favorecer o aumento no consumo de medicamentos.

O prescritor é o responsável pela indicação de medicamento(s) com base na avaliação que faz do quadro clínico e na interpretação daquilo que o paciente lhe diz. Neste processo, ele pode ser influenciado por características que lhe são próprias ou por fatores externos a ele, como, por exemplo, local de atendimento, no caso do setor público, controle por parte da vigilância sanitária, propaganda, comunidade acadêmica e interesses econômicos (Higginbotham & Streiner, 1991).

No caso, por exemplo, das prescrições oriundas do serviço público, onde existe seleção de medicamentos essenciais, é de se esperar um uso mais racional desses

produtos. Já no caso do serviço privado é de se prever um uso mais inadequado, considerando que não há seleção de medicamentos, a indústria farmacêutica tem maior poder de influência e os prescritores procuram agradar mais aos pacientes. A polimedicação, também, pode estar presente devido a variedade de prescrições recebidas por consultas com vários médicos e/ou associada com o uso indiscriminado de medicamentos - automedicação (Huf et al., 2000; Mosegui et al., 1999).

Estudos sobre o consumo de medicamentos entre crianças, gestantes e idosos são escassos em nosso meio, mas possibilitam traçar um perfil preocupante da utilização de medicamentos nestes grupos, pois são os mais sujeitos a um consumo abusivo, sendo os médicos os principais responsáveis pelas indicações, muitas delas consideradas irracionais (Fonseca et al., 2002; Mosegui et al., 1999; Gomes et al., 1999; Weiderpass et al., 1998; Béria et al., 1993).

No caso de prescrições oriundas do serviço público, as mesmas, em muitas ocasiões, está condicionada pela disponibilidade de medicamentos no local de atendimento, o que pode mudar o perfil do consumo, já que muitos não terão recursos financeiros para adquiri-los (Fernandes, 1998; Teixeira, 1999).

A prescrição é considerada uma maneira satisfatória, para paciente e prescritor, de terminar uma consulta (Pepe e Castro, 2000), portanto capaz de interferir na qualidade e quantidade do consumo de medicamentos. A comunicação entre o prescritor e o paciente é fator que implica no disciplinamento do consumo. Estudo efetuado por Leite e Vasconcellos (2003) identificou que a linguagem utilizada pelo prescritor, o tempo dispensado para a consulta, o atendimento acolhedor, o respeito com as verbalizações e

questionamentos dos pacientes e a motivação para o cumprimento da terapêutica são fatores decisivos para a adesão ao tratamento. De maneira geral, são situações pouco executadas, considerando que, em vários países, o paciente tem apenas uma pequena conversa com o médico antes de receber a prescrição ou recomendação terapêutica, problema evidenciado no Brasil e em Fortaleza (WHO, 2000; Teixeira, 1999; Lopes et al., 1996). Existe, portanto, a necessidade de avaliar a qualidade da prescrição, assim como das condições que precedem a mesma.

As prescrições também influenciam diretamente a prática da automedicação. É o que constata Simões (1990), Arrais e cols. (1997) e Vilarino e cols. (1998).

i) Venda fora do estabelecimento farmacêutico:

O consumo de medicamentos de venda livre, ou não, é também impulsionado pela venda fora dos estabelecimentos farmacêuticos e mercado negro. Costa e cols. (1990) comprovaram a venda de medicamentos em bares/lancherias e armazéns/fruteiras na cidade de Porto Alegre; já Coelho e cols. (1994) relatam a venda de paracetamol no mercado negro, em praça pública na cidade de Fortaleza.

j) Distribuição da população segundo sexo e idade:

A distribuição da população, segundo sexo e idade, influi decisivamente no consumo. O consumo geralmente aumenta progressivamente ao longo da vida, depois de uma diminuição durante a infância, sendo entre as mulheres maior que entre os homens. Esta distribuição decide o nível de consumo, especialmente quando é

importante a proporção de pessoas maiores de 60 anos, que tomam mais medicamentos que os mais jovens. No Brasil a expectativa de vida aumentou e, conseqüentemente, o número de idosos, o que significa dizer que o consumo também poderá aumentar.

k) Atitude dos usuários/pacientes:

A atitude dos usuários/pacientes perante os medicamentos é outro fator determinante do consumo pois, por um lado, eles depositam grande confiança no mesmo, já que simbolicamente representam a possibilidade de obter saúde ou a cura de seus males (Lefèvre, 1991) e, por outro, podem considerá-lo inoportuno, por não ser “natural”, produzir efeitos adversos, prejudicar a qualidade de vida ou até mesmo pelo seu elevado preço. Estes fatores variam em função do tempo e das circunstâncias e podem explicar certos comportamentos dos usuários/pacientes, como a prática da automedicação e a não-adesão ao tratamento.

Na figura 1 apresenta-se um modelo representativo de fontes de consulta/orientação utilizadas pelos usuários/pacientes que norteiam o consumo de medicamentos. Observa-se que o usuário/paciente pode escolher entre vários caminhos para ter acesso ao medicamento. O caminho considerado ideal seria a realização de uma consulta médica ou por intermédio de uma consulta ao dentista. Entretanto, existem outras possibilidades, dentro do modelo assistencial proposto pelas autoridades de saúde, que favorecem a atuação de enfermeiros e agentes comunitários de saúde, que trabalham integrados no Programa Saúde da Família.

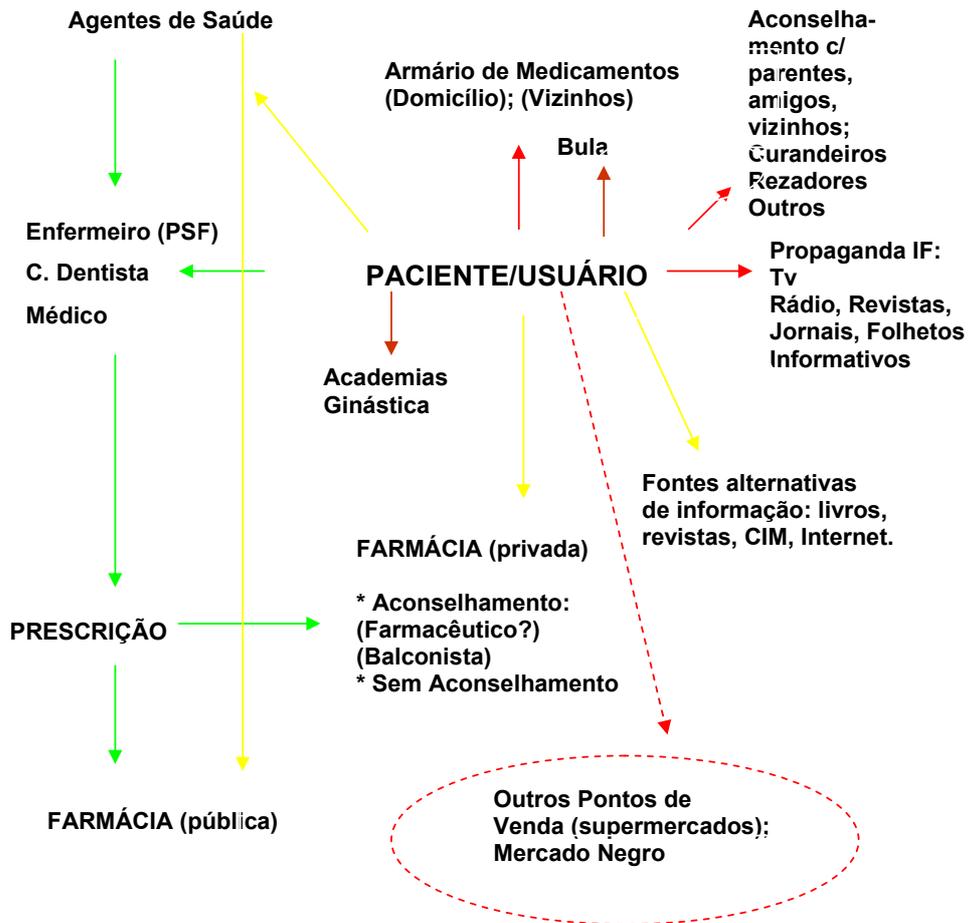


Figura 1. Modelo sobre fontes de consulta/orientação buscadas pelo paciente/doente que norteiam o consumo de medicamentos.

Verde = situação ideal; Amarelo = situação que merece cuidados ;
 Vermelho = situações de risco.

O farmacêutico seria outra opção de aconselhamento, mas o balconista tem, indevidamente, tomado a frente desta atividade, que é inerente à profissão farmacêutica. A dispensação de medicamentos na farmácia não configura apenas a ocasião em que determinada receita ou prescrição é aviada: é o momento ímpar de dar continuidade ao fluxo de informação que deve ser iniciado na consulta. Entretanto, a ausência do farmacêutico nas farmácias comerciais (Agência Nacional de Vigilância Sanitária-Anvisa, 2003; Norões et al., 1996) e públicas (Idec, 2003), assim como na definição de políticas públicas de saúde, é um problema grave para a implementação do uso racional de medicamentos no país.

Atualmente, a utilização de medicamentos genéricos está sendo estimulada pelo governo. Entretanto, quando se trata de substituir uma especialidade pelo seu genérico no contexto de um tratamento em curso, devem ser considerados alguns riscos como medicamentos com margem terapêutica estreita, diferença de excipientes e não compreensão na mudança (Chirac, 1992). É, portanto, imprescindível a presença do farmacêutico no seu local de trabalho durante todo o expediente.

O aconselhamento e a obtenção de determinados produtos também podem ocorrer de forma ilegal, como é o caso da aquisição de esteróides anabolizantes dentro de academias de ginástica e produtos abortivos e psicotrópicos no mercado negro (Lise et al., 1999; Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - Cebrid, 1997; Coelho et al., 1994).

Outras fontes indutoras são amigos, vizinhos e familiares, curandeiros e rezadeiras, propaganda na mídia em geral (Vilarino et al., 1998; Arrais et al., 1997; Simões, 1990; Barros, 1983) e livros de autocuidado. Em muitos casos é comum a solicitação de informações aos Centros de Informação sobre Medicamentos (Silva, 1999).

A constituição de farmácias caseiras também possibilita um acesso fácil e rápido aos medicamentos. Fernandes (1998), em estudo realizado em Fortaleza, encontrou um grande número de farmácias caseiras nos domicílios visitados (acima de 80,0%). O usuário/paciente pode orientar-se pela própria experiência de utilização ou por intermédio de receitas antigas ou pela bula do produto. Familiares e vizinhos também costumam opinar. As farmácias caseiras podem, portanto, ser consideradas fontes indutoras do processo de automedicação. É o que constata Segall (1990) em um estudo realizado no Canadá.

A automedicação também é favorecida pela presença no mercado de medicamentos de venda livre, pela facilidade na compra de medicamentos de prescrição e controlados, pela disponibilidade dos produtos em supermercados, bares/lancherias e outros (Arrais e cols, 1997; Costa et al., 1990). Entre os problemas associados com a automedicação se destaca o uso indiscriminado de antimicrobianos (Arrais e cols, 1997), que pode levar ao aparecimento de microorganismos resistentes. A resistência aos antimicrobianos constitui uma ameaça crescente para todos, independentemente da idade, sexo e nível econômico, e é tema de grande preocupação entre os membros da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2000b).

1) Outros fatores:

A falta de saneamento básico em uma comunidade propicia condições inadequadas de vida para as pessoas que a integram e são motivos para o desenvolvimento, principalmente, das doenças infecciosas (Mota, 1999). O aparecimento destas e outras doenças levará, inevitavelmente, ao consumo de medicamentos; da mesma forma a poluição ambiental e atmosférica, onde as pessoas também poderão apresentar, entre outros, quadros de asma, rinite alérgica e irritação nos olhos (Mota, 1999). As mudanças climáticas afetam principalmente o sistema respiratório, ocasionando gripes, resfriados, quadros de bronquite, asma etc.

A falta de saneamento básico e os períodos chuvosos estão também associados ao aparecimento de doenças reemergentes, como a dengue, que tem se manifestado de forma epidêmica em muitas cidades brasileiras (Teixeira et al., 1999).

O ambiente de trabalho também pode ser responsável pelo desencadeamento de algumas patologias (Câmara et al., 2003). O planejamento inadequado do local de trabalho, a postura anormal do corpo, são responsáveis, por exemplo, por fadiga, lombalgia, artrose da coluna vertebral, hérnia de disco; as relações e organização do trabalho não favoráveis ao trabalhador são motivos de estresse, fadiga, desgaste e lesões traumáticas; a exposição a agentes químicos, a depender do tempo e quantidade, pode ocasionar intoxicações graves ao indivíduo; ruído e vibrações excessivas também ocasionam a degeneração do organismo humano (Câmara et al., 2003).

FATORES QUE PREDISPÕEM OS INDIVÍDUOS A REAÇÕES ADVERSAS A MEDICAMENTOS (RAM)

O uso irracional, indevido e abusivo dos medicamentos pode ocasionar, além do desperdício de recursos financeiros, graves problemas de saúde para os cidadãos. As reações adversas a medicamentos e as intoxicações medicamentosas são exemplos destes problemas, constituindo importante causa de morbidade e mortalidade.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (WHO, 1972), Reação Adversa a Medicamento (RAM) é “qualquer resposta a um fármaco que é nociva e não intencionada e que se produz a doses utilizadas normalmente nos seres humanos para a profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade ou para a modificação das funções fisiológicas”. São termos equivalentes: efeito indesejável e enfermidade iatrogênica. Esta definição exclui intoxicação acidental ou intencional, uso abusivo, erros de prescrição, dispensação, manipulação e administração, ou seja, situações onde existe possibilidade de prevenção.

Considerando, portanto, as limitações da definição da OMS, a *American Society of Health System Pharmacists* (ASHP) e o *Food and Drug Administration* - FDA (agência de vigilância sanitária americana) estabeleceram outras definições para RAM (ASHP, 1995), respectivamente: “qualquer resposta inesperada, não intencional, indesejável, excessiva de um fármaco que necessita o seu interrompimento, ou a mudança na terapêutica, ou modificação da dose, ou hospitalização, ou o prolongamento da internação, ou que necessita tratamento de suporte, ou afeta negativamente o prognóstico, ou resulta em dano ou incapacidade temporária ou permanente, ou a

morte” e “qualquer experiência associada com o uso de um fármaco, seja, ou não, considerada relacionada com o fármaco, e inclui qualquer efeito colateral, dano, toxicidade, ou reação de sensibilidade, ou carência de uma ação farmacológica esperada”.

As RAM podem resultar de uma interação entre o medicamento administrado e algumas características, inerentes ou adquiridas, do paciente e que determinam o padrão individual de resposta dos medicamentos. Desta forma, algumas reações estão determinadas, principalmente pelo medicamento (características físico-químicas e farmacocinéticas, formulação, dose, frequência e via de administração) e, em outras, pelo medicamento e características do paciente (Naranjo e Busto, 1992).

As RAM ocorrem mais freqüentemente na presença de um ou mais dos fatores abaixo:

A) Extremos de idade: neonatos e idosos pertencem a subgrupos da população com maior risco de sofrer uma RAM, os neonatos devido, principalmente, às diferenças na composição do corpo (conteúdo de água corporal e tecido adiposo), nas proteínas, nas funções de excreção (baixa filtração glomerular) e no metabolismo (hidroxilação e conjugação diminuída) (Rozenfeld & Pepe, 1992), e os idosos devido às alterações no organismo afetado pelo processo de envelhecimento, mudanças na composição corporal, presença de mais doenças, incluindo as que modificam os efeitos dos medicamentos no corpo (insuficiência renal, hepática e circulatória), elevada frequência de doenças crônicas, polimedicação, aumento de sensibilidade aos efeitos de diversos medicamentos, antecedentes alérgicos, prescrição irracional e uso incorreto da

medicação, por não compreensão do tratamento, perda de memória (esquecimento), deficiência visual e estados confusionais (Rothschild et al., 2000; Der et al., 1997; Hanlon et al., 1997; Carvalho Filho et al., 1996).

B) Gênero: as mulheres experimentam uma maior proporção de RAM que os homens. Isto está relacionado com diferenças na superfície corporal e distribuição de gordura e também reflete polimorfismo farmacocinético e farmacodinâmico existente entre os sexos, e que ficam mais evidentes durante a gravidez, estado onde os riscos de RAM são evidentes tanto para a mãe como para o feto (Magalhães & Carvalho, 2000; Rozenfeld & Pepe, 1992). Entre 3 e 5% das anomalias congênitas são resultantes da administração de agentes teratogênicos (Mendes e Figueiredo, 2000).

C) Patologias Associadas: em pacientes com mais de uma patologia pode ocorrer que uma delas possa modificar a resposta aos medicamentos. Em certos asmáticos o emprego de analgésicos tipo ácido acetilsalicílico pode induzir um ataque de asma. A insuficiência hepática afeta o metabolismo de fármacos que são eliminados, principalmente por esta via e a insuficiência renal afeta a excreção dos fármacos que utilizam os rins como principal via de eliminação, o que, em ambos os casos, pode resultar no acúmulo dos mesmos no organismo (Magalhães & Carvalho, 2000).

D) Fatores Genéticos: existe um determinado número de polimorfismo genético na população que coloca certos pacientes em risco de sofrer uma RAM. Um exemplo de toxicidade determinada geneticamente é a polineuropatia causada por isoniazida, fármaco que se biotransforma, principalmente por acetilação, sendo os acetiladores lentos os mais afetados (Magalhães & Carvalho, 2000). Outro exemplo é o aumento de

incidência de anemia hemolítica produzida por determinados fármacos oxidantes em pacientes com deficiência de glucosa-6-fosfato desidrogenase (Beutler, 1991).

E) História de RAM ou Alergia: as RAM são mais freqüentes entre indivíduos que apresentam história anterior de reação adversa ou de alergia. As RAM determinadas por fatores alérgicos são mediadas pelo sistema imunológico, resultam da sensibilização prévia a um fármaco determinado ou a outra substância de estrutura semelhante, e tem contribuído com um número desproporcional de casos graves e fatais (Rieder, 1993). Estima-se que o sistema imunológico esteja envolvido entre 10 e 50% de todas as RAM (Park et al., 1987).

F) Polimedicação (regimes terapêuticos paralelos e/ou concomitantes): o uso simultâneo de vários fármacos aumenta significativamente o risco de RAM. Estas reações, em parte, são devido às interações medicamentosas (Brodie & Feely, 1988). Portanto, são grupos de risco pacientes hospitalizados em estado crítico, doentes crônicos e idosos. Em nível da comunidade, a variedade de prescrições recebidas e o consumo indiscriminado de medicamentos (automedicação) são também responsáveis por parte destas interações (Honig & Gillespie, 1995).

G) Dosagem: existe uma relação direta entre o risco de RAM e a dose de medicamento administrada (Gharaibeh et al., 1998).

H) Estado nutricional: indivíduos em estado de desnutrição têm concentração de proteínas plasmáticas diminuída e, conseqüentemente, ocorre uma diminuição na taxa de ligação de fármacos às proteínas. A maior quantidade de fármaco livre associa-se

tanto ao aumento dos efeitos farmacológicos como ao risco de toxicidade (Magalhães & Carvalho, 2000).

I) Fatores ambientais: a exposição exagerada ou crônica a poluentes ambientais como os pesticidas (inseticidas, raticidas, fungicidas, herbicidas e fumigantes) pode contribuir para a degradação e modificação de funções elementares do organismo humano, o que pode predispor o indivíduo a reações adversas quando do uso de medicamentos (Dias et al., 2001). Os pesticidas são indutores da atividade do sistema microsomal P450, interferindo em seu próprio metabolismo e no de outras drogas.

J) Hábitos sociais: o consumo exagerado de bebidas alcoólicas, bebidas que contêm cafeína e fumo podem interferir na metabolização dos fármacos (Lisboa, 2000).

Epidemiologia das reações adversas a medicamentos e impacto na saúde pública

Problemas relativos à segurança de medicamentos comercializados representam um largo espectro de severidade e impacto sobre a saúde pública, podendo estar relacionados a deficiências na qualidade dos produtos, à sua utilização inadequada ou a propriedades não evidenciadas pelos ensaios clínicos prévios ao registro. Elas podem complicar doença existente, afetar a qualidade de vida e podem retardar a cura de patologia que se está tratando. Também podem parecer com outros quadros patológicos ou resultar num tratamento impróprio de problema induzido pelo uso de medicamentos. As RAM também podem fazer com que o paciente perca a confiança no seu médico e no tratamento, resultando na não-adesão e falha da terapêutica.

Estima-se que as RAM são responsáveis por 2 a 8% das internações hospitalares (Haramburu et al., 2000). Os efeitos indesejados ocasionados pelo uso de medicamentos podem complicar mais de 30% das permanências hospitalares e resultar em hospitalizações prolongadas, aumento nos gastos hospitalares, assim como aumento significativo dos riscos de morte (Consentino et al., 1999). Lazarou e cols. (1998), em levantamento realizado na literatura, verificaram que a frequência de efeitos adversos sérios e fatais podem variar, respectivamente, entre 5-8% e 0,2-0,4%.

As reações adversas a medicamento têm um impacto adverso considerável na saúde da população e nos gastos com saúde. Segundo Helper e Strand (1990), no ano de 1987 foram notificados nos EUA, aproximadamente, 12 mil mortes e 15 mil hospitalizações por reações adversas a medicamentos. Em 1994 aproximadamente 2.216.000 pacientes hospitalizados nos Estados Unidos apresentaram reações adversas a medicamentos graves, sendo que 106.000 foram fatais, fazendo com que estas reações se situassem entre a quarta e sexta causa de morte no país (Lazarou et al., 1998). Johnson e Bootman (1995) estimaram que o custo anual relativo a prevenção, diagnóstico e tratamento de RAM, nos Estados Unidos, é da ordem de 76,6 bilhões de dólares por ano.

Bates e cols. (1997), avaliando as reações adversas registradas em um hospital universitário americano com 700 leitos, atribuíram um custo anual da ordem de 5,6 milhões de dólares a esses problemas, sendo que 50% dos gastos poderiam ser evitados através da implementação de medidas de prevenção.

Em estudo realizado entre pacientes hospitalizados, Classen e cols. (1997) verificaram que 2,3% dos pacientes tiveram seu quadro agravado por causa de RAM e que 3,5% foram a óbito. O tempo de internação dos pacientes foi incrementado em 174% e seus custos duplicados. Os autores concluíram que 50% dos gastos poderiam ser evitados simplesmente com métodos de prevenção.

Em um estudo prospectivo sobre iatrogenia medicamentosa em um setor de atendimento de emergência, estimou-se que os custos hospitalares relativos ao atendimento de reações adversas elevaram os gastos hospitalares entre 2.800 e 8.000 dólares por cada caso atendido. Os autores também concluem que 66% dos casos de RAM poderiam ser evitados com medidas de prevenção (Prince et al., 1992).

Em estudo realizado por Goettler e cols. (1997), os custos diretos com as RAM foram estimados em 1 bilhão de marcos alemães por ano, sendo que 30% das reações poderiam ser prevenidas, o que resultaria em uma economia de 350 milhões de marcos alemães/ano.

No que diz respeito à atenção primária, são raros os estudos que determinam a incidência ou prevalência de reações adversas na comunidade. Estudo realizado por Marty (1979) identificou que 2,6% das consultas ambulatoriais estavam relacionadas com casos de reações adversas e estimou que 41% dos pacientes que receberam indicação de tratamento em clínicas privadas ou ambulatoriais podem vir a desenvolver quadros de reações adversas. No estudo de Lam e cols. (1994) sobre a automedicação, em Hong Kong, ficou constatado que a prevalência de reações adversas entre as pessoas que consumiram medicamentos foi de 12,1%.

CONSUMO DE MEDICAMENTOS NO BRASIL E EM FORTALEZA

No Brasil, as farmácias e drogarias são os principais canais de distribuição de medicamentos, respondendo por 76,5% da comercialização dos produtos nacionais. As instituições públicas e privadas são responsáveis por cerca de 20,0% do faturamento da distribuição e 3,5% ocorrem em outros canais (Brasil, 2000).

No setor público, o medicamento é distribuído gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS), no nível hospitalar e na atenção primária. Existem políticas específicas de distribuição de medicamentos, como os programas estratégicos, que englobam medicamentos para tuberculose, hanseníase, Aids, sangue e hemoderivados, diabetes e controle de endemias; o programa de medicamentos de alto custo; assistência farmacêutica básica e programa de saúde mental.

A assistência farmacêutica é parte importante do SUS e componente fundamental para a efetiva implementação das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população, cujo objetivo principal é apoiar as ações de saúde promovendo o acesso da mesma aos medicamentos e seu uso racional (Brasil, 2001). Envolve o abastecimento de medicamentos, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação da utilização, obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o seu uso racional (Brasil, 2001).

Apesar da implementação da Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM no. 3.916 de 1998), o acesso aos medicamentos é um dos principais problemas do Sistema Único de Saúde, segundo a pesquisa nacional sobre a satisfação dos usuários do serviço público (Brasil, 2000), a pesquisa do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor sobre acesso aos medicamentos essenciais (Idec, 2003) e a pesquisa sobre a saúde na opinião dos brasileiros, desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde-CONASS (Brasil, 2003).

O ato da dispensação de medicamentos no SUS também é prejudicada pela ausência do farmacêutico. Portanto, para que possamos pensar no desenvolvimento de um efetivo Programa de Assistência Farmacêutica será necessário viabilizarmos, em primeiro lugar, o medicamento e, em segundo, relativo à dispensação, o atendimento pelo profissional competente, o farmacêutico. Para viabilizar o medicamento, o setor público necessita de maior estímulo e investimentos para ampliar a produção de medicamentos essenciais, pelos laboratórios oficiais, apoio à pesquisa e desenvolvimento de fármacos para doenças negligenciadas (dengue, malária, leishmaniose, doença de chagas, entre outras), além do apoio ao desenvolvimento da indústria farmoquímica no Brasil.

O modelo não deve se restringir à aquisição e à distribuição de medicamentos, mas a um programa efetivo de orientação e educação ao uso racional dos medicamentos, voltados para os prescritores, usuários e a comunidade, tendo o farmacêutico à frente destas atividades.

Brasil

Segundo Rozenfeld (1989), no Brasil, os primeiros estudos de utilização de medicamentos ocorreram no final da década de 70 e início da década de 80. Estes estudos determinaram que o padrão de consumo de medicamentos da população brasileira apresentava-se caracterizado por elevados níveis de utilização de drogas sintomáticas e pela automedicação, e que o consumo era induzido pelas modernas técnicas de marketing da indústria farmacêutica, distorcido pela desinformação veiculada nos materiais produzidos pelas mesmas e incentivado nas farmácias através da “empurroterapia”.

Este perfil não se modificou durante as décadas de oitenta e noventa. Pelo contrário, os estudos efetuados refletem a sua continuidade, agravada pelo consumo de muitos produtos que não possuem eficácia e segurança comprovada e sem relação com os perfis de morbi-mortalidade, expondo os usuários a riscos desnecessários (Vilarino et al., 1998; Arrais et al., 1997; Simões, 1990; Simões & Farache Filho, 1988; Barros, 1983).

Nos quadros 3 e 4 pode-se observar a prevalência do consumo de medicamentos em estudos de base populacional que abrangem a população em geral ou estudos com enfoques específicos.

A automedicação é um fenômeno potencialmente nocivo à saúde individual e coletiva, com características peculiares a cada época e a cada região. No quadro 3 pode-se observar a prevalência da automedicação em alguns municípios brasileiros. Estudo realizado em Araraquara/SP observou uma prevalência de 42,0% (Simões & Farache

Filho, 1988), em Ribeirão Preto/SP 69,2% (Barros,1983), Humaitá/AM 51,2% (Simões, 1990) e Santa Maria/RS 76,1% (Vilarino et al., 1998). Na maioria das situações as pessoas praticam a automedicação baseada em prescrições médicas anteriores e consomem produtos de forma irracional (Arrais et al., 1997; Simões, 1990; Simões & Farache Filho, 1988).

Quadro 3. Estudos de base populacional (amostra geral da população) sobre utilização de medicamentos, publicados no Brasil.

AUTOR	LOCAL	GERAL(%)	C/RM ¹ (%)	S/RM ² (%)
Vilarino et al., 1998*	Santa Maria-RS	69,9	23,9	76,1
Simões, 1990**	Humaitá-AM	25,6	48,8	51,2
Simões et al., 1988**	Araraquara-SP	39,7	58,0	42,0
Barros, 1985**	Ribeirão Preto-SP	24,1	30,8	69,2

¹C/RM= com receita médica; ²S/RM= sem receita médica

inquéritos populacionais: amostra geral da população.

* unidade de análise = indivíduo.

** unidade de análise = medicamento.

Entre os problemas associados com a automedicação destaca-se o uso indiscriminado de antimicrobianos (Arrais et al., 1997). A resistência aos antimicrobianos constitui uma ameaça crescente para todos, independentemente da idade, sexo e nível econômico. Atualmente, existem vários patógenos, entre eles *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoeae*, cândidas, plamódios e vírus da

imunodeficiência humana, que estão se tornando resistentes aos antimicrobianos, fazendo com que os fármacos para o tratamento das infecções comuns sejam cada vez mais limitados e caros ou, em algumas situações, inexistentes (Plan, 2001). A ocorrência de práticas inadequadas de prescrição de antibióticos, em nível hospitalar, também é um grave problema evidenciado no país por Couto e colaboradores (1999).

Quando o estudo visa observar o consumo de medicamentos entre grupos específicos da população, crianças, gestantes e idosos, observa-se a maior prevalência de produtos indicados pelo médico (quadro 4). Entretanto, esses estudos traçam um perfil preocupante da utilização de medicamentos nestes grupos, pois são os mais sujeitos a um consumo abusivo e os médicos aparecem como os principais responsáveis pelas indicações (Béria et al., 1993; Weiderpass et al., 1998; Mosegui et al., 1999; Gomes et al., 1999). Isso é constatado por Weiderpass e cols. (1998), em estudo realizado em Pelotas, onde mais de 60% das crianças consumiram medicamentos no primeiro e terceiro mês de vida, a grande maioria indicados por médicos, respectivamente, 67% e 74%. O consumo de três ou mais medicamentos por 17% das crianças em cada acompanhamento, o uso de medicamentos compostos por três ou mais fármacos, o consumo crônico (20%) e o uso de produtos contra-indicados ou sem eficácia confirmada preocupam. O estudo demonstra a intensa medicalização das crianças desde o início da vida. Perfil semelhante foi descrito por Béria e cols. (1993) na mesma cidade no ano de 1986.

No caso das gestantes, Gomes e cols. (1999) realizaram estudo em cinco hospitais de atendimento público, privado ou conveniado, da cidade de São Paulo, e verificaram que a prevalência do uso de pelo menos um medicamento durante a gestação foi de

97,6%, com média de 4,2 medicamentos por mulher, e constataram que a assistência médica desempenhou papel facilitador no acesso ao uso de medicamentos em 94,9% das vezes. O número de gestantes consumindo medicamentos sem indicação médica também foi elevado (33,5%). Já com relação aos idosos (sexo feminino) do centro de convivência de idosos na Universidade da Terceira Idade da Universidade do Rio de Janeiro, Mosegui e cols. (1999) observaram que 91,0% faziam uso de medicamentos, a maior parte, 83,8%, prescrita por médicos, sendo que 38,2% utilizaram mais de cinco medicamentos.

Quadro 4. Estudos de utilização de medicamentos com enfoque específicos, publicados no Brasil.

AUTOR	LOCAL	POP.ALVO	GERAL(%)	C/RM (%)	S/RM (%)
Loyola Filho et al., 2002 ^a	Bambuí-MG	≥ 18 anos	-	54,0	28,8
Fonseca et al., 2002**	Campinas-SP	Gestantes	94,6	88,8	11,2
Gomes et al., 1999**	São Paulo-SP	Gestantes	97,6	94,9	33,4
Mosegui et al., 1999*	Rio Janeiro-RJ	Idosos (>60)	91,0	83,8	16,2
Weiderpass et al., 1998*	Pelotas-RS	Crianças (1o. e 3o. mês)	65,0 (1º) 69,0 (3º)	67,0 74,0	33,0 26,0
Bricks & Leone, 1996*	São Paulo-SP	Crianças (24-84 meses)	37,0	89,9	10,1
Béria et al., 1993*	Pelotas	Crianças (35-55 meses)	55,8	62,5	37,5

^a prescritos + não prescritos.

* unidade de análise = indivíduo.

** unidade de análise = medicamento.

A qualidade dos produtos deixava muito a desejar pois 40,0% eram de produtos contendo associações de doses fixas e quase 20,0% de produtos impróprios ou inadequados para o uso em idosos. A autora também constatou que 14,0% das mulheres poderiam ter reações adversas em decorrência de redundâncias medicamentosas e 16,0% em razão de interações medicamentosas.

A prescrição irracional também é identificada em outros estudos nacionais. A seguir são apresentadas algumas destas situações e seus aspectos relevantes:

- Utilização de Métodos Contraceptivos (Dias da Cunha et al., 2002):
 - 22% das usuárias possuem alguma contra-indicação para utilização dos anticoncepcionais orais.

- Manejo de pacientes diabéticos (Assunção et al., 2002):
 - 51% dos usuários de hipoglicemiantes orais apresentavam alguma contra-indicação ao seu uso.

- Uso de medicamentos psicoativos em idosos de 65 ou mais anos (Chaimowicz et al., 2000):
 - Os ansiolíticos, antidepressivos, anticonvulsivantes e anti-hipertensivos prescritos eram inadequados para esta faixa etária e sua utilização está associada à ocorrência de quedas.

- Uso de Medicamentos em Ambulatório de Saúde Mental (Almeida et al., 1999):
 - 18,5% dos pacientes utilizavam pelo menos uma medicação imprópria.

- Tratamento Anti-Hipertensivo (Akashi et al., 1998):
 - Discrepância entre as medicações prescritas ao grupo estudado e as preconizadas em consensos;
 - Clientela com baixo poder aquisitivo consome medicamentos de maior custo; a metade compra com recursos próprios.

- Consumo de anorexígenos tipo anfetamina 1988-1989 (Nappo, 1992):
 - Estimulado pelos próprios médicos;
 - Farmácia de manipulação: 68,6% (88) e 39,4% (89).

- Utilização de medicamento por crianças atendidas em creches (Bricks e Leone, 1996):
 - 40,8% dos medicamentos prescritos inadequadamente;
 - 33,0% antibióticos (erros de indicação, tempo de uso ou escolha do agente terapêutico).

Como resultado do seu uso generalizado e do seu fácil acesso, os medicamentos com muita frequência têm sido a causa de ocorrência de intoxicações agudas no homem. No Brasil, de 1997 a 1999, foram registrados 222.813 casos de intoxicações e envenenamento humanos e os medicamentos foram a principal causa de intoxicação

(24,4%) registrada pela rede de centros (n=31) que compõem o Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas (SINITOX). No mesmo período ocorreram 1.303 óbitos, sendo que 14,5% foram ocasionados por medicamentos (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2000, 1999a,b).

O detalhamento das circunstâncias em que ocorreram as intoxicações medicamentosas ocorridas no ano de 1999 permite verificar que 40,5% das intoxicações registradas ocorreram devido a acidentes individuais, principalmente entre crianças, 37,1% foram ocasionadas por tentativas de suicídio, 6,1% por erros de administração, 5,8% por uso terapêutico, 2,5% por automedicação e 1,3% por abuso (Fiocruz, 2000). Os dados alertam para a gravidade do problema.

No Brasil, o problema das reações adversas a medicamentos não passa despercebido, mas a inexistência de um Sistema Nacional de Farmacovigilância nas décadas passadas impossibilitou uma melhor compreensão da questão no país. Portanto, as informações ficaram restritas:

- a) a relatos de casos suspeitos na literatura biomédica nacional. É o caso do uso indiscriminado de misoprostol e má formação fetal (Fonseca et al., 1991), o bruxismo associado ao uso de antidepressivos (Possidente et al., 1997), hepatite associada ao ácido acetilsalicílico (Gaburri et al., 1998) e psicose induzida por inibidores seletivos de recaptura de serotonina (Souza et al., 1999);
- b) a ações de monitoramento temporário de alguns fármacos. É o caso, por exemplo, da experiência de vigilância dos efeitos do tratamento da hanseníase,

desenvolvida pelo Programa de Controle da Hanseníase da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (Brasil et al., 1996);

- c) a projetos de investigação desenvolvidos no contexto hospitalar, como o estudo de iatrogenia em pacientes idosos (Carvalho-Filho et al., 1998) e
- d) iniciativas isoladas de caráter mais amplo, ocorridas no Ceará, onde, desde novembro de 1996, vem sendo implantado um sistema aberto de monitorização de reação adversa a medicamentos (Coelho et al., 1999).

Atualmente este cenário passa por modificações já que em maio de 2001 foi instituído o Centro Nacional de Monitorização de Medicamentos (CNMM) (Portaria No. 696 (7/5/01) do Ministério da Saúde), sediado na Unidade de Farmacovigilância (UFARM) da Gerência Geral de Medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), responsável pela implementação e coordenação do Sistema Nacional de Farmacovigilância. Consequentemente, o Centro Internacional de Monitorização de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde, localizado em Uppsala (Suécia), credenciou o Brasil como 62º Centro Colaborador da OMS no Programa Internacional de Farmacovigilância (Arrais et al., 2002).

Fortaleza

A abordagem relativa aos padrões de consumo de medicamentos em Fortaleza nasce na década de 80, relacionada com a preocupação manifestada por estudos acadêmicos sobre o uso abusivo de produtos psicotrópicos pela população do município.

Porém, é em 1990 que esta área do conhecimento se amplia com a criação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, idealizado por professores e alunos, que se organizaram para trabalhar na promoção do uso racional de medicamentos (Coelho, 1999). Alguns estudos realizados pelo grupo traçam um perfil preocupante da situação no município.

A automedicação praticada em Fortaleza evidencia que a qualidade dos medicamentos utilizados é discutível; muitos são combinações de fármacos em doses fixas, e é influenciada, principalmente, por pessoas não qualificadas para orientar tratamentos (47,0%), amigos, vizinhos e familiares, e por prescrições médicas anteriores (34,0%). Apesar da baixa influência do balconista neste processo (3,0%), sua participação é notória quando as pessoas solicitam sua ajuda (GPUIM, 1992), é o que constatam Coelho e cols. (1993) quando agentes de pesquisa simularam um problema de gravidez indesejada e foi solicitada uma solução para os balconistas de 103 farmácias de Fortaleza. O resultado da pesquisa evidenciou que em 64,0% das visitas realizadas foi indicado algum medicamento para abortar, principalmente o misoprostol, e em 64,0% dos casos não foi dada nenhuma informação ou orientação à paciente. Na mesma época da realização da pesquisa Fonseca e cols. (1991) relataram 3 casos de má formação em recém-nascidos que haviam sido expostos ao misoprostol *in utero*, identificados em maternidades de Fortaleza. O risco foi constatado por outros autores, mencionados por Ribeiro (1995), mas não diminuiu a procura pelo produto.

O consumo indiscriminado e abusivo de abortivos também foi evidenciado em estudo retrospectivo de curetagens realizadas na principal maternidade da cidade e em

estudo que avaliou a experiência das mulheres de Fortaleza que haviam feito uso do misoprostol para abortar (Coelho, 1991; Coelho et al., 1993, 1994). A procura por hospitais para realizar curetagem atesta que o misoprostol não foi a solução ideal para a resolução da gravidez indesejada. Um dos produtos utilizados como abortivo, a disopiramida, ocasionou algumas intoxicações graves que foram atendidas no Centro de Assistência Toxicológica do Ceará do Hospital Municipal de Fortaleza, Instituto Dr. José Frota (Coelho et al., 1995).

Os medicamentos, com muita frequência, têm sido a causa de ocorrência de intoxicações agudas no homem. No Ceará, de 1997 a 1999, o Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) registrou 10.047 casos de intoxicações e envenenamento, sendo os medicamentos responsáveis por 32,3% dos eventos (Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz, 2000, 1999a,b). Já em 2000 foram registradas 3.221 casos de intoxicação e os medicamentos foram responsáveis por 24,3% das situações (Instituto Dr. José Frota, 2001).

A manutenção de farmácias caseiras é um dos fatores que favorecem a intoxicação acidental, principalmente entre crianças, ou intencional entre adolescentes. Em amostra representativa da população de Fortaleza, Fernandes (1998) verificou que 85,7% dos domicílios visitados possuíam farmácias caseiras, constituídas por sobras de tratamentos já realizados e de produtos estrategicamente adquiridos para possível uso familiar. O estoque médio foi de 6 especialidades farmacêuticas e 28 unidades de medicamentos.

Os medicamentos também são utilizados como drogas de abuso. Silva e cols. (1997) constataram o uso de benflogin® (antiinflamatório não-esteróide) entre jovens

de Fortaleza. Entre crianças e adolescentes em situação de rua é comum o uso de flunitrazepam, triexafenidil e benflogin® (Cebrid, 2001). Em levantamento realizado entre estudantes de 1º e 2º grau, verificou-se que alguns indivíduos referem já ter utilizado alguma vez na vida anfetamínicos e ansiolíticos (Galduróz et al., 1997).

No que diz respeito às prescrições de medicamentos, estudo realizado por Gondim (1998) evidenciou que o padrão de prescrição no setor público é influenciado pelas políticas de saúde vigentes, onde a prescrição é feita com base na lista de medicamentos essenciais do Estado (ou do Município) e conforme a disponibilidade do produto. Já no setor privado a autora identifica que prevalece a prescrição de produtos que o prescritor considera mais adequado. Apesar dos últimos avanços na área de política de medicamentos no Estado e Município, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde e medicamento na rede pública, ainda são um grande problema que motiva inclusive a não-adesão ao tratamento recomendado por falta de dinheiro para comprar o que não está sendo distribuído nas farmácias públicas (Teixeira, 1999; Fernandes, 1998). A falta de orientação sobre a doença e o tratamento é outro aspecto preocupante.

As reações adversas também representam um problema para o sistema de saúde no estado. Estudo realizado por Coelho e cols. (1999) verifica que o perfil das reações adversas a medicamentos observadas no primeiro ano de funcionamento do sistema de farmacovigilância pode ser caracterizado como reações conhecidas e freqüentes, de fácil observação e diagnóstico, na sua grande maioria sem gravidade, algumas ocorridas por re-exposição de pacientes a medicamentos aos quais já haviam demonstrado intolerância, e reações a medicamentos de uso comum em ambiente hospitalar (antibióticos).

Em algumas situações as reações ocorrem fora do hospital, sendo necessário o atendimento de urgência e até internamento hospitalar. Na tabela 3 pode-se observar alguns casos graves de reações adversas a medicamentos detectados pelo Centro de Farmacovigilância do Ceará - Ceface, no período de 1997 a 2001 (Ceface, 2002).

Neste contexto é que o presente estudo está sendo proposto para que se possa conhecer os padrões de consumo de medicamentos em Fortaleza, o perfil dos usuários, cultura do uso, conseqüências, avaliar sua associação com as características sócio-demográficas, aspectos biológicos, indicadores de serviços de saúde, percepção do estado de saúde, da população estudada, assim como identificar a prevalência de reações adversas, e suas características, no período, para subsidiar políticas de saúde, em especial na área de medicamentos, e impulsionar a farmacovigilância no Estado.

A SAÚDE NO CEARÁ E EM FORTALEZA:

CEARÁ

O Ceará possui uma extensão de 148.016 km², formado por 184 municípios, divididos em oito macrorregiões administrativas. A capital do Estado é Fortaleza. É um dos estados mais pobres do país, com maior concentração de renda e um dos menos alfabetizados (IBGE, 2001).

Tabela 3. Distribuição das reações adversas a medicamentos - casos graves - registradas no Centro de Farmacovigilância do Ceará, no período de 1997 a 2001, segundo tipo de reação, medicamento envolvido, número de casos, classificação conforme relação de causalidade da OMS, local de ocorrência, idade dos envolvidos e tipo de reação (Ceface, 2002).

Reação	Medicamento	Nº de casos	Classificação	Reação hospitalar (h) internamento(mi)	Idade	Tipo
Sínd. de Stevens Johnson (05)	Carbamazepina	01	Definida	MI	73a	B
	Penicilina	01	Provável	MI	-	
	Fenobarbital	01	Provável	MI	16a	
	Paracetamol	01	Condicional	MI	36a	
	AAS	01	Provável	MI	68a	
Reação Anafilática (10)	Penicilina procaína	01	Definida	H	6m	B
	Penicilina cristalina	01	Definida	H	33a	
	Oxacilina	01	Definida	H	1a5m	
	Ampicilina	01	Definida	MI	56a	
	Urografina	02	Definida	H	43a e 41a	
	Cetoprofeno	01	Definida	H	18a	
	Diclofenaco	01	Definida	H	32a	
	Etoposide + actinomicina	01	Possível	H	21a	
Dopamina	01	Definida	H	5d		
Necrólise Epidérmica Tóxica (01)	Penicilina Benzatina + dipirona + fenobarbital + lincomicina	01	Possível	MI	11a	B
Convulsão (01)	Aminofilina	01	Provável	H	51a	B
Choque cardiogênico (01)	Digoxina	01	Definida	MI	-	A
		02	Provável	MI	39a e 71a	
Lesões Eritematosas e úlceras orais (01)	Tiabendazol	01	Definida	H	10a	B
Broncoespasmo (01)	Diazepan	01	Definida	H	2a 3m	B
Pancitopenia (01)	Oxacilina	01	Provável	H	10a	B
Pênfigo foliáceo (01)	Penicilina + Diclofenaco	01	Condicional	MI	49a	B
Impotência (01)	Metildopa	01	Possível	MI	55a	A

Nos últimos 14 anos o cenário da saúde no Ceará registrou um movimento acelerado de transformações, inspirado nas idéias da reforma sanitária e princípios da lei orgânica da saúde.

Ações de assistência farmacêutica vêm sendo desenvolvidas nos serviços de saúde do setor público, desde 1988, com a criação de uma estrutura organizacional em nível da Secretaria Estadual de Saúde, onde foram definidas as competências deste nível de atuação, tendo como missão maior a coordenação da Política Estadual de Assistência Farmacêutica. Em 1990 verificou-se um forte impulso no setor com a criação do Departamento Estadual de Assistência Farmacêutica. Em 1992 instituiu-se a Comissão de Farmácia e Terapêutica, com caráter multidisciplinar e intersetorial, responsável pela elaboração da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME-CE), guia terapêutico e protocolos de tratamentos (Ceará, 1999).

A priorização da atenção básica no Estado se consolidou com a criação do Programa Agentes Comunitários de Saúde, implantado em 1988. Com atuação em todos os municípios, apresenta um contingente de 9.977 agentes (Ceará, 2002a) que vêm desenvolvendo medidas de prevenção e fazendo educação sanitária nas comunidades rurais e urbanas. Outro passo importante para a reorientação do modelo de atenção à saúde foi a implantação, em 1994, do Programa Saúde da Família. Atualmente o Estado conta com 1.084 equipes em funcionamento (Ceará, 2002a).

Desde novembro de 1996 está em curso a implementação no estado de um sistema aberto de monitorização de RAM, através de um convênio celebrado entre a Universidade Federal do Ceará, representada pelo Grupo de Prevenção ao Uso Indevido

de Medicamentos – GPUIM, e a Secretaria de Estado da Saúde. A estratégia da implantação envolve a divulgação do Centro de Farmacovigilância do Ceará entre os profissionais de saúde, ampla distribuição da ficha de notificação e implantação progressiva da farmacovigilância em unidades hospitalares do SUS. O trabalho nos hospitais é efetuado através das farmácias hospitalares, com a participação de estudantes do curso de Farmácia da UFC. As notificações recebidas ou recolhidas através de busca ativa são avaliadas e codificadas de acordo com a metodologia recomendada pela OMS (Coelho et al., 1999). A análise é feita pelo corpo técnico do CEFACE (Centro de Farmacovigilância do Ceará), que é a sub-unidade do GPUIM dedicada à farmacovigilância. Garante-se o caráter confidencial das notificações e o suprimento de informações de interesse ao profissional notificador. Após a codificação, as notificações são acumuladas em banco de dados para análise sistemática (Coelho et al., 1999).

O governo também adotou, através do Programa Estadual de Fitoterápicos, medidas adequadas para a regularização do uso de plantas medicinais, sendo preparado um guia para servir como fonte de consulta para os profissionais de saúde, bem como para a orientação sobre o emprego correto das plantas medicinais e respectivos fitoterápicos, selecionados para o programa (Viana et al., 1998). A capacitação, formação e educação continuada dos profissionais de saúde envolvidos nestes e em outros programas governamentais são de responsabilidade da Escola de Saúde Pública do Ceará, criada em 1993, e que vem contribuindo também nas áreas de estudos de intervenção e pesquisas operacionais relacionadas com os problemas de saúde mais relevantes (Sousa, 1997).

Com relação ao saneamento básico, dados de 1996 apontam as mudanças das condições historicamente desfavoráveis nos níveis de vida e saúde da população: 53,3% de domicílios do estado possuem água encanada e 49,0% dos domicílios são atendidos com coleta sistemática do lixo (Ceará, 2001).

A rede de serviços de saúde do Ceará está estruturada através da implantação de 21 microrregiões de saúde com referência administrativa e assistencial, voltada para a lógica da regionalização da atenção à saúde e mais três macrorregiões de assistência à saúde (Fortaleza, Sobral e Cariri) para o atendimento de maior complexidade, objetivando descentralizar estas ações em relação à capital para outras regiões estratégicas do Estado, redirecionando o atendimento e proporcionando maior resolutividade com menor custo. Possuem ainda 6 hospitais de referência, sendo 2 de atendimento geral, um de cardiologia e pneumologia, um de atendimento pediátrico, um de doenças infecto-contagiosas e um de saúde mental (hospital-dia). A rede ambulatorial conta com 5 centros de saúde de referência para doenças crônicas degenerativas e atendimento especializado, todos localizados na Capital (Ceará, 2001).

As principais causas de mortalidade no estado são as doenças do aparelho circulatório, as causas externas, as neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e as doenças infecciosas e parasitárias. Também registra-se uma elevada concentração de mortes na categoria de sintomas, sinais e afecções mal definidas (Brasil, 1996).

Desde 1987 o Ceará vem desenvolvendo uma política específica de promoção à saúde infantil, o que tem resultado na queda gradativa da taxa de mortalidade infantil, passando de um patamar superior a 100 óbitos por 1000 nascidos vivos na década de 80

para uma taxa bastante inferior a 28,3/1000 hab. em 2000. De 1994 para 2000 verificase uma sensível redução de mortalidade infantil por doenças diarréicas (Ceará, 2002b)

No Brasil, a suspensão ou limitação de programas de prevenção e controle favoreceu o aumento das taxas de incidência de doenças e endemias que considerávamos sob controle. A dengue é um exemplo clássico. No Ceará registram-se casos de dengue desde 1986, com um padrão cíclico de picos epidêmicos, entre os quais o de maior magnitude ocorreu em 1994. Nos últimos três anos a doença vem apresentando tendência crescente, com uma taxa de incidência de 191 casos por 100.000 habitantes em 2000 (Ceará, 2002c).

A Aids também tem atingido o Ceará. A curva epidêmica da doença manteve-se crescente até 1998, ano em que foi registrado o maior número de casos novos (494), mas tem decrescido para 442 em 1999 e 316, em 2000 (Ceará, 2002d).

A tuberculose persiste como uma das principais doenças endêmicas do Estado em termos de volume anual de casos, atingindo particularmente a população mais pobre, além de certos grupos especiais, tais como alcoólatras e os pacientes aidéticos. Entretanto, as taxas vem declinando nos últimos 5 anos. Em 1996 a taxa de incidência da tuberculose era de 60/1000.000 habitantes e em 2000 foi reduzida para 44,7/100.000 (Ceará, 2002d).

FORTALEZA

Fortaleza é a quinta maior capital do país, com 336 km² de área, uma população, segundo o censo de 2000 (IBGE, 2001), de 2.141.402 habitantes, contendo aproximadamente um terço da população do Estado.

O município sofre com o aumento acelerado da industrialização urbana e o conseqüente inchamento populacional. O município possui 700 mil pessoas morando em cerca de 400 favelas, 72 em áreas consideradas de alto risco. Aproximadamente 12,0% da população de Fortaleza está desempregada, 20,0% dos mais ricos ficam com 80,0% das riquezas e 37,0% da população possui renda igual ou menor a ½ salário mínimo (Bem, 2001).

No âmbito do saneamento básico, Fortaleza apresenta 85,0% dos domicílios com água encanada, 53,0% dos domicílios dispõem de sistema de esgoto e 92,0% com coleta sistemática do lixo (Fortaleza, 2001).

A rede de serviços de saúde do município de Fortaleza está organizada em 9 distritos sanitários. Os serviços sanitários que integram a rede de serviços está constituída por 69 hospitais, sendo 22 públicos, 32 conveniados com o SUS e 15 não conveniados, 2 do modelo maternidade segura, 74 centros de saúde e 14 unidades de saúde da família. A capacidade instalada de leitos é de 5.964 (2,8 leitos/1000hab), insuficientes para atender à demanda da população. A quantidade de recursos humanos para consultas médicas, carga horária contratada, mostra-se insuficiente (2,3 consultas habitante/ano), principalmente porque muitos dos médicos estão dedicados à assistência hospitalar (Boletim, 2000a). Atualmente a cobertura do Programa Saúde da Família é

considerada muito boa (62,8%). Estima-se que 23% da população possua plano de saúde (Fortaleza, 2001).

A implementação da assistência farmacêutica e seus desdobramentos (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais, Promoção do Uso Racional de Medicamentos etc.), do Programa Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família, do Programa de Fitoterápicos e da formação, capacitação e educação continuada dos profissionais de saúde deu-se em paralelo ao do Estado.

Quanto aos óbitos gerais, em 1999, verifica-se uma situação estável com um coeficiente de mortalidade geral igual a 5,4/1000 habitantes, situação que vem se mantendo desde 1993. As principais causas de mortalidade são as seguintes: doenças do aparelho circulatório (23,1%), especialmente as cerebrovasculares; causas mal definidas (17,7%); neoplasias malignas (14,3%); causas externas (11,8%), especialmente homicídio e acidentes de trânsito; doenças do aparelho respiratório (10,8%), notadamente pneumonia, bronquite, enfisema e asma; doenças infecciosas e parasitárias (5,3%), embora em decréscimo significativo, ainda constituem a quinta causa de morte (Boletim de Saúde de Fortaleza, 2000).

Entre os menores de 1 ano de idade, os óbitos ocorreram principalmente devido a afecções perinatais (47,0%) causadas, sobretudo pela ausência de atendimento pré-natal, diarreias (9,0%) e infecções respiratórias altas (8,0%). O coeficiente de mortalidade perinatal foi de 11,9/1000 (Boletim de Saúde de Fortaleza, 2000). As mortes por doenças evitáveis como diarreia e IRA ainda estão elevadas e é grande a proporção de causas mal definidas (10%).

Dentre as doenças de notificação compulsória com maior número de registros em Fortaleza, em 1999, com confirmações clínico/epidemiológicas ou laboratoriais, destacam-se: dengue (7.006), tuberculose (1872), hanseníase (873), hepatite viral (783), Aida (365), rubéola e síndrome da rubéola congênita (337), leishmaniose visceral (91), sífilis congênita (78) e doença meningocócica (74). De janeiro a dezembro de 1999 foram cadastrados no programa de hipertensão e diabetes uma média de 15.012 pacientes com hipertensão e 5.543 pacientes com diabetes (Boletim de Saúde de Fortaleza, 2000).

JUSTIFICATIVAS

As justificativas para a realização deste estudo são as seguintes:

1. O consumo de medicamentos encontra-se influenciado por diversos fatores (Sebastião, 1998; Barros, 1995). Alguns dizem respeito à oferta de produtos no mercado, seu número, variedade e qualidade, bem como à força da regulação vigente e o preço. O acesso aos serviços de saúde, a cultura médica e a facilidade em adquirir medicamentos também são fatores considerados de grande peso. Todos esses aspectos são influenciados pelo marketing direto e indireto da indústria farmacêutica, que induz comportamentos, necessidades e os mais variados interesses. Daí a importância do acesso às informações sobre os padrões de consumo de medicamentos, pois a partir delas se pode avaliar, indiretamente, a qualidade dos serviços de saúde, a influência das companhias farmacêuticas e identificar a necessidade de intervenções específicas como: esclarecimento à população quanto ao uso adequado de medicamentos, formação e educação continuada de profissionais de saúde para a prescrição racional, identificação de populações em risco de consumo crônico de medicamentos inadequados, identificação de populações em risco de sofrer uma reação adversa a medicamentos e subsidiar a elaboração de políticas públicas para conter a venda e o uso de medicamentos desnecessários (Weiderpass et al., 1998).
2. Conhecer o perfil epidemiológico e os fatores que influenciam o consumo dos medicamentos na comunidade tem sido um instrumento importante para o delineamento de medidas de contenção de gastos farmacêuticos e melhoria das políticas de assistência à saúde do cidadão (Homedes e Ugalde, 2001).

3. A Promoção do Uso Racional de Medicamentos é uma das diretrizes e prioridades da Política Nacional de Medicamentos (Portaria GM No. 3.916/98). Os estudos epidemiológicos de base populacional permitem conhecer os padrões de consumo de medicamentos de uma população e os fatores a ele associados, auxiliando no planejamento de ações voltadas para o seu uso correto.

4. No Brasil, a maioria dos estudos de base populacional existentes foram desenvolvidos no sul e sudeste do país (Vilarino et al., 1998; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983). As diferenças de indicadores socioeconômicos, epidemiológicos e de acesso e utilização de serviços de saúde existentes entre essas regiões e o nordeste do Brasil (Lima e Bastos, 2002), onde está localizada Fortaleza, justifica esperar-se encontrar peculiaridades no consumo de medicamentos. Outra peculiaridade importante é que estes estudos foram realizados em épocas distintas do processo de reforma do sistema de saúde brasileiro.

5. Hoje, os municípios são os principais responsáveis pela oferta de serviços e organização das ações de saúde no nível local. Para isto têm contado com o apoio do governo federal que implementou política específica de incentivo à municipalização da saúde, sobretudo da atenção básica, investindo nos Programas de Agentes Comunitários da Saúde e Saúde da Família, além das ações programáticas voltadas ao controle de endemias (Sá et al., 2001) e assistência farmacêutica. Desta forma, o estudo permite fazer uma análise do

consumo de medicamentos frente às mudanças implementadas na assistência à saúde em Fortaleza.

6. Em Fortaleza, estudos realizados pelo Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, vêm permitindo compor um quadro ainda fragmentado do uso de medicamentos na população local. Enquanto que os dados oficiais referem cifras consideráveis de gastos com medicamentos nos diversos níveis de atenção à saúde e melhoria na estruturação da assistência farmacêutica, estudos apontam a reduzida e descontínua disponibilidade de medicamentos essenciais na rede pública de saúde, a prescrição inadequada de medicamentos, deficiências na atenção em saúde e práticas inadequadas de automedicação, inclusive com medicamentos com potencial abortivo (Coelho, 1999). Os riscos inerentes ao consumo indiscriminado e irracional de medicamentos, na prática, são pouco conhecidos e documentados.
7. Conhecer a prevalência e o perfil das reações adversas na comunidade é importante, porque é onde o consumo é maior e se realiza em condições menos rigorosas. Outro aspecto relevante é que tais efeitos podem influenciar a adesão ao tratamento e ser causa de abandono mesmo em doenças sérias ou crônicas. Apesar da importância dessas informações, esses estudos são raros. É, portanto, necessário investir neste aspecto.
8. Vive-se em uma sociedade de consumo, onde existe uma oferta descontrolada de bens, mercadorias e serviços, desenvolvidos para atender às necessidades de

comercialização das indústrias e a demanda (induzida) da população. Na área dos medicamentos a situação não é diferente. Entretanto, qualidade, eficácia e segurança são imprescindíveis para evitar riscos e danos à saúde individual e coletiva. A necessidade de regulação das relações produção-consumo caminha neste sentido. Na década de 90, as fraudes e outras delinquências sanitárias de produtores, comerciantes e prestadores de serviços inescrupulosos expuseram a fragilidade do sistema de vigilância sanitária no país. O grande número de medicamentos registrados, onde se identifica a presença de associações irracionais e produtos banidos de outros países, a veiculação de publicidade enganosa e a venda indiscriminada nas farmácias e drogarias indicavam a necessidade do Estado rever suas políticas de proteção da saúde dos cidadãos (Costa, 2003). A criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Lei no. 9.782, de 26 de janeiro de 1999) vem atender este propósito. Desde então medidas sanitárias e diversas disposições normativas de interesse coletivo estão sendo editadas. É nesse âmbito de mudanças que se encaixa o presente trabalho.

9. O presente trabalho pretende compor o quadro da utilização de medicamentos em Fortaleza, tendo em vista a complexidade e a dinâmica dessa realidade, com o fim de compreender o alcance do impacto das políticas públicas na área da saúde que se refletem no uso de medicamentos e seu entorno.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL:

Conhecer os padrões de consumo de medicamentos e eventos adversos na população residente no município de Fortaleza.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Estimar a prevalência do consumo de medicamentos.
- Descrever o perfil de consumo de medicamentos.
- Identificar os fatores determinantes do consumo de medicamentos entre as variáveis socioeconômicas, biológicas e de utilização de serviços de saúde.
- Avaliar a qualidade dos medicamentos consumidos, segundo valor intrínseco, essencialidade, combinação em doses fixas e categoria legal.
- Estimar a prevalência de eventos adversos a medicamentos, suas características e conduta adotada pelos indivíduos.
- Avaliar aspectos da prática médica e da dispensação de medicamentos.

METODOLOGIA

CARACTERIZAÇÃO E POPULAÇÃO DO ESTUDO.

Trata-se de um estudo de delineamento transversal de base populacional, realizado no município de Fortaleza, Ceará, no período de outubro de 2002 a janeiro de 2003, cujo objeto de avaliação é o indivíduo no domicílio. A população alvo são as pessoas que residem no município.

A pesquisa foi realizada em 9 regiões administrativas de Fortaleza, envolvendo um total de 27 bairros, 54 setores censitários e 331 domicílios (anexo 1).

PLANO DE AMOSTRAGEM

A amostra para o estudo foi calculada em função do número de domicílios de Fortaleza, de forma a garantir a representatividade da área territorial em que a pesquisa seria realizada. O dimensionamento e seleção das áreas a serem pesquisadas foram sistematizados com assessoramento técnico do Setor de Divulgação e Disseminação de Informações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O plano de amostragem foi elaborado com base em técnicas de processos probabilísticos com estratificação segundo as regiões administrativas de Fortaleza. Desta forma as informações obtidas junto às famílias reproduziriam resultados válidos para o conjunto do qual a amostra foi retirada.

DIMENSIONAMENTO DA AMOSTRA

Para o dimensionamento da amostra foi adotado um modelo de amostragem estratificada proporcional com erro amostral de 5,39%, um nível de confiança de 95% e uma probabilidade de ocorrência do evento (consumo de medicamentos) fixada em 0,5, garantindo a chance de 50,0% desse uso por parte da população. O tamanho da amostra foi de 331 domicílios a serem visitados, de acordo com a fórmula abaixo:

$$Dh = [(DH \cdot p \cdot q) / Dh \cdot (e/z)^2], \quad \text{onde:}$$

Dh – número de domicílios selecionados na amostra

DH = número de domicílios no município de Fortaleza (N=526079)

p = probabilidade de ocorrência do evento (fixado em 0,5)

q = 1 – p

e = erro amostral (fixado em 5,39%)

z = 1,96

A estimativa do consumo de medicamentos foi feita com base em estudos realizados no Brasil, que mostram uma prevalência de uso variando entre 24,0% e 70,0% (Vilarino et al., 1998; Simões, 1990; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983), e em Fortaleza, que estima que a automedicação é praticada por 40,3% da população (Fernandes, 1998).

SELEÇÃO DA AMOSTRA

As técnicas amostrais foram planejadas em múltiplos estágios para que a amostra fosse representativa do universo, cuja seleção foi desenvolvida em três estágios sucessivos:

Primeiro Estágio - Seleção aleatória dos bairros dentro das nove regiões administrativas de Fortaleza, onde fixou-se em três o número de bairros por região.

Segundo Estágio - Seleção aleatória dos setores censitários em cada bairro escolhido, onde fixou-se em dois o número de setores por bairro.

Terceiro Estágio - Seleção aleatória dos domicílios, iniciando-se sua seleção pelo último algarismo correspondente ao número do setor censitário selecionado. No caso do número do setor terminar em zero, o primeiro domicílio a ser selecionado deveria levar em consideração a dezena que forma o número do setor. Os domicílios seguintes foram selecionados após contagem de 10 casas.

Quanto à seleção do quarteirão por onde se iniciaria a identificação dos domicílios, ficou determinado que a esquina mais ao norte do quarteirão mais à esquerda do mapa seria o ponto de partida para a escolha do primeiro domicílio.

O setor censitário do IBGE é definido como: uma área territorial de pesquisa formada de área contínua, situada em um único quadro urbano ou rural, com dimensão e número de domicílios ou de estabelecimentos que permitam o levantamento de informações, com limites bem determinados, tendo em média de 300 domicílios em sua área (IBGE, 1998).

Na pesquisa o domicílio foi conceituado como sendo o local que se destina a servir de habitação a uma ou mais pessoas, ou que esteja sendo utilizado como tal desde que satisfaça aos seguintes critérios: separação e independência (IBGE, 1998).

A separação é entendida quando ocorrem simultaneamente as seguintes condições: a) o local de habitação é limitado por paredes, muros, cercas etc.; b) o local de habitação é coberto por um teto; c) o local de habitação permite que a pessoa ou o grupo de pessoas que nele habita se isole das demais; d) a pessoa ou grupo de pessoas que nele habita arca com parte ou com todas as suas despesas de alimentação e moradia. A independência fica caracterizada quando o local de habitação tem acesso direto, permitindo que seus moradores possam entrar ou sair sem passar por locais de habitação de outras pessoas. Somente quando forem atendidas simultaneamente as condições de independência e separação caracteriza-se corretamente um domicílio (IBGE, 1998).

Na identificação e seleção das unidades domiciliares para o estudo, levou-se em consideração os seguintes aspectos:

- Em cada mapa do setor censitário selecionado foi identificado o ponto inicial dos trabalhos; o primeiro quarteirão, com um “X”.
- Em cada setor censitário os entrevistadores foram orientados a percorrer um quarteirão de cada vez, no sentido dos ponteiros do relógio, até retornarem ao ponto de início. Este processo se repetiu nos quarteirões seguintes até completar o total de visitas aos domicílios programadas para o setor.

- Em prédios de mais de um pavimento a contagem foi efetuada do andar mais alto para o andar mais baixo; em terreno ou lote primeiro foram listadas as unidades de frente e, depois, as do fundo.
- Nos casos de domicílio habitado, porém fechado em três visitas consecutivas, ou permanentemente desocupado, os mesmos deveriam ser substituídos pelo vizinho da direita no setor.
- Nos casos de recusa formal do chefe da família ou seu representante, o domicílio deveria ser substituído pelo vizinho da direita dentro da mesma área selecionada.

COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas nos domicílios selecionados no período de 07 de outubro de 2002 a 31 de janeiro de 2003. Todas as pessoas que residiam nos domicílios foram entrevistadas, exceção dos casos onde houve recusa formal do indivíduo ou sua perda após várias tentativas de contato.

A equipe para a coleta de dados foi composta por 10 entrevistadores, estudantes do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, 02 supervisores de campo e 01 coordenador.

O treinamento dos entrevistadores incluiu leitura e discussão do questionário e do manual de instruções, demonstração de técnicas de manuseio dos mapas dos setores censitários e localização dos domicílios, técnicas de entrevista e avaliação do

desempenho nas entrevistas realizadas com familiares e entre eles mesmos (técnica *role-playing*).

Os entrevistadores ficaram responsáveis pela localização correta dos setores censitários e unidades domiciliares; realização das entrevistas, seguindo rigorosamente as instruções do manual criado para a execução da mesma (ANEXO III); entrega aos supervisores dos questionários corretamente preenchidos e realização das verificações de entrevistas quando necessário.

Os supervisores ficaram responsáveis por reconhecer previamente a área a ser investigada; levantar e identificar os pontos de referência que facilitassem a localização dos setores censitários, ruas e quarteirões; preparar e distribuir com os entrevistadores o material necessário; revisar os questionários aplicados; tirar dúvidas encontradas nos questionários preenchidos; realizar supervisão no campo; determinar os retornos aos domicílios; codificar questões abertas; replicar os questionários em domicílios já visitados, como medida de controle para garantia da qualidade dos dados coletados.

Ao coordenador coube planejar, organizar, coordenar e acompanhar as atividades dos entrevistadores e supervisores, bem como a revisão final dos questionários aplicados, para posterior processamento e análise dos dados.

A permissão para a inclusão do domicílio no estudo foi requerida formalmente através de uma carta convite (anexo II) entregue pelo entrevistador ao chefe da família ou responsável. Para a entrevista individual foi obtido consentimento prévio de todas as pessoas, através da assinatura do termo de consentimento informado (anexo V), ou, no

caso de recusa, pelo consentimento verbal. Em todos os casos, os indivíduos eram informados sobre os objetivos do estudo, a importância de sua participação e sobre o caráter confidencial das informações.

As informações relativas às pessoas com idade menor que 15 anos e idosos ou adultos com dificuldades de comunicação ou doença foram dadas por seus responsáveis (informantes).

No campo os entrevistadores trabalharam em dupla, sendo um do sexo masculino e outro do sexo feminino, sendo orientados para conduzirem suas atividades isoladamente dentro do domicílio. A idéia era que o entrevistador do sexo feminino entrevistasse as mulheres da casa e os entrevistadores do sexo masculino os homens, na tentativa de evitar constrangimentos e possíveis omissões na resposta sobre o consumo de medicamentos.

INSTRUMENTO DA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados mediante entrevistas estruturadas, registradas em questionário padronizado, contendo questões de fácil compreensão, elaborado com base nos trabalhos realizados por Rozenfeld (1997) e Fernandes (1998).

O questionário contendo 10 blocos e 47 perguntas foi dividido em 3 partes (anexo IV). A primeira parte (parte 1) destinava-se à identificação e controle da unidade domiciliar e do registro de dados. Os entrevistadores eram responsáveis pelo seu preenchimento. A parte 2 abrangia o preenchimento do quadro que se referia ao estudo

das famílias nos domicílios selecionados para a pesquisa, aplicado aos chefes de família ou seu representante, e a parte 3 destinada a coletar informações de cada membro da família sobre consumo de medicamentos, registro de experiências com reação adversa a medicamentos no período do estudo ou histórias anteriores e suas características, hábitos sociais, indicadores da condição de saúde e de acesso a serviços de saúde, aspectos relativos à prática prescritiva e de dispensação de medicamentos e informações sociodemográficas dos indivíduos.

As variáveis presentes no instrumento de coleta são descritas a seguir:

PARTE 1 – identificação e controle do domicílio (Bloco 1):

Número da região administrativa, nome e número do bairro, nome da rua, número da casa, número do setor censitário, número de controle do domicílio no setor censitário, número de identificação do questionário/família, data da entrevista, nome do entrevistador, nome do supervisor, comentários do supervisor, data do registro dos dados, operador do registro de dados.

PARTE 2 – descrição da família (Bloco 2):

Nome do chefe da família ou de seu representante, número de membros da família, nome, sexo e idade de cada um, renda familiar mensal.

PARTE 3 – perfil da população estudada (Blocos 3 a 10):

- **Bloco 3 - consumo de medicamentos:** origem da informação, concordância em participar da pesquisa, consumo de medicamento nos últimos 15 dias, nome do(s) medicamento(s), número de dias de sua utilização, quantidade de vezes ao dia, tempo de uso, motivo do uso, fonte de indicação, apresentação da receita médica, número total de medicamentos consumidos no período do estudo.

- **Bloco 4 - experiências de eventos adversos a medicamentos:** percepção do indivíduo quanto ao risco atribuído ao uso de medicamentos, identificação de problemas (efeitos desagradáveis) durante sua utilização nos últimos 15 dias, nome do medicamento(s) envolvido(s), descrição do(s) evento(s), providência tomada após identificação do(s) evento(s), identificação de algum outro evento ao longo da vida, nome do medicamento envolvido e descrição do(s) evento(s).

- **Bloco 5 – auto-avaliação em saúde:** identificação de doenças nos dois meses anteriores à entrevista, identificação de doença(s) crônica(s), percepção do estado de saúde no momento da entrevista e um ano atrás.

- **Bloco 6 - utilização de serviços de saúde:** número de internações hospitalares nos últimos 12 meses, número de consultas médicas nos últimos 3 meses, cobertura por plano de saúde.

- **Bloco 7 - hábitos sociais:** identificação de consumo de bebidas alcoólicas e fumo (tabagismo).

- **Bloco 8 - práticas prescritivas (última consulta ao médico):** data da última visita ao médico, local da consulta, prescrição de medicamentos, realização de perguntas sobre alergias anteriores e uso de outros medicamentos no momento da consulta; e orientação sobre como tomar a medicação, importância de cumprir o tratamento, cuidados com interações medicamentosas e reações adversas, e avaliação da interação do paciente com o prescritor.

- **Bloco 9 - práticas de dispensação (última compra de medicamentos na farmácia/drogaria):** data da última visita à farmácia/drogaria, local da aquisição/compra, tipo de dispensação, realização de perguntas sobre alergias anteriores e uso de outros medicamentos por parte do dispensador e orientação sobre como tomar a medicação, importância de cumprir o tratamento, cuidados com interações medicamentosas e reações adversas, e avaliação da interação do paciente com o dispensador. Compra de medicamentos pelo menor preço, procura pelo genérico e aceitação pela marca indicada pelo médico.

- **Bloco 10 - perfil sócio-demográfico e econômico:** sexo, idade, grau de escolaridade, estado conjugal, ocupação e renda individual.

A maioria das perguntas eram fechadas e pré-codificadas, requerendo que o entrevistado escolhesse uma única opção. Os entrevistadores foram orientados a ler as perguntas e as opções de resposta de maneira pausada e lenta.

Os itens relativos a nome dos medicamentos, motivos de uso dos medicamentos, percepção dos perigos do uso dos medicamentos, medicamento suspeito de ter causado efeito indesejado, a descrição do evento adverso e as providências tomadas após o

evento, nome do medicamento e eventos relativos a algum evento na vida, data e local da última consulta médica ou compra/aquisição de medicamentos e tipo de trabalho que exercia durante o estudo são exemplos de variáveis abertas utilizadas no estudo.

Seguem considerações sobre algumas variáveis exploradas no estudo.

Consumo de medicamentos:

Foram considerados consumidores de medicamentos todas as pessoas que nos 15 dias anteriores à entrevista tenham consumido pelo menos um medicamento.

A Organização Mundial da Saúde (1985) define medicamento como “toda substância contida em um produto farmacêutico, utilizada para modificar ou investigar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, em benefício da pessoa em que se administra”. No presente estudo excluiu-se produtos homeopáticos, suplementos alimentares e remédios caseiros.

Para melhor identificar os medicamentos utilizados e minimizar o viés de memória, os entrevistadores foram orientados a solicitar que a pessoa apresentasse o(s) medicamento(s) utilizado(s) ou, se fosse o caso, mostrasse a receita médica, fato que era registrado na tabela.

As informações foram registradas em tabela específica. A identificação do nome completo do produto era imprescindível para a posterior verificação de sua composição. Para cada medicamento utilizado era solicitado o motivo do uso e informação sobre a

fonte de indicação do mesmo, ou seja, se o produto havia sido indicado por médico, farmacêutico, balconista, parente, amigo ou vizinho, por conta própria, através de propaganda, indicado por outros profissionais da saúde ou outras pessoas não identificadas. O motivo que levou ao uso de medicamento traduz a morbidade referida pelo próprio sujeito.

Após responder sobre os medicamentos consumidos o entrevistador fazia a contagem do número de medicamentos utilizados no período e colocava o total no final da tabela.

Para avaliar a regularidade do uso dos medicamentos foram realizadas as seguintes perguntas: quantos dias usou o medicamento?, quantas vezes por dia, em média ele foi tomado? e há quanto tempo usa este medicamento?

Experiências de eventos adversos a medicamentos

A resposta à pergunta relativa às providências tomadas pela pessoa após o aparecimento de um evento adverso ao medicamento que estava sendo utilizado foi categorizada em: a) nenhuma providência; b) procurou orientação médica; c) suspendeu o tratamento sem procurar nenhuma orientação; d) lançou mão de tratamento sintomático; e) reduziu a dose do medicamento por conta própria; f) não tomou nenhuma providência porque o médico havia alertado sobre o efeito adverso; e g) procurou orientação com enfermeiro.

Condições de saúde/Doença crônica

Uma lista com alguns problemas de saúde que envolviam principalmente doenças crônicas foi preparada e lida para as pessoas entrevistadas responderem se nos últimos dois meses elas haviam apresentado alguma das patologias listadas. Esta pergunta dava margem a que o indivíduo indicasse mais de um problema de saúde.

Esta lista foi preparada com base no roteiro preparado pelo IGBE (1998) para a realização da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios que trata sobre o acesso e utilização de serviços de saúde.

No presente estudo teve-se o cuidado de manter um espaço aberto para que a pessoa pudesse fazer referência a outras doenças não especificadas na lista.

A partir desta resposta e da relativa ao motivo do consumo de medicamentos foi possível identificar as pessoas que padeciam de doenças crônicas.

Práticas prescritivas - Última consulta ao médico e práticas de dispensação – última compra/aquisição na farmácia ou drogaria

A data relativa à última consulta ao médico e à última compra/aquisição na farmácia foi distribuída conforme as seguintes categorias: a) menor ou igual a 30 dias; b) entre 1 e 2 meses; c) entre 2 e 4 meses; d) entre 4 e 6 meses; e) entre 6 e 12 meses; f) mais de 12 meses; g) não sabe/não lembra/não respondeu; e e) nunca foi. No caso específico da última compra/aquisição na farmácia ou drogaria, outra categoria pode ser apontada, a que reúne os indivíduos que relatam que esta atividade é função de outra pessoa.

A indicação do local onde se realizou a consulta médica ou a compra/aquisição do medicamento é relatada pelo entrevistado e categorizada como tendo sido realizada no setor público ou privado.

Perfil sociodemográfico

A idade foi calculada em anos completos. O estado conjugal não se referia necessariamente ao estado civil e classificou-se em “casado(a) ou união consensual”, “solteiro(a)”, “divorciado(a) ou separado(a)”, “viúvo(a)” e “não respondeu”.

O grau de escolaridade foi identificado de acordo com a seguinte classificação:

- Sem instrução: indivíduos que nunca freqüentaram a escola, não sabem ler e escrever.
- 1º grau menor incompleto: indivíduos que estavam cursando a 1ª, 2ª, 3ª ou 4ª série do 1º grau.
- 1º grau menor completo a 1º grau maior incompleto: inclui aqueles que terminaram a 4ª série do 1º grau ou que estavam cursando a 6ª, 7ª ou 8ª série do 1º grau.
- 1º grau completo: indivíduos que terminaram a 8ª série do 1º grau.
- 2º grau incompleto: inclui aqueles que estão cursando a 1ª, 2ª ou 3ª série do 2º grau.
- 2º grau completo: indivíduos que concluíram a 3ª série do 2º grau.

- Superior incompleto: inclui aqueles que estava cursando qualquer série do 3º grau.
- Superior completo a pós-graduação: considera as pessoas que haviam concluíram o 3º grau (curso superior) ou que estavam cursando ou cursaram cursos de especialização, mestrado ou doutorado.
- Não sabe ou não respondeu.

A ocupação principal referiu-se à atividade principal, ou trabalho, desenvolvida pelo membro da família por ocasião do estudo. Esta era uma pergunta aberta que foi categorizada seguindo o modelo utilizado por Fernandes (1998) onde as atividades podiam ser enquadradas em: autônomo, aposentado ou pensionista, desempregado, dona de casa, funcionário público, militar, profissional liberal, proprietário de comércio, proprietário de indústria, proprietário de serviços, proprietário rural, trabalhador do comércio, trabalhador de indústria, trabalhador de serviços, trabalhador rural, estudante, não exerce nenhuma atividade e outros (a especificar).

Para o levantamento da renda, que é sabidamente uma variável cuja coleta de informação é mais complexa, decidiu-se montar uma tabela com 7 faixas salariais (tabela 4), na tentativa de obter o maior número possível de informações a este respeito. Anotação específica também foi feita para as pessoas sem rendimento. O salário mínimo na época da pesquisa era de R\$ 200,00 (duzentos reais).

Tabela 4. Classes de recebimento salarial mensal.

Número de salários mínimos	Reais mensais
Até 1	Até 200,00
1 – 2	201,00 – 400,00
2 – 3	401,00 – 600,00
3 – 5	601,00 – 1.000,00
5 – 10	1.001,00 – 2.000,00
10 – 20	2.001,00 – 4.000,00
Mais de 20	Mais de 4.000,00

Para o levantamento da renda salarial do indivíduo utilizou-se as faixas salariais empregadas anteriormente, tabela 4 [dados não apresentados].

CONTROLE DE QUALIDADE DOS DADOS COLETADOS

Todos os questionários preenchidos foram revisados pela equipe de supervisores. O entrevistador, sempre que necessário, regressava ao domicílio visitado para corrigir imperfeições da entrevista realizada.

Vinte por cento dos indivíduos entrevistados foram revisitados pelos supervisores de campo, que reaplicaram parcialmente a entrevista. Os dados foram comparados com as entrevistas originais para avaliar sua qualidade, visando identificar eventuais imprecisões, erros sistemáticos ou mesmo fraudes.

ETAPAS DO ESTUDO

O estudo proporcionou a coleta de um grande número de informações. Entretanto, para o presente trabalho serão explorados apenas os dados relativos ao consumo de

medicamentos, aos eventos adversos causado pelo uso de medicamentos e a percepção da população maior de 14 anos sobre o processo que envolve o ato da prescrição e dispensação dos medicamentos.

Para melhor entender a forma como serão apresentados os resultados decidiu-se por dividir a metodologia em três partes. A primeira diz respeito à descrição das características gerais da população estudada, a prevalência do consumo de medicamentos nos últimos 15 dias e identificação dos fatores determinantes deste consumo, onde a unidade de análise é o indivíduo. A segunda é uma descrição do perfil do consumo de medicamentos e dos eventos adversos atribuídos ao uso de medicamentos no período do estudo. Neste caso a unidade de análise será o indivíduo e o medicamento. A terceira enfocará a percepção da população maior de 14 anos sobre o processo que envolve a conduta do médico, do dispensador e do paciente no processo da prescrição e dispensação dos medicamentos, cuja unidade de análise será o indivíduo.

Em todas as situações os pesos das unidades amostrais foram levados em consideração para o cálculo correto das medidas descritivas e da precisão dessas estimativas, como no ajuste de modelos, no diagnóstico e avaliação de significância dos modelos ajustados e na interpretação dos resultados (Nascimento Silva et al., 2002).

PARTE I – Características gerais e fatores determinantes do consumo

Na presente etapa pretende-se fazer uma descrição das características gerais da população estudada, da prevalência do consumo de medicamentos nos últimos 15 dias

de acordo com as variáveis exploradas e a identificação dos fatores determinantes deste consumo.

As variáveis exploradas foram: as socioeconômicas (renda familiar mensal, escolaridade, ocupação), as demográficas (sexo, idade, estado conjugal, número de co-habitantes no domicílio), as relativas às condições de saúde (percepção do estado de saúde do indivíduo, presença de doença crônica) e as indicadoras de utilização de serviços de saúde (número de internação hospitalar nos últimos 12 meses, número de consulta médica nos últimos três meses e cobertura por plano de saúde).

Para o estudo dos fatores determinantes, as categorias das variáveis exploradas foram modificadas, conforme se apresentará mais abaixo.

A variável dependente foi o consumo de medicamentos. Foram considerados consumidores de medicamentos todas as pessoas que nos 15 dias anteriores à entrevista haviam consumido pelo menos um medicamento.

As variáveis independentes coletadas foram: a) demográficas: número de pessoas residentes no domicílio (≤ 3 , 4 a 5, ≥ 6), sexo (masculino ou feminino), idade em anos completos (0-15, 16-49, 50 ou mais anos), estado conjugal (casado, não casado); b) socioeconômicas: escolaridade (≤ 8 anos e > 8 anos), renda familiar mensal (até 3 salários mínimos e 3 ou mais salários mínimos), ocupação (sim ou não); c) indicadores da condição de saúde: história de doenças crônicas referida pelo indivíduo (sim ou não), percepção do estado de saúde (excelente/muito bom, bom, ruim/muito ruim); d) indicadores de utilização de serviços de saúde: internação hospitalar nos últimos 12

meses (sim ou não), consulta médica nos últimos três meses (sim ou não), cobertura por plano de saúde (sim ou não).

Os dados foram armazenados no programa Epi Info 6.0, com dupla entrada da informação, e analisados com o auxílio do programa Stata, versão 7.0. O plano de análise dos dados incluiu: a obtenção de frequências simples das variáveis de interesse; investigações das características das variáveis em estudo associadas ao consumo de medicamentos, utilizando-se o teste qui-quadrado para verificar diferenças de proporções, com nível de significância $p < 0,05$; análise bivariada, empregando como medida de associação a razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança; a análise multivariada foi realizada através de regressão logística não condicional, obedecendo ao modelo hierárquico proposto na figura 2. Os fatores investigados foram agrupados em blocos, ordenados de acordo com a precedência com que atuam sobre o consumo de medicamentos.

De acordo com este modelo, fatores nos níveis superiores da hierarquia influenciam o desfecho através de um efeito independente e/ou um efeito intermediado por fatores nos níveis inferiores, ou seja, avalia-se o efeito dos fatores de interesse ajustados apenas para os fatores de confusão pertencentes a um nível hierárquico igual ou superior ao seu. Desta forma os fatores socioeconômicos que pertencem ao primeiro nível entraram no primeiro passo da análise. O segundo nível foi composto pelas características demográficas. O terceiro, pelos fatores relativos à condição de saúde e indicadores da utilização de serviços de saúde. O quarto, pela percepção do estado de saúde. As variáveis que apresentaram uma associação significativa na primeira etapa

continuaram a fazer parte do modelo, ainda que perdessem sua significância com a inclusão dos blocos subseqüentes.

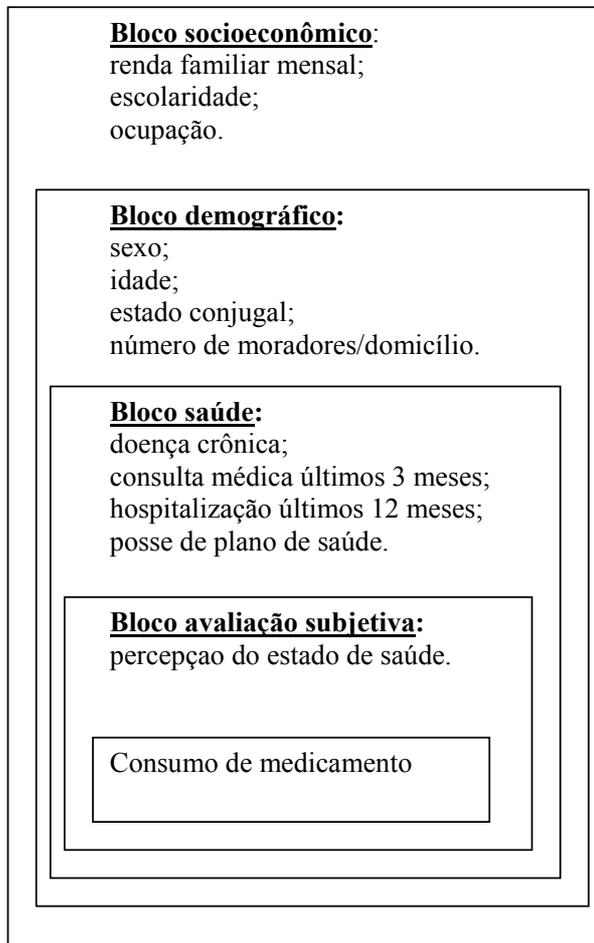
Utilizou-se nível de significância de 0,10 para selecionar as variáveis que permaneceriam no modelo, com o objetivo de não ser excluído o potencial fator de confusão, e um nível de 0,05 para indicar uma associação estatisticamente significativa. O modelo final foi composto pelas variáveis selecionadas em cada uma das etapas com as razões de prevalência e níveis de significância originalmente encontradas. A razão de prevalência foi obtida aplicando-se o método elaborado por Zhang e Yu (1998), com auxílio do comando *relrisk* do programa estatístico Stata.

PARTE II – Perfil do consumo de medicamentos e eventos adversos

Nesta etapa são explorados os aspectos relativos ao perfil do consumo de medicamentos e às experiências com eventos adversos a medicamentos no período do estudo e suas características. Sexo, idade e renda familiar mensal são utilizados no cruzamento de informações com os motivos que levaram ao uso de medicamentos.

As informações obtidas sobre o consumo de medicamentos nos últimos 15 dias são as seguintes: nome do(s) medicamento(s), número de dias de sua utilização, quantidade de vezes ao dia, tempo de uso, motivo do uso, fonte de indicação, apresentação da receita médica e número total de medicamentos consumidos no período do estudo.

Figura 2. Modelo hierárquico do processo de determinação do consumo de medicamentos.



Com relação às experiências de eventos adversos atribuídas ao medicamento em uso no período do estudo, as informações obtidas foram as seguintes: medicamento(s) envolvido(s), evento(s) adverso(s) referido(s), providências tomadas após apresentação do quadro adverso, experiências anteriores (eventos adversos ao longo da vida).

A variável “consumo de algum tipo de bebida alcoólica” também foi utilizada para identificar possibilidades de risco de interação entre medicamento e álcool. Para avaliar a interação medicamento-álcool consultou-se a literatura médica disponível.

A verificação da composição de cada especialidade farmacêutica foi realizada através da consulta ao Dicionário Brasileiro de Especialidades Farmacêuticas 2002/2003 e/ou de informações coletadas diretamente em farmácias ou drogarias.

Os fármacos presentes em cada especialidade farmacêutica foram listados e classificados de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*, classificação ATC, e *Guidelines*, editadas pelo Nordic Council of Medicine (WHO, 1990).

Para Evento Adverso a Medicamento (EAM) utilizou-se a definição estabelecida pelo Centro Colaborador da OMS para o Programa Internacional de Farmacovigilância (Edwards & Biriell, 1994): “qualquer sucesso médico que pode apresentar-se durante o tratamento com um produto farmacêutico, mas que não tem necessariamente uma relação de causalidade com tal tratamento”.

Os eventos adversos a medicamentos foram classificados de acordo com a terminologia aplicada aos efeitos adversos dos medicamentos - *Adverse Reaction Terminology* - (Uppsala Monitoring Centre, 1995). A avaliação da possível relação de causalidade entre o medicamento e a reação adversa referida foi feita através de levantamento na literatura científica.

Os casos enquadrados como doenças foram classificados de acordo com a Classificação Internacional de Doença - CID10 (OMS, 2000a).

Qualidade dos medicamentos

As especialidades farmacêuticas utilizadas pelas pessoas que consumiram medicamentos nos últimos 15 dias foram analisadas de acordo com os seguintes aspectos qualitativos: valor terapêutico, essencialidade, combinações de doses fixas e categoria legal.

I. Valor Terapêutico

O valor intrínseco dos medicamentos consumidos foi analisado segundo metodologia proposta por Capellà e Laporte (1993).

De acordo com a metodologia desenvolvida pelos autores, os medicamentos podem ser classificados em quatro categorias de acordo com sua eficácia e inocuidade:

- **Valor elevado:** esta categoria será atribuída a toda especialidade farmacêutica cujo uso tem indicações bem definidas, cujos efeitos são imediatos e óbvios e cuja eficácia foi demonstrada mediante ensaios clínicos comprovados.

- **Valor relativo:** toda especialidade que possui um fármaco de valor potencial elevado associado a outros de eficácia terapêutica duvidosa, cuja adição não está respaldada por nenhum dado obtido em condições clínicas bem

controladas. Estes medicamentos são considerados irracionais do ponto de vista farmacológico e terapêutico.

- **Valor duvidoso/nulo:** toda especialidade cuja eficácia não foi demonstrada de maneira convincente em ensaios clínicos controlados, mas que não produz efeito nocivo grave ou freqüente descrito na literatura.

- **Valor inaceitável:** toda especialidade cuja relação risco-benefício é claramente desfavorável em toda circunstância.

Para a correta classificação dos medicamentos nas categorias descritas consultou-se a literatura científica disponível.

II. Essencialidade

São medicamentos essenciais aqueles que servem para atender às necessidades de assistência à saúde da maioria da população, demonstrando eficácia e segurança, estando disponível em quantidade e qualidade adequadas e ostentando custo compatível com as possibilidades de quem os adquire (Mosegui, 1999).

O grau de essencialidade dos medicamentos será avaliado segundo sua inclusão em uma das seguintes listas: 11a. lista de medicamentos essenciais da Organização Mundial da Saúde, Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME do Brasil, Relação Estadual de Medicamentos Essenciais do Ceará (RESME) e Relação Municipal de Medicamentos Essenciais do Município de Fortaleza (REMUME).

III. Combinações em doses fixas

Serão considerados medicamentos com combinações em doses fixas todas as especialidades farmacêuticas que possuem em sua composição a associação de dois ou mais fármacos.

IV. Categoria legal

No estudo cada especialidade terapêutica será classificada de acordo com sua categoria legal. Conforme legislação brasileira os medicamentos disponíveis no mercado farmacêutico nacional pertencem a três categorias: os de venda livre, os de dispensação com receita e os de controle especial, definidos a seguir:

- **Medicamento de venda livre:** todos os medicamentos vendidos sem a necessidade de prescrição, que constam da Portaria no.2, de 24/01/95 (DOU de 25/01/95), da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde.
- **Medicamento de dispensação com receita:** todas as especialidades que possuem no rótulo da embalagem uma faixa vermelha, onde consta “venda sob prescrição médica” (Decreto no. 79.094, de 05/1/77).
- **Medicamento de controle especial:** todos os medicamentos constantes da Portaria no. 344, de 12/05/98 (republicada no DOU de 01/02/99), da Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, e Resoluções da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária com as atualizações das

listas de substâncias sujeitas a controle especial (RDC no. 22, 15/02/01 - DOU de 16/02/01).

Os dados foram armazenados no programa Epiinfo, versão 6.0, com dupla entrada da informação. Nesta parte será apresentada uma análise descritiva através da distribuição de frequências das variáveis do estudo. O teste qui-quadrado será utilizado para verificar diferenças de proporções, considerando o nível de significância $p < 0,05$.

PARTE III – Avaliação da prescrição e dispensação de medicamentos

As informações coletadas nesta etapa dizem respeito às práticas do médico no ato da prescrição de medicamentos, de acordo com a última visita do entrevistado ao médico, e às práticas de trabalho dos profissionais que dispensam medicamentos, de acordo com a última compra ou recebimento de medicamento efetuada na farmácia ou drogaria. Os respondentes são pessoas com idade maior que 15 anos.

Com relação à prática médica foram coletadas as seguintes informações: data da última visita, local da consulta (setor público ou privado) e se houve prescrição de algum medicamento. Caso afirmativo, perguntava-se sobre a conduta antes e depois da emissão da receita. Antes da prescrição era questionado se o médico fazia perguntas sobre se o paciente era alérgico a algum tipo de medicamento e se estava fazendo uso de outros medicamentos. Depois da prescrição emitida era questionado se o médico havia orientado quanto à forma correta de tomar a medicação, os possíveis problemas e efeitos adversos que o medicamento poderia causar, sua interação com outros medicamentos e a importância de cumprir o tratamento até o fim. Ainda com relação ao ato pós-

prescrição, e no caso das pessoas terem respondido negativamente aos questionamentos, era perguntado aos mesmos se eles tomavam a iniciativa de perguntar ao médico sobre os assuntos explorados.

Com relação à prática da dispensação de medicamentos nas farmácias ou drogarias, foram coletadas informações sobre: data da última visita, local da compra ou aquisição (setor público ou privado), classe profissional da pessoa que fez o atendimento (farmacêutico, balconista, outros), e se o(s) medicamento(s) procurado(s) havia(m) sido indicado por médico. Também foi perguntado se o dispensador havia feito perguntas sobre se o paciente era alérgico a algum tipo de medicamento e se estava fazendo uso de outros medicamentos, assim como foi explorado se o mesmo havia orientado quanto à forma correta de tomar a medicação, os possíveis problemas que o medicamento poderia causar, sua interação com outros medicamentos, a importância de cumprir o tratamento até o fim e os cuidados especiais no armazenamento (guarda) do produto em casa. No caso de respostas negativas era perguntado às pessoas entrevistadas se elas tomavam a iniciativa de perguntar ao dispensador sobre os assuntos explorados. É importante lembrar que no caso da última visita realizada na farmácia ou drogaria, existe a possibilidade da pessoa ter ido comprar ou receber medicamento para si ou para outros.

Os dados foram armazenados e analisados através do programa Epiinfo, versão 6.0., com dupla entrada da informação. O plano de análise dos dados incluiu: uma análise descritiva através da distribuição de frequências das variáveis do estudo e estratificação das mesmas pelo tipo de sistema de saúde utilizado, público ou privado, e, no caso da dispensação, por quem atendeu na farmácia (farmacêutico, outros). O teste

do Qui-quadrado foi utilizado para verificar as diferenças de proporções, com nível de significância $p < 0,05$.

ASPECTOS ÉTICOS

O protocolo da pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (anexo 6).

RESULTADOS

CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO AMOSTRADA

Nos 331 domicílios visitados residiam 1.378 pessoas. Destas foram entrevistadas 1.370; oito (0,6%) foram registradas como perdas ou recusas. Para a análise foram consideradas válidas 1.366 entrevistas. Os informantes representaram 30,2% da amostra (N=412), sendo que a maioria era informante de pessoas menores de 15 anos (N=380; 92,2%).

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O número de pessoas por domicílio (tabela 5) variou entre 1 e 11, uma média de 4,9 pessoas/domicílio (SD 1,9), sendo que a maioria delas se encontrava nas residências que tinham entre 4 e 5 pessoas (45,5%).

Tabela 5. Distribuição da população amostrada de acordo com o número de pessoas por domicílio (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Número de pessoas por domicílio	N	%
1	17	1,2
2	81	5,9
3	199	14,6
4	291	21,3
5	330	24,2
6	216	15,8
7	77	5,6
8	104	7,6
9	9	0,7
10	20	1,5
11	22	1,6

A distribuição das características gerais da população amostrada, segundo sexo, idade e estado conjugal, se encontram na tabela 6. O sexo feminino representou 53,1% da amostra. A idade dos indivíduos entrevistados variou de um mês de vida a 98 anos de idade, sendo que existe uma maior frequência de pessoas na faixa etária entre 20 e 49 anos (43,0%). A maioria dos participantes eram solteiros (55,9%).

Tabela 6. Características demográficas da população estudada (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis Demográficas	N	%
Sexo		
Feminino	726	53,1
Masculino	640	46,9
Idade [faixa: 1 mês a 97 anos]		
≤ 4 anos	107	7,8
05 – 19 anos	411	30,1
20 – 49 anos	588	43,0
50 – 64 anos	166	12,2
≥ 65 anos	94	6,9
Estado conjugal		
Casado/união consensual	502	36,7
Solteiro	763	55,9
Divorciado/separado	55	4,0
Viúvo	46	3,4

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Na tabela 7 observa-se a distribuição da população amostrada segundo as características socioeconômicas. A maioria das famílias (54,5%) sobrevivia com renda igual ou menor a três salários mínimos (R\$ 600,00), 59,1% tinham até quatro anos de estudo e 62,4% não exerciam nenhuma atividade econômica. A proporção de pessoas ocupadas foi de 37,6%. Entre as pessoas sem ocupação destacam-se os estudantes (29,7%) e entre as ocupadas os autônomos (11,8%) e os trabalhadores de serviços (10,2%).

CONDIÇÕES DE SAÚDE

Entre os entrevistados, 227 (16,6%) afirmaram ter doença crônica. A frequência é maior entre os homens até a idade de 19 anos. A partir daí as mulheres passam a apresentar maior prevalência. No geral observa-se maior proporção de doenças crônicas entre as mulheres (62,1%) do que entre os homens (37,9%) e 64,8% tinham idade de 50 ou mais anos (tabela 8).

COBERTURA POR PLANO DE SAÚDE

Trezentas e setenta pessoas declararam estar cobertas por plano de saúde (27,0%), seja de empresa, órgão público ou plano privado. De maneira geral, a posse de plano ou seguro de saúde aumenta conforme aumenta a renda familiar mensal (Tabela 9).

Tabela 7. Características socioeconômicas da população estudada (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis Socioeconômicas	N	%
Renda familiar mensal		
Sem Renda	10	0,7
Até 1 SM*	140	10,2
1 SM – 2 SM	269	19,7
2 SM – 3 SM	326	23,9
3 SM – 5 SM	239	17,5
5 SM – 10 SM	151	11,1
10 SM – 20 SM	134	9,8
> 20 SM	97	7,1
Escolaridade		
Sem instrução	209	15,3
1º grau menor incompleto	273	20,0
1º grau menor completo/maior incompleto	325	23,8
1º grau completo	97	7,1
2º grau incompleto	116	8,5
2º grau completo	229	16,8
Superior incompleto	52	3,8
Superior completo/pós-graduação	65	4,8
Ocupação		
Não trabalha		
	852	62,4
Aposentado/ pensionista	131	9,6
Desempregado	69	5,1
Dona de casa	121	8,9
Estudante	406	29,7
Não exerce atividade	123	9,0
Outro	02	0,1
Trabalha		
	514	37,6
Autônomo	161	11,8
Funcionário Público	27	2,0
Militar	07	0,5
Profissional Liberal	20	1,5
Proprietário de comércio	44	3,2
Proprietário de serviços	01	0,1
Trabalhador comércio	79	5,8
Trabalhador indústria	36	2,6
Trabalhador serviços	139	10,2

* salário mínimo (outubro/2002) = RS 200,00

Tabela 8. Distribuição dos doentes crônicos segundo sexo e idade. Fortaleza, 2002-2003.

Faixa etária	Sexo		Total (%) (N=227)
	Feminino (N=141; 62,1%)	Masculino (N=86; 37,9)	
≤ 4 anos	20,0	80,0	05 (2,2)
5 – 19 anos	38,5	61,5	13 (5,7)
20 – 49 anos	69,4	30,6	62 (27,3)
50 – 64 anos	63,6	36,4	88 (38,8)
65 +	61,0	39,0	59 (26,0)

Tabela 9. Porcentagem da cobertura por plano de saúde segundo renda familiar mensal. Fortaleza, 2002-2003.

Renda familiar	Freq. (N=1.366)	Cobertura plano de saúde	
		%	% (N=370)
Sem renda	10	0,7	-
Até 1 SM	140	10,2	11,4%
1 – 2 SM	269	19,7	11,5%
2 – 3 SM	326	23,9	17,2%
3 – 5 SM	239	17,5	21,8%
5 – 10 SM	151	11,1	35,8%
10 – 20 SM	134	9,8	66,4%
> 20 SM	97	7,1	74,2%

INDICADORES DE UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

A proporção de pessoas que realizaram no mínimo uma consulta médica nos últimos três meses foi de 45,0% (tabela 10). Estas foram mais freqüentes entre as mulheres (60,3%) e pessoas sem cobertura de planos de saúde (62,1%). Com relação a internamentos hospitalares (tabela 10), 11,4% referiram pelo menos uma internação nos últimos 12 meses.

Tabela 10. Distribuição da população amostrada segundo os indicadores de utilização de serviços de saúde (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Indicadores de utilização de serviços de saúde	N	%
Consulta nos últimos 3 meses		
Nenhuma	751	55,0
1	331	24,2
2	137	10,0
3	87	6,4
4	30	2,2
≥ 5	30	2,2
Hospitalizações nos últimos 12 meses		
	1211	88,7
Nenhuma	119	8,7
1	24	1,8
2	12	0,8
≥ 3		

PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE

Quanto à percepção do estado de saúde, a avaliação ocorreu segundo o ponto de vista da própria pessoa entrevistada (69,8%) ou de seu responsável (30,2%). Verificou-se que 32,7% classificaram o estado de saúde como excelente ou muito bom, 61,0% como bom e 6,3% como ruim ou muito ruim (tabela 11).

Tabela 11. Distribuição da população amostrada segundo a percepção do estado de saúde (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Percepção do estado de saúde	N	%
Excelente	240	17,6
Muito bom	206	15,1
Bom	834	61,1
Ruim	70	5,1
Muito ruim	16	1,2

HÁBITOS SOCIAIS

Entre os entrevistados 26,6% disseram consumir bebidas alcoólicas e 12,4% afirmaram ser fumantes (tabela 12).

Tabela 12. Distribuição da população amostrada segundo hábitos sociais (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Hábitos sociais	N	%
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	364	26,6
Não	1002	73,4
Consumo de Fumo		
Sim	170	12,4
Não	1196	87,6

CONSUMO DE MEDICAMENTOS

O consumo de medicamentos entre os 1.366 entrevistados nas duas últimas semanas foi de 49,7%. Abaixo descreve-se a distribuição do consumo segundo as variáveis demográficas, socioeconômicas, indicadores de condição de saúde e utilização de serviços de saúde.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

O consumo de medicamentos nos últimos 15 dias de acordo com os aspectos demográficos da população estudada pode ser observado na tabela 13.

O consumo de medicamentos é maior no sexo feminino (55,6%); aumenta com a idade, sendo esta tendência linear e significativa; predomina entre os divorciados ou separados e os viúvos, respectivamente, 76,4% e 65,5%; e decresce com o aumento do número de moradores por domicílio, numa tendência linear significativa (tabela 13).

Com base na distribuição do consumo de medicamentos segundo a faixa etária e o sexo (tabela 14), pode-se observar que o consumo entre as mulheres é maior do que entre os homens, exceto para a faixa etária menor ou igual a 4 anos. No sexo feminino a maior proporção de consumo de medicamentos ocorre nas faixas etárias de 65 ou mais anos (85,5%) e entre 50 e 64 anos (65,9%); já no sexo masculino o destaque ficou para as faixas etárias de 65 ou mais anos (70,9) e os com idade igual ou menor a 4 anos (69,1%). A diferença entre os sexos só foi estatisticamente significativa nas faixas etárias de 5 a 19 anos e 20 a 49 anos ($p < 0,01$).

Tabela 13. Prevalência do consumo de medicamentos conforme variáveis demográficas (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis demográficas	N	Prevalência do consumo de medicamentos %
Sexo		
Feminino	726	55,6**
Masculino	640	37,1
Idade [faixa: 1 mês a 97 anos]		
≤ 04 anos	107	60,0
05 – 19 anos	411	33,2
20 – 49 anos	588	46,0
50 – 64 anos	166	59,6
≥ 65 anos	94	79,7
<i>p valor*</i>		< 0,01
Estado conjugal		
Casado/união consensual	502	50,9
Solteiro	763	41,1
Divorciado/separado	55	76,4
Viúvo	46	65,5
Número de residentes no domicílio		
1	17	62,2
2	81	54,6
3	199	56,0
4	291	54,1
5	330	43,7
6	216	40,4
7	77	34,8
8	104	43,0
≥ 9	51	34,5
<i>p valor*</i>		< 0,01

* X^2 de tendência linear; ** X^2 Person: $p < 0,05$

Tabela 14. Proporção dos usuários de medicamentos de acordo com a faixa etária e o sexo. Fortaleza, 2002-2003.

Faixa etária	S E X O			
	Feminino		Masculino	
	N	%	N	%
≤ 4 ano	52	52,0	55	69,1
5 – 19 anos	188	43,1	223	25,1*
20 – 49 anos	331	55,4	257	33,7*
50 – 64 anos	100	65,9	66	50,8
65 + anos	55	85,5	39	70,9
Total	726	55,6	640	37,1

* X^2 person: p valor < 0,05

ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS

Com relação ao consumo de medicamentos segundo as variáveis socioeconômicas (tabela 15), observa-se que a utilização de medicamentos aumenta com o aumento da renda familiar mensal e com o nível de escolaridade; ambos os casos, apresentam tendência linear significativa.

Quanto à ocupação (tabela 15), o consumo predomina entre os aposentados/pensionistas (76,1%), donas de casa (57,9%), funcionários públicos (54,3%) e pessoas que não exercem atividades (53,3%).

INDICADORES DE CONDIÇÃO DE SAÚDE E UTILIZAÇÃO DE SERVIÇOS SAÚDE

A distribuição do consumo segundo as condições de saúde e os indicadores de utilização de serviços de saúde da população estudada pode ser observada na tabela 16. Os maiores consumidores de medicamentos foram as pessoas que referiram algum tipo de doença crônica (88,0%), entre as que possuem planos de saúde (66,0%) e as que se hospitalizaram pelo menos uma vez (62,4%). O consumo também aumenta com a percepção pior do estado de saúde e com o número de consultas nos últimos três meses; ambos os casos, apresentam tendência linear significativa.

Tabela 15. Prevalência do consumo de medicamentos conforme variáveis socioeconômicas (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis socioeconômicas	N	Prevalência do consumo de medicamentos %
Renda familiar mensal		
Até 1 SM*	150	36,3
1 SM – 2 SM	269	39,0
2 SM – 3 SM	326	44,2
3 SM – 5 SM	239	49,3
5 SM – 10 SM	151	56,8
10 SM – 20 SM	134	59,6
> 20 SM	97	66,8
<i>p valor**</i>		< 0,01
Escolaridade		
Sem instrução	209	55,6
1º grau menor incompleto	273	40,0
1º grau menor completo/maior incompleto	325	40,0
1º grau completo	97	47,3
2º grau incompleto	116	44,2
2º grau completo	229	50,9
Superior incompleto	52	65,8
Superior completo/pós-graduação	65	68,6
<i>p valor**</i>		< 0,01
Ocupação		
Aposentado/ pensionista	131	76,1
Desempregado	69	38,0
Dona de casa	121	57,9
Estudante	406	35,1
Não exerce atividade	125	53,3
Autônomo	162	48,5
Funcionário público	34	54,3
Profissional liberal	20	47,2
Proprietário de comércio	44	31,7
Trabalhador comércio	79	42,4
Trabalhador indústria	36	47,5
Trabalhador serviços	139	47,5

* salário mínimo (outubro/2002) = RS 200,00

** χ^2 de tendência linear

Tabela 16. Prevalência do consumo de medicamentos segundo as condições de saúde e os indicadores de utilização de serviços de saúde (N=1.366). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis saúde	N	Prevalência do consumo de medicamentos %
Condições de saúde		
Doença crônica		
Sim	227	88,0
Não	1139	39,0
Percepção do estado de saúde		
Excelente	240	39,1
Muito bom	206	42,7
Bom	834	47,5
Ruim/muito ruim	86	70,0
	<i>p valor*</i>	< 0,01
Indicadores de utilização de serviços de saúde		
Posse de plano de saúde		
Sim	370	66,0
Não	996	40,5
Consulta nos últimos 3 meses		
Nenhuma	751	34,1
1	331	56,0
2	137	70,0
3	87	75,7
≥ 4	60	88,6
	<i>p valor*</i>	< 0,01
Hospitalizações nos últimos 12 meses		
Nenhuma	1211	45,0
1	119	62,4
≥ 2	36	57,8
	<i>p valor*</i>	> 0,05

* χ^2 de tendência linear

FATORES DETERMINANTES DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Apresenta-se, a seguir, os resultados do estudo dentro da nova perspectiva de avaliação, que busca identificar os fatores determinantes do consumo de medicamentos no município de Fortaleza, no período de outubro de 2002 a janeiro de 2003. Para tal as categorias que compõem as variáveis estudadas sofreram alterações, ou seja, foram agrupadas, para facilitar a análise, e foram dispostas na forma de blocos que se apresentam na seguinte ordem, conforme modelo hierárquico proposto anteriormente: 1) bloco socioeconômico; 2) bloco demográfico; 3) bloco saúde; e 4) bloco de avaliação subjetiva.

Conforme a nova disposição das variáveis e suas novas categorias (tabela 17), observou-se uma predominância do consumo de medicamentos entre as pessoas que pertenciam às famílias cuja renda mensal era superior a três salários mínimos (55,2%), com oito ou mais anos de escolaridade (52,7%), do sexo feminino (55,6%), com idade maior ou igual a 50 anos (67,2%), casados (51,0%), de famílias com três ou menos pessoas no domicílio (56,0%), que referiram doença crônica (88,0%), que possuíam cobertura por plano de saúde (66,0%), que realizaram uma ou mais consulta médica nos últimos 3 meses (64,5%) ou que tenham se hospitalizado uma ou mais vezes nos últimos 12 meses (62,0%) e entre os indivíduos cuja percepção do estado de saúde é ruim ou muito ruim (70,0%). Com relação à ocupação, o consumo foi maior entre os não-ocupados (47,2%). As variáveis renda familiar mensal, anos de escolaridade, sexo, idade, estado conjugal, número de residentes por domicílio, ter ou não doença crônica, cobertura por plano de saúde, uma ou mais consultas ou hospitalizações,

respectivamente, nos últimos 3 e 12 meses apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($P < 0,05$).

Na análise bivariada (tabela 18) observou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa entre consumo de medicamentos e as seguintes variáveis: renda familiar mensal maior que três salários mínimos (RP 1,35; IC95% 1,2-1,5), escolaridade maior que oito anos (RP 1,2; IC95% 1,1-1,4), sexo feminino (RP 1,4; IC95% 1,3-1,5), idade entre 50 e 98 anos (RP 1,7; IC95% 1,4-1,9), domicílios com 3 ou menos pessoas (RP 1,3; IC95% 1,1-1,5), doente crônico (RP 2,2; IC95% 2,0-2,2), com cobertura por plano de saúde (RP 1,6; IC95% 1,5-1,7), com uma ou mais consultas nos últimos 3 meses (RP 1,9; IC95% 1,8-2,1), uma ou mais hospitalizações nos últimos 12 meses (RP 1,3; IC95% 1,1-1,4), percepção pior da saúde (RP 1,6; IC95% 1,3-1,9).

Análise multivariada

Na primeira etapa do modelo hierarquizado (bloco de características socioeconômicas; tabela 18) foram introduzidas as variáveis renda familiar, escolaridade e ocupação. Verificou-se que a renda familiar mensal maior que 3 salários mínimos esteve significativamente associada ao consumo de medicamentos, mesmo após ajuste pela escolaridade e ocupação (RP 1,3; IC95% 1,1-1,5), confirmando os achados da análise bivariada. O mesmo não ocorreu com a escolaridade. As variáveis renda, escolaridade e ocupação foram mantidas para a análise dos blocos seguintes (tabela 18).

Na segunda etapa da análise de regressão logística (tabela 18) foi introduzida, além da renda familiar, escolaridade, ocupação e as variáveis pertencentes ao bloco de características demográficas: idade, sexo, estado conjugal e número de moradores/domicílio. O sexo feminino manteve associação positiva e estatisticamente significativa com o consumo de medicamentos nos últimos 15 dias (RP 1,4; IC95% 1,3 – 1,5).

Com relação à idade, após ajuste pelas variáveis citadas acima, percebe-se que a faixa etária entre 50 e 98 anos apresentou uma queda na associação, mas permaneceu associada positivamente ao consumo de medicamentos e apresentou significância estatística (RP 1,4; IC95% 1,2 – 1,6). Estes resultados confirmam os achados da análise bivariada. No estado conjugal a associação existente entre casados e consumo desaparece após os ajustes pelas demais variáveis.

No caso do número de moradores por domicílio, observou-se que, após os ajustes, as variáveis que estavam associadas positivamente, menor ou igual a 3 e 4 a 5 moradores por domicílio, mantiveram a associação, mas não apresentaram significância estatística. As variáveis sexo, idade e número de moradores por domicílio permaneceram no modelo (tabela 18).

Tabela 17. Prevalência do consumo de medicamentos nos últimos 15 dias conforme as variáveis estudadas. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Freq. (N=1.366)	Prevalência de consumo de medicamentos %	p valor
Renda familiar mensal*			
Até 3 salários mínimos	745	40,8	< 0,01
> 3 salários mínimos	621	55,2	
Escolaridade			
≤ 8 anos	904	44,3	< 0,05
> 8 anos	462	52,7	
Ocupação**			
Sim	514	46,4	= 0,78
Não	852	47,2	
Sexo			
Masculino	640	37,1	< 0,01
Feminino	726	55,6	
Idade			
0 a 15 anos	402	38,8	= 0,13
16 a 49 anos	704	44,4	
50 a 98 anos	260	67,2	
Estado conjugal			
Casado	502	51,0	< 0,05
Não-casado	864	44,6	
No. moradores/domicílio			
≤ 3	297	56,0	< 0,05
4 a 5	621	48,5	< 0,05
≥ 6	448	38,4	
Doenças crônicas			
Sim	227	88,0	< 0,01
Não	1139	39,0	
Plano de saúde			
Sim	370	66,0	< 0,01
Não	996	40,5	
Consulta últimos 3 meses			
Sim	751	64,5	< 0,01
Não	615	34,1	
Hospitalização últimos 12 meses			
Sim	155	62,0	< 0,01
Não	1211	45,0	
Percepção da saúde			
Excelente/muito boa	446	40,7	< 0,05
Boa	834	47,5	
Ruim/muito ruim	86	69,9	

*Salário Mínimo R\$ 200,00 (outubro 2002)

De acordo com o modelo teórico, as variáveis do bloco saúde (doença crônica, plano de saúde, consultas nos últimos três meses e hospitalização nos últimos 12 meses) foram ajustadas para as variáveis socioeconômicas e demográficas que permaneceram no modelo.

A presença de doença crônica aparece como forte preditora do consumo de medicamentos pois verificou-se que os resultados permaneceram inalterados (RP 2,1; IC95 1,9-2,2), confirmando a associação positiva e significativa com o consumo de medicamentos encontrada na análise bivariada.

A variável plano de saúde ajustada pelas demais perdeu força na associação, mas manteve-se associada e significativa (RP 1,3; IC95% 1,1-1,4), o mesmo ocorrendo com a variável realização de consultas nos últimos três meses (RP 1,7; IC95% 1,6-1,9); já a realização de internação nos últimos 12 meses continuou associada positivamente, mas sem significância. Permaneceram para o próximo bloco: doença crônica, plano de saúde e consulta nos últimos 3 meses (tabela 18). Na última etapa (bloco variável subjetiva) foram introduzidas todas as variáveis selecionadas nas etapas anteriores do modelo de regressão logística. Observou-se que a percepção pior do estado de saúde após ajuste pelos possíveis confundidores perdeu a significância estatística (tabela 18).

Observando-se os resultados encontrados acima pode-se afirmar que renda familiar mensal, sexo, idade, presença de doença crônica, cobertura por plano de saúde e realização de consultas ao médico nos últimos 3 meses são prováveis fatores determinantes do consumo de medicamentos nos últimos 15 dias.

Tabela 18. Distribuição das variáveis de estudo de acordo com as razões de prevalência bruta e ajustada conforme regressão logística por níveis hierárquicos e seus respectivos intervalos de confiança a 95%. Fortaleza 2002-2003.

Variáveis	RP bruto (IC95%)	RP ajustado ^{*,**} (IC95%)
1. Bloco socioeconômico		
Renda familiar mensal		
Até 3 salários mínimos	1,0 ---	1,0 ---
> 3 salários mínimos	1,3 (1,2 – 1,5)	1,3 (1,1 – 1,5)
Escolaridade		
≤ 8 anos	1,0 ---	1,0 ---
> 8 anos	1,2 (1,1 – 1,4)	1,1 (1,0 – 1,3)
Ocupação		
Sim	1,0 ---	1,0 ---
Não	1,1 (0,9 – 1,2)	1,1 (1,0 – 1,2)
2. Bloco demográfico		
Sexo		
Masculino	1,0 ---	1,0 ---
Feminino	1,4 (1,3 – 1,5)	1,4 (1,3 – 1,5)
Idade		
0 a 15 anos	1,0 ---	1,0 ---
16 a 49 anos	1,1 (0,9 – 1,2)	0,9 (0,7 – 1,1)
50 a 98 anos	1,7 (1,4 – 1,9)	1,4 (1,2 – 1,6)
Estado Conjugal		
Não-casado	1,0 ---	1,0 ---
Casado/união consensual	1,1 (1,0 – 1,2)	1,0 (0,9 – 1,2)
No. de moradores/domicílio		
≤ 3	1,3 (1,1 – 1,5)	1,2 (1,0 – 1,3)
4 – 5	1,2 (1,0 – 1,3)	1,2 (1,0 – 1,4)
≥ 6	1,0 ---	1,0 ---
3. Bloco saúde		
Doenças crônicas		
Não	1,0 ---	1,0 ---
Sim	2,2 (2,0 – 2,2)	2,1 (1,9 – 2,2)
Plano de saúde		
Não	1,0 ---	1,0 ---
Sim	1,6 (1,5 – 1,7)	1,2 (1,1 – 1,4)
Consulta últimos 3 meses		
Não	1,0 ---	1,0 ---
Sim	1,9 (1,8 – 2,1)	1,8 (1,6 – 1,9)
Hospitalização últimos 12 meses		
Não	1,0 ---	1,0 ---
Sim	1,3 (1,1 – 1,4)	1,1 (0,9 – 1,3)
4. Bloco avaliação subjetiva		
Percepção da saúde		
Excelente/muito bom	1,0 ---	1,0 ---
Bom	1,2 (1,1 – 1,4)	1,1 (0,9 – 1,2)
Ruim/muito ruim	1,6 (1,3 – 1,9)	1,3 (0,80 – 1,6)

* RP (IC95%): Razão de Prevalência (intervalo de confiança ao nível de 95%).

** Ajustada para os fatores de confusão pertencentes a um nível hierárquico igual ou superior ao seu.

MEDICAMENTOS CONSUMIDOS

O número de medicamentos utilizados pelos indivíduos (N=679) variou entre 1 e 12 (tabela 19), sendo que 56,4% faziam uso de 1 medicamento, 23,6% de 2 medicamentos, 9,4% de 3 medicamentos e 10,6% 4 ou mais medicamentos. A média do consumo foi de 1,9 medicamentos por pessoa (DP 1,4).

O número total de medicamentos consumidos foi igual a 1.268. O número de especialidades farmacêuticas citadas foi de 557. Dos 1.268 medicamentos, 81,0% foram registrados pelo nome comercial e 18,0% pela denominação comum brasileira. Em 10 casos (1,0%) as pessoas não souberam especificar o nome do medicamento ou sua composição. Preferiu-se, portanto, retirá-los da análise.

Quanto à fonte de indicação dos medicamentos (tabela 19), os médicos foram responsáveis por 71,0% das indicações de tratamento, seguidos pelo uso por conta própria (16,0%), uso indicado por amigos, vizinhos ou parentes (9,2%), por farmacêutico (1,4%) e outros (2,4%). Entre os que afirmaram que o medicamento foi indicado por médico, apenas 22,0% apresentaram a receita médica ao entrevistador.

A distribuição do consumo de medicamentos prescritos e não prescritos segundo idade, sexo e percepção do estado de saúde pode ser vista na tabela 20. Os menores de 5 anos e os de idade entre 50 a 64 anos e 65 ou mais consomem principalmente medicamentos prescritos por médicos, respectivamente, 75,6%, 80,8% e 79,7%, enquanto os na faixa de 5 a 19 anos e 20 a 49 anos os não-prescritos, 50,5% e 49,5%. No sexo feminino e masculino predomina o consumo por prescrição médica,

respetivamente, 57,4% e 56,2%. O consumo de medicamentos prescritos aumenta com o estado pior de saúde e os não prescritos são utilizados mais pelas pessoas que apresentam estado melhor de saúde.

Com relação aos dias de uso no período de estudo (tabela 21), observa-se que 46,6% dos medicamentos foram utilizados todos os dias, sendo que a maior parte foi ingerida uma única vez ao dia (59,3%). Quanto ao tempo de uso destes produtos, a maioria estava sendo utilizada há mais de um ano (51,9%).

Tabela 19. Consumo de medicamentos nos últimos 15 dias de acordo com seu número por pessoa e fonte de indicação. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	N	%
Número de medicamentos consumidos por pessoa	679*	
1	383	56,4
2	160	23,6
3	64	9,4
≥ 4	72	10,6
Fonte de indicação do medicamento	1.258**	
Médico	900	71,0
Conta própria	204	16,0
Parente, amigo, vizinho	117	9,2
Farmacêutico	18	1,4
Propaganda	07	0,6
Balconista	07	0,6
Outros profissionais da saúde	07	0,6
Outros	07	0,6

* número de pessoas que consumiram medicamentos nos últimos 15 dias (unidade de análise = pessoa)

** número de medicamentos consumidos (unidade de análise = medicamento)

Tabela 20. Distribuição do consumo de medicamentos prescritos e não prescritos, segundo idade, sexo e percepção do estado de saúde (N=679*). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	N	Prescritos (%)	Não-prescritos (%)	Misto (%)
Idade				
≤ 4 anos	66	75,6	14,3	10,1
05 – 19	147	45,0	50,5	4,5
20 – 49	284	44,4	49,5	6,1
50 – 64	98	80,8	11,6	7,6
65 +	84	79,7	9,4	10,9
Sexo				
Feminino	419	57,4	35,3	7,3
Masculino	260	56,2	37,6	6,2
Percepção do estado de saúde				
Excelente	101	48,5	46,5	5,0
Muito Bom	92	52,4	44,0	3,7
Bom	425	57,5	34,8	7,8
Ruim/muito ruim	61	72,0	19,7	8,3

* unidade de análise = pessoa.

Tabela 21. Distribuição do consumo de medicamentos segundo dias de utilização, quantidade de vezes por dia e seu tempo de uso (N=1.258). Fortaleza, 2002-2003.

Dias de uso *	N**	%
2 dias ou menos	315	25,0
3 – 7 dias	266	21,1
8 – 14 dias	86	6,8
Todos os dias	586	46,6
Não respondeu	5	0,4

Número de vezes por dia		
1	746	59,3
2	337	26,8
3	129	10,3
≥ 4	38	3,0
Não respondeu	8	0,6

Duração do uso		
1 mês ou menos	352	28,0
Entre 1 e 3 meses	121	9,6
Entre 4 e 6 meses	64	5,1
Entre 7 e 12 meses	60	4,8
Acima de 12 meses	653	51,9
Não sabe	08	0,6

* uso dentro dos últimos 15 dias; ** número de medicamentos consumidos (unidade de análise = medicamento).

QUALIDADE DOS MEDICAMENTOS

Quanto à qualidade dos medicamentos consumidos (tabela 22), observa-se a predominância do uso de produtos que contêm em sua composição apenas um fármaco (72,3%), produtos de valor intrínseco elevado (63,5%) e os presentes em listas de medicamentos essenciais (56,7%). O consumo de produtos que apresentam em sua composição dois ou mais fármacos e os de valor intrínseco não elevado (valor relativo, duvidoso/nulo e inaceitável) apresentam frequências preocupantes, respectivamente, 27,7% e 36,5%. O número de fármacos por especialidade farmacêutica variou de 1 a 22, uma média de 1,8 fármacos por especialidade farmacêutica (DP 2,1).

Tabela 22. Medicamentos consumidos segundo composição, valor intrínseco e presença em lista de medicamentos essenciais (N=1.258). Fortaleza 2002-2003.

	N*	%
Número de fármacos por medicamento		
1	910	72,3
2	139	11,0
3	106	8,4
≥ 4	103	8,2
Valor intrínseco		
Elevado	799	63,5
Relativo	65	5,2
Duvidoso/nulo	391	31,1
Inaceitável	03	0,2
Medicamento essencial		
Sim	713	56,7
Não	545	43,3

* número de medicamentos consumidos (unidade de análise = medicamento)

Analisando a fonte de indicação dos medicamentos com o valor intrínseco dos mesmos (tabela 23), observou-se que os médicos (72,3%), outros profissionais da saúde (71,4%) e a categoria “outros” (50,0%) indicaram principalmente medicamentos de valor intrínseco elevado, enquanto que as pessoas que utilizaram por conta própria (58,8%) ou as que tiveram os produtos indicados por parentes, amigos e vizinhos (59,0%), farmacêuticos (55,6%), balconistas (57,1%) e propaganda (57,1%) utilizaram mais medicamentos de valor não elevado.

Tabela 23. Medicamentos consumidos de acordo com a fonte de indicação e seu valor intrínseco (N=1.258*). Fortaleza, 2002-2003.

Fonte indicação	VIE**		VINE**	
	N	(%)	(%)	(%)
Médico	900	72,3	27,7	
Conta própria	204	41,2	58,8	
Parente, amigo, vizinho	117	41,0	59,0	
Farmacêutico	18	44,4	55,6	
Balconista	07	42,9	57,1	
Propaganda	07	42,9	57,1	
Outros profissionais de saúde	07	71,4	28,6	
Outros	07	50,0	50,0	

* unidade de análise = medicamento.

** VIE = valor intrínseco elevado e VINE = valor intrínseco não elevado (valor relativo, duvidoso/nulo e inaceitável)

CATEGORIA LEGAL

Com relação à distribuição dos medicamentos consumidos segundo a categoria legal (tabela 24), observa-se que houve maior consumo de produtos sujeitos à

apresentação de prescrição médica (49,8%), seguido de perto pelos de venda livre (43,6%). Os de controle especial representaram 6,6% da amostra total. O grupo que possui mais associações medicamentosas e o maior número de produtos de valor intrínseco não elevado é o de venda livre, respectivamente 41,1% e 63,0% (tabela 25 e 26).

Tabela 24. Medicamentos consumidos segundo sua categoria legal (N=1.258*). Fortaleza, 2002-2003.

Categoria Legal	N	%
Venda livre	548	43,6
Prescrição	627	49,8
Controle especial	83	6,6

* unidade de análise = medicamento.

Tabela 25. Proporção de medicamentos com associações medicamentosas de acordo com a categoria legal (N=1.258*). Fortaleza, 2002-2003.

Categoria Legal	N	%
Venda livre	548	41,1
Sujeitos a prescrição	627	18,2
Controle especial	83	10,8

* unidade de análise = medicamento.

Tabela 26. Proporção de medicamentos com valor terapêutico não elevado de acordo com a categoria legal (N=1.258*). Fortaleza, 2002-2003.

Categoria Legal	N	VINE** (%)
Venda livre	548	63,0
Sujeitos a prescrição	627	16,6
Controle especial	83	10,8

* unidade de análise = medicamento. ** VINE = valor intrínseco não elevado

Quanto à fonte de indicação dos medicamentos (tabela 27), observa-se que os médicos indicaram principalmente medicamentos sujeitos à apresentação de receita médica (60,8%); já as pessoas que consomem medicamentos por conta própria e aqueles indicados por parentes amigos e vizinhos utilizaram mais os medicamentos de venda livre, respectivamente, 79,4% e 74,4%. Entretanto, chama a atenção o fato destas pessoas também fazerem uso de produtos que só poderiam ser dispensados com a apresentação da receita médica, respectivamente 20,1% e 24,8%, ou, em alguns casos, com a retenção da mesma (controle especial), 0,5% e 0,9%.

Entre os produtos indicados pelos farmacêuticos, o destaque recai sobre os produtos de venda livre (61,1%), mas existe indicação de medicamentos sujeitos à prescrição médica (38,9%); já os outros profissionais de saúde, apesar da baixa frequência, costumam indicar produtos de todas as categorias legais, chamando a atenção a indicação, em um caso (14,3%), de produto de controle especial (tabela 27).

Entre as pessoas que se basearam na propaganda (tabela 27), todos consumiam medicamentos de venda livre. Outras pessoas não identificadas (N=07) também indicaram medicamentos para as pessoas que declararam consumir medicamentos nos últimos 15 dias, sendo que a principal indicação foi de produtos sujeitos à prescrição médica (66,7%).

Tabela 27. Distribuição do consumo de medicamentos segundo a fonte de indicação e categoria legal em que se enquadra o produto consumido (n=1.258*). Fortaleza, 2002-2003.

Categoria Legal		Venda Livre	Prescrição	Controle Especial
Fonte de Indicação	N	%	%	%
Médico	891	30,2	60,8	9,0
Conta própria	204	79,4	20,1	0,5
Parente, amigo, vizinho	117	74,4	24,8	0,9
Farmacêutico	18	61,1	38,9	-
Outros profissionais saúde	07	42,9	42,9	14,3
Balconista	07	85,7	14,7	-
Propaganda	07	100,00	-	-
Outros	07	42,9	57,1	-

* unidade de análise = medicamento.

GRUPOS E SUBGRUPOS TERAPÊUTICOS

Os produtos mais consumidos de acordo com o primeiro nível da classificação ATC foram (tabela 28): os utilizados no sistema nervoso central (25,4%), seguido dos produtos para o aparelho digestivo e metabolismo (16,2%), aparelho cardiovascular (15,3%) e aparelho respiratório (10,0%). Os 33,1% restantes correspondem a medicamentos para o aparelho músculo-esquelético (6,4%), antiinfeciosos de uso sistêmico (6,3%), produtos dermatológicos (4,7%), geniturinário, incluindo hormônios sexuais (4,6%), os que atuam no sangue e órgãos hematopoiéticos (3,1%), antiparasitários (2,6%), hormônios de uso sistêmico, exceto os sexuais (1,6%), os preparados utilizados nos órgãos do sentido (1,5%), antineoplásicos e agentes

imunomoduladores (0,3%) e, em 2,1%, fitoterápicos e fórmulas magistrais não classificados pelo ATC.

Tabela 28. Distribuição do consumo de medicamentos segundo grupo terapêutico, primeiro nível da classificação ATC (N=1.258*). Fortaleza, 2002-2003.

Grupo terapêutico	N	%
Sistema nervoso central	320	25,4
Aparelho digestivo e metabolismo	204	16,2
Aparelho cardiovascular	192	15,3
Aparelho respiratório	126	10,0
Antiinfeciosos de uso sistêmico	78	6,2
Aparelho músculo-esquelético	80	6,4
Geniturinário, incluindo hormônios sexuais	59	4,7
Produtos dermatológicos	58	4,6
Sangue e órgãos hematopoiéticos	39	3,1
Antiparasitários	33	2,6
Hormônios de uso sistêmico, exceto os sexuais	20	1,6
Órgãos do sentido	19	1,5
Antineoplásicos e agentes imunomoduladores	04	0,3
Não classificados	26	2,1

* unidade de análise = medicamento.

Na tabela 29 encontra-se a distribuição dos medicamentos por subgrupo da classificação ATC (segundo nível). Os mais frequentes foram: os analgésicos (18,5%), seguidos das vitaminas, suplementos minerais e tônicos (8,5%), antibacterianos para uso sistêmico (5,5%), antiinflamatórios/antireumáticos (5,4%), agentes de ação no sistema renina-angiotensina (4,8%), antiasmáticos (4,4%) e hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (4,1%). A distribuição dos fármacos responsáveis por 46,0% do consumo de medicamentos encontra-se na tabela 30. O paracetamol, a dipirona, o ácido

acetilsalicílico, o ácido ascórbico e o diclofenaco foram responsáveis por 19,6% do consumo geral de medicamentos.

No cruzamento das informações relativas aos subgrupos terapêuticos mais consumidos com a fonte de indicação (tabela 31) verifica-se que os médicos foram responsáveis pela indicação de todos os produtos diuréticos, dos bloqueadores de canais de cálcio, antidiabéticos, preparados para uso oftálmico, hipercolesterolemia, terapia cardíaca e antiepiléticos. Observa-se também a predominância da indicação médica de produtos como vitaminas/minerais e tônicos, antiinfeciosos, antiinflamatórios, agentes de ação no sistema renina-angiotensina, antiasmáticos, hormônios sexuais e moduladores do sistema genital, psicolépticos, antiácidos/tratamento da úlcera péptica/flatulência, psicoanalépticos, anti-histamínicos, fitoterápicos, agentes antitrombóticos, anti-helmínticos, antiespasmódicos e preparações nasais.

A análise de alguns subgrupos terapêuticos (tabela 31) revela a indicação de medicamentos (ou seu uso) por parte de pessoas leigas para tratar doenças que necessitam de diagnóstico clínico e acompanhamento médico. É o caso, por exemplo, dos antibacterianos de uso sistêmico, onde 15,9% foram consumidos por conta própria, 14,5% indicados por parentes, amigos, vizinhos e 1,4% por “outros”; dos agentes de ação no sistema renina-angiotensina, 1,7% indicado por parentes, amigos ou vizinhos; antiasmáticos, 1,8% indicado por parentes, amigos ou vizinhos e 1,8% por conta própria; hormônios sexuais e moduladores do sistema genital, 7,8% por parentes, amigos ou vizinhos, 2,0% outros e 9,8% por conta própria. Também chama a atenção a indicação de psicolépticos por parentes, amigos ou vizinhos (2,6%) e psicoanalépticos por parentes, amigos ou vizinhos (3,3%) e por conta própria (6,7%).

Tabela 29. Distribuição do consumo de medicamentos, segundo o subgrupo terapêutico (2º nível da classificação ATC)*. Fortaleza, 2002-2003.

Subgrupo terapêutico	N	%
Analgésicos	233	18,5
Vitaminas, suplementos minerais, tônicos**	107	8,5
Antibacterianos para uso sistêmico	69	5,5
Antiinflamatório/Antireumáticos	68	5,4
Agentes ação sistema renina-angiotensina	60	4,8
Antiasmáticos	55	4,4
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	51	4,1
Diuréticos	46	3,7
Psicolépticos	38	3,0
Antiácidos, tratamento úlcera péptica e flatulência	33	2,6
Bloqueadores canais de cálcio	33	2,6
Psicoanalépticos	30	2,4
Anti-histamínicos de uso sistêmico	29	2,3
Antidiabéticos	28	2,2
Fitoterápicos	25	2,0
Agentes antitrombóticos	24	1,9
Preparados para a tosse e gripe	23	1,8
Antihelmínticos	22	1,7
Antiespasmódicos, anticolinérgicos, propulsivos	17	1,4
Preparações nasais	16	1,3
Preparações oftálmicas	16	1,3
Agentes redutores do colesterol	15	1,2
Terapia cardíaca	14	1,1
Antiepilépticos	14	1,1
Outros	192	15,3

* unidade de análise = medicamento (N=1.258).

** inclusão de três subgrupos: vitaminas (N=74), minerais (N=22) e tônicos (N=12)

Tabela 30. Distribuição do consumo de medicamento segundo o fármaco*. Fortaleza, 2002-2003.

FÁRMACO	N	%
Paracetamol	77	6,0
Dipirona	55	4,3
Ácido Acetilsalicílico	41	3,3
Ácido Ascórbico	38	3,0
Diclofenaco	38	3,0
Captopril	33	2,6
Orfenadrina + Dipirona + Cafeína	33	2,6
Hidroclorotiazida	24	1,9
Propranolol	22	1,7
Amoxicilina	20	1,6
Salbutamol	20	1,6
Isometepteno +Dipirona + Cafeína	20	1,6
Levonorgestrel + Etinilestradiol	18	1,4
Fenoterol	13	1,0
Mebendazol	13	1,0
Ginkgo Biloba	12	0,9
Enalapril	11	0,9
Sulfametoxazol + Trimetoprima	11	0,9
Bromazepam	10	0,8
Complexo B (B1, B2, B6, PP, B5, H)	10	0,8
Ácido Acetilsalicílico + Carbonato de Sódio + Ácido Cítrico + Bicarbonato de Sódio	09	0,7
Furosemida	09	0,7
Glibenclamida	09	0,7
Neomicina + Bacitracina	09	0,7
Diazepam	08	0,6
Diclofenaco + Paracetamol + Carisoprodol + Cafeína	08	0,6
Levotiroxina	08	0,6
Metformina	07	0,6
Omeprazol	07	0,6
TOTAL	581	45,8

* unidade de análise = medicamento. Consumo maior ou igual a 0,6%

Tabela 31. Distribuição do consumo de medicamentos de acordo com os principais subgrupos terapêuticos e fonte de indicação. Fortaleza, 2002-2003.

Subgrupo Terapêutico	Total	M %	FM %	B %	PA %	CP %	PG %	OPS %	O %
Analgésicos	233	27,0	0,9	1,7	21,5	45,9	1,7	0,9	0,4
Vitaminas, suplementos minerais, tônicos**	107	69,2	2,8	-	9,3	16,8	-	1,9	-
Antibacterianos para uso sistêmico	69	65,2	1,4	1,4	14,5	15,9	-	-	1,4
Antiinflamatório/Antireumáticos	68	55,9	1,5	-	13,2	23,5	-	4,4	1,5
Agentes ação sistema renina-angiotensina	60	98,3	-	-	1,7	-	-	-	-
Antiasmáticos	55	96,4	-	-	1,8	1,8	-	-	-
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	51	78,4	2,0	-	7,8	9,8	-	-	2,0
Diuréticos	46	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Psicolépticos	38	97,4	-	-	2,6	-	-	-	-
Antiácidos, tratamento úlcera péptica e flatulência	33	66,7	-	-	12,1	21,2	-	-	-
Bloqueadores canais de cálcio	33	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Psicoanalépticos	30	90,0	-	-	3,3	6,7	-	-	-
Anti-histamínicos de uso sistêmico	29	72,4	-	-	20,7	6,9	-	-	-
Antidiabéticos	28	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Fitoterápicos	25	84,0	-	-	4,0	8,0	4,0	-	-
Agentes antitrombóticos	24	95,8	-	-	-	4,2	-	-	-
Preparados para a tosse e gripe	23	21,7	4,3	4,3	21,7	47,8	-	-	-
Anti-helmínticos	22	54,5	13,6	4,5	4,5	22,7	-	-	-
Antiespasmódicos, anticolinérgicos, propulsivos	17	64,7	-	-	17,6	11,8	5,9	-	-
Preparações nasais	16	93,8	-	-	-	6,3	-	-	-
Preparações oftálmicas	16	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Agentes redutores do colesterol	15	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Terapia cardíaca	14	100,0	-	-	-	-	-	-	-
Antiepilépticos	14	100,0	-	-	-	-	-	-	-

M=médico; FM=farmacêutico; B=balconista; PA=parente, amigo ou vizinho; CP=conta própria; PG=propaganda; OPS=outro profissional da saúde; O=outros.

Com relação aos analgésicos (tabela 31), a maior parte dos produtos foi consumida por conta própria (45,9%) ou indicada por parentes, amigos e vizinhos (21,5%). No geral sua utilização vem ocorrendo há mais de um ano (66,2%).

Quanto ao valor intrínseco dos medicamentos segundo o subgrupo terapêutico (tabela 32), observa-se que todos os produtos antibacterianos de uso sistêmico, antidiabéticos, agentes redutores do colesterol, terapia cardíaca e antiepiléticos foram classificados como de valor intrínseco elevado, ou seja, sua eficácia e segurança são atestadas por ensaios clínicos controlados. Em outros vários subgrupos existe a predominância de produtos de valor intrínseco elevado. A presença de produtos de baixo valor intrínseco é notória entre os subgrupos de analgésicos, vitaminas/minerais/tônicos, psicoanaléticos, anti-histamínicos de uso sistêmico, fitoterápicos, preparados para tosse e resfriado e preparações nasais.

MOTIVOS DO USO

Os principais motivos que geraram o consumo de medicamentos podem ser vistos na tabela 33. Os medicamentos foram utilizados, principalmente, no alívio de dores de cabeça (11,8%) e no tratamento da hipertensão (11,4%). Outros destaques são o tratamento de estados gripais (6,0%), tratamento da asma (3,3%) e faringite aguda (3,1%).

Tabela 32. Distribuição do consumo de medicamentos segundo os principais subgrupos terapêuticos e valor intrínseco dos medicamentos. Fortaleza, 2002-2003.

Subgrupo terapêutico	N	VIE* (%)	VINE* (%)
Analgésicos	233	43,3	56,7
Vitaminas, suplementos minerais, tônicos	107	9,3	90,7
Antibacterianos para uso sistêmico	69	100,0	-
Antiinflamatório/Antireumáticos	68	66,2	33,8
Agentes ação no sistema renina-angiotensina	60	85,0	15,0
Antiasmáticos	55	63,6	36,4
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	51	88,2	11,8
Diuréticos	46	89,1	10,9
Psicolépticos	38	97,4	2,6
Antiácidos, tratamento úlcera péptica e flatulência	33	63,6	36,4
Bloqueadores canais de cálcio	33	93,9	6,1
Psicoanalépticos	30	46,7	53,3
Anti-histamínicos de uso sistêmico	29	48,3	51,7
Antidiabéticos	28	100,0	-
Fitoterápicos	25	-	100,00
Agentes antitrombóticos	24	95,8	4,2
Preparados para a tosse e gripe	23	8,7	91,3
Anti-helmínticos	22	95,5	4,5
Antiespasmódicos, anticolinérgicos, propulsivos	17	64,7	35,3
Preparações nasais	16	25,0	75,0
Preparações oftálmicas	16	68,8	31,3
Agentes redutores do colesterol	15	100,0	-
Terapia cardíaca	14	100,0	-
Antiepilépticos	14	100,0	-

*VIE= valor intrínseco elevado; VINE= valor intrínseco não elevado (valor relativo, duvidoso/nulo, inaceitável)

Tabela 33. Principais motivos que geraram o uso de medicamentos*. Fortaleza, 2002-2003.

Motivo do uso	N**	%
Dor de cabeça	148	11,8
Hipertensão	143	11,4
Gripe	75	6,0
Asma	41	3,3
Faringite aguda	39	3,1
Depressão	32	2,5
Febre	32	2,5
Diabetes	28	2,2
Parasitoses intestinais	28	2,2
Rinites alérgicas	27	2,1
Contracepção	27	2,1
Estimular/abrir apetite	26	2,0
Terapia de reposição hormonal	22	1,7
Prevenção enfermidades tromboembólica	21	1,7
Alergias	19	1,5
Dor na coluna	17	1,4
Colesterol alto	16	1,3
Glaucoma	15	1,2
Anemia	14	1,1
Dispepsia/má digestão	14	1,1
Dismenorréia	14	1,1
Osteoporose	13	1,0
Enxaqueca	13	1,0
Total	824	65,3

* com frequência igual ou maior a 1,0%.

** unidade de análise = medicamento (N=1.258)

MOTIVOS DO USO VERSUS IDADE, SEXO E RENDA FAMILIAR MENSAL

Os dados relativos ao cruzamento do perfil dos 11 principais motivos que geraram o uso de medicamentos com idade, sexo e renda familiar mensal são apresentados nas tabelas 34, 35 e 36. Nos três casos a unidade de análise é o indivíduo que consumiu medicamentos (N=679).

Com relação à idade (tabela 34), as pessoas que se encontram na faixa etária entre zero e quinze anos consumiram mais medicamentos para tratar gripe (19,9%) e febre (14,0%); os de idade compreendida entre 16 e 49 anos medicamentos para tratar dores de cabeça (32,4%) e, em menor frequência, gripe (5,8%) e faringite (5,5%); os com idade igual ou maior que 50 anos medicamentos para hipertensão (46,2%), diabetes (11,9%) e dor de cabeça (7,7%). Os dados sugerem que existe um perfil diferente entre os menores de 49 anos e maiores de 50 anos, onde de um lado temos doenças agudas e do outro doenças crônicas.

Tabela 34. Principais motivos de uso de medicamentos segundo a idade*. Fortaleza, 2002-2003.

Motivo uso	0-15 (%)	16-49 (%)	50+ (%)
Dor de cabeça	9,36	32,42	7,69
Hipertensão	-	3,06	46,15
Gripe	19,88	5,81	3,30
Asma	6,43	0,92	3,30
Faringite aguda	7,02	5,50	2,75
Depressão	-	4,28	5,49
Febre	14,04	1,22	0,55
Diabetes	-	0,85	11,87
Parasitoses intestinais	9,64	1,83	0,94
Rinite alérgica	5,93	4,21	0,56
Contracepção	-	12,1	-

* unidade de análise = indivíduo (N=679).

Quanto ao sexo (tabela 35), as mulheres utilizaram mais medicamentos para tratar dor de cabeça, hipertensão e medicamentos para evitar filhos (contraceptivos); já os homens utilizaram mais produtos para tratar a dor de cabeça, gripe e hipertensão. Os dados sugerem perfil semelhante nos dois primeiros casos para ambos os sexos. A hipertensão aparece como principal doença crônica e a dor de cabeça como a principal doença aguda a afetar ambos os sexos.

Tabela 35. Principais motivos de uso de medicamentos segundo o sexo*. Fortaleza, 2002-2003.

Motivo uso	Feminino (%)	Masculino (%)
Dor de cabeça	23,57	14,23
Hipertensão	14,05	13,46
Gripe	5,48	13,85
Asma	2,14	4,23
Faringite aguda	4,29	6,54
Depressão	4,29	2,31
Febre	2,38	7,31
Diabetes	4,24	2,5
Parasitoses intestinais	3,0	4,57
Rinite alérgica	2,77	5,13
Contracepção	6,36	-

* unidade de análise = indivíduo (N=679).

Em relação à renda familiar mensal (tabela 36), os dados sugerem perfil semelhante para ambas as classes de renda, onde foram consumidos principalmente medicamentos para tratar de dores de cabeça, hipertensão e gripe. As doenças crônicas, hipertensão e diabetes, apesar de apresentar-se em ambas as categorias, parecem afetar mais os indivíduos de melhor situação econômica.

Tabela 36. Principais motivos de uso de medicamentos segundo a renda familiar mensal*. Fortaleza, 2002-2003.

Motivo do uso	Até 3 SM** (%)	> 3 SM** (%)
Dor de cabeça	20,0	20,0
Hipertensão	11,25	16,11
Gripe	7,81	9,44
Asma	4,06	1,94
Faringite aguda	6,54	4,29
Depressão	1,88	5,00
Febre	6,25	2,50
Diabetes	2,26	4,72
Parasitose intestinal	5,12	2,27
Rinite alérgica	2,43	4,79
Contraceptivo	5,79	6,9

* unidade de análise = indivíduo (N=679).

** SM=salários mínimos (outubro/2002 = R\$ 200,00)

EVENTOS ADVERSOS A MEDICAMENTOS (EAM)

O estudo possibilitou identificar eventos adversos atribuídos aos medicamentos utilizados no período de investigação (tabela 37). Entre os que consumiram medicamentos nos últimos 15 dias (n=679), 63 (9,2%) informaram ter sofrido algum EAM durante o período de uso do medicamento, sendo que esta prevalência reduz para 8,0% após ponderação pelos pesos da unidade amostral. O número de reações mencionadas foi igual a 99, média de 1,6 EAM/pessoa.

Os EAM aumentam de acordo com o número de medicamentos utilizados pelo indivíduo (tabela 37); as mulheres (9,7%) em relação aos homens (5,3%) foram as que mais apresentaram quadros de EAM, embora não haja diferença estatística significativa; a faixa etária mais afetada foi a de idade entre 50 e 64 anos (14,9%); os indivíduos com primeiro grau menor completo tiveram mais problemas (13,4%); os indivíduos que

apresentaram doenças crônicas (12,0%) tiveram mais EAM do que os que apresentavam doenças agudas (6,3%), sendo esta diferença estatisticamente significativa; as pessoas que relataram outras experiências com EAM ao longo da vida (10,0%) foram mais afetados do que os que não os tiveram (7,2%), sendo esta diferença estatisticamente não significativa. A prevalência de EAM também aumenta com a percepção pior do estado de saúde.

O número de medicamentos utilizados variou de 1 a 12, onde 41,3% dos indivíduos fizeram uso de 3 ou mais medicamentos. No total foram consumidos 81 medicamentos, uma média de 2,7 medicamentos por pessoa (SD 2,1), sendo que 69,0% eram monofármacos e 31,0% correspondiam a especialidades com combinações a doses fixas (faixa de variação: 2 a 16 fármacos).

Com relação à distribuição dos indivíduos segundo medicamentos prescritos e não-prescritos, 71,0% das pessoas que sofreram EAM estavam utilizando medicamentos prescritos por médicos, 17,5% não-prescritos e 11,5% prescritos e não-prescritos.

Tabela 37. Prevalência dos eventos adversos a medicamentos (N=679). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	N	Prevalência de EAM (%)
NÚMERO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS		
1	383	4,2
2	160	9,1
3	64	20,1
≥ 4	72	16,6
SEXO		
Feminino	419	9,7
Masculino	260	5,3
IDADE [faixa: 1 mês a 97 anos]		
≤ 4 anos	66	1,6
05 – 19 anos	147	5,7
20 – 49 anos	284	9,3
50 – 64 anos	98	14,9
≥ 65 anos	84	4,7
RENDA FAMILIAR MENSAL		
Até 1 SM*	59	10,3
1 SM – 2 SM	112	9,8
2 SM – 3 SM	148	7,0
3 SM – 5 SM	122	7,3
5 SM – 10 SM	88	7,7
10 SM – 20 SM	85	8,6
> 20 SM	65	6,2
ESCOLARIDADE		
Sem instrução/1º grau menor incompleto	233	5,8
1º grau menor completo/maior incompleto	139	13,4
1º grau completo/2º grau incompleto	99	6,1
2º grau completo	123	7,7
Superior incompleto	37	9,8
Superior completo/pós-graduação	48	8,0
DOENTE CRÔNICO		
Sim	176	12,0
Não	440	6,3
ALGUMA EAM AO LONGO DA VIDA		
Sim	192	10,0
Não	424	7,2
PERCEPÇÃO DO ESTADO DE SAÚDE		
Excelente	95	3,9
Muito bom	86	5,0
Bom	385	8,2
Ruim/Muito ruim	50	17,1

Os medicamentos que mais se envolveram nas reações adversas são apresentados na tabela 38. Conforme o primeiro nível da classificação ATC, 69,0% utilizaram medicamentos para tratar: problemas no sistema cardiovascular (18,5%), sistema nervoso central (16,0%), sistema respiratório (12,3%), antiinfeciosos de uso sistêmico e sistema digestivo e metabolismo, ambos com 11,1%. Entre os subgrupos terapêuticos (2º nível ATC), os mais frequentes foram antimicrobianos (9,9%), analgésicos (8,6%) e hormônios sexuais (7,4%). Estes medicamentos se encontram entre os mais consumidos pela população amostrada (tabela 32).

Os fármacos mais envolvidos com as reações foram (tabela 38): o levonogestrel associado ao etinilestradiol (n=4), seguido da associação orfenadrina, dipirona e cafeína (n=3), isometepteno, dipirona e cafeína (n=3), captopril (n=3), furosemida (n=3), diclofenaco (n=2), paracetamol (n=2), salbutamol (n=2), teofilina associada a efedrina (n=2) e sulfametoxazol associada a trimetoprima (n=2). Os cinquenta e cinco restantes só aparecem uma única vez.

Os órgãos ou sistemas afetados pelos eventos adversos, assim como as reações mais frequentes, são apresentados na tabela 39. Os eventos adversos causaram, principalmente, distúrbios no sistema gastrointestinal (23,2%), sistema nervoso central e periférico (20,2%), distúrbios psiquiátricos (19,2%) e do estado geral (11,1%). Os eventos mais referidos foram tontura (11,1%), dor no estômago (10,1%), sonolência (9,1%), cefaléia (6,1%), náuseas (6,1%), hipotensão e mal-estar geral, ambos com 5,1%. Os 47,3% restantes correspondem a eventos com frequência inferior a 3,0% (tabela 39).

Tabela 38. Características do consumo de medicamentos (N=81 medicamentos). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	N	%
Grupo terapêutico		
Sistema cardiovascular	15	18,5
Sistema nervoso central	13	16,0
Sistema respiratório	10	12,3
Antiinfeciosos de uso sistêmico	9	11,1
Trato alimentar e metabolismo	9	11,1
Sistema músculo-esquelético	8	9,9
Geniturinário incluindo hormônios sexuais	6	7,4
Dermatológico	3	3,7
Hormônios de uso sistêmico, exceto os sexuais	2	2,5
Terapia antineoplásica	2	2,5
Sangue e órgãos hematopoiéticos	1	1,2
Antiparasitários	1	1,2
Órgãos do sentido	1	1,2
Não classificado	1	1,2
Subgrupo terapêutico		
Antibacterianos para uso sistêmico	8	9,9
Analgésicos	7	8,6
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	6	7,4
Antiasmáticos	5	6,2
Antiinflamatório/antireumático	5	6,2
Antiespasmódicos, anticolinérgicos, propulsivos	4	4,9
Diuréticos	4	4,9
Anti-histamínicos	4	4,9
Agentes ação sistema renina-angiotensina	3	3,7
Relaxante muscular	3	3,7
Psicolépticos	3	3,7
Antidiabéticos	2	2,5
Vitaminas	2	2,5
Bloqueadores β -adrenérgicos	2	2,5
Bloqueadores dos canais de cálcio	2	2,5
Agentes redutores do colesterol	2	2,5
Outros	15	18,0
Fármacos		
Levonorgestrel + Etinilestradiol	4	4,9
Captopril	3	3,7
Furosemida	3	3,7
Isometepteno + Dipirona + Cafeína	3	3,7
Orfenadrina + Dipirona + Cafeína	3	3,7
Diclofenaco	2	2,5
Paracetamol	2	2,5
Salbutamol	2	2,5
Sulfaetoxazol + Trimetropima	2	2,5
Teofilina + Efedrina	2	2,5
Outros	55	67,8

Com relação às providências tomadas após o surgimento dos eventos adversos (tabela 40), observou-se que 27 pessoas não tomaram nenhuma providência diante do ocorrido, 18 procuraram orientação médica, 10 suspenderam o tratamento sem procurar nenhuma orientação, 3 lançaram mão de tratamento sintomático, 2 reduziram a dose do medicamento por conta própria, 2 não tomaram nenhuma providência porque o médico havia alertado anteriormente sobre o efeito adverso e 1 procurou orientação com enfermeiro. Não houve registro de situações graves que necessitasse de admissão hospitalar.

Entre as 27 pessoas que não tomaram nenhuma providência, identificou-se que 5 reclamaram de desconforto gastrointestinal após o uso isolado de tamoxifeno, nimesulida, metronidazol, diclofenaco, isometepteno-dipirona-caféina; 4 tomaram, isoladamente, betametasona, dexclorfeniramina, loratadina, orfenadrina-dipirona-caféina e tiveram sonolência; 3 faziam uso de levonorgestrel-etinilestradiol, 2 queixaram-se de tontura e 1 de enjôo; 3 usavam medicação de controle especial, fenobarbital, carbamazepina e diazepam, e queixavam-se, respectivamente, de sono e tontura (dois últimos); 2 fizeram uso de sulfametoxazol-trimetoprima e tetraciclina e tiveram tontura; 2 tomaram paracetamol e butilescopolamina e tiveram queda de pressão. Os 8 restantes isoladamente tomaram e apresentaram os seguintes efeitos: isotretinoína (lábios ressequidos), teofilina-efedrina (mal-estar geral), isometepteno-dipirona-caféina (esquecimento), orfenadrina-dipirona-caféina (prurido), sulfato ferroso-vitamina C-complexo B (aumento no peso), amlodipina (fadiga) e furosemida (poliúria).

Tabela 39. Características dos eventos adversos (N= 99). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	N	%
Órgão/sistema afetado		
Distúrbios do sistema gastrointestinal	23	23,2
Distúrbios dos sistemas nervoso central e periférico	20	20,2
Distúrbios psiquiátricos	19	19,2
Distúrbios do estado geral	11	11,1
Afecções da pele e distúrbios afins	7	7,1
Distúrbios do sistema cardiovascular	6	6,1
Distúrbios do aparelho reprodutor feminino	4	4,0
Distúrbios do metabolismo e da nutrição	2	2,0
Distúrbios do sistema nervoso autônomo	1	1,0
Distúrbios da frequência e do ritmo cardíaco	1	1,0
Distúrbios do sistema urinário	1	1,0
Distúrbios imunológicos	1	1,0
Não classificados	3	3,0
Evento adverso referido		
Tontura	11	11,1
Sonolência	9	9,1
Dor no estômago	10	10,1
Naúsea	6	6,1
Cefaléia	6	6,1
Hipotensão	5	5,1
Mal-estar geral	5	5,1
Urticária	3	3,0
Tremor	3	3,0
Diarréia	3	3,0
Não classificados	3	3,0
Outros	38	38,4

Tabela 40. Providências tomadas após sofrer EAM (N=63). Fortaleza 2002-2003.

Providência	N	%
Nenhuma	27	42,8
Procuraram orientação médica	18	28,6
Suspenderam o tratamento sem procurar nenhuma orientação	10	15,8
Lançaram mão de tratamento sintomático	3	4,8
Reduziram a dose do medicamento por conta própria	2	3,2
Não tomaram nenhuma providência porque o médico havia alertado sobre o efeito adverso	2	3,2
Procurou orientação com enfermeiro	1	1,6

Dezoito procuraram orientação médica, quinze faziam uso de medicamentos sujeitos a prescrição médica e três de venda livre. Os fármacos e os eventos foram os seguintes: levonorgestrel+etinilestradiol (irritação), captopril (1 caso - formigamento nos pés; 1 caso - diarreia, dor nas pernas, dor de cabeça), polimedicação (1 caso - captopril + furosemida + espirinolactona + warfarina + metoprolol + bromazepam: impotência, depressão), furosemida + propranolol (1 caso - depressão), teofilina-efedrina (nervosismo), sulfasalazina (aumento do fluxo menstrual), atorvastatina (mal-estar geral), sinvastatina (diarreia), prednisona (edema, aumento pressão), benzoato de benzila (urticária), risperidona (amenoréia), amitriptilina (tremor nas mãos), clorpropamida (tontura, agônias, tremores), estradiol-noretisterona (dor de cabeça, corpo dolorido), buclizina-complexo B (sonolência), metildopa (queda de pressão, sonolência), tinidazol (dor de estômago).

Entre as pessoas que suspenderam o tratamento sem procurar orientação (n=10), cinco utilizavam medicamentos cuja suspensão sem uma avaliação médica poderia

comprometer seu estado de saúde, pois envolviam os seguintes medicamentos e reações: benzilpenicilina procaína e potássica (mal-estar geral), sulfametoxazol associado a trimetoprima (dor no estômago), salbutamol (tremedeira), diltiazem (dor no estômago) e tramadol (erupção cutânea). Os cinco casos restantes tratavam-se de medicamentos de venda livre e em combinações a doses fixas: neomicina e bacitracina (agitação); ácido acetilsalicílico associado a carbonato de sódio, ácido cítrico, bicarbonato de sódio (dor de cabeça); orfenadrina, dipirona e cafeína (tontura); salicilato de metila, mentol e cânfora (queimação nos dedos); tiamina, extrato de caroba, cabeça-de-negro, salsaparrilha (erupção cutânea).

Duas pessoas reduziram a dose do medicamento por conta própria. Uma delas fazia uso de amoxicilina e reclamou de dores no estômago, a outra usava uma associação de isometepteno com dipirona e cafeína e teve queda de pressão. Outras três lançaram mãos de outros medicamentos para minimizar os efeitos do primeiro: desogestrel (dor de cabeça), dipirona (dor de estômago), paracetamol associado com diclofenaco, carisoprodol e cafeína (dor estômago).

USO DE MEDICAMENTOS E BEBIDAS ALCOÓLICAS

Entre os indivíduos que consumiram medicamentos nos últimos 15 dias, observou-se que 157 (23,0%) informaram ser usuários de bebidas alcoólicas, sem especificar o tipo de bebida, quantidade ou período de uso na semana. Considerando o exposto, fez-se levantamento para saber se os medicamentos que estavam sendo ingeridos por estas pessoas poderiam de alguma forma interagir com o álcool. Verificou-se que 61,0% destas pessoas consumiam produtos cuja interação com álcool

poderia reduzir sua eficácia terapêutica (ranitidina) ou intensificar seus efeitos indesejáveis (metotrexato, metronidazol), assim como alguns medicamentos poderiam intensificar os efeitos do álcool. Destes, 62,5% eram homens e 66,7% se encontravam na faixa etária entre 20 e 49 anos, seguido dos de idade igual ou maior que 50 anos (27,1%) e 6,2% entre 15 e 19 anos.

Alguns exemplos do risco da interação medicamento-álcool são comentados a seguir.

Dos produtos comumente utilizados neste subgrupo, identificamos, principalmente, o paracetamol. Os indivíduos que fazem uso crônico ou excessivo de álcool devem ter maior cuidado ao utilizar estes produtos pois é maior o risco de que ocorram problemas hepáticos graves (hepatotoxicidade).

A interação do ácido acetilsalicílico, diclofenaco, colchicina, dexametasona, naproxeno e fenilbutazona com o álcool aumenta o risco de irritações gastrintestinais. No caso específico das pessoas que consumiam amitriptilina, clordiazepóxido, clomipramina, diazepam, hidroxizine e produtos contendo o carisoprodol ou clorfeniramina, a recomendação é evitar qualquer tipo de bebida alcoólica, caso contrário ocorrerá o aumento do efeito sedativo ocasionado pelos fármacos, o que pode favorecer vários tipos de acidentes (domésticos, ocupacionais, trânsito etc.). A queda de pressão também pode ocorrer quando da associação de álcool com captopril, diltiazem, enalapril, nifedipina e verapamil.

AValiação da Prescrição e Dispensação de Medicamentos

Foram entrevistados 957 indivíduos, considerando que os mesmos preenchiam os critérios de inclusão para o presente estudo: ser maior de 14 anos e ter respondido pessoalmente às perguntas formuladas.

As mulheres constituíam maioria (56,5%). Quanto à idade dos entrevistados (faixa de variação entre 15 e 84 anos), 60,6% tinham de 20 a 49 anos, 16,8% 50 a 60 anos, 14,2% 15 a 19 anos e 8,4% 65 ou mais anos. Boa parte dos indivíduos (51,2%) tinham renda familiar mensal de três ou mais salários mínimos, 48,1% até 3 salários mínimos e 0,7% não tinham renda ou não a declararam (N=3). Um total de 20,5% eram doentes crônicos, 29,4% possuíam plano de saúde, 43,7% haviam realizado uma ou mais consultas nos últimos três meses 11,5% estiveram internados uma ou mais vezes nos últimos 12 meses.

Última consulta ao médico

Com relação à data da última consulta, 23,4% dos indivíduos visitaram o médico a menos de 30 dias da realização da entrevista, 14,1% entre 1 e dois meses, 12,0% entre 2 e 4 meses, 8,7% entre 4 e 6 meses e 36,4% 6 ou mais meses. Dez pessoas não lembraram a data da visita e 41 não responderam ou referiram nunca ter ido ao médico. Ao final 916 pessoas responderam às questões sobre a última consulta médica.

Na tabela 41 pode-se observar a distribuição dos dados relativos à experiência com a última consulta médica, conforme o local da consulta, prescrição de

medicamentos, a ocorrência de indagação médica sobre alergia anterior e uso de outros medicamentos e a frequência da orientação médica sobre como tomar a medicação, os cuidados com as reações adversas e interações medicamentosas e a importância de cumprir o tratamento.

A maioria dos entrevistados visitou o médico no setor público (61,5%). Em 56,4% das visitas o paciente saiu do consultório com uma prescrição médica. Os pacientes do setor público receberam mais indicação de medicamentos do que os do setor privado (tabela 41). Essa diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$).

Quanto ao ato médico que precedeu a indicação de medicamentos, 65,0% dos indivíduos informaram que o médico não havia feito nenhuma pergunta sobre manifestações anteriores de quadros de alergia por medicamento. Com relação a perguntas sobre a possibilidade do indivíduo estar, ou não, em uso de outras medicações, o quadro não foi diferente pois 64,0% informaram que o médico não havia feito este tipo de pergunta (tabela 41). Nos dois casos os pacientes do setor privado foram mais questionados que os do setor público, diferença estatisticamente significativa ($P < 0,05$).

Quanto ao processo de orientação e informação sobre os medicamentos (tabela 41), observou-se que os médicos orientaram em 92,5% das ocasiões sobre como tomar a medicação e 70,6% sobre a importância de cumprir o tratamento. Entretanto, não informaram sobre as possibilidades de surgimento de reações adversas durante o tratamento (73,3%) e sobre a possibilidade de ocorrência de interações medicamentosas (58,2%). Os pacientes do setor privado são mais informados sobre como tomar a

medicação, reações adversas e importância de cumprir o tratamento do que os do setor público. No caso das reações adversas, a diferença foi estatisticamente significativa ($p < 0,05$) e no caso de como tomar a medicação ficou no limite da significância.

Tabela 41. Distribuição dos dados relativos à experiência com a última consulta médica. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Total N (%)	Público N (%)	Privado N (%)	p valor
Prescrição no final da consulta				
(N=904)*				
Sim	510 (56,4)	335 (60,5)	175 (50,0)	<0,05
Durante a consulta o médico perguntou sobre (N=510):**				
a) Alergia anterior				
Sim	178 (35,0)	95 (28,4)	83 (47,4)	< 0,05
b) Uso de outros medicamentos				
Sim	183 (35,9)	105 (31,3)	78 (44,6)	< 0,05
O médico orientou sobre (N=510):**				
a) Como tomar a medicação				
Sim	472 (92,5)	306 (91,3)	166 (94,9)	0,151
b) Reações adversas				
Sim	136 (26,7)	75 (22,4)	61 (34,9)	<0,05
c) Interações medicamentosas				
Sim	213 (41,8)	143 (42,7)	70 (40,0)	0,056
d) Importância de cumprir o tratamento				
Sim	360 (70,6)	227 (67,8)	133 (76,0)	0,053

* Exclui os casos que não lembram (n=12)

** Inclui as pessoas que no item anterior disseram ter recebido prescrição no final da consulta.

Nos casos onde não ocorreu o repasse das informações/orientações por parte dos médicos, os pacientes não tomaram a iniciativa de perguntar, na grande maioria das vezes (tabela 42).

Última compra/aquisição na farmácia/drogaria

Com relação à data da última compra ou recebimento na farmácia, 41,5% dos indivíduos visitaram a farmácia/drogaria a menos de 30 dias da realização da entrevista, 15,0% entre 1 e dois meses, 11,5% entre 2 e 4 meses, 5,2% entre 4 e 6 meses, e 13,0% 6 ou mais meses. Oito pessoas não lembraram a data da última visita, 63 não responderam às perguntas, 23 informaram que a compra ou recebimento era atribuição de outra pessoa e 38 indivíduos referiram nunca terem ido à farmácia. Ao final 833 pessoas responderam às questões sobre a última aquisição de medicamentos na farmácia ou drogaria.

Na tabela 43 pode-se observar a distribuição dos dados relativos à experiência com a última dispensação de medicamentos na farmácia ou drogaria, segundo local da dispensação (setor público ou privado) e perguntas sobre alergia anterior e uso de outros medicamentos.

A dispensação ocorreu, principalmente, no setor privado (86,6%), tendo o balconista como o maior responsável pela mesma (57,1%), seguido do farmacêutico (23,6%) e outros (19,2%) (tabela 43). Entre os “outros”, destaca-se o uso da via telefônica para a aquisição do medicamento (74,4%), prática restrita ao setor privado, seguido do enfermeiro (N=2), médico (N=2) e estagiário (N=4). Trinta e dois indivíduos

não lembram quem realizou a dispensação (20,0%). O farmacêutico esteve mais presente no setor público do que no privado, com diferença estatisticamente significativa.

Tabela 42. Distribuição dos indivíduos de acordo com sua interação com o médico durante o processo da prescrição médica. Fortaleza, 2002-2003.

O paciente tomou a iniciativa de perguntar ao médico sobre:	N (%)
a) Como tomar a medicação (N=38*)	
Sim	06 (15,8)
Não	32 (84,2)
b) Reações adversas (N=373*)	
Sim	27 (7,2)
Não	346 (92,8)
c) Interações medicamentosas (N=296*)	
Sim	06 (2,0)
Não	290 (98,0)
d) Importância de cumprir o tratamento (N=150*)	
Sim	01 (0,7)
Não	149 (99,3)

* número de pacientes que não receberam orientação do médico

Em 67,0% das situações houve dispensação de produtos prescritos por médicos. Durante o processo da dispensação o dispensador não perguntou sobre a possibilidade do indivíduo ter tido algum quadro alérgico na vida ou se ele estava tomando outros medicamentos, respectivamente 90,4% e 90,1% (tabela 43). No último caso as pessoas que atenderam no setor público fizeram mais perguntas sobre o uso de outros medicamentos do que as do setor privado e esta diferença foi significativa ($p < 0,05$).

Quanto à orientação sobre como tomar a medicação (tabela 43), a possibilidade de surgir reações adversas, os cuidados com a interação medicamentosa, a importância de

cumprir o tratamento e cuidados com o armazenamento, não houve, na maioria das vezes, a orientação dos pacientes ou de seus responsáveis, respectivamente em 74,1%, 92,0%, 85,5%, 83,3% e 86,1% dos casos.

Observou-se também que, na grande maioria, os pacientes e/ou seus responsáveis, não manifestaram nenhum interesse em perguntar sobre os assuntos (tabela 44).

Em todas as situações os dispensadores do serviço público prestaram mais orientações do que os do setor privado e estas diferenças foram estatisticamente significantes ($P < 0,05$).

Entre as pessoas que utilizaram a via telefônica ($n=119$), poucos foram os pacientes perguntados (entre 5 e 8) e orientados (entre 2 e 17) dentro dos aspectos abordados na pesquisa.

Na estratificação por quem atendeu na farmácia, observou-se que o farmacêutico pergunta e orienta mais do que os “outros” atendentes (tabela 45). A diferença foi significativa para todas as variáveis exploradas no estudo ($p < 0,05$). Entretanto, quando estratifica-se o atendimento por setor, público (tabela 46) e privado (tabela 47), observa-se que, no setor público, o farmacêutico faz mais perguntas e orienta mais em comparação com os “outros”, mas as diferenças não são significantes. Já no caso do setor privado, a situação é a mesma, exceto no caso da orientação sobre reações adversas, mas as diferenças são estatisticamente significantes ($p < 0,05$).

Tabela 43. Distribuição dos dados relativos à experiência com a última dispensação de medicamentos na farmácia ou drogaria. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Total N (%)	Público N (%)	Privado N (%)	p valor
Dispensador (N=833)*				
Farmacêutico	198 (23,8)	37 (33,0)	161 (22,3)	< 0,05
Durante a dispensação o dispensador perguntou sobre (N=831)**:				
a) Alergia anterior				
Sim	80 (9,6)	16 (14,4)	64 (8,9)	0,07
b) Uso de outros medicamentos				
Sim	82 (9,9)	18 (16,2)	64 (8,9)	< 0,05
O dispensador orientou sobre (N=831)**:				
a) Como tomar a medicação				
Sim	214 (25,8)	45 (40,5)	169 (23,5)	< 0,05
b) Reações adversas				
Sim	65 (7,8)	16 (14,4)	49 (6,8)	< 0,05
c) Interações medicamentosas				
Sim	119 (14,3)	25 (22,5)	94 (13,1)	< 0,05
d) Importância de cumprir o tratamento				
Sim	137 (16,5)	32 (28,8)	105 (14,6)	< 0,05
e) Cuidados com armazenamento				
Sim	114 (13,7)	28 (25,2)	86 (11,9)	< 0,05

** Em todas as variáveis existem 2 casos de pessoas que foram retiradas da presente análise por não lembrarem.

Tabela 44. Distribuição dos indivíduos de acordo com sua interação com o dispensador de medicamentos durante o processo da dispensação. Fortaleza, 2002-2003.

O paciente tomou a iniciativa de perguntar ao dispensador sobre*:	N (%)
a) Como tomar a medicação (N=617)	
Sim	18 (2,9)
Não	599 (97,1)
b) Reações adversas (N=766)	
Sim	12 (1,6)
Não	754 (98,4)
c) Interações medicamentosas (N=712)	
Sim	07 (1,0)
Não	705 (99,0)
d) Importância de cumprir o tratamento (N=694)	
Sim	03 (0,4)
Não	691 (99,6)
e) Cuidados com armazenamento (N=717)	
Sim	01 (0,1)
Não	716 (99,9)

* Em todas as variáveis existem 2 casos em que as pessoas não lembram, que corresponde a 0,2% do total de cada variável.

Tabela 45. Comparação entre os procedimentos executados pelo farmacêutico e outros atendentes (geral). Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Total N (%)	Farmacêutico N (%)	Outros N (%)	p valor
	831	198	633	
Durante a dispensação o dispensador perguntou sobre (N=831)**:				
a) Alergia anterior				
Sim	80 (9,6)	38 (19,2)	42 (6,6)	< 0,05
b) Uso de outros medicamentos				
Sim	82 (9,9)	36 (18,2)	46 (7,3)	< 0,05
O dispensador orientou sobre (N=831)**:				
a) Como tomar a medicação				
Sim	214 (25,8)	93 (47,0)	121 (19,1)	< 0,05
b) Reações adversas				
Sim	65 (7,8)	31 (15,7)	34 (5,4)	< 0,05
c) Interações medicamentosas				
Sim	119 (14,3)	63 (31,8)	56 (8,8)	< 0,05
d) Importância de cumprir o tratamento				
Sim	137 (16,5)	69 (34,8)	68 (10,7)	< 0,05
e) Cuidados com armazenamento				
Sim	114 (13,7)	56 (28,3)	58 (9,2)	< 0,05

Tabela 46. Comparação entre farmacêutico e outros atendentes, segundo o setor público. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Total N (%)	Farmacêutico N (%)	Outros N (%)	p valor
	111	37	74	
Durante a dispensação o dispensador perguntou sobre:				
a) Alergia anterior				
Sim	16 (14,4)	6 (16,2)	10 (13,5)	0,07
b) Uso de outros medicamentos				
Sim	18 (16,2)	6 (16,2)	12 (16,2)	1,0
O dispensador orientou sobre:				
a) Como tomar a medicação				
Sim	45 (40,5)	18 (48,6)	27 (36,5)	0,22
b) Reações adversas				
Sim	16 (14,4)	04 (10,8)	12 (16,2)	-
c) Interações medicamentosas				
Sim	25 (22,5)	09 (24,3)	16 (21,6)	0,74
d) Importância de cumprir o tratamento				
Sim	32 (28,8)	14 (37,8)	18 (24,3)	0,14
e) Cuidados com armazenamento				
Sim	28 (25,2)	12 (32,4)	16 (21,6)	0,22

Tabela 47. Comparação entre farmacêutico e outros atendentes, segundo o setor privado. Fortaleza, 2002-2003.

Variáveis	Total N (%)	Farmacêutico N (%)	Outros N (%)	p valor
	720	161	559	
Durante a dispensação o dispensador perguntou sobre:				
a) Alergia anterior				
Sim	64 (8,9)	32 (19,9)	32 (5,7)	< 0,05
b) Uso de outros medicamentos				
Sim	64 (8,9)	30 (18,6)	34 (6,1)	< 0,05
O dispensador orientou sobre (N=831)**:				
a) Como tomar a medicação				
Sim	169 (23,5)	75 (46,6)	94 (16,8)	< 0,05
b) Reações adversas				
Sim	49 (6,8)	27 (16,8)	22 (3,9)	< 0,05
c) Interações medicamentosas				
Sim	94 (13,1)	54 (33,5)	40 (7,2)	< 0,05
d) Importância de cumprir o tratamento				
Sim	105 (14,6)	55 (34,2)	50 (8,9)	< 0,05
e) Cuidados com armazenamento				
Sim	86 (11,9)	44 (27,3)	42 (7,5)	< 0,05

DISCUSSÃO

A população amostrada é representativa da população de Fortaleza pois encontrou-se semelhanças ao comparar os dados relativos à idade, sexo, escolaridade e número de habitantes/domicílio com os resultados do Censo de 2000 (IBGE, 2001).

A prevalência do consumo de medicamentos encontrada em Fortaleza (49,7%) foi similar àquela determinada para o nordeste do Brasil (50,2%) no estudo realizado pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2003). Difere, no entanto, dos valores encontrados em outros estudos realizados em diferentes cidades brasileiras (Vilarino et al., 1998; Simões, 1990; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983; Nitschke et al., 1981), onde o consumo variou de 24,7% a 70,0%. Comparando-se ao consumo geral no Brasil, 57,0% (Brasil, 2003), o valor encontrado é inferior, mas ainda maior do que o observado em países como Espanha, 44,8% (Figueiras et al., 2000), e Noruega, 36,1% (Eggen, 1997).

O estudo evidencia a medicalização da sociedade, estimulada pelos médicos e, provavelmente, pela mídia. O consumo de medicamentos identificado é semelhante ao de outras regiões do país e do mundo. Entretanto, algumas particularidades chamam a atenção, considerando as mudanças que estão ocorrendo no setor saúde.

FATORES DETERMINANTES DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS

A renda familiar mensal aparece como determinante importante do consumo de medicamentos pois observou-se que as pessoas com renda familiar superior a três salários mínimos consomem 1,3 vezes mais medicamentos do que aqueles com renda igual ou inferior a três salários mínimos. Tal resultado evidencia o poder aquisitivo das

peçoas como fator preditivo para o uso de medicamentos, o que também foi verificado em recentes pesquisas realizada pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2003) e por Fernandes (1998). Os dados demonstram que existe uma iniquidade no acesso.

A situação é preocupante, considerando que boa parte da população brasileira depende do SUS para ter acesso aos medicamentos, que existem evidências de uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas nos estratos sociais mais baixos (Lessa et al., 1996) e que o Estado vem falhando na distribuição gratuita de medicamentos essenciais à população (Brasil, 2003; Idec, 2003; Correia, 2000; Fernandes, 1998). No caso específico dos pacientes carentes com doenças crônicas, o não-acesso força o comprometimento da renda familiar ou favorece o abandono do tratamento, o que pode ocasionar agravamento do estado de saúde e conseqüente expansão dos gastos com internações e atendimentos ambulatoriais.

Teixeira (1999), em sua pesquisa sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo em ambulatório de um hospital público de Fortaleza, ilustra bem a situação descrita acima. No estudo, a autora observou que dos 266 medicamentos prescritos para os 177 pacientes que realizaram consulta em dito ambulatório, só 91 (34,2%) foram encontrados no setor público, 136 foram adquiridos no setor privado e 39 não foram adquiridos. O comprometimento da renda familiar nas classes baixas pode ser visto no estudo realizado por Fernandes (1998), em Fortaleza, onde a despesa média mensal familiar com assistência à saúde, nos domicílios selecionados foi de 38,5% do salário mínimo, onde, por tipo de despesa, os medicamentos tiveram a maior proporção

percentual (55,5%). A autora considerou as despesas, entre as classes D e E, proporcionalmente elevadas em relação aos demais gastos domésticos.

A escolaridade apresentou-se associada ao consumo de medicamentos, mas com significância limitrofe para as pessoas com mais de 8 anos de estudo. Nos trabalhos internacionais, o grau de escolaridade aparece, principalmente, relacionado ao aspecto do consumo por automedicação, com tendência crescente de consumo entre os mais escolarizados (Figueiras et al., 2000; Mestanza e Pamo, 1992). No Brasil, Franco e cols. (1987) evidenciaram a mesma coisa. De modo geral, um maior nível de escolaridade está associado a um maior conhecimento e discernimento sobre o processo saúde-doença, porém é a maior renda que propicia uma maior cobertura a planos de saúde e acesso aos serviços de saúde (Lima et al, 2002).

Com relação ao gênero, o consumo de medicamentos foi 1,4 vezes maior no sexo feminino que no masculino. Eggen (1994) encontrou resultado semelhante em Tromsø-Noruega. A maior prevalência é, também, evidente em outros estudos nacionais (Vilarino et al., 1998; Simões, 1990; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983; Nitschke et al., 1981) e internacionais (Al Windi et al., 2002; Figueiras et al., 2000; Eggen, 1997, 1994), e independe do tipo de consumo, com ou sem prescrição.

As mulheres em relação aos homens costumam cuidar mais de si e, historicamente, são responsáveis pelo cuidado com a saúde de sua família (Tezoquipa et al., 2001). Portanto, estão mais atentas à sintomatologia das doenças e costumam procurar precocemente ajuda. As mulheres, em relação aos homens, são as que mais utilizam os serviços de saúde (Loyola Filho et al., 2003; Mendoza-Sassi et al., 2003;

Correia, 2000; Fernandes, 1998). É provável que este fato esteja associado também a maiores oportunidades de atendimento nas unidades de saúde, tendo em vista os programas específicos existentes. Por outro lado, as mulheres também são submetidas a uma maior pressão da classe médica e da mídia, em relação a problemas específicos de cada fase da vida, como é o caso dos incômodos do período menstrual (Eggen, 1994), da menopausa e a sua sintomatologia associada (Pedro et al., 2002). Todos esses aspectos contribuem para que as mulheres tenham maiores chances de exposição a medicamentos.

No estudo observa-se que o consumo aumenta com a idade e que o mesmo é 1,4 vezes maior entre as pessoas de 50 ou mais anos em comparação com as demais faixas etárias. Estudos realizados por Al-Windi e cols. (2000), Figueiras e cols. (2000), e Eggen (1997, 1994) evidenciaram um maior consumo com o aumento da idade. No estudo realizado pelo Conass (Brasil, 2003), a prevalência do consumo na faixa etária de 56 anos ou mais foi de 73,3%, e em estudo realizado na Espanha (Figueiras et al., 2000) o consumo foi maior na faixa de 60 ou mais anos (71,1%). Esses dados acompanham as evidências encontradas para esta associação.

A princípio, na análise bivariada, o número de moradores por domicílio apresentou associação significativa com consumo de medicamentos, principalmente nas famílias com 3 ou menos pessoas, mas após os ajustes pelas variáveis de confusão perdeu a significância estatística. O resultado é contraditório pois esperava-se que o maior número de pessoas no domicílio influenciasse o maior aparecimento de doenças e, conseqüentemente, do consumo de medicamentos. No caso em questão não existem dados na literatura para comparação. Apenas no trabalho realizado por Figueira e cols.

(2000) encontra-se o maior consumo por automedicação associado entre pessoas que vivem sozinhas. Na descrição geral do consumo de medicamentos em Fortaleza existe um indicativo de maior prevalência entre os indivíduos que moram sozinhos (62,2%).

Padecer de doença crônica foi o maior preditor do consumo de medicamentos. As pessoas com patologias crônicas consumiram 2,1 vezes mais medicamentos que os que não possuíam tais patologias. Esse é o tipo de preditor esperado, já que as pessoas nessas condições dependem de medicamentos para melhorar sua qualidade de vida. Eggen (1994), em Tromso-Noruega, também encontrou associação positiva entre doentes crônicos e uso de medicamentos, onde os homens apresentavam maior consumo que as mulheres ($p < 0,05$).

A cobertura por plano de saúde também foi considerado possível fator determinante do consumo. Lima e cols. (2002), a partir dos dados da PNAD de 1998, constataram que o aumento da cobertura por planos de saúde está diretamente relacionada com a renda familiar mensal, e que existe uma associação positiva desta última com as taxas de consultas médicas, o que, sem dúvida, favorece o maior acesso aos serviços de saúde, além da indicação e aquisição de medicamentos por parte dos mais favorecidos financeiramente.

Ter se consultado nos últimos 3 meses apresentou associação positiva e significativa com o consumo de medicamentos. As pessoas que haviam realizado alguma consulta nos últimos 3 meses consumiram 1,8 vezes mais medicamentos que os que não realizaram nenhuma consulta. Este fato pode estar relacionado à crescente

medicalização da sociedade, onde toda consulta médica tem que terminar com uma prescrição. É o que aponta Correia (2000), Fernandes (1999) e Eggen (1994).

No estudo realizado por Correia (2000) em duas microrregiões do Estado do Ceará, o autor verificou que 90,0% dos usuários que se consultaram, nas duas microrregiões, motivados por uma doença, receberam um tratamento. Fernandes (1999) reportou em seu estudo realizado em Fortaleza, que entre as pessoas que buscaram atendimento médico, 87,9% receberam prescrição de medicamentos ao final da consulta. Segundo Correia (2000), o elevado percentual de receitas pode estar relacionado à boa qualidade da atenção em saúde, mas também pode refletir o interesse do profissional de levar a consulta a um desfecho, saltando etapas precedentes essenciais de exame do paciente e formulação de um diagnóstico. Vale lembrar que nos estudos efetuados pela Prefeitura de Fortaleza, o atendimento é considerado como de baixa qualidade, tendo em vista o pouco tempo que o profissional médico dedica a seu cliente. Por trás deste fato pode estar a alta demanda de atendimento e o baixo número de recursos humanos (Fortaleza, 2003, 2000).

Entre os autores internacionais pesquisados, Eggen (1994), em Tromso-Noruega, foi o único a pesquisar esta relação, e encontrou associação positiva e significativa. No estudo verifica-se que os homens consultam mais que as mulheres ($p < 0,05$).

Apesar do estudo ter apontado uma associação positiva, mas não estatisticamente significativa entre consumo de medicamentos e ocupação, cabe observar que esse tipo de associação foi identificada por Figueiras (2000), na Espanha. O autor verifica que as pessoas desempregadas consomem 1,3 vezes mais medicamentos que as ocupadas. O

consumo entre os estudantes também é 1,2 vezes maior que entre os ocupados. Mestanza & Pamo (1992), em Lima-Peru, também encontraram altas prevalências de consumo entre donas de casa, estudantes e desocupados, que praticavam automedicação.

No estudo a associação entre percepção do estado de saúde e consumo de medicamentos perdeu sua significância quando ajustada para os fatores de confusão. Entretanto, é uma variável importante, pois as pessoas com estado pior de saúde tenderão a buscar mais assistência médica ou outras alternativas para melhorar o seu estado de saúde. Al-Windi e cols. (2000) evidenciou, na Suécia, que o estado pior de saúde estava associado a um maior consumo de medicamentos prescritos pelos médicos.

CARACTERÍSTICAS DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS

Com relação à fonte de indicação dos medicamentos consumidos, verifica-se uma alta indicação médica. É possível que este fato esteja relacionado com a maior acessibilidade da população aos serviços de saúde, o que já pode ser reflexo da municipalização da saúde. Entretanto, esta informação deve ser considerada com cuidado, pois apenas 22,0% das pessoas apresentaram as correspondentes receitas médicas durante a entrevista. Portanto, não se pode descartar que esta variável esteja superestimada por casos onde o indivíduo faz uso de medicamento baseado em prescrições médicas anteriores, situação que inclui os indivíduos que fazem uso contínuo de medicamentos sem avaliações médicas periódicas, devido às dificuldades no acesso ao sistema de saúde.

A preocupação tem como base os estudos efetuados anteriormente, onde existe uma boa parcela das populações estudadas que consome medicamentos com base em prescrições médicas anteriores por sua própria vontade, o que caracteriza situação de automedicação (Vilarino et al., 1998; Arrais et al., 1997; Simões, 1990; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983). Em Winnipeg (Canadá) este fato é comum (Segall, 1990). As pessoas costumam guardar as receitas médicas e as sobras de medicamentos prescritos para uso em outras ocasiões.

Por outro lado, a alta prevalência no consumo de medicamentos e o grande número de produtos prescritos pelo médico também pode significar a resolução mais fácil de problemas de saúde ocasionados pelos estilos de vida das pessoas, de maneira que ainda persiste no sistema municipal a assistência médica curativa em lugar da preventiva.

A elevada indicação de medicamentos por médicos também foi evidenciado em outros estudos realizados no país (Loyola et al., 2002; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983). Nos estudos com grupos de crianças, gestantes e idosos essa frequência tende a ser maior (Fonseca et al., 2002; Monseguí et al., 1999; Bricks e Leone, 1996; Béria et al., 1993).

A propaganda de medicamentos não aparece como importante fator determinante do seu consumo, fato este também observado em outros trabalhos publicados no Brasil (Vilarino et al., 1998; Simões, 1990; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983). Entretanto, vale considerar que na mídia a propaganda que pode ser veiculada é a que trata de medicamentos de venda livre, justamente os mais utilizados pelas pessoas que

consumiram medicamentos por conta própria (79,4%) ou por indicação de parentes, amigos e vizinhos (74,4%).

A influência da propaganda no comportamento do indivíduo foi avaliada no estudo sobre a imagem da propaganda no Brasil, realizado pela Associação Brasileira de Propaganda – ABP (ABP, 2002), onde se constata que 87,0% da população amostrada admitia que a propaganda veiculada na mídia exercia algum tipo de influência na tomada de decisões. Por outro lado, Tavares (2000) aponta a propaganda na televisão e os folhetos de promoções como a fonte de informação que mais influencia as decisões de compras dos consumidores em drogarias de Montes Claros-MG. Portanto, não se pode descartar totalmente a grande influência da propaganda no processo de indução ao consumo de determinados medicamentos. Na verdade a propaganda deixa uma mensagem subliminar gravada na mente das pessoas, que se manifesta nas ocasiões oportunas.

A participação de parentes, amigos e vizinhos na indicação de medicamentos apesar de pouco freqüente, foi importante. Entretanto, como ressalta Barros (1983), a fonte original que gerou o conhecimento e influenciou o consumo fica encoberta, não se descartando a possibilidade de que esteja baseada principalmente em experiências anteriores com tratamentos, prescritos ou não, e que deram bons resultados.

Outro fato que pode contribuir na geração de conhecimento sobre doenças e tratamentos são as constantes notícias e programas educativos veiculados nos meios de comunicação de massa que, desta forma, tornam-se importantes fontes de promoção de medicamentos para a comunidade.

A classificação dos medicamentos consumidos, segundo o órgão ou sistema (primeiro nível da classificação ATC), identifica um perfil de consumo idêntico ao encontrado em outras regiões brasileiras e em outros países, como o Chile e a Espanha, onde prevalecem preparados para uso no sistema nervoso central, aparelho digestivo e metabolismo, aparelho cardiovascular e aparelho respiratório (Brasil, 2003; Sans et al., 2002; Danhier et al., 1991; Barros, 1983).

No estudo verificou-se que os analgésicos, principalmente os analgésicos/antipiréticos, foram os produtos mais consumidos e utilizados, principalmente para o tratamento da dor de cabeça. Nos estudos de utilização de medicamentos, realizados na década de 80 no Brasil, os analgésicos/antipiréticos já apareciam como os produtos mais consumidos pelas populações amostradas (Simões, 1990; Simões e Farache Filho, 1988; Barros, 1983; Nitschke et al., 1981), onde a prevalência variava entre 12,8% e 23,4%. Na década de 90 e nos últimos dois anos, o produto continua a ser o mais utilizado, principalmente através da automedicação (Loyola Filho et al., 2002; Vilarino et al., 1998; Arrais et al., 1997), onde a prevalência variou entre 17,3% e 49,2%. Eles também aparecem entre os mais consumidos por crianças (Bricks e Leone, 1996), gestantes (Fonseca et al., 2002) e idosos (Mosegui et al., 1999). Na maioria dos casos os produtos são utilizados para aliviar dores de cabeça.

Estudos realizados em outros países demonstram que o consumo de analgésicos também é freqüente (Sans et al., 2002; Figueiras, et al., 2000; Drug Utilization Research Group-Latin America, 1997; Eggen, 1994), podendo variar entre 4,3% e 43,6%. Nos estudos de Sans e cols. (2002) e Eggen (1994), as mulheres aparecem como maiores consumidoras de analgésicos quando comparadas com os homens.

O segundo grupo terapêutico mais consumido reúne as vitaminas, minerais e tônicos. Tradicionalmente, esses produtos são empregados por pessoas, ou seus responsáveis, que fazem uma avaliação negativa da própria dieta ou que os utilizam numa prática preventiva, muitas vezes estimuladas pela publicidade na mídia em geral, como é o caso da vitamina C, onde se propaga que ela seria eficaz na prevenção ou tratamento de gripes e resfriados (Santos e Barros Filho, 2002). O uso de vitaminas e minerais só é recomendada em casos de deficiência na dieta ou em determinadas condições patológicas. Em Fortaleza esses produtos são indicados, em sua maioria, por médicos (69,2%). Entretanto, a maioria dos produtos indicados são considerados de baixo valor terapêutico (90,7%). Cabe, portanto, perguntar se essa prescrição é realmente necessária.

O terceiro grupo terapêutico mais utilizado foi o dos antibacterianos de uso sistêmico. Chama a atenção o fato de 34,8% dos produtos terem sido utilizados sem orientação médica, o que caracteriza a prática da automedicação, baseada, possivelmente, em orientações médicas anteriores ou recomendações de pessoas leigas e outros, o que é preocupante, pois o uso sem diagnóstico e seleção adequada do medicamento tem sido apontado como um fator para o aumento da resistência bacteriana aos mesmos (Tavares, 2000).

Informe da *Interagency Task Force on Antimicrobial Resistance* (Plan, 2001) denuncia que a resistência aos antimicrobianos constitui uma ameaça crescente para todos, independentemente da idade, sexo e nível socioeconômico, fazendo com que os fármacos para o tratamento das infecções comuns sejam cada vez mais limitados e caros ou, em algumas situações, inexistentes. Entre as bactérias clinicamente importantes que

estão desenvolvendo resistência encontram-se *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniai*, *Escherichia coli*, *Salmonella* spp., *Klebsiella* spp., enterococos, *Mycobacterium tuberculosis*, *Neisseria gonorrhoeae*, cândidas, plamódios e vírus da imunodeficiência humana (Plan, 2001).

Tavares (2000) é contundente ao afirmar que as infecções bacterianas continuam a ameaçar a vida humana, causadas agora por microorganismos resistentes, e cada vez mais resistentes, e multiresistentes, e aponta que a saída para esta situação está na educação continuada dos profissionais da saúde para a prescrição e dispensação dos antimicrobianos e a educação da população sobre a sua utilidade, e que as autoridades competentes devem priorizar as medidas para controlar o seu uso mediante prescrição médica.

Quanto aos fármacos mais utilizados, os destaques são o paracetamol, a dipirona e o ácido acetilsalicílico. Nos estudos realizados no Brasil, a preferência pelos analgésicos/antitérmicos, listados acima, muda conforme a época do estudo, o lugar e a população estudada. Entretanto, na sua maioria prevalece o uso de ácido acetilsalicílico e dipirona (Fonseca et al., 2002; Vilarino et al., 1998; Arrais et al., 1997; Bricks e Leone, 1996; Béria et al., 1993).

Até bem pouco tempo, no setor público a dipirona era de distribuição gratuita. Com as atualizações da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), a dipirona teve seu uso restringido aos hospitais, na forma injetável, e o paracetamol foi incluído na relação.

É provável que, com a introdução do paracetamol na RENAME, e nas relações estaduais e municipais, junto com as sucessivas epidemias de dengue ocorridas em diversas regiões do país, e na cidade de Fortaleza (Teixeira, Barreto e Guerra, 1999), tenham modificado os hábitos de prescrição e de consumo dos produtos analgésicos/antipiréticos, pois como existe o risco da dengue hemorrágica, o uso do ácido acetilsalicílico foi contra-indicado.

É interessante frisar que os analgésicos/antitérmicos são medicamentos comumente encontrados nas “farmácias caseiras” e, conseqüentemente, um dos mais empregados na automedicação pela disponibilidade e fácil acesso. Fernandes (2000) identificou que, em Porto Alegre, 97,0% dos domicílios amostrados possuíam farmácias caseiras, onde os medicamentos mais freqüentes eram analgésicos (18,0%), antiinflamatórios (6,0%), antibacterianos (5,0%), anti-histamínicos (4,0%) e descongestionantes nasais (4,0%). O fato das pessoas estocarem medicamentos em casa é um hábito cultural mundial. É o que demonstra o trabalho de Segall (1990), em Winnipeg (Canadá), onde o autor verifica que das pessoas que se automedicaram 77,0% obtiveram o medicamento de sua farmácia caseira. O principal motivo para a automedicação nas duas últimas semanas foi o alívio de dores (41,0%).

O alto consumo de dipirona é, também, um fato preocupante, pois existe muita polêmica sobre ele no meio científico. O fármaco está associado com o aparecimento de reações adversas graves do tipo agranulocitose, trombocitopenia ou anemia aplásica, tendo sido retirado do mercado farmacêutico de diversos países (Schönhöfer, 2002).

Em julho de 2001 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária promoveu, em Brasília, o *Painel Internacional de Avaliação da Segurança da Dipirona*, onde houve consenso entre os presentes de que “a eficácia da dipirona como analgésico e antitérmico é inquestionável” e que seus “riscos são similares, ou menores, aos de outros analgésicos/antitérmicos disponíveis no mercado” (Brasil, 2004a).

Schönhöfer (2002), a classifica como um dos mais potentes agentes imunogênicos que estimulam reações alérgicas entre as pessoas que a utilizam. O autor acusa as empresas de promover um jogo de idéias falsas sobre a segurança deste produto e demonstra os erros de interpretação estatística da incidência anual de agranulocitose divulgados insistentemente pelos produtores. Enquanto os produtores utilizam os resultados do estudo *International Agranulocytosis and Aplastic Anemia Study* (IAAAS), onde a incidência anual é de 1 caso para 1 milhão de pessoas, ele defende que os cálculos corretos levam a uma incidência de 1 caso em 21.000 usuários. O autor também afirma que os médicos falham na identificação do evento ou o interpretam mal, como uma doença independente. Na Suécia o fármaco foi retirado do mercado uma vez, em 1974, foi readmitido em 1996, e retirado novamente em 1999, devido o aparecimento de casos graves de agranulocitose: 1 caso em 1.700 usuários (Schönhöfer, 2002).

Entre os quadros mórbidos autoreferidos, que motivaram o consumo de medicamentos, destacam-se a dor de cabeça e a hipertensão.

A dor de cabeça ou cefaléia é um sintoma frequentemente experimentado pelo ser humano ao longo da vida e está presente numa enorme variedade de situações médicas

(Carvalho, 2003). A sua prevalência, portanto, é elevada. É o que demonstra os estudos de Queiroz (2000) e Barea e cols.(1997).

Queiroz (2000) realizou estudo com pessoas de idade entre 15 e 64 anos, residentes em um distrito de Florianópolis-SC, e identificou que a prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 94,6%, no último ano de 80,8% e a prevalência nas últimas 24 horas 13,3%, já Barea e cols. (1997), realizaram estudo entre os estudantes do ensino médio (5^a a 8^a série), residentes na cidade de Porto Alegre, e verificaram que a prevalência de cefaléia ao longo da vida foi de 93,3%, no último ano de 82,9% e a prevalência na última semanas 31,4% e nas 24 horas 8,9%, sendo que existe uma prevalência de cefaléia significativa entre as mulheres.

No estudo realizado em Fortaleza preocupa o fato da maior parte dos produtos serem consumidos por conta própria ou indicados por pessoas leigas e que esta utilização ocorre há mais de um ano, o que significa dizer que os episódios são recorrentes e o tratamento paliativo pode estar escondendo problemas mais sérios. É, também, possível que alguns quadros sejam explicados pelo próprio uso excessivo de analgésicos simples ou associados, a chamada cefaléia crônica (Carvalho, 2003). A dor de cabeça é, portanto, um importante problema de saúde pública na população de Fortaleza. Uma compreensão mais ampla do uso de medicamentos e suas multideterminações faz-se necessária.

Quanto à hipertensão, era de se esperar, pois é a doença crônico-degenerativa de maior prevalência no país, acometendo entre 14,0% e 32,0% da população (Fuchs et al., 2001), particularmente nas grandes cidades, sendo passível de ser evitada através da

mudança dos modos de vida ou controlada com medicamentos, o que reduz o risco de doenças cardiovasculares.

Quanto à análise da qualidade dos medicamentos consumidos, verifica-se uma prevalência elevada de produtos de qualidade aceitável, mas também uma frequência importante de produtos de qualidade não aceitável (valor intrínseco não elevado, combinações em doses fixas, não essencial).

Os medicamentos de venda livre são os que possuem o maior número de produtos com associações medicamentosas e de baixo valor terapêutico. Os dados não surpreendem, considerando que, em levantamento feito por Heineck e cols. (1998), foi verificado que dentre os 77 produtos de venda livre mais consumidos no Brasil de junho de 1992 a junho de 1993, 91,0% não tinham valor terapêutico elevado. Na época os autores cobraram das autoridades reguladoras providências a respeito mas, como se pode observar, pouca coisa foi feita.

Com relação aos medicamentos que contêm em sua composição associações medicamentosas, recentemente foi publicada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) a Resolução - RDC no. 134 de 09 de maio de 2003, que trata da reavaliação deste produtos, onde os fabricantes de medicamentos que contêm associações com quatro ou mais fármacos foram convocados a comprovar a eficácia dos mesmos através de estudos clínicos. A Resolução também exige justificativa científica para o uso de associações de grupos terapêuticos diferentes (Brasil, 2003). Entretanto, não se entende o motivo pelo qual a agência deixou de fora a revisão de medicamentos que contêm duas ou três associações.

A ANVISA, desde sua criação, vem gradativamente realizando o saneamento do mercado farmacêutico nacional e procurando melhorar a qualidade da informação disponível para usuários e profissionais de saúde, assim como melhorar os procedimentos em serviços. É o que se pode observar, por exemplo, através das resoluções relativas a proibições e restrições de uso de medicamentos que traziam riscos à saúde da população, publicadas no período de 1999 a 2003 (Brasil, 2004b). No período em questão foram proibidas a fabricação de fármacos, como a dexfenfluramina e fenfluramina (RDC no. 62, de 03/07/00), a terfenadina (RDC no.67, de 17/07/00), a fenilpropranolamina (RDC no.96, de 08/11/00), o astemizol (RE no. 526, de 17/4/01), gangliosídeos (RE no.527, de 17/4/01), os que continham derivados de mercúrio (RE no.528, de 17/4/01), ácido bórico e bórax em produtos pediátricos (RE no.552, de 30/4/01), fenoltaleína (RE no.571, de 08/04/02), 19 princípios ativos na composição de antigripais e a retirada de produtos de uso injetável para o combate à gripe (RDC no.40, de 27/02/03) e 19 princípios ativos utilizados na composição de hepatoprotetores (RDC no.41, de 27/02/03).

Nesse período a agência também editou normativa sobre propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas relacionadas ao medicamento (RDC no. 102, de 30/11/00), instituiu regulamento sobre as Boas Práticas de Dispensação em Farmácias e Drogarias (RDC no.328, de 22/07/99; RDC no.173, de 08/07/03), definiu novas regras para as bulas de medicamentos (RDC no.140, de 29/05/03) etc.

Apesar das regulamentações estabelecidas é comum se constatar o seu descumprimento, tendo em vista, por exemplo, a venda indiscriminada de medicamentos de venda sob prescrição médica ou de controle especial (Arrais et al.,

1997). O próprio estudo realizado em Fortaleza sugere que esta é uma prática comum, ao considerar as indicações efetuadas por terceiros que não o médico. É o caso também da venda de esteróides anabolizantes androgênicos (Lobo et al., 2003; Iriart e Andrade, 2002), onde os indivíduos pesquisados falam da facilidade de aquisição destes produtos em farmácias ou diretamente com os instrutores da academia de ginástica.

O descumprimento das regulamentações não fica só na área da dispensação. Trabalho publicado por Mastroianni e cols. (2003) mostra a pouca influência do regulamento que trata sobre a propaganda de medicamentos no país (RDC no. 102, de 30/11/00). No caso específico os autores constataram que anúncios de medicamentos psicoativos publicados em periódicos de psiquiatria nacionais descumprem a normativa publicada e chamam a atenção para que outras medidas, além da regulamentação, sejam tomadas para coibir tal desrespeito. Os exemplos mostram a complexidade que é fazer cumprir a regulamentação e, por outro lado, fiscalizar para descobrir os descumpridores da lei.

O tipo de medicamento indicado por parente, amigo, vizinho, farmacêutico, balconista ou utilizado por conta própria ou baseado em propaganda é, principalmente, o de venda livre, onde prevalecem os de valor terapêutico baixo, ou seja, as pessoas, além de estarem consumindo produtos, na maioria das vezes sem uma orientação adequada, gastam seus recursos financeiros com aqueles cuja eficácia e segurança são contestáveis.

Para mudar esta situação Heineck e cols. (1998) defendem que é necessário modificar a percepção que a população tem com respeito à necessidade de usar

medicamentos para tratar suas doenças através da difusão de informação e apoio dos profissionais de saúde. Entretanto, revisão realizada por Homedes e Ugalde (2001) sobre as intervenções para melhorar o uso de medicamentos entre usuários na comunidade, identificou que vários autores são taxativos ao afirmar que as intervenções dirigidas apenas aos usuários têm pouco impacto e, portanto, é necessário desenhar intervenções que modifiquem comportamentos de todos os atores envolvidos na cadeia do medicamento (indústria farmacêutica, profissionais de saúde, vendedores, usuários e governo). A atuação do governo no saneamento do mercado farmacêutico, por exemplo, é fundamental.

No caso específico do desenvolvimento de programas educativos voltados para usuários e a comunidade em geral, Marin e cols. (2003) recomendam que o ideal seria a participação ativa do governo, de profissionais de saúde e membros da própria comunidade em todos os momentos do planejamento, desenvolvimento e avaliação do programa, onde é importante assegurar que todos os colaboradores compreendam a proposta educativa a ser elaborada e seus objetivos. As estratégias a serem utilizadas envolvem, entre outras, a elaboração de material informativo, cartazes educativos, histórias em quadrinhos, teatro e programas de rádio.

Outros grupos que podem de uma maneira geral apoiar o processo educativo são os próprios profissionais de saúde e os professores de escolas primárias e secundárias. Portanto, vale a pena investir no treinamento destes elementos que serão multiplicadores da informação na área, sendo necessário, apenas, assegurar que todos compreendam a proposta educativa, seus objetivos, a utilização adequada dos materiais educativos produzidos e o desenvolvimento/aplicação de práticas educativas relevantes.

O setor educacional é um aliado importante para a concretização de ações de promoção da saúde pois podem fomentar a adoção de hábitos de vida mais saudáveis e a conseqüente prevenção de doenças. Na escola as crianças do primeiro grau menor (1ª à 5ª série) devem ser privilegiadas nessas ações pois os hábitos e as atitudes estão sendo criados. É, portanto, a idade ideal para a formação de valores e hábitos favoráveis à saúde.

Com relação à qualidade dos produtos prescritos, verificou-se que a mesma pode ser considerada aceitável, dada a elevada prevalência de medicamentos com valor intrínseco elevado, monofármacos e produtos ditos essenciais. Entretanto, também se verifica a indicação de produtos de qualidade terapêutica inaceitável, já que 27,7% são de baixo valor terapêutico, combinações em doses fixas (22,7%) e não essenciais (38,7%). Esses dados refletem a distribuição da origem das prescrições desde que no SUS prescrevem-se medicamentos selecionados e padronizados, o que não ocorre na prática privada. O aspecto protetor do SUS com relação à prescrição de medicamentos não essenciais e até mesmo de qualidade terapêutica questionável já havia sido observado por Gondim (1998), em estudo comparativo realizado em hospitais públicos e privados de Fortaleza.

No Ceará e em Fortaleza tem havido um investimento continuado em ações de assistência farmacêutica voltadas para o uso racional de medicamentos. O fato da prescrição ser considerada como muito boa pode refletir estes investimentos estado do Ceará e Fortaleza dispõem de lista de medicamentos essenciais (Ceará, 2003; Fortaleza, 1998) e há muito tempo vêm oferecendo diversos cursos de capacitação para os profissionais de saúde (Carlos, 1997). O estado também viabilizou formulário

terapêutico (Ceará, 2002e) e instituiu, por intermédio das comissões específicas, vários protocolos de tratamento na área da saúde do adulto (Ceará, 2000). Estes instrumentos são ferramentas de informação, relevantes e confiáveis, e de educação para os mesmos, que geram impacto na qualidade da atenção à saúde. Como boa parte dos médicos que atuam no setor público também atuam no setor privado, existe a possibilidade da qualidade da prescrição ser a mesma do setor público. Atualmente, o estado está investindo no curso de ensino para o uso racional de medicamentos.

Quanto à referência feita pelos entrevistados usuários de medicamentos, no período do estudo, sobre a ocorrência de efeitos adversos, observou-se uma prevalência considerável (9,2%), sendo na grande maioria eventos leves e transitórios. As pessoas do sexo feminino, os adultos e idosos, os que faziam uso de três ou mais medicamentos e os doentes crônicos foram as que mais referiram eventos adversos. É, também, considerável o número de eventos entre as pessoas que já apresentaram outros problemas com os medicamentos ao longo da vida. O quadro descrito está, em parte, de acordo com dados da literatura, onde as mulheres, os idosos, as pessoas com história anterior de efeitos indesejados ao medicamento e os polimedicados estão mais sujeitos a sofrerem reações adversas (Magalhães e Carvalho, 2000). Neste grupo a média do consumo de medicamentos foi maior que os do consumo geral.

Os grupos terapêuticos mais envolvidos nos eventos (produtos para o sistema cardiovascular, sistema nervoso central, sistema respiratório e antiinfecioso de uso sistêmico) são os maiores responsáveis por notificação de casos de reações adversas na Espanha, entre 1982 e 1996 (Madurga et al., 1998).

Os eventos identificados podem modificar a qualidade de vida dos pacientes, limitando a vida das pessoas, e pode ocasionar outros riscos. A tontura limita a movimentação, gera insegurança e é fator de risco para quedas. A dor no estômago e dor de cabeça pode originar desconforto e mal-estar, o que também limita ou dificulta movimentos e pode gerar mais consumo de medicamentos na tentativa de aliviar os sintomas (efeito cascata). A sonolência reduz a atenção e aumento o risco de acidentes (atividades domésticas, operar máquinas, dirigir automóveis etc.).

Conhecer a prevalência e o perfil das reações adversas na comunidade é importante porque é onde o consumo é maior e se realiza em condições menos rigorosas. Outro aspecto relevante é que tais efeitos podem influenciar a adesão ao tratamento e ser causa de abandono mesmo em doenças sérias ou crônicas. Apesar da importância dessas informações esses estudos são raros, o que dificulta comparações. No estudo de Lam e cols. (1994) sobre a automedicação, em Hong Kong, ficou constatado que a prevalência de reações adversas relatada entre as pessoas que consumiram medicamentos foi de 12,1%. O dado se aproxima bastante do encontrado em Fortaleza. No estudo não foram especificados os medicamentos nem os eventos ocorridos.

Segundo Baos (1999), informar e discutir com o paciente sobre as possíveis reações adversas do seu tratamento é considerado uma forma de melhorar a qualidade no uso dos medicamentos, sobretudo quando se trata de tratamentos prolongados onde a taxa de abandono pode ser alta. A minimização dos riscos passa pela personalização da prescrição e a valorização de alternativas, ou seja, individualizando e não automatizando a prescrição dos medicamentos.

Os dados refletem a importância de considerar a participação dos usuários de medicamentos como notificadores em potencial de casos suspeitos de reações adversas dentro do programa de farmacovigilância do país. A participação do próprio usuário de medicamento(s) no processo de notificação de casos suspeitos foi defendida durante a *First International Conferences on Consumer Reports on Medicines*, considerando que o paciente é quem usa e sente os problemas e que em muitas ocasiões comunicam aos médicos, mas os mesmos não fazem o encaminhamento das queixas, por vários motivos (WHO, 2000).

A notificação de casos pelo paciente não é aceita nos sistemas de farmacovigilância. Entretanto, sua participação pode ser realçada através da entrega de questionário específico pelo médico ao receitar medicamento a seu paciente. O paciente ficaria encarregado de preencher o questionário e devolver ao médico sempre que evidenciasse suspeitas de RAM. Por outro lado, os profissionais de saúde deveriam conscientizar sobre os riscos e alertar os usuários de medicamentos a relatarem qualquer suspeita de RAM, principalmente nos casos de fármacos de recente introdução no mercado ou nos casos em que os mesmos são conhecidos, mas foi introduzida uma nova indicação de uso ou em situações onde não exista indicação de uso. A implementação de programas para o uso racional de medicamentos é fundamental para conscientizar as pessoas sobre uso correto e riscos do uso indevido. Os Centros de Informação sobre Medicamentos também poderiam ser disponibilizados para atender estas solicitações e suprir as pessoas com informações.

Conscientizar o cidadão proporcionará maior oportunidade para que ele possa participar mais ativamente nas decisões relativas à sua saúde e contribuir com os sistemas de notificação.

O estudo também proporcionou a identificação de dois fatores de risco para o desencadeamento de eventos adversos na população estudada: a polimedicação e a interação medicamento-álcool.

A polimedicação foi encontrada em 10,6% dos consumidores de medicamentos. Sabe-se que quanto maior o número de medicamentos utilizados pelo indivíduo, maior é a probabilidade dele vir a sofrer reações adversas (Magalhães e Carvalho, 2000). Este risco tende a aumentar ainda mais se o paciente for idoso. O segundo fator diz respeito aos usuários de bebidas alcoólicas: 61,0% deles estavam consumindo medicamentos cuja interação poderia reduzir sua eficácia terapêutica ou intensificar seus efeitos indesejáveis ou intensificar os efeitos do álcool. Os resultados demonstram que o uso concomitante de álcool e medicamentos pode ser freqüente na população de Fortaleza. Consequentemente, nos casos onde haja riscos de interação entre medicamento e álcool, é importante que os pacientes sejam informados dos possíveis efeitos adversos. O paciente precisa saber se a abstinência deve ser total, quanto deve durar e os riscos que corre se desobedecer. Os fatos apresentados demonstram a importância dos profissionais de saúde dedicarem maior atenção a estes problemas potenciais. Os médicos também devem explorar o assunto durante a consulta médica.

AVALIAÇÃO DA PRESCRIÇÃO E DISPENSAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Apesar do estudo não ter sido desenhado para obter esse tipo de informação, consideramos que este subgrupo retirado da amostra geral é representativo da população pois retratam a realidade constatada por outros autores.

Considerando que 29,4% dos entrevistados possuíam plano de saúde, era de se esperar que boa parte das pessoas buscassem assistência médica no setor público (61,5%). No Brasil estima-se que 25,0% da população possua plano de saúde e que mais de 90,0% é, de algum modo, usuária ativa do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2003). É provável que as transformações sociais e econômicas pelas quais passa o país, onde existe uma nítida perda de poder aquisitivo das famílias, e os altos preços dos planos de saúde tenham influenciado na busca de assistência no setor público, mas é importante ressaltar que a melhora no acesso aos sistemas de saúde públicos também podem estar motivando essa procura. Em nível local a elevada procura pelo SUS também foi constatada por Correia (2000) e Fernandes (1998), que em seus estudos registraram, respectivamente, proporções de 96,0% e 69,1%.

Boa parte das pessoas que foram à consulta médica saíram com uma prescrição (55,6%). A elevada prescrição de regime terapêutico após uma consulta médica parece ser fato rotineiro em Fortaleza (Correia, 2000; Fernandes, 1998).

O estudo evidenciou que durante a consulta o médico não perguntava aos pacientes sobre alergias medicamentosas anteriores (65,0%) e uso de outros medicamentos (64,0%). Quando o paciente vai ao médico existe a possibilidade concreta de já ter apresentado hipersensibilidade a algum fármaco e estar tomando medicamentos adquiridos sem receita, oferecidos por amigos e parentes ou até mesmo

prescritos por outros médicos. Portanto, obter estas informações é de fundamental importância para melhor direcionar a escolha de nova terapêutica, evitando expor o paciente a riscos desnecessários. A situação deve ser observada, principalmente, entre a população idosa, pois são os mais susceptíveis à polimedicação e, conseqüentemente, aos efeitos das interações medicamentosas e redundâncias terapêuticas (Mosegui et al., 1999).

O fato dos médicos do setor privado perguntarem mais sobre alergias e uso de outros medicamentos em comparação com os do setor público pode estar relacionado com a maior demanda de serviços enfrentada pelo setor público, o que inviabiliza a disponibilidade de um atendimento mais racional e humanizado. No setor privado a oferta de serviço é maior e os médicos lidam com um público diferenciado, com maior nível educacional, poder aquisitivo e, portanto, têm maior satisfação e interesse de prestar melhor atendimento para satisfazer e garantir a sua clientela. Essa disparidade no atendimento entre os dois setores também foi observado por Correia (2000). O autor verificou que, entre as pessoas que possuíam plano de saúde, 54,0% haviam recebido diagnóstico, exame físico, tratamento e alguma orientação, e apenas um terço dos usuários do SUS receberam igual orientação.

No que diz respeito à avaliação da relação médico-paciente durante a conduta prescritiva, observou-se que o médico orientou a maioria dos pacientes a tomar a medicação prescrita (92,5%) e a cumprir adequadamente com o tratamento (70,5%), menosprezando, na maioria das vezes, os cuidados com as possíveis reações adversas e interações medicamentosas. Apesar das orientações sobre como tomar e a importância de cumprir o tratamento até o final, imprescindíveis ao cumprimento do esquema

terapêutico, verifica-se que a assistência médica prestada à população pesquisada deixa a desejar, pois não leva em consideração algumas recomendações da OMS para a boa prescrição médica (OMS, 1998), fere o artigo 59 do Código de Ética Médica (Conselho Federal de Medicina, 1988, Cap.1) e está permeada pelo relacionamento paternalista, onde o médico seleciona o tratamento e as informações suficientes para o paciente aderir às suas recomendações.

Este parece ser um problema comum nos serviços de saúde. Em estudo realizado por Franco (2002), sobre a relação médico-paciente no Programa de Saúde da Família de três municípios da Bahia, verificou-se que a participação do paciente na consulta e na formulação do plano de tratamento não foi estimulada pelos médicos e que a explicação sobre o seu problema de saúde não era aprofundada, deixando-se de informar inclusive quanto ao prognóstico e curso do problema. Os médicos também não verificavam a compreensão do paciente acerca do que fora exposto quanto à sua condição de saúde e sua concordância quanto ao tratamento.

A escassez de tempo e a falta de uma sensibilização prévia desenvolvida durante a formação do médico são apontados por Baos (1999) como responsáveis pelo fato do paciente ser, na maioria das vezes, minimamente informado e consultado sobre os aspectos que interessam à sua própria saúde. Esse tipo de comportamento dentro da política atual de saúde pública é extremamente prejudicial para as intervenções em áreas estratégicas como, por exemplo, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e AIDS, onde a falta de informação e orientação pode resultar no abandono do tratamento. A própria prevenção das doenças tem sido negligenciada, em alguns casos, nas consultas médicas. É o que observa Piccini e Victora (1997), em estudo realizado em Pelotas-RS,

sobre o manejo da hipertensão arterial sistêmica. No artigo os autores relatam que em muitas situações (> 50,0%) os médicos não haviam recomendado aos pacientes a realização de exercícios, o abandono do tabagismo e a redução do peso corporal, consideradas importantes no combate às doenças cardiovasculares.

Segundo Silva (2002) o profissional de saúde é visto como *o promotor da reflexão necessária que poderá motivar o paciente a buscar novamente a sua saúde*. Para alcançar este objetivo é necessário que ele esteja bem consigo próprio no que diz respeito à sua qualidade de vida e relações interpessoais gerais, o que o deixará mais sensível ao sofrimento do outro. Entretanto, nas duas últimas décadas, os trabalhadores da área de saúde no Brasil experimentaram mudanças importantes nas condições de trabalho, como os baixos salários, o pluriemprego, a flexibilização dos contratos de trabalho e a perda das garantias laborais (Machado e Pereira, 2002). Estas mudanças, portanto, associadas à falta de infra-estrutura adequada dos serviços de saúde, principalmente públicos, têm refletido diretamente na relação médico-paciente.

O estudo também constata que a maioria dos pacientes não se interessa em fazer perguntas sobre os assuntos pesquisados. Ao não tomar esta iniciativa, o paciente corre o risco de sofrer as conseqüências do mal-atendimento ou da má utilização do medicamento. O “silêncio” pode ter várias explicações como o médico não oferecer espaço para perguntas, o paciente ficar inibido ou ter medo de fazê-las ou perceber a pressa do médico anulando-se (Paes da Silva, 2002). O baixo nível cultural é outro fator a ser levado em consideração. No contexto geral os médicos não incentivam falas (não perguntam), não introduzem temas (não informam) ou não facilitam temas.

Na atualidade é notória a necessidade de construção da autonomia dos pacientes, onde eles reconheçam suas condições para controlar e transformar as circunstâncias da vida, pois o interesse e a segurança em si mesmo são indispensáveis para a sua cura. A procura por informações nos Centros de Informações sobre Medicamentos confirma que os pacientes estão se conscientizando cada vez mais acerca de seus direitos de serem informados e de participarem das escolhas que dizem respeito à sua saúde. (Cunha da Silva e Coelho, 1999)

Com relação à pouca atenção dada pelos médicos à transmissão de informações sobre reações adversas, Baos (1999) alerta que os efeitos adversos leves e transitórios podem influenciar na adesão ao tratamento e ser causa de abandono, logo no início, de medicamentos necessários e adequados. É necessário, portanto, informar e discutir com o paciente sobre reações adversas, o que melhorará a qualidade no uso dos medicamentos, sobretudo quando se tratar de tratamentos prolongados onde a taxa de abandono pode ser alta. Bakirtzief (1996), em seu estudo sobre a não-adesão ao tratamento poliquimioterápico da hanseníase, compartilha da mesma opinião, salientando ainda que a adesão ao tratamento está associada à satisfação com o atendimento do profissional médico.

Também faz-se necessário conscientizar os médicos que os pacientes necessitam de orientação clara sobre os riscos da administração concomitantemente de vários fármacos. Cuidados especiais devem ser dispensados, principalmente para os pacientes que utilizam anticoagulantes, hipoglicemiantes orais, digitálicos, psicotrópicos, inibidores da monoaminoxidase e fármacos citotóxicos.

No que diz respeito às informações sobre a última compra ou aquisição de medicamentos em farmácias ou drogarias, verificou-se que a maioria dos entrevistados adquiriram seus medicamentos no setor privado (86,6%), ou seja, tiveram que comprá-los, apesar do indicativo de que boa parte das pessoas terem procurado assistência médica no serviço público.

O acesso a medicamentos é um dos principais problemas do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2003; Correia, 2000; Fernandes, 1998). O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor avaliou o abastecimento de medicamentos essenciais distribuídos gratuitamente pelo SUS em 50 unidades de saúde de 11 cidades brasileiras, e constatou um quadro de grave desabastecimento de medicamentos essenciais. Em média, apenas 55,4% dos remédios pesquisados estavam disponíveis (Idec, 2003). Em Fortaleza estudos realizados pela Célula de Assistência Farmacêutica da Prefeitura Municipal de Fortaleza mostram que o abastecimento é irregular (Fortaleza, 2003). Não existem dados para 2002, mas a partir dos dados de janeiro de 2003, onde se observa uma queda brusca no nível de cobertura (50,3%), pode-se levantar a suspeita de que existiram sérios problemas de abastecimento no período de realização da pesquisa, o que, de certa forma, justificaria a grande aquisição no setor privado.

Na cadeia do medicamento o farmacêutico é o último elo de contato do sistema de saúde com o cliente, que anteriormente havia buscado o médico para tratar de seu problema de saúde, e onde se dará a distribuição/aquisição do medicamento prescrito para tal. É, portanto, a última oportunidade de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica.

No estudo observou-se que a dispensação é efetuada principalmente pelo balconista (57,1%). A ausência do farmacêutico no processo da dispensação é preocupante pois a dispensação “é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta à apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado”, onde ele “informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento” (Brasil, 2001). Os resultados também podem refletir a ausência do profissional no estabelecimento. É o que constata o estudo realizado pela Anvisa (2003) nas farmácias/drogarias de Fortaleza (setor privado), nos meses de julho, novembro e dezembro de 2002 e março de 2003. A ausência do profissional farmacêutico oscilou entre 68,9 e 75,0% e era maior entre as redes de farmácias/drogarias, variando entre 82,0 e 89,0%. No setor público só 20% das unidades de dispensação municipais possuem farmacêuticos (Fortaleza, 2000). A Lei no. 5.991, de 17/12/73 (DOU 19/12/73) é clara: enquanto a farmácia ou drogaria estiver aberta deverá ter um ou mais farmacêuticos à disposição dos seus clientes.

De maneira geral o estudo sugere que o atendimento na farmácia ou drogaria deixa muito a desejar, pois não existe, na maioria das vezes, preocupação dos dispensadores em solicitar informações importantes que possam ser utilizadas na prevenção de possíveis agravos à saúde do paciente, ocasionados pelas reações adversas e interações medicamentosas, assim como não houve a preocupação de orientar e informar sobre o tratamento, precauções e guarda do medicamento. Entretanto, verificou-se que os farmacêuticos são profissionais importantes nesse processo da dispensação pois orientam e perguntam mais do que os “outros” atendentes, seja no setor público ou privado.

O estudo também verifica que a participação do paciente no processo da dispensação é nula. Outro aspecto interessante é o uso da via telefônica para solicitação de medicamentos e sua entrega em domicílio, fato comum em nosso país. Utilizando-se deste mecanismo, poucos foram os pacientes perguntados e orientados dentro dos aspectos abordados na pesquisa, demonstrando que o paciente ganha na comodidade, mas corre riscos por falta de orientação. O paciente, na grande maioria das vezes (acima de 97,0%), não toma iniciativa de fazer nenhum tipo de pergunta.

Os governantes e os cidadãos têm vários motivos para acreditarem na importância do trabalho desempenhado pelos farmacêuticos, já que eles podem, entre outras, coibir as práticas não convencionais ou antiéticas do mercado, como a empurroterapia, as vendas comissionadas, a receptação e comercialização de cargas roubadas, a venda de medicamentos falsificados; controlar a venda indiscriminada de produtos de controle especial (Portaria no. 344 de 12/5/98) e de antibióticos, a falta de condições sanitárias do estabelecimento e a automedicação; evitar a ocorrência de trocas e erros na entrega de medicamentos devido à ilegibilidade das receitas médicas ou outros fatores. A presença do farmacêutico é muito importante, inclusive para orientar a substituição dos medicamentos de marca pelos genéricos.

Considerando o exposto, o presente trabalho propicia a recomendação de algumas medidas em prol do desenvolvimento da atenção farmacêutica no Brasil.

No Brasil existe uma proposta conceitual que considera a atenção farmacêutica como “um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da assistência farmacêutica” que compreende “atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades,

compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde”, e que favorece “a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida”, considerando “as concepções dos seus sujeitos, respeitando as suas especificidades biopsicossocial, sob a ótica da integralidade das ações de saúde” (Ivama et al., 2002).

Esta proposta difere da encontrada em outros países por considerar a educação em saúde como parte fundamental de seu conceito, o que possibilita a ampliação das ações de atenção farmacêutica junto à comunidade.

Com base no exposto e aproveitando o movimento da reforma curricular, recomenda-se que seja criado, nos cursos de farmácia, disciplina específica sobre atenção farmacêutica, que abranja teoria e prática nas várias áreas de atuação do farmacêutico (farmácia hospitalar ou comunitária e drogarias). Esta disciplina também deverá propiciar a implementação de nova modalidade de atenção à comunidade, a ser realizada através de visitas domiciliares. As atividades práticas a serem desenvolvidas também deverão ser incorporadas à disciplina de estágio curricular.

Em todas as circunstâncias devem ser considerados os seguintes objetivos: informar e orientar sobre o uso racional dos medicamentos, assim como realizar acompanhamento do tratamento e identificação de problemas, e promover hábitos saudáveis de vida, de higiene corporal, da higiene domiciliar e do peridomicílio.

Por fim, é importante considerar alguns fatores que podem ter limitado ou superestimado os resultados deste estudo. A época escolhida para a realização do estudo procurou eliminar ou minimizar as influências relativas a outros períodos, principalmente os relacionados à quadra chuvosa e suas conseqüências (virose e dengue) e ao período eleitoral (eleições 2003). A não-observação destes períodos poderia superestimar o consumo de algumas classes farmacológicas.

No estudo não se pode descartar, também, a influência do viés de memória, assim como de casos onde a omissão no consumo pode ter ocorrido pelo fato da pessoa estar fazendo uso de produtos com fins ilegais ou considerados de uso íntimo. Da mesma forma, é provável que as doenças crônicas estejam subestimadas, devido a problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico entre algumas pessoas.

A comparação com outros estudos publicados em nível nacional e internacional fica, em parte, prejudicada pelas diferentes metodologias e técnicas de análise utilizadas. Entretanto, os mesmos foram utilizados como referências importantes.

No caso específico dos resultados sobre a prescrição e dispensação de medicamentos, o estudo não tinha a intenção de avaliar o conhecimento do paciente a respeito do medicamento prescrito, mas saber até que ponto os médicos e, de forma complementar, os farmacêuticos, estavam interagindo corretamente com os pacientes, para garantir o seu uso correto. Por outro lado, limitou-se a coletar informações da última consulta médica. Não se sabe, portanto, quantas vezes o paciente frequentou o consultório do mesmo médico e se foi atendido por profissionais do Programa Saúde da Família.

É provável que as distâncias entre as datas das últimas visitas ao médico ou à farmácia/drogaria e a realização da entrevista possam ter influenciado as respostas das pessoas, já que 57,1% dos entrevistados consultaram o médico a dois meses ou mais e 29,7% as farmácias/drogarias. É possível, também, que a última aquisição de medicamentos em farmácia ou drogaria não tenha nada a ver com a prescrição ocorrida durante a última consulta médica.

Os tipos de perguntas utilizadas e a metodologia empregada limitaram a possibilidade de fazer comparações com outros trabalhos.

CONCLUSÕES FINAIS

O consumo de medicamentos em Fortaleza é elevado, mas encontra-se dentro dos parâmetros observados no Brasil e no exterior. Identificou-se como possíveis fatores determinantes desse consumo a renda familiar mensal maior que 3 salários mínimos, o sexo feminino, a idade igual ou maior que 50 anos, a presença de doenças crônicas, a posse de planos de saúde e a realização de consultas médicas nos últimos 3 meses.

O fato do acesso aos medicamentos aparecer condicionado pela renda demonstra que o seu acesso deva ser garantido pelo poder público, como determina a Constituição Federal. A não-observação deste indicador, principalmente no caso das doenças crônicas degenerativas, além de proporcionar o agravamento das enfermidades não tratadas, poderá onerar os gastos com a atenção secundária e terciária.

É importante, também, compreender que o uso de medicamentos, na grande maioria das vezes, está interligado aos problemas sociais, ambientais e ao modo de vida das pessoas; assim vale a pena que as autoridades governamentais e os profissionais de saúde invistam no desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção da saúde, o que por si só reduzirá a necessidade do uso de medicamentos pela população. Por sua vez, estas atividades deverão ser planejadas e desenvolvidas por equipe multiprofissional, assim como deve contar com a ajuda da própria comunidade em todos os processos.

As mulheres, juntamente com os idosos e doentes crônicos, destacam-se no consumo de medicamentos, portanto deverão constituir grupo de preferência para o delineamento de ações educativas voltadas para o seu uso racional.

A prevalência elevada da prescrição médica, particularmente de medicamentos de qualidade terapêutica aceitável, sugere que a população de Fortaleza está tendo acesso aos serviços de saúde, particularmente na área pública. Entretanto, ainda ocorre uma porcentagem elevada de produtos sem valor terapêutico, sendo necessário intervir nesse aspecto.

O consumo de medicamentos sem orientação médica, por outro lado, representa uma área que necessita de maior atenção por parte dos profissionais de saúde, considerando que na maioria das vezes são utilizados produtos de qualidade terapêutica questionável, o que representa risco para a saúde do indivíduo e desperdício de recursos financeiros. A atuação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária é fundamental para o saneamento e disciplinamento do mercado farmacêutico.

Os eventos adversos a medicamentos registradas no estudo mostram apenas a ponta do iceberg e retratam situações esperadas de caráter transitório, mas que podem influenciar na adesão ao tratamento. Os casos relatados podem ser evitados, em sua maioria, com a simples prestação de informações e orientações ao paciente. O mesmo ocorre com as possíveis interações com o álcool.

Os aspectos mórbidos refletem o perfil epidemiológico de um grande centro urbano do Nordeste, assim como as mudanças nas condições de vida da população, onde se consome medicamentos sintomáticos e para tratamento de doenças crônico-degenerativas. Na sua grande maioria, são passíveis de serem evitados através da mudança de hábitos prejudiciais à saúde. É necessário, portanto, promover a atenção integral ao indivíduo com ações de promoção da saúde, prevenção e cura de doenças e

de reabilitação do doente. A assistência farmacêutica não deve ficar centrada no acesso ao medicamento de qualidade, mas promover também o seu uso adequado. Desta forma haverá uma diminuição nos gastos com a saúde.

O estudo também sugere deficiências no atendimento médico e farmacêutico. É necessário, portanto, que ocorram mudanças na formação médica e farmacêutica, onde a postura ética, visão humanística, compromisso com a cidadania e senso de responsabilidade social sejam levados em consideração. A inserção, desde cedo, dos futuros profissionais na realidade do SUS, através de vivência e estágio, é um dos caminhos e está sendo incentivada pelo governo de Luís Inácio da Silva (Brasil, 2003a). Os problemas com a estrutura de funcionamento dos serviços de saúde públicos, a remuneração dos profissionais e a disponibilidade de recursos humanos também são temas que não podem ser ignorados pelos gestores. Os profissionais também deverão trabalhar em equipe e respeitar o saber popular em suas ações de educação em saúde.

Aos profissionais em exercício da medicina é notória a necessidade da implementação de cursos sobre o ensino do uso racional de medicamentos e de boa prescrição médica.

No Brasil a grande dificuldade de se implantar um bom serviço de dispensação é a ausência do profissional farmacêutico nos estabelecimentos de saúde. É necessário, portanto, no setor público, maior investimento por partes dos governantes na contratação do profissional farmacêutico para melhor condução dos programas de assistência farmacêutica e implementação da atenção farmacêutica nas unidades de saúde, assim como no setor privado, e se exija o cumprimento à Lei 5.991.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AKASHI, D.; ISSA, F. K.; PERREIRA, A. C. et al. Tratamento anti-hipertensivo. Prescrição e custo de medicamentos. Pesquisa em hospital terciário. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 71, n. 1, p. 55-57, 1998.

ALMEIDA, O. P.; RATTO, L.; GARRIDO, R.; TAMAI, S. Fatores preditores e conseqüências clínicas do uso de múltiplas medicações entre idosos atendidos em um serviço ambulatorial de saúde mental. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, v. 21, n. 3, p. 152-157, 1999.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Gerência Geral de Regulação Econômica e Monitoramento do Mercado, ANVISA. *Disponibilidade de medicamentos genéricos: Fortaleza e Interior do Ceará*. Brasília, 2003.

AL-WINDI, A.; ELMFELDT, D.; SVÄRDSUDD, K. The relationship between age, gender, well-being and symptoms, and the use of pharmaceuticals, herbal medicines and self-care products in a Swedish municipality. *Eur. J. Clin. Pharmacol.*, v. 56, p. 311-317, 2000.

ARRAIS, P. S. D.; VIDOTTI, C. C. F.; HELEODORO, N. M. et al. Sistema Nacional de Farmacovigilância: proposta de contribuição do Sistema Brasileiro de Informação sobre Medicamentos (SISMED). *Saúde Debate*, v. 26, n. 61, p. 210-218, 2002.

ARRAIS, P. S. D.; COELHO, H. L. L.; BATISTA, M. C. D. S. et al. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 31, n.1, p. 71-77, 1997.

AMERICAN SOCIETY OF HEALTH SYSTEM PHARMACISTS-ASHP. ASHP guidelines on adverse drug reaction monitoring and reporting. *Am. J. Health-System Pharm.*, v. 52, p. 417-419, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PROPAGANDA-ABP. *A imagem da propaganda no Brasil*. São Paulo, 2002.

ASSUNÇÃO, M. C. F.; SANTOS, I. S.; DIAS-DA-COSTA, J. S. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 205-211, 2002.

BAKIRTZIEF, Z. Identificando barreiras para aderência ao tratamento de hanseníase. *Cad. Saúde Pública*, v. 12, n. 4, p. 497-505, 1996.

BALBINI, A. P. S.; SANCHEZ, T.G.; BUTUGAN, O. Tratamento de sinusite aguda em crianças nas farmácias do interior de São Paulo. *Rev. Paul. Pediatr.*, v. 14, n. 4, p. 158-162, 1996.

BAOS, V. V. La calidad en la prescripcion de medicamentos. *Inf. Terap. Sist. Nac. Salud*, v. 23, n. 2, p. 45-54, 1999.

BAREA, M.; ROTTA, N. T.; STEIN, A.; BARROS, H. M. T.; TANNHAUSER, M. Analgesic use for headache treatment by schoolchildren of southern Brazil. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, v. 6, p. 359-366, 1997.

BARROS, J. A. C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 2, p. 421-427, 2000.

_____. Propaganda de medicamentos: atentado à saúde? São Paulo: Hucitec, 1995.

BARROS, M. B. A. *Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos*. 1983. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado)- Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983.

BATES, D.W.; SPELL, N.; CULLEN, D. J. et al. The cost of adverse drug events in hospitalized patients. *JAMA*, v. 277, p. 307-311, 1997.

BEM vindo ao século XXI. espelho da realidade. *J. Cons. Munic. Saúde de Fortaleza*, v. 1, n. 1, p. 4, 2001.

BÉRIA, J. U.; VICTORA, C. G.; BARROS, F. C. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, v. 27, n. 2, p. 95-104, 1993.

BESTANE, W. J.; MEIRA, A. R.; MELONI, W. et al. Tratamento da cistite e farmácias de São Paulo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 26, n. 6, p. 185-186, 1980.

BEUTLER, E. Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency. *N. Engl. J. Med.*, v. 324, p. 169-174, 1991.

BOLETIM DE SAÚDE DE FORTALEZA. Sala de situação. Fortaleza: Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, ano 4, 2000.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Painel internacional de avaliação da segurança da dipirona*. Brasília: Ufarm/Anvisa, 2001. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/divulga/alertas/relatoriodipirona2.pdf>>. Acesso em: 12 jan. 2004a.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Unidade de Farmacovigilância, *Proibição e restrição de medicamentos – Atos regulatórios Anvisa/MS de 1999 a 2002*. Brasília: Ufarm/Anvisa, 2002. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/farmacovigilancia/atos/index.htm>>. Acesso em: 12 jan. 2004b.

BRASIL. Congresso. Câmara dos Deputados. Comissão parlamentar de inquérito destinada a investigar os reajustes de preços e a falsificação de medicamentos, materiais hospitalares e insumos de laboratório. *Relatório da CPI – Medicamentos: relatório final da Comissão.../relator Dep. Ney Lopes*. /Brasília: Coordenação de Publicações, 2000.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. *A saúde na opinião dos brasileiros*. Brasília, 2003.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. *Mortalidade Brasil, 1995*. Brasília: CENEPI, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e de Educação na Saúde. *Política de educação e desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a educação permanente em saúde. Pólos de educação permanente em saúde*. Brasília, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Assistência farmacêutica na atenção básica*. Instruções técnicas para a sua organização. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério do Planejamento. Secretaria de Gestão do MPOG. *Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários do serviço público*. Brasília, 2000. p.45.

BRASIL, M. T. L. R.; OPROMOLLA, D. V. A.; MARZLIAK, M. L. C.; NOGUEIRA, W. Results of a surveillance system for adverse effects in Leprosy's WHO/MDT. *Int. J. Leprosy*, v. 64, n. 2, p. 97-104, 1996.

BRICKS, L. F.; LEONE, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. *Rev. Saúde Pública*, v. 30, n. 6, p. 527-535, 1996.

BRODIE, M. J.; FEELY, J. Adverse drug interactions. *Br. Med. J.*, v. 296, p. 845-849, 1988.

CÂMARA, V. M.; TAMBELLINI, A. T.; CASTRO, H. A.; WAISSMANN, W. Saúde ambiental e saúde do trabalhador: epidemiologia das relações entre a produção, o ambiente e a saúde. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 6.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 469-497.

CAPELLÀ, D.; LAPORTE, J. R. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G. (Org.). *Principios de epidemiologia del medicamento*. Barcelona: Masson-Salvat, 1993. p. 67-93.

CARLOS, I. C. C. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: BONFIM, J. R. A.; MERCUCI, V. L. (Org.). *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1997. p.107-137.

CARVAJAL, A.; PRIETO, J. R.; REQUEJO, A. A.; ARIAS, L. H. M. Aspirin or acetaminophen ? A comparison from data collected by the Spanish Drug Monitoring System. *J. Clin. Epidemiol.*, v. 49, n. 2, p. 255-261, 1996.

CARVALHO, D. S. Cefaléias. *Rev. Bras. Med.*, v. 60, n. 5, p. 238-260, 2003.

CARVALHO FILHO, E. T.; SOUZA, M. A. R.; VAZ, M. Y. K. C. et al. Iatrogenia no idoso. *Rev. Bras. Med.*, v. 53, n. 3, p. 117-137, 1996.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Núcleo de Assistência Farmacêutica. *Relação estadual de medicamentos essenciais*. 5. ed. Fortaleza, 2003.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Percentual de cobertura do programa saúde da família nos municípios do Ceará no mês de janeiro de 2002*. Disponível em: <http://www.sesanet.saude.ce.gov.br/sesanet/docs/INFORMSAUDE/PERCENTUAL.htm>. Acesso em: 4 fev. 2002a.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Meta do estado para o período 1999-2002: redução da taxa de mortalidade infantil para 25 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2002*. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/politicasdesaude/mortalidadeinfantil>. Acesso em: 4 fev. 2002b.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Meta do estado para o período 1999-2002: eliminar as doenças transmissíveis passíveis de erradicação: tétano neonatal, sarampo, hanseníase e raiva humana transmitida por animais domésticos*. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/politicasdesaude/doencas/transmissiveis>. Acesso em: 4 fev. 2002c.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Meta do estado para o período 1999-2002: mortes por doenças cardiovasculares, doenças neoplásicas, acidentes de trânsito e homicídios. Mortalidade por doenças cardiovasculares*. Disponível em: <http://www.saude.ce.gov.br/politicasdesaude/causasexternas> (violência) e doenças crônico-degenerativas. Acesso em: 4 fev. 2002d.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado. Núcleo de Assistência Farmacêutica. *Formulário terapêutico*. Fortaleza, 2002e.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Núcleo de Assistência Farmacêutica. *Plano estadual de assistência farmacêutica*. Fortaleza, 2001.

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. *Manual de condutas em clínica médica*. Programa de organização da assistência em clínica médica. Saúde do Adulto. Fortaleza, 2000.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Construindo um novo modelo de assistência farmacêutica no Ceará*. Fortaleza, 1999.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS (CEBRID). *Crianças e adolescentes em situação de rua*. São Paulo: CEBRID, 1997. Disponível em: <http://www.cebrid.drogas.nom.br/LevantamentoEntreMeninosdeRua/Levantamentode1997/sinopse.html>> Acesso em 19. nov. 2001.

CENTRO DE FARMACOVIGILÂNCIA DO CEARÁ (CEFACE). *Reações adversas a medicamentos – casos graves – registradas no CEFACE, no período de 1997 a 2001*. Fortaleza: Ceface/Gpuim/Defa/UFC, 2002.

CHAIMOVICZ, F.; FERREIRA, T. J. X. M.; MIGUEL, D. F. A. Use of psychoactive drugs and related falls among older people living in a community in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 6, p. 631-635, 2000.

CHIRAC, P. Generics: neither angel nor demons. *Presc. Int.*, v. 12, n. 118, p. 249-253, 1992.

CLASSEN, D. C.; PESTOTNICK, S. L.; EVANS, R. S. et al. Adverse drug events in hospitalized patients. Excess of length of stay, extra cost and attributable mortality. *JAMA*, v. 277, p. 301-306, 1997.

COELHO, H. L. L. *Estruturação e desenvolvimento de um núcleo de farmacoepidemiologia na Universidade Federal do Ceará*. 1999. Fortaleza. Tese (Professor Titular)- Universidade Federal do Ceará, 1999.

COELHO, H. L. L.; ARRAIS, P. S. D.; GOMES, A. P. Sistema de farmacovigilância do Ceará: um ano de experiência. *Cad. Saúde Pública*, v. 15, n. 3, p. 631-640, 1999.

COELHO, H. L. L., GONDIM, A.P, GUIMARÃES, J.A. Disopiramida um perigo à vista. *Rev. Mat. Esc. Assis Chateaubriand*, v. 2, n. 1, p. 17-19, 1995.

COELHO, H. L. L. et al.. Brazilian black market in paracetamol. *Lancet*, v. 344, p. 1076, 1994.

COELHO, H. L. L.; TEIXEIRA, A. C. A.; CRUZ, M. F.; GONZAGA, S. L., ARRAIS, P. S.; LUCHINI, L.; LA VECCHIA, C.; TOGNONI, G. Misoprostol: The Experience of Women in Fortaleza, Brazil. *Contraception*, v. 49, n. 2, p. 101-110, 1994.

COELHO, H. L. L.; TEIXEIRA, A. C.; SANTOS, A. P.; FORTE, E. B.; MORAIS, S. M.; LA VECCHIA, C.; TOGNONI, G.; HERXHEIMER, A. Misoprostol and illegal abortion in Fortaleza, Brazil. *Lancet*, v. 341, p. 1261-1263, 1993.

COELHO, H. L. L. O que está em jogo no caso do Cytotec. *Ciênc. Hoje*, v. 13, p. 60-62, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA- CFF. *Estatísticas sobre farmácia – dezembro de 2003*. Comissão de fiscalização do CFF. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/estatisticas>>. Acesso em: 10 dez. 2003.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA- CFM. *Código de ética médica*. Resolução CFM – No 1.246/88 de 08/01/88. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília,DF, 26 jan. 1988. Cap.V. Art.59.

- CONSENTINO, M.; LEONI, O.; ORIA, C. et al. Hospital-based survey of doctor's attitudes to adverse drug reactions and perception of drug-related risk for adverse reaction occurrence. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, v. 8, suppl., p. S27-S35, 1999.
- CORREIA, L. L. Atenção em saúde e equidade: uma análise de duas microrregiões assistenciais de saúde do Estado do Ceará. *Rev. Med. UFC*, v. 40, n. 1-2, p. 57-76, 2000.
- COSTA, E. A. Vigilância sanitária: proteção e defesa da saúde. In: ROUQUAYROL, M.Z., ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & saúde*. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. p. 357-387.
- COSTA, T. C. T. D.; KERBER, L. M.; VOLPATO, N. M. et al. Comercialização de medicamentos em bares/lancherias e armazéns/fruteiras em Porto Alegre. *Ciê. Cult.*, v. 40, n. 3, p. 285-288, 1988. 1990.
- COUTO, H. G.; LELES, C. C. V.; LIMA, H. V. et al. Vancomycin use in a Brazilian University Hospital: comparison with hospital infection control practices advisory committee guidelines. *Braz. J. Infect. Dis.*, v. 3, n. 4, p. 139-143, 1999.
- CUNHA da SILVA, C. D.; COELHO, H. L. L. Centro e informações sobre medicamentos: auxiliando a decisão terapêutica. *Giorn. Ital. Farm. Clin.*, v. 13, n. 2, p. 93-102, 1999.
- DER, E. H.; RUBENSTEIN, L. Z.; CHOY, G. S. The benefits of in-home pharmacy evaluation for older persons. *Am. Geriatr. Soc.*, v. 45, p. 211-214, 1997.
- DIAS, M. B.; TUYAMA, A. C. G.; ANDRADE FILHO, A. Organoclorados e piretróides. In: ANDRADE FILHO, A.; CAMPOLINA, D.; DIAS, M. B. *Toxicologia na prática clínica*. Belo Horizonte: Folium, 2001. p. 249-252.
- DIAS-DA-COSTA, J. S., GIGANTE, D. P.; MENEZES, A. M. B. et al. Uso de métodos anticoncepcionais e adequação de contraceptivos hormonais orais na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: 1992 e 1999. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 1, p. 93-99, 2002.
- DUPIM, J. A. A.; RIGHI, R. E. Medicamentos essenciais nos sistemas locais de saúde. In: BOMFIM, J. R. A.; MERCCUCI, V. L. *A construção da política de medicamentos*. São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1997. p. 138-154.
- DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP- LATIN AMERICA- DURG-LA Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. *Clin. Pharmacol. Ther.*, v. 61, p. 488-493, 1997.
- EDWARDS, I. R.; BIRIELL, C. Harmonization in pharmacovigilance. *Drug Saf.*, v. 10, n. 2, p. 93-102, 1994.
- EGGEN, A. E. Patterns of medicine use in a general population (0-80 years). The influence of age, gender, diseases and place of residence on drug use in Norway. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, v. 6, n. 3, p. 179-187, 1997.

EGGEN, A E. Pattern of drug use in a general population-prevalence and predicting factors: the Tromso study. *Int. J. Epidemiol.*, v. 23, n. 6, p. 1262-1272, 1994.

FERNANDES, L. C. *Caracterização e análise da farmácia caseira ou estoque domiciliar de medicamentos*. 2000. Porto Alegre. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, 2000.

FERNANDES, M. E. P. A participação dos medicamentos nas alternativas de assistência à saúde no município de Fortaleza. 1998. Fortaleza. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, 1998.

FERRAZ, M. B.; PEREIRA, R. B.; PAIVA, J. G. A. et al. Availability of over-the-counter drugs for arthritis in São Paulo, Brazil. *Soc. Sci. Med.*, v. 42, n. 8, p. 1129-1131, 1996.

FIGUEIRAS, A.; CAAMAÑO, F.; GESTAL-OTERO, J. J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur. J. Epidemiol.*, v. 16, p. 19-26, 2000.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ-FIOCRUZ. Centro de Informação Científica e Tecnologia. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. *Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Brasil: 1999*. Rio de Janeiro, 2000.

_____. Centro de Informação Científica e Tecnologia. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. *Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Brasil: 1998*. Rio de Janeiro, 1999a. p.35.

_____. Centro de Informação Científica e Tecnologia. Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológicas. *Revisão. Estatística anual de casos de intoxicação e envenenamento. Brasil: 1997*. Rio de Janeiro, 1999b. p.19.

FONSECA, M. R. C. C.; FONSECA, E.; BERGSTEN-MENDES, G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 205-212, 2002.

FONSECA, W.; ALENCAR, A. J. C.; MOTA, F. S. B.; COELHO, H. L. L. Misoprostol and congenital malformations. *Lancet*, v. 338, p. 56, 1991.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Célula de Assistência Farmacêutica. Coordenadoria de Políticas e Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. *Plano municipal de assistência farmacêutica*. Fortaleza, 2003.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Núcleo de Assistência Farmacêutica. *Investigação do uso de medicamentos nos serviços de saúde do município de Fortaleza*. Fortaleza, 2000.

FORTALEZA. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Núcleo de Assistência Farmacêutica. *Relação municipal de medicamentos essenciais*. Fortaleza, 1998.

- FRANCO, A. L. S. *A relação médico-paciente no contexto do Programa de Saúde da Família. Um estudo observacional em três municípios baianos*. Salvador, 2002. Tese (Doutorado)- Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2002.
- FRANCO, R. C. S., NETO, J.A.C, KHOURI, M.A. et al. Consumo de medicamentos em um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. *Rev Baiana Saúde Pública*, v. 13/14, n. 4/1, p. 113-121, 1987.
- FUCHS, S. C.;PETTER, J. G.;ACCORDI, M. C. et al. Establishing the prevalence of hypertension. Influence of sampling criteria. *Arq. Bras. Cardiol.*, v. 76, n. 6, p. 449-452, 2001.
- GABURRI, P. D.; ORNELLA, A. T.; SOUZA, A. F. M. Hepatite associada à aspirina. *HU Revista*, Juiz de Fora (MG), v. 24, n. 2/3, p. 45-49, 1998.
- GADELHA, C.A.G., QUENTAL, C., FIALHO, B.C. Saúde e inovação: uma abordagem sistêmica das indústrias da saúde. *Cad saúde pública*, v.19, n. 1, p. 47-59, 2003.
- GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. *IV Levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras – 1997*. São Paulo: CEBRID, 1997.
- GHARAIBEH, M. N.;GREENBERG, H. E.; WALDMAN, S. A. Adverse drug reaction: a review. *Drug Inf. J.*, v. 32, p. 323-338, 1998.
- GOETTLER, M.; SCHNEEWEISS, S.; HASFORD, J. Adverse drug reaction monitoring – cost and benefit considerations PartII: cost and preventability of adverse drug reactions leading to hospital admission. *Pharmacoepidemiol. Drug Saf.*, v. 6, n. suppl. 3, p. S79-S90, 1997.
- GOMES, K. R. O.; MORON, A. F.; SILVA, R. S. S., et al. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com as características maternas. *Rev. Saúde Pública*, v. 33, n. 3, p. 246-254, 1999.
- GONDIM, A. P. S. *O uso de medicamento no tratamento biomédico da febre em crianças de Fortaleza*.1998. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal do Ceará, Departamento de Saúde Comunitária, Fortaleza, 1998.
- GRUPO DE PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE MEDICAMENTOS-GPUIM. *Relatório do final do Projeto Automedicação em Fortaleza*. Fortaleza, 1992.
- HANLON, J. T.; SCHMADER, K. E.; KORONKOWSKI, M. J. et al. Adverse drug events in high risk older outpatients. *Am. Geriat. Soc.*, v. 45, p. 945-948, 1997.
- HARAMBURU, F. et al. Incidence and prevalence of adverse drug reaction. *Presse Med.*, v. 29, n. 2, p. 111-114, 2000.
- HEINECK, I.; SCHENKEL, E. P.; VIDAL, X. Medicamentos de venta libre en el Brasil. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 3, n. 6, p. 385-391, 1998.

HEINECK, I.; GALLINA, S. M.; SILVA, T.; PIZZOL, F. D.;SCHENKEL, E. P. Análise da publicidade de medicamentos veiculada em emissoras de rádio do Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 193-198, 1998.

HELPER, C.D.;STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v. 47, p. 533-543, 1990.

HERXHEIMER, A. Fazendo melhor uso dos medicamentos: os papéis dos profissionais de saúde, consumidores, indústria e governo. *Bol. SOBRAVIME*, n.11, p. 5-7, jun.-dez., 1993.

HIGGINBOTHAM, N.; STREINER, D. L. The social science contribution to pharmacoepidemiology. *J. Clin. Epidemiol.*, v. 44, n. suppl. 2, p. 73S-82S, 1991.

HOMEDES, N.; UGALDE, A. Improving the use of pharmaceuticals through patient and community level interventions. *Soc. Sci. Med.*, v. 52, p. 99-134, 2001.

HONIG, P. K.; GILLESPIE, B. K. Drug interaction between prescribed and over-the-counter medication. *Drug Saf.*, v. 13, p. 296-303, 1995.

HUF, G.; LOPES, C. S.; ROZENFELD, S. O uso prolongado de benzodiazepínicos em mulheres de um centro de convivência para idosos. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 2, p. 351-362, 2000.

IBGE. *Brasil: população estimada*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 11 dez. 2003.

_____. *Censo demográfico 2000. Características da população e dos domicílios resultados do universo*. Rio de Janeiro, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR-IDEC. Faltam remédios essenciais no SUS. *Consumidor S.A.*, v. 69, p. 14-19, 2003.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA. Centro de Atendimento Toxicológico-CEATOX. *Casos de intoxicação medicamentosas registradas no ano de 2000*. Fortaleza, 2001.

INTERNATIONAL MEDICAL STATISTICS (IMS). *World drug purchases-retail pharmacies. IMS health – drug monitor: 12 months to november 2002*. Disponível em: <<http://open.imshealth.com/download/nov2002.pdf>> Acesso em 04 fev. 2003.

IRIART, J. A. B.; ANDRADE, T. M. Musculação, uso de esteróides anabolizantes e percepção de risco entre jovens fisiculturistas de um bairro popular de Salvador, Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 18, n. 5, p. 1379-1387, 2002.

IVAMA, A. M., NOBLAT, L., CASTRO, M.S. et al. *Consenso brasileiro de atenção farmacêutica*. Proposta. Brasília: OPAS, 2002.

JONHSON, J. A.; BOOTMAN, J. L. Drug-related morbidity and mortality: a cost of illness model. *Arch. Intern. Med.*, v. 155, p. 1949-1956, 1995.

- LAM, C. L.; CATARIVAS, M. G.; MUNRO, C.; LAUDER, I. J. Self-medication among Hong Kong. Chinese. *Soc. Sci. Med.*, v. 39, n. 12, p. 1641-1647, 1994.
- LAZAROU, J.; POMERANZ, B. H.; COREY, P. N. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA*, v. 279, p. 1200-1205, 1998.
- LEAL, S. O.; PIOVESAN, F.; CRUZ, C. S. et al. Prescrição leiga de medicamentos em farmácias de Passo Fundo (RS). *Rev. Médica HSPV*, v. 10, n. 23, p. 35-37, 1998.
- LEFÈVRE, F. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo: Cortez, 1991.
- LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciênc. Saúde Coletiva.*, v. 8, n. 3, p. 775-782, 2003.
- LESSA, I.; MENDONÇA, G. A. S.; TEIXEIRA, M. T. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: dos fatores de risco ao impacto social. *Bol. Oficina Sanit. Panam.*, v. 12, n. 5, p. 389-413, 1996.
- LIMA, J. C.; AZOURY, E. B.; BASTOS, L. H. C. V.; COUTINHO, M. M.; PEREIRA, N. N.; FERREIRA, S. C. C. Desigualdades no acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Saúde Debate*, v. 26, n. 60, p. 62-70, 2002.
- LISBOA, S. M. L. Interações e incompatibilidades medicamentosas. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. (Org.). *Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 147.
- LISE, M. L. Z.; SILVA, T. S. G.; FERIGOLO, M.; BARROS, H. M. T. O abuso de esteróides anabólico-androgênicos em atletismo. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v. 45, n. 4, p. 364-370, 1999.
- LOBO, A. P. T.; NAPPO, S. A.; SANCHEZ, Z. D. M.; CARLINI, E. A. O uso indevido de anabolizantes na cidade de São Paulo: um estudo qualitativo. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 52, n. 1, p. 25-34, 2003.
- LOPES, A. E. C.; TEIXEIRA, A.C.A.; GURGEL, M.L.F. et al. Drug use evaluation in health services in Fortaleza, Brazil. *Int. Network Rat. use of Drugs News*, v. 6, n. 1, p. 17, 1996.
- LOYOLA FILHO, A. I.; UCHOA, E.; GUERRA, H. L. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.
- MACHADO, M. H.; PEREIRA, P. Los recursos humanos y el sistema de salud en Brasil. *Gac. Sanit.*, v. 16 n. 1, p. 89-93, 2002.

- MADURGA, M.; ABAJO, F. J.; MARTÍN-SERRANO, G. et al. El sistema de farmacovigilancia. In: *Nuevas perspectivas de la farmacovigilancia en España y en la Unión Europea*. Madrid: Grupo IFAS, 1998. p.32-61.
- MAGALHÃES, S. M. S.; CARVALHO, W. S. Reações adversas a medicamentos. In: GOMES, M. J. V. M.; REIS, A. M. M. (Org.). *Ciências farmacêuticas. Uma abordagem em farmácia hospitalar*. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 125-145.
- MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (MSH). *Managing drug supply*. 2nd ed. Connecticut: Kumarian, 1997.
- MARIN, N., LUIZA, V.L., OSORIO-DE-CASTRO, C.G.S., MACHADO-DOS-SANTOS, S. (Org) et al. Uso racional de medicamentos (URM). In: _____. *Assistência Farmacêutica para gerentes municipais*. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.
- MARTÍNEZ, V. J. Consumo de medicamentos. In: _____. *Uso racional de los medicamentos*. Madri: Farmaindustria, 1993. p. 101-112.
- MARTY, C. R. Adverse reactions to drugs in general practice. *Br. Med. J.*, v. 2, p. 1194-1197, 1979.
- MASTROIANNI, P.C., GALDURÓZ, J.C.F., CARLINI, E.A. Influence of the legislation on the advertisement of psychoactive medications in Brazil. *Rev bras psiquiatr*, v. 25, n. 3, p. 146-155, 2003.
- MATHIAS, L., M. FILHO, N. L. Indicação de medicamentos em farmácias e a mulher grávida. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, v. 11, n. 9, p. 174-176, 1989.
- MENDES, A. M. D.; FIGUEIREDO, C. P. Uso de medicamentos durante a gravidez: enfoque dermatológico. *An. Bras. Dermatol.*, v. 75, n. 1, p. 87-92, 2000.
- MATOS, E.G., SANTOS, M.F., PEDRABUENA, A.E., KARNIOL, I.G., Padrões de indicação do uso de antidiabéticos em farmácias e gravidade sintomatológica. *Rev ass med brasil.*, v. 31, n. 7/8, p. 116-120, 1985.
- MENDOZA-SASSI, R.;BÉRIA, J. U.; BARROS, A. J. D. Outpatient health service utilization and associated factors: a population-based study. *Rev. Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 372-378, 2003.
- MESTANZA, F.; PAMO, O. Estudio muestral del consumo de medicamentos y automedicación en Lima metrópole. *Rev. Med. Hered.*, v. 3, p. 101-108, 1992.
- MOSEGUI, G. B. G.; ROZENFELD, S.; VERAS, R. P.; VIANNA, C. M. M. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. *Rev. Saúde pública*, v. 33, n. 5, p. 437-444, 1999.
- MOTA, S. Saneamento. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde* . 5..ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999. p. 405-429.

NAPPO, S. A. Consumo de anorexígenos tipo-anfetamina (dietilpropiona, fenproporex, mazindol) e de fenfluramina no Brasil: prejuízo ou benefício para a saúde. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 41, n. 8, p. 417-421, 1992.

NASSIF FILHO, A. C. N.; BETTEGA, S. G.; LUNEDO, S. et al. Prescrições farmacêuticas em casos de rinite alérgica nas drogarias de Curitiba. *Rev. Med. Paraná*, v. 58, n. 1, p. 63-66, 2000.

NARANJO, C. A.; BUSTO, U. E. Reacciones adversas a medicamentos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. *Métodos en farmacología clínica*. Ginebra: OPS, 1992. p. 323-338.

NASCIMENTO SILVA, P. L.; PESSOA, D. G. C.; LILA, M. F. Análise estatística de dados da PNAD: incorporando a estrutura do plano amostral. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 659-670, 2002.

NITSCHKE, C. A. S.; GUIMARÃES, F. S.; CUNHA, J.; DUTRA, A. C. A.; SILVA JÚNIOR, M. M. Estudo sobre o uso de medicamentos em quatro bairros de Porto Alegre. *Rev. Amrigs*, v. 25, n. 3, p. 184-189, 1981.

NORÕES, G. R.; ARRAIS, P. S. D. Estudo da diversificação de produtos em farmácias e drogarias de Fortaleza. In: SEMINÁRIO BRASILEIRO DE FARMACOEPIDEMIOLOGIA, 1., Fortaleza, 1996. *Resumos...* Fortaleza: GPUIM/UFC, 1996. p.50.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE-OMS. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 8. ed. São Paulo: EDUSP, 2000a.

_____. Resistencia a los antimicrobianos: una amenaza mundial. *Bol.Med. Esenciales*, n. 28/29, p. 1, 2000b.

_____. *Guia para a boa prescrição médica*. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 73-78.

_____. *El uso racional de medicamentos. Informe de la Conferencia de expertos*. Ginebra: OMS, 1985.

PAES DA SILVA, M. J. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. *Bioética*, v. 10, n. 2, p. 73-85, 2002.

PARK, B. K.; COLEMAN, J. W.; KITTERINGHAM, N. R. Drug disposition and drug hypersensitivity. *Biochem. Pharmacol.*, v. 36, p. 581-590, 1987.

PEDRO, A. O.; PINTO-NETO, A. M.; COSTA-PAIVA, L. et al. Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 4, p. 484-490, 2002.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública*, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.

PEREIRA, F. E. *Assistência farmacêutica e saúde pública: olhando o passado e refletindo o presente*. 1997, Fortaleza. Dissertação (Mestrado)- Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, 1997.

PHARMACEUTICAL products in France: abundantly and desregulation. New products from 1981 to 2000. *Prescrire Int.*, v. 10, n. 52, p. 52-54, 2001.

PICCINI, R. X.; VICTORA, C. G. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cad. Saúde pública*, v. 13, n. 4, p. 595-600, 1997.

PIZZOL, F. D.; SILVA, T.; SCHENKEL, E. P. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 14, n. 1, p. 85-91, 1998.

PLAN de acción de salud publica para combatir la resistencia a los antimicrobianos. *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 9, n. 2, p. 123-127, 2001.

POSSIDENTE, E.; NARDI, A. E.; FIGUEIRA, I. et al. Bruxismo associado ao uso de antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina- relato de quatro casos. *J. Bras. Psiquiatr.*, v. 46, n. 5, p. 285-288, 1997.

PRINCE, B. S.; GOETZ, C. M.; RIHN, T. L. et al. Drug related emergency department visits and hospital admission. *Am. J. Hosp. Pharm.*, v. 49, p. 1696-1700, 1992.

QUEIROZ, L. P. *Um estudo epidemiológico de cefaléia no distrito sede do município de Florianópolis*. 2000. Dissertação (Mestrado)- Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

RIBEIRO, E. M. Misoprostol e gravidez. *Rev. Matern. Esc. Assis Chateaubriand*, v. 2, n. 2, p. 33-36, 1995.

RIEDER, M. J. Immunopharmacology and adverse drug reactions. *J. Clin. Pharmacol.*, v. 33, p. 316-323, 1993.

ROTHSCHILD, J. M.; BATES, D. W.; LEAPE, L. L. Preventable medical injuries in older patients. *Arch. Intern. Med.*, v. 160, p. 2717-2728, 2000.

ROZENFELD, S. *Reações adversas aos medicamentos em idosos: as quedas em mulheres como iatrogenia farmacoterapêutica*. 1997. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

ROZENFELD, S.; PEPE, V. L. E. *Guia terapêutico ambulatorial*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

ROZENFELD, S. O uso de medicamentos no Brasil. In: LAPORTE, J. R.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. (Org.). *Epidemiologia do medicamento: princípios gerais*. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1989.

SÁ, D.A., MENDES, A.C.G., MEDEIROS, K.R., LYRA, T.M. Avaliação da universalidade do acesso à saúde através dos sistemas de informações assistenciais o SUS: Brasil, 1995 a 1998. *Rev bras saúde materno infantil*, v. 1, n. 1, p. 45-52, 2001.

SANS, S.; PALUZIE, G.; PUIG, T. et al. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac. Sanit.*, v. 16, n. 2, p. 121-130, 2002.

SANTOS, K. M. O.; BARROS FILHO, A. A. Consumo de produtos vitamínicos entre universitários de São Paulo, SP. *Rev. Saúde Pública*, v. 36, n. 2, p. 250-253, 2002.

SCHÖNHÖFER, P. S. Comment on: A. Wong, a reappraisal of antipyretic and analgesic drugs. *Buko Pharma-News*, v. 2, p. 1-4, 2002..

SCHENKEL, E. P. *Cuidados com os medicamentos*. Porto Alegre: Ed. UFSC, 1996.

SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Vitaminas: associações irracionais. *Ciênc. Cult.*, v. 42, n. 11, p. 986-989, 1990.

SEBASTIÃO, E. C. O. Consumo de medicamentos, um esboço dos fatores determinantes. *Rev. Ciênc. Farm.*, v. 19, n. 2, p. 253-263, 1998.

SEGALL, A. A community survey of self-medication activities. *Med. Care*, v. 28, n. 4, p. 301-310, 1990.

SILVA, A. S. *Cotidiano médico. Verso e reverso da relação médico-paciente*. São Luís: Edufma, 2002.

SILVA, C. D. C. *Centro de Informação sobre Medicamentos da Universidade Federal do Ceará: um observatório epidemiológico*. 1999. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

SILVA, J.A.; MELO, J. R. R.; COELHO, H. L. L. Uso abusivo de benzidamina em Fortaleza. *Rev. Infarma*, v. 5, n. 1/6, p. 16-18, 1997.

SILVA, T.; DAL-PIZZOL, F.; BELLO, C. M. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. *Rev. Saúde Pública*, v. 34, n. 2, p. 184-189, 2000.

SIMÕES, M. J. S. Consumo de medicamentos e morbidade em Humait – Estado do Amazonas (Brasil). *Medicina*, v. 23, n. 3, p. 151-158, 1990.

SIMÕES, M. S.; FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. *Rev. Saúde Pública*, v. 22, n. 6, p. 494-499, 1988.

SOUSA, A. Q. Progresso em saúde no Ceará. *Divulg. Saúde Debate*, v. 17, p. 20-21, 1997.

SOUZA, R. O.; MARMORATO, P. G.; CASTEL, S.; GATTAZ, W. Psicose induzida por ISRS em paciente com alterações cerebrais. *Rev. Psiquiatr. Clin.*, v. 26, n. 3, p. 90-91, 1999.

TAVARES, M. C. *A influência dos fatores mercadológicos na decisão de compras em empresas de pequeno porte: o comércio varejista de drogarias. Montes Claros-MG.* 2000. Dissertação (Mestrado)-Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Administração, Belo Horizonte, 2000.

TAVARES, W. Bactérias gram-positivas problemas: resistência do estafilococo, do enterococo e do pneumococo aos antimicrobianos. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.*, v. 33, n. 3, p. 281-301, 2000.

TEIXEIRA, A. C. A. *Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão e seus determinantes em pacientes de ambulatório.* 1999. Dissertação (Mestrado)-Departamento de Saúde Comunitária, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1999.

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. *Inf. Epidemiol. SUS*, v. 8, n. 4, p. 5-33, 1998.

TOKARSKI, M. H. L.; GONÇALVES, S. A.; MELO, G.; BRANCO, A. B. A. Bulas de medicamentos de empresas nacionais e transnacionais –uma análise do cumprimento da legislação. *Rev. Saúde Distrito Federal*, v. 11, n. 1/2, p. 37-44, 2000.

TEZOQUIPA, I. H.; MONREAL, M. L. A.; SANTIAGO, R. V. El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Rev. Saúde Pública*, v. 35, n. 5, p. 443-450, 2001.

UPPSALA MONITORING CENTRE (UMC). *Adverse reaction terminology.* Sweden: UMC/ WHO, 1995.

VELÁSQUEZ, G. Impacto económico del uso racional de medicamentos. In: BERMUDEZ, J. A. Z.; BONFIM, J. A. R. *Medicamentos e a reforma do setor saúde.* São Paulo: Hucitec-Sobravime, 1999. p. 29-34.

VENDA de medicamento pela *internet* pode trazer riscos à saúde. *Pharm. Bras.*, v. 39, p. 39-40, 2003.

VERNENGO, M. J. *Control oficial de medicamentos.* Programa de Medicamentos Essenciales y Tecnologia, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS, 1996.

VIANA, G. S. B.; BANDEIRA, M. A. M.; MATOS, F. J. A. *Guia fitoterápico.* Fortaleza: SESA/CE, 1998.

VILARINO, J. F.; SOARES, I. C.; SILVEIRA, C. M. et al. Perfil da automedicação em município do sul do país. *Rev. Saúde Pública*, v. 32, n. 1, p. 43-49, 1998.

ZHANG, J.; YU, K. F. What's the relative risk?: a method of correcting the odds ratio in cohort studies of cammon outcomes. *JAMA*, v. 280, p. 1690-1691, 1998.

WAZANA, A. Gifts to physicians from the pharmaceutical industry. *JAMA*, v. 283, p. 373-380, 2000.

WEIDERPASS, E.; BÉRIA, J. U.; BARROS, F. C. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do País. *Rev. Saúde Pública*, v. 32, n. 4, p. 335-344, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Consumer reporting of adverse drug reactions. *WHO Drug Inf.*, v. 14, n. 4, p. 211-215, 2000.

_____. *Guidelines for ATC classification*. Oslo: WHO/Nordic Council on Medicines, 1990.

_____. *The selection of essencial drugs: report of a Who expert committee*. Geneve, 1977. (Technical Reports Series, n°. 615)

_____. *International drug monitoring: the role of national centres*. Geneve, 1972. (Technical Reports Series, n°. 498)

ANEXOS