

Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas  
da Região Metropolitana de São Paulo,  
2001-2002

Américo Focesi Pelicioni

**Dissertação apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação em Saúde Pública  
para obtenção do título de Mestre em  
Saúde Pública.**

Área de Concentração: Epidemiologia  
Orientador: Prof. Dr. Chester Luiz Galvão  
Cesar

São Paulo

2005

---

Dedico este trabalho à Mônica, minha esposa e companheira,  
pois sem ela nenhum esforço valeria a pena.

Agradeço:

A Deus, pelo que há, pelo que sou e por esta oportunidade...

Ao Professor Dr. Chester Luiz Galvão Cesar, meu orientador, pela confiança em mim depositada, pela dedicação e incentivo constantes...

Aos membros da Banca Examinadora, as Professoras Geresa Maria Figueiredo, Gum Birgitta Bergsten Mendes, Marilisa Berti de Azevedo Barros e Nicolina Silvana Romano Lieber, pela análise prévia da dissertação e pelas inestimáveis sugestões, comentários e conselhos que enriqueceram e aprimoraram este trabalho...

Ao meu pai, Américo Colli Pelicioni, pelo amor, pelo exemplo de dedicação à saúde e às boas causas...

À minha mãe, Maria Cecília Focesi Pelicioni, pelo amor, pelo modelo de conduta ética e pelas sugestões que enriqueceram esse trabalho...

Aos meus familiares, em especial minhas irmãs, Andréa Focesi Pelicioni, pela colaboração imprescindível, pelo apoio em vários momentos desse trabalho e principalmente pela revisão das referências bibliográficas e Paola Focesi Pelicioni, pela amizade e carinho que sempre demonstrou...

À equipe da biblioteca, pela atenção, pelos esclarecimentos a respeito das referências bibliográficas...

Aos professores e alunos UniFMU com quem tive a oportunidade de trabalhar e trocar experiências, em especial Professora Doutora Terezinha Dalossi Gennari por todo o apoio...

Aos entrevistadores, pela admiração que tenho por todos... aos entrevistados, sujeitos de estudo, que gentilmente forneceram os dados que possibilitaram este e muitos outros trabalhos...

Aos amigos, amigas, tios, tias, primos, primas, sogro e sogra, cunhados e cunhada pelo carinho, pelos e-mails e por toda a atenção recebida durante esta trajetória...

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que este projeto se concretizasse.

**"Onde quer que haja mulheres e homens, há sempre o que fazer, há sempre o que ensinar, há sempre o que aprender" (Paulo Freire)**

## RESUMO

---

Pelicioni AF. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002.** São Paulo; 2004.

[Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo].

**OBJETIVO:** Analisar o padrão de consumo de medicamentos segundo características demográficas e condições de vida da população estudada.

**METODOLOGIA:** A pesquisa foi desenvolvida a partir dos dados do projeto Inquérito de Saúde de São Paulo, ISA-SP, estudo transversal com base populacional, que levantou as condições de vida e saúde da população de quatro áreas do Estado de São Paulo. Foi utilizado período recordatório de 3 dias para o uso de medicamentos. A caracterização demográfica da amostra foi feita por meio da idade e sexo, e a sócio-econômica pelas renda familiar, escolaridade do entrevistado e do chefe de família. **RESULTADOS:** O uso de medicamentos foi declarado por 33,9% e revelou-se maior entre: os grupos de maior idade, o sexo feminino, as famílias com maior escolaridade do chefe, aqueles que se declararam brancos e os que relataram maior renda familiar. Mais de um terço dos que relataram uso de medicamento declarou automedicação, que foi mais freqüente entre jovens e homens. Uma minoria declarou desconhecer o que é “medicamento genérico”. A média da fração da renda familiar gasta com medicamentos foi de 6,2%, e aumentou com a idade, com a menor renda e com a menor escolaridade.

**CONCLUSÃO:** Essa pesquisa revelou diferenças significativas no consumo, na automedicação e no gasto com medicamentos de diferentes subgrupos populacionais. Os trabalhos sobre perfil de consumo de medicamentos podem contribuir para a discussão sobre a problemática de acesso da população às terapias farmacológicas e podem subsidiar políticas públicas que visem promover acesso universal e uso racional dos medicamentos.

**Palavras chave:** Farmacoepidemiologia, Estudo de Utilização de Medicamentos (EUM), Inquérito em saúde.

## SUMMARY

---

Pelicioni AF. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002.** [Pattern of consume of medicines in two regions of the Metropolitan Area of Sao Paulo, 2001-2002]. São Paulo (BR); 2004. [Mastering Dissertation – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, BRAZIL].

**OBJECTIVE:** To analyze the pattern of medicine use, according to demographic characteristics and life conditions of the population. **METHODS:** This study was developed with the databank of the project “Health Survey of State of Sao Paulo (ISA-SP)”, a population based household survey transversal study, that studied the life and the health condition of the population of four areas in the State of Sao Paulo. The information about drug consume was collected with a recall period of 3 days. The sample was characterized by the sex and the age, as demographic data, and by the years of study of the subject and the head of the family, and the household income, as socioeconomic data. **RESULTS:** The drug use was declared by 33,9% of the subjects, which revealed to be higher among the elders, the women, the individuals which the head of the family presented more years of study, among the ones who declared to have white skin, and among the subjects with higher household income. More then one third of the individuals who used drugs reported selfmedication, which was more frequent among the youngsters and the men. A minority declared to ignore what does “generic medicine” means. The average expense with medicines was 6,2% of the household income, which shows to increase with the age, lower hosehold income and less years of study. **CONCLUSION:** This research revealed significant differences on consume, selfmedication, and expenses with medicines of different population subgroups. Studies about the pattern of drug use can contribute to the discussion of the problematic involving the access of the population to pharmacological therapies and support public policies which aims the rational use and the universal access to the drugs.

**Key words:** Pharmacoepidemiology, Drug Use Studies, Health survey.

---

# ÍNDICE

---

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. FARMACOEPIDEMIOLOGIA	5
1.2. FARMACOVIGILÂNCIA	7
1.3. ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS (EUM)	11
1.4. FARMACOECONOMIA	26
1.7. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTO	29
2. OBJETIVOS	38
2.1. OBJETIVO GERAL	38
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	38
3. MATERIAIS e MÉTODOS	39
3.1. ÁREAS DE ESTUDO	40
3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO	41
3.3. PLANO DE AMOSTRAGEM	41
3.4. COLETA DE DADOS	43
3.5. FERRAMENTA DE COLETA DE DADOS	44
3.6. CODIFICAÇÃO E DIGITAÇÃO DE DADOS	48
3.7. ANÁLISE DE DADOS	50
4. RESULTADOS	51
4.1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	51
4.2. UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	56
4.3. NÚMERO MÉDIO DE ESPECIALIDADES FARMACÊUTICAS	59
4.4. ESPECIALIDADES E GRUPOS TERAPÊUTICOS UTILIZADOS	61
4.5. AUTOMEDICAÇÃO	71
4.6. GASTO MENSAL COM MEDICAMENTOS	73
4.7. CONHECIMENTO E USO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS	75
5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	78
6. CONCLUSÕES	94
7. REFERÊNCIAS	98
8. ANEXOS	104
Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	

"As pessoas que acreditam que um problema possa ser resolvido tendem a trabalhar para resolvê-lo."

(William Raspberry)

## APRESENTAÇÃO

---

Este estudo farmacoepidemiológico aborda alguns aspectos de Farmacoeconomia e de Estudo de Utilização de Medicamentos na caracterização do perfil de consumo de medicamentos pela população de duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, a saber:

- Área 1: compreendida pelos municípios da região sudeste da Grande São Paulo - Itapeverica da Serra, Taboão da Serra e Embu.
- Área 2: compreendida pela Administração Regional do Butantã - distritos do Jaguaré, Rio Pequeno, Raposo Tavares, Vila Sônia e Morumbi - no Município de São Paulo.

Para realização do trabalho, o autor utilizou o banco de dados do projeto Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP), que se refere a uma pesquisa multicêntrica, conduzida de 1999 a 2000, por pesquisadores das três universidades estaduais paulistas (USP, UNICAMP e UNESP) e da Secretaria Estadual de Saúde.

Realizado por meio de inquérito domiciliário com base populacional, o projeto teve financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP – processo 98/14099-7) e aborda diversos assuntos relacionados à saúde da população de quatro áreas do Estado de São Paulo.

Tendo integrado a equipe que desenvolveu o projeto desde sua fase de campo, este pesquisador teve a oportunidade de acompanhar entrevistas e participar da codificação de medicamentos, que foram relatados nas duas áreas de estudo compreendidas na Região Metropolitana de São Paulo, com base na classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC).

Visando a padronização e unificação dos códigos dos medicamentos em todas as áreas de estudo, a mesma listagem fora utilizada por todos os

centros de pesquisa, e sempre que novos códigos eram incluídos, havia a permuta de informações entre os pesquisadores.

O autor discorre, inicialmente, sobre a influência que os desastres envolvendo o uso de fármacos, principalmente após a segunda metade do século XX, exerceu sobre a criação de mecanismos de atenção permanente sobre os medicamentos, com a finalidade de descrever, quantificar e monitorar eventos adversos (farmacovigilância), mesmo depois de sua apresentação ao mercado.

Procurará também demonstrar ao longo da introdução que outros tipos de estudo foram desenvolvidos como resposta às necessidades de conhecimento sobre a problemática que envolve o uso de medicamentos, entre os quais podemos citar os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) e a Farmacoeconomia, que formaram uma nova área do conhecimento chamada Farmacoepidemiologia.

Outro tema que será abordado nesse trabalho se relaciona com a problemática que envolve o acesso da população ao arsenal terapêutico, que é influenciado pelas políticas governamentais e de Estado. No Brasil, a Política de Medicamentos privilegia e estimula o registro e a produção de Medicamentos Genéricos, que visam promover concorrência no mercado farmacêutico e a conseqüente redução nos preços dos medicamentos oferecidos à população. Um efeito secundário dessa política de medicamentos, que tem sido observado no Brasil, é o fortalecimento da indústria farmacêutica nacional.

Por fim, o autor apresentará os objetivos e a metodologia empregada para a amostragem, coleta e análise dos dados, bem como os resultados obtidos. Em seguida, procederá à discussão sobre os mesmos à luz da revisão bibliográfica sobre o tema e apresentará as conclusões relativas aos objetivos propostos.



## 1. INTRODUÇÃO

---

SCHENKEL et al. (1998) afirma que medicamentos são produtos utilizados no diagnóstico, na prevenção, na cura ou no alívio de sintomas de doenças. Quando bem administrado, o medicamento é uma ferramenta de promoção, proteção e recuperação da saúde. Um aliado na luta contra as morbidades e os sintomas que afligem a humanidade.

Paradoxalmente, seu uso pode ser um elemento de preocupação para a saúde pública no momento em que se torna causa de doenças iatrogênicas e atua como fonte de decorrências indesejáveis como as reações adversas.

Evento adverso a medicamento é uma ocorrência adversa que acontece durante ou em seguida ao uso clínico de um medicamento. Reação adversa, por sua vez, é o evento adverso que se julgou ter sido causado por um medicamento (STROM 1994).

Alguns indivíduos são mais vulneráveis às reações adversas dos fármacos, por isso, o uso de medicamentos deve ser feito com especial cautela em certos grupos populacionais.

Pacientes que fazem uso de vários medicamentos simultaneamente (polimedicação) são particularmente vulneráveis à ocorrência de reações indesejáveis relacionadas às interações que ocorrem entre os fármacos que utiliza.

Alguns medicamentos podem potencializar a ação de outros, num efeito sinérgico, que pode promover a exacerbação de efeitos, inclusive os adversos. Um fármaco pode ainda interferir no metabolismo de outras substância, contribuindo para o acúmulo de seus metabólitos.

As interações entre fármacos podem ainda promover efeitos antagônicos que culminam na diminuição de seus efeitos farmacológicos, o que poderia contribuir para a ineficácia de um tratamento.

O idoso se torna particularmente vulnerável às reações adversas aos fármacos que utiliza, pois freqüentemente apresenta acúmulo de morbidades, que o levam a utilizar várias especialidades farmacêuticas ao mesmo tempo, além do processo de envelhecimento que muitas vezes causa redução na sua capacidade de metabolização de substâncias.

A alimentação é outro fator que pode influenciar a farmacocinética dos medicamentos, contribuindo para o aparecimento de reações adversas. A subnutrição, por exemplo, freqüentemente acompanha diminuição da função hepática e pancreática, interferindo na digestão, na absorção e na metabolização de medicamentos. Uma dieta empobrecida pode também causar um quadro de hipoproteïnemia que por sua vez, pode gerar alterações na distribuição e na biodisponibilidade de alguns fármacos, ou de seus metabólitos, que normalmente circulam conjugados à albumina ou às globulinas plasmáticas.

MARUCCI e GOMES (1996) destacam que o paciente idoso freqüentemente apresenta um estado nutricional ruim, o que contribui para o aparecimento de efeitos adversos relacionados aos medicamentos que ele utiliza, e acrescentam que esse risco aumenta na medida que o número de drogas se eleva.

As crianças também representam um grupo particularmente vulnerável à ação deletéria dos fármacos, porque freqüentemente não possuem o aporte enzimático necessário para metabolizar competentemente doses de medicamentos que seriam normalmente seguras para um adulto. Isso, somado aos fatos de que freqüentemente apresentam baixa massa corpórea, e de que nos primeiros anos de vida a barreira hemato-encefálica não está plenamente desenvolvida, pode resultar numa escolha de terapia medicamentosa e de ajuste de dose inadequados, aumentando o risco de apresentarem intoxicação farmacológica e reações adversas aos medicamentos.

A possibilidade de teratogênese e as complicações do parto tornam o uso de medicamentos durante a gravidez um ato que requer cautela. Vale lembrar, que por motivos éticos, a maioria dos medicamentos nunca foi testada em gestantes, e mesmo medicamentos que são contra-indicados na gravidez, são muitas vezes usados sem orientação profissional ou com orientação inadequada. FONSECA (2002) alerta para o fato de que existem vários trabalhos publicados sobre medicamentos que oferecem risco durante a gestação, o que permite a orientação do prescritor sobre a segurança dos tratamentos medicamentosos, porém completa que são raras as publicações sobre os tipos de medicamentos que as gestantes realmente utilizam no dia-a-dia.

Um estudo de caso de 1998 relata que o uso do antiinflamatório diclofenaco por cinco dias, duas semanas antes do parto, causou danos irreversíveis relacionados à hipertensão pulmonar no bebê (ZENKER et al. 1998).

O conhecimento do potencial deletério dos fármacos é antigo, entretanto, a partir da década de 1940, a humanidade vivenciou uma série de ocorrências relacionadas ao uso de medicamentos jamais vista em toda a história, devido à velocidade com que a descoberta de novas classes terapêuticas e a introdução de novas moléculas no mercado farmacêutico aconteceram. Alguns desses incidentes, principalmente os de elevada transcendência e abrangência, tornaram patente que havia necessidade de se criar mecanismos eficazes para a descrição e a quantificação dos efeitos adversos de medicamentos, bem como a criação de regras mais rigorosas para o registro e a comercialização de medicamentos. STROM (1994) recorda que após toda catástrofe envolvendo o uso de medicamentos ocorreram modificações relevantes na legislação de vários países.

A talidomida, até 1961, era considerada extremamente segura e por isso, era freqüentemente indicada como sedativo e agente antiemético no alívio do mal estar matinal de gestantes. Entretanto, naquele ano constatou-se que ela tinha capacidade para desenvolver malformações em diversos

órgãos e sistemas em fetos de mulheres que a utilizavam durante um período específico da gravidez: do 35º ao 50º dia após a última menstruação da mulher (MCBRIDE 1961; OLIVEIRA et al. 1999; LIMA et al. 2001).

Devido à constatação de ter causado, durante as décadas de 1950 e 1960, malformações em mais de 10.000 pessoas no mundo todo, diversos países proibiram ou nem chegaram a aprovar seu uso. Entretanto, convém citar, que o uso dessa droga foi readmitido anos mais tarde, em alguns países, inclusive o Brasil em 1977, por causa do sucesso reportado pelo médico israelita Jacob Sheskin, ao descrever seus efeitos antiinflamatórios e imunorregulatórios no tratamento da hanseníase (LIMA et al. 2001).

Atualmente, a talidomida, além de adjuvante no tratamento da hanseníase, estendeu-se como auxiliar no tratamento da tuberculose, e alguns estudos demonstram que por causa de seu efeito de inibição da angiogênese patológica, seu uso é promissor no tratamento de algumas formas de neoplasias; bem como no tratamento de paciente com Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) pela inibição da replicação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e no combate da perda de peso desordenada do paciente; em algumas doenças de caráter autoimune como a doença de Crohn e a artrite reumatóide; e ainda desponta como a primeira terapia disponível em 20 anos para o tratamento de mieloma múltiplo (OLIVEIRA et al. 1999; LIMA et al. 2001).

Vale citar que em todos esses casos, a droga não deveria ser fornecida a mulheres com risco de engravidar, sem que houvesse uma orientação adequada sobre seus riscos e sobre métodos contraceptivos. Entretanto, no Brasil foi descrita uma nova geração de portadores da síndrome da talidomida, composta por bebês cujas mães inadvertidamente usaram a droga durante a gravidez, mesmo após o reconhecimento científico mundial de seus efeitos teratogênicos.

Um estudo de 1999 revelou que cerca de um terço das gestantes dessa nova geração de portadores da síndrome utilizou o medicamento através da automedicação com o fármaco que havia sido prescrito e

fornecido aos seus maridos ou parentes portadores de hanseníase. Mas o que nos pareceu mais alarmante é que quase dois terços das mesmas entrou em contato com a medicação teratogênica através de prescrição médica sem que houvesse a devida orientação sobre seus riscos, sendo que quatro das mulheres estudadas já estavam grávidas no momento da prescrição, o que torna a situação mais grave (OLIVEIRA et al. 1999).

### **1.1. Farmacoepidemiologia**

Após vivenciar uma série de incidentes envolvendo o uso de medicamentos a partir da segunda metade do século XX e mais intensamente após a década de 1960 com a catástrofe envolvendo o uso da talidomida, a comunidade científica percebeu que havia a necessidade de se criar mecanismos eficazes que permitissem a identificação e a quantificação das reações adversas relacionadas ao uso de medicamentos, a farmacovigilância, que será descrita mais adiante.

O desenvolvimento da farmacovigilância, por sua vez, fez surgir modelos de pesquisa mais abrangentes sobre a problemática dos medicamentos: a aplicação da metodologia clássica da epidemiologia na observação do uso de fármacos e de sua implicação para a sociedade gerou uma nova área do conhecimento, a Farmacoepidemiologia, que engloba a própria farmacovigilância que a originou, mas também os Estudos de Utilização de Medicamentos (STROM 1994; HARTZEMA et al. 1998).

A farmacoepidemiologia pode ser definida como o “estudo do uso e dos efeitos dos medicamentos em um grande número de pessoas” (STROM 1994, p.3).

Segundo CASTRO (1997, 1999), Lacaz, Colbert e Teixeira podem ser considerados os pioneiros na utilização de métodos epidemiológicos no estudo de problemas relacionados ao uso de medicamentos no Brasil, tanto pela publicação em 1970 do livro Doenças Iatrogênicas, como pelos cursos de extensão em farmacoterapia que os autores promoviam naquela época,

cujos enfoques no uso racional de medicamentos seriam considerados atuais mesmo nos dias de hoje.

A autora identifica o programa de formação de farmacêuticos clínicos, patrocinado pela Organização Pan-Americana de Saúde (PAHO), realizado no Chile como forte influenciador no desenvolvimento de trabalhos farmacoepidemiológicos no Brasil desde então, dado o contato de farmacêuticos brasileiros com um programa de farmacovigilância hospitalar intensiva tendo como modelo o trabalho desenvolvido pelo Boston Collaborative Drug Surveillance.

Outro marco na evolução da farmacoepidemiologia no Brasil foi a criação da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), em 1990, que desde então vem incentivando a produção científica na área dos medicamentos e realizando congressos sobre esse tema (CASTRO 1997, 1999).

No mesmo período, a criação do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará, constituiu em outro elemento importante para o desenvolvimento da farmacoepidemiologia no país por sua contribuição na pesquisa e extensão voltadas ao uso racional dos medicamentos (CASTRO 1997, 1999), e para a implantação do Programa de Assistência Farmacêutica do Estado do Ceará, que é reconhecido pela Organização Pan-Americana de Saúde como modelo de sucesso (CARLOS 1997).

Na década de 1990, com a implantação de Centros de Informação de Medicamentos (CIM), surgiram grupos multiprofissionais interessados nos estudos farmacoepidemiológicos em diversas regiões do país (CASTRO 1997, 1999).

Em 1993, foram formados dois grupos de pesquisa na Região Centro-Oeste, um deles ligado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul e outro à Universidade Federal de Mato Grosso, que vêm contribuindo com

vasta produção científica e a disseminação do conhecimento na área da farmacoepidemiologia.

No ano seguinte, 1994, foi formado na Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) um grupo de pesquisas que se destacou pela produção científica em estudos de utilização de medicamentos na área hospitalar.

Além dos já citados, outros centros de pesquisa com produção científica relevante na área de farmacoepidemiologia foram formados no Brasil desde então, principalmente em núcleos universitários como: Universidade Estadual Paulista (UNESP), Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) e Universidade Estadual de Maringá (UEM).

## **1.2. Farmacovigilância**

Todo medicamento antes de ser comercializado deve passar por estudos pré-clínicos *"in vitro"* e com animais e ensaios clínicos de fases I, II e III com humanos, realizados com o objetivo de determinar sua farmacocinética, farmacodinâmica, eficácia, dose terapêutica e toxicidade. Esses estudos são feitos de forma controlada, respeitando-se rigorosamente critérios de inclusão e de exclusão muito bem determinados nos protocolos de pesquisa clínica a fim de evitar a introdução de variáveis não controláveis no estudo como os efeitos de outros tratamentos e de co-morbidades, e para garantir a segurança de grupos especiais, por exemplo, os idosos, as gestantes, as crianças, ou ainda os portadores de outras morbidades e condições especiais que os tornem especialmente vulneráveis aos efeitos indesejáveis do fármaco em estudo.

O ensaio clínico de fase I é feito geralmente com um número muito reduzido de voluntários sadios, e pretende principalmente verificar a tolerabilidade, produzir dados farmacocinéticos e farmacodinâmicos sobre

a nova droga e determinar seus níveis séricos de segurança (NUNES 2000; FIGUERAS et al. 2002).

Os autores acrescentam que o ensaio clínico de fase II é geralmente feito em alguns poucos doentes selecionados, visando principalmente verificar sua eficácia, estabelecer dosagem terapêutica e adicionalmente coletar outros parâmetros de segurança para o novo fármaco.

Já o ensaio clínico de fase III, segundo os mesmos, inclui um número maior de pacientes e permite uma seleção mais diversa dos mesmos. Seus principais objetivos são estabelecer a eficácia clínica do medicamento, frente alternativas terapêuticas ou o placebo, identificar e quantificar eventos adversos e coletar informações adicionais sobre a segurança. Nessa fase, os medicamentos são geralmente testados por um período mais longo do que nas fases anteriores, mas raramente ultrapassam um ano.

Tais ensaios clínicos freqüentemente detectam problemas relacionados à segurança ou à eficácia dos medicamentos testados, de tal modo, que a maioria das moléculas descobertas ou desenvolvidas, com potencial farmacológico, acabam por se mostrar inviáveis e não chegam ao mercado.

Entretanto, os ensaios clínicos de fase I, II e III, freqüentemente, não são suficientes para determinar toda a sorte de condições de uso ao qual um fármaco seria submetido quando passasse a ser comercializado e utilizado em larga escala, pela população geral. Situação essa, em que o medicamento será administrado a pessoas com as mais variadas características genéticas, biométricas, profissionais, sociais, culturais, econômicas, étnicas, gastronômicas, demográficas, entre outras, favorecendo interações daquele fármaco com outros medicamentos e com alimentos, bem como o surgimento de efeitos adversos mais raros, não detectados nos estudos anteriores, que possuem parâmetros mais bem controlados número limitado de usuários e critérios rígidos de inclusão e exclusão.



Independente dos efeitos benéficos, qualquer medicamento pode produzir efeitos indesejáveis que se tornam mais evidentes quando estes passam a ser comercializados, sobretudo porque diferentemente dos estudos clínicos que geralmente são feitos por curtos períodos de tempo com um número limitado de sujeitos e rígidos critérios de inclusão, o medicamento comercializado é muitas vezes utilizado por indivíduos pertencentes aos grupos excluídos nos ensaios clínicos, há um risco maior de interação com outros medicamentos e alimentos, as dosagens são variáveis e principalmente porque alguns eventos indesejáveis são muito raros e só se tornarem conhecidos quando o medicamento é “testado” nos milhares de usuários da população geral (FIGUERAS et al. 2002). Tais limitações dos estudos clínicos tornam necessária a utilização de mecanismos eficientes de coleta e análise de informações acerca de efeitos indesejáveis dos medicamentos, por meio de uma vigilância permanente sobre os fármacos disponibilizados à população.

FIGUERAS et al. (2002) definem farmacovigilância como um conjunto de atividades utilizadas para a identificação e a quantificação do risco de ocorrência de efeitos adversos produzidos por medicamentos e a prevenção da iatrogenia. Os autores ainda revelam que seu principal objetivo é o de identificar reações adversas ainda não conhecidas, principalmente em medicamentos de comercialização recente.

Os autores relatam que desde 2001, o Brasil faz parte do Programa Internacional de Monitorização de Medicamentos, criado pela Organização Mundial da Saúde (WHO), mas desde a segunda metade da década de 1970 existe o reconhecimento e a determinação legal para a implantação de um Sistema de Farmacovigilância no País.

Segundo os mesmos autores, no Estado de São Paulo, a Secretaria Estadual da Saúde, implantou em 1998 um sistema pioneiro de controle do uso de medicamentos e seus efeitos sobre a população, instituindo o Programa Estadual de Controle de Iatrogenias (PERI), sob coordenação do Centro de Vigilância Sanitária (CVS), cujos objetivos são: proceder à

investigação epidemiológicas das manifestações fármaco-iatrogênicas, operacionalizar o fluxo das notificações de reações adversas a medicamentos e promover a capacitação dos recursos humanos necessários para a execução do programa. Para auxiliar a Secretaria Estadual com seu programa, foi formada a Comissão Estadual de Controle de Iatrogenias (CECI) e dentro dessa organização, o Setor de Farmacovigilância (SFV), responsável pelas atividades relacionadas às reações adversas, cujas funções e objetivos são: detecção de eventos não previstos ou não observados até a fase III do estudo de medicamentos; detecção de reações adversas previstas, com a finalidade de estimar sua real incidência; detecção de interações medicamentosas; identificação e quantificação de fatores de risco e análise e disseminação das informações obtidas entre os profissionais de saúde para a população.

As principais fontes de informações desse setor são as fichas de notificações de eventos adversos a medicamentos, que são enviadas a ele pelos profissionais de saúde, hospitais e principalmente indústrias farmacêuticas.

Em 2002, o Setor de Farmacovigilância desenvolveu um programa de farmacovigilância hospitalar visando a melhoria da qualidade da assistência ao paciente internado, o levantamento de dados para identificação de casos suspeitos de reações adversas, a avaliação das prescrições de diversos setores hospitalares e a promoção de um uso mais racional dos medicamentos. Na fase piloto desse projeto, participaram hospitais de Administração Pública Estadual da Região Metropolitana de São Paulo e hospitais privados conveniados do SUS da área de abrangência da Direção Regional de Saúde da Região de Taubaté (DIR XXIV). As informações sobre reações adversas foram recebidas através de notificações espontâneas e/ou por busca ativa em pacientes idosos (maiores de 65 anos) com diagnóstico de internação primário ou secundário de patologia cardiovascular (FIGUERAS et al. 2002).

Desde então, sempre que uma reação adversa é relatada, o Setor de Farmacovigilância procura determinar se existe nexos causal entre o evento e o uso de algum medicamento através do algoritmo de Naranjo (FIGUERAS et al. 2002), uma metodologia que consiste no preenchimento de uma escala de probabilidades com dez perguntas baseadas em critérios tradicionais de avaliação de reações adversas, cuja soma produz um “escore” que identifica a “Causalidade” da reação notificada em: Definida, Provável, Possível ou Duvidosa (ROZENFELD 1998). Se uma associação causal é definida, o Setor de Farmacovigilância do Centro de Vigilância Sanitária torna pública essa informação através de um boletim periódico denominado “Alerta Terapêutico” e a partir daí, as autoridades, os prescritores e os consumidores podem decidir que medidas devem ser tomadas. Desde a implementação deste serviço, milhares de notificações foram feitas e centenas de princípios ativos foram monitorados pela suspeita de produzirem reações adversas (FIGUERAS et al. 2002). Até julho de 2004, o serviço emitiu sete alertas relacionados a reações adversas causadas por medicamentos, que podem ser acessados através da Internet (<http://www.cvs.saude.sp.gov.br/>).

### **1.3. Estudos de utilização de medicamentos**

Os Estudos de Utilização de Medicamento (EUM) formam uma área da farmacoepidemiologia que estuda os medicamentos desde sua distribuição e prescrição, até sua dispensação, comercialização e uso em uma sociedade, enfocando as conseqüências sanitárias, sociais e econômicas desses processos (CASTRO 1997; CHAVES 1999b). São ferramentas de análise, avaliação e monitoração das questões relacionadas aos aspectos médicos, sociais e econômicos dos medicamentos e fornecem dados para a discussão de uma política de medicamentos ou mesmo num sentido mais amplo de uma política de saúde (BAKSAAS e LUNDE 1986).

Os dados levantados pelos Estudos de Utilização de Medicamentos podem contribuir para a geração de conhecimento e fornecer importantes

subsídios para tomadas de decisões conscientes e para a geração de políticas públicas que visem o acesso universal e o uso racional dos medicamentos. As experiências de diversos países têm demonstrado que através deles é possível melhorar a qualidade das prescrições e da atenção à saúde, bem como a diminuição dos gastos públicos e privados com medicamentos.

CHAVES (1999a, 1999b) menciona vários tipos de estudos que podem ser realizados nessa área, destacando, por exemplo, os estudos de oferta de medicamentos, os estudos de qualidade de medicamentos, os estudos de seleção de medicamentos, os estudos quantitativos de consumo de medicamentos, os estudos qualitativos sobre a prescrição e o consumo, os estudos de hábitos de prescrição médica, os estudos de cumprimento da prescrição médica e a vigilância orientada a problemas específicos.

O mesmo autor (1999a) demonstra que em alguns países são feitos sistematicamente estudos de revisão de uso de medicamentos, cujo principal objetivo é a prescrição racional, promovendo a melhoria na qualidade do cuidado à saúde e a diminuição nos gastos com medicamentos.

Nos Estados Unidos, por exemplo, país que mais se desenvolveu nessas áreas, estudos retrospectivos acontecem rotineiramente com a análise das prescrições de medicamentos de alto custo e de consumo elevado, especialmente quando os mesmos possuem aplicações muito específicas e bem definidas, ou quando existe grande risco de ocorrência de reações adversas, ou ainda aqueles cujo uso inapropriado possam gerar despesas elevadas. As prescrições são comparadas a padrões pré-estabelecidos e critérios de uso e posteriormente revisadas por um painel de especialistas que analisam entre outras coisas o diagnóstico e os dados clínicos do paciente. Uma vez detectada discrepância entre o recomendado e o prescrito, é realizada uma intervenção por meio de uma carta dirigida ao prescritor, onde é informado sobre o programa e sobre o uso correto daquele medicamento e adicionalmente é avisado de que foram identificados alguns

pacientes sob seus cuidados que estão utilizando o tratamento em questão, mas que não se ajustam aos parâmetros aceitos.

O autor lembra que algumas drogarias norte-americanas realizam estudos prospectivos através de um programa de computador onde se estabelecem critérios para o uso adequado de determinados fármacos. Ao serem fornecidos os dados de uma prescrição, o programa faz uma análise de dosagem e possíveis interações e gera um alerta se detectar algum problema. Assim, o farmacêutico é capaz de entrar em contato com o prescritor que pode efetuar o ajuste necessário na prescrição, evitando prejuízo à saúde do paciente (CHAVES 1999a).

Em 1992, no estado do Michigan, detectou-se um consumo muito elevado de cefaclor, um antibiótico de custo superior a outros que estavam disponíveis para o tratamento da otite média em crianças. A identificação desse problema deflagrou uma ação de intervenção sobre um grupo de prescritores locais: No primeiro semestre de 1992, identificou-se que seu uso era feito por 75% dos pacientes acometidos daquela morbidade. Em novembro do mesmo ano, foi enviada uma carta de esclarecimento ao grupo e no primeiro semestre do ano seguinte verificou-se uma redução expressiva na prescrição desse medicamento, que passou a ser de 56%. Como controle, um outro grupo de prescritores não recebeu a carta informativa, e no ano posterior, como era de se esperar, nesse grupo não houve redução na prescrição de cefaclor, que se manteve em 76%, mesmo índice que esse grupo apresentou no início do trabalho.

O autor em seu texto, também revela que outro país que desenvolve rotineiramente estudos retrospectivos sobre o uso de medicamentos é a Costa Rica.

Para identificar o uso elevado de medicamentos de alto custo ou de indicações específicas, um dos trabalhos desenvolvidos nesse país utiliza como padrão de comparação a Dose Diária Definida (DDD), que corresponde à dose média utilizada de um fármaco por um adulto para sua indicação mais comum. Quando são identificados hospitais ou clínicas

específicas com excesso de consumo desses medicamentos, estudos qualitativos de prescrição são desenvolvidos localmente e os dados levantados são informados individualmente para os prescritores.

CHAVES, no mesmo trabalho, descreve outras experiências interessantes envolvendo estudos de utilização de medicamentos na Costa Rica.

Uma delas realizada em 1988, quando se executou um projeto piloto chamado Farmacovigilância Terapêutica, que consistiu em analisar todas as prescrições geradas num hospital especializado de grande complexidade, com objetivo de detectar possíveis problemas entre medicamento-enfermidade, medicamento-medicamento, medicamento-dose e medicamento-idade. Nos casos que se confirmavam problemas, eram feitas intervenções de esclarecimento sobre o corpo clínico.

Outra experiência digna de nota, realizada desde 1991 até os dias de hoje pela *Seguridad Social de Costa Rica*, estabeleceu um protocolo de tratamento das dislipidemias, onde constam os critérios aceitos para prescrição de medicamentos para esta morbidade. O médico deve preencher o protocolo junto com a prescrição e o paciente deve entregar ambos os documentos ao farmacêutico que faz sua revisão e decide sobre a dispensação ou a recusa. Todos os dados gerados são encaminhados ao Departamento de Farmacoterapia que os consolida de forma computadorizada. Desde sua implementação, houve mudança no perfil prescritivo desses medicamentos por parte dos seus médicos.

Ainda neste país, percebeu-se que a ampicilina era um dos antibióticos mais prescritos, porém, estudos *in vitro* indicavam um grande índice de resistência microbiana a esse medicamento. Em 1986, o Comitê de Farmacoterapia excluiu a ampicilina de sua lista oficial de medicamentos e enviou circular aos profissionais de saúde explicando os motivos para a decisão. A circular também recomendava, sob determinados critérios, o uso de substitutos eficazes nos testes, como o clotrimazol, a nitrofurantoína e a cefalexina, o que resultou em alteração do perfil prescritivo dos médicos.

Outras intervenções realizadas na Costa Rica lograram mudanças no perfil de utilização de diversas classes terapêuticas, contribuindo para o uso racional de medicamentos e a redução nos gastos com os mesmos. Podemos citar, por exemplo, os anti-hipertensivos, antiinflamatórios não esteróides e os antibióticos (CHAVES 1999a).

Outra modalidade de estudo de utilização de medicamentos, é aquela que se dedica a descrever o perfil de consumo de medicamentos numa população, as diferenças de utilização entre os diversos grupos populacionais e aspectos como a automedicação e gastos com medicamentos.

Em um estudo desenvolvido com adultos de 25 a 64 anos de idade, por meio de inquérito domiciliário com base populacional, utilizando um período recordatório de 15 dias para o uso de medicamentos, na região da Catalunha, na Espanha, SANS et al. (2002) encontraram uma prevalência de consumo de medicamentos de 67%, sendo que 46% dos entrevistados os estavam consumindo de forma regular. Os medicamentos mais utilizados por aquela população foram: os medicamentos para o sistema nervoso (34,9% para os homens e 51,4% para as mulheres), os medicamentos para o trato alimentar e metabolismo (12,9% para os homens e 15,0% para as mulheres), os medicamentos para o sistema cardiovascular (9,2% para os homens e 12,9% para as mulheres) e os medicamentos para o sistema respiratório (9,5% para os homens e 10,7% para as mulheres).

Os autores relataram ainda que não observaram associação entre nível educacional e uso de medicamentos na Catalunha, mas observaram que o consumo de medicamentos aumentou significativamente com a idade do entrevistado e que encontraram maior proporção de mulheres utilizando medicamentos do que os homens em todas as faixas etárias, mesmo se excluindo os contraceptivos orais.

Descreveram também, que a automedicação foi mais freqüente entre os homens (34%), do que entre as mulheres (25%), sendo os analgésicos, os medicamentos para o sistema respiratório, os medicamentos para o

sistema digestório e os anti-infecciosos, as especialidades mais utilizadas na automedicação.

VALDERRAMA et al. (1998) em estudo realizado em Villanueva de los Castillejos, também na Espanha, estimaram que 83,1% de seus entrevistados com 65 anos ou mais, estavam fazendo uso de algum medicamento no período da entrevista, sendo 89,4% de prevalência entre as mulheres, contra 72,6% entre os homens. Entre os entrevistados, 20% utilizava medicamentos apenas quando tinham sintomas específicos e 7,3% usava medicamentos com regularidade, mas não diariamente. A média de medicamentos utilizados foi 3,1 especialidades entre os entrevistados que relataram uso de medicamento, ou 2,6 entre todos os entrevistados. No grupo estudado, os anti-hipertensivos (41,8%), os vasodilatadores cerebrais (21,3%), os benzodiazepínicos (17,4%) e os anti-inflamatórios não esteróides (14,1%) foram os fármacos mais utilizados. Segundo os autores, a prevalência de uso de medicamentos aumentou com a idade dos entrevistados masculinos, mas o mesmo não se verificou entre as mulheres. Há que se destacar que a população alvo desse estudo consistiu-se de idosos, que normalmente relatam medicalização intensa por causa das próprias características epidemiológicas desse grupo.

### **Estudos de Utilização de Medicamentos no Brasil**

Além da área de farmacovigilância desenvolvida pelos centros de pesquisa brasileiros, alguns autores também se dedicaram à descrição do perfil de utilização de medicamentos em populações brasileiras por meio de inquéritos domiciliares, tais como: SIMÕES e FARACHE (1988); BERTOLDI et al. (2004) e COELHO et al. (2004).

SIMÕES e FARACHE (1988), em estudo que consistiu de um inquérito de base populacional envolvendo adultos e crianças, realizado no Município de Araraquara, no interior de São Paulo, com período recordatório de 15 dias, obtiveram a porcentagem de prevalência de uso de medicamentos não prescritos de 42,1% para a população de ambos os



sexos que relatou uso de algum medicamento. Com relação aos medicamentos prescritos, a prevalência encontrada foi de 23,5% para mulheres e 16,5% de homens entrevistados. Os entrevistados que declararam uso de medicamentos, consumiram uma média de 1,8 especialidades farmacêuticas por pessoa. Segundo os autores, a proporção de indivíduos que relataram uso de medicamentos aumentou com o incremento da idade, tanto na população geral, quanto na análise por sexo. Os autores ainda alertaram que a maior proporção de automedicação estava entre as mulheres de 20 a 49 anos e homens de 50 anos ou mais.

O estudo revelou ainda que as crianças menores de cinco anos utilizaram principalmente os medicamentos para o sistema respiratório (31,2%), analgésicos e antitérmicos (25,9%) e vitaminas e antianêmicos (12,9%); os homens e mulheres de 5 a 19 anos, relataram maior uso de: analgésicos e antitérmicos (29,5%), medicamentos com ação no sistema respiratório (28,5%) e antibióticos e quimioterápicos (17,0%); os entrevistados de ambos os sexos da faixa etária de 20 a 49 anos, declararam as seguintes frequências: analgésicos e antitérmicos (23,0%), medicamentos de ação terapêutica no sistema respiratório (12,4%) e antibióticos e quimioterápicos (12,1%); e o grupo de entrevistados maiores de 50 anos, apresentaram o seguinte perfil: fármacos de ação no sistema cardiovascular (39,0%), analgésicos e antitérmicos (13,9%) e medicamentos de ação sobre o sistema nervoso central (9,4%).

BERTOLDI et al. (2004) relataram uma prevalência de uso de medicamentos com período recordatório de 15 dias, de 65,9%, em um estudo com base populacional realizado com adultos maiores de 20 anos na área urbana do Município de Pelotas, no Rio Grande do Sul e destacam que encontraram um aumento da prevalência de utilização de medicamentos com a idade. Os autores relataram ainda que 78,5% das mulheres entrevistadas em seu estudo utilizaram algum medicamento, enquanto entre os homens essa proporção foi de 49,3%. A média de especialidades farmacêuticas utilizadas, que foram relatadas pelos entrevistados de Pelotas foi de 1,5 medicamentos, variando com a idade, de 0,9 para os menores de

um ano a 3,0 para os entrevistados com 70 anos ou mais, médias essas, que se mostraram maiores nos grupos de maior nível sócio-econômico do que entre os de menores níveis. Entre a população estudada, 47,7% utilizou uma ou duas especialidades farmacêuticas enquanto, 18,2% utilizaram três ou mais especialidades. Os medicamentos mais utilizados foram os analgésicos e antiinflamatórios (26,6%), os medicamentos para o sistema cardiovascular (24,6%), os medicamentos para o sistema endócrino e reprodutor (12,1%) e os medicamentos para o sistema nervoso central (10,0%).

Em Pelotas, os homens de pele branca apresentaram prevalência de uso de medicamentos 29,7% maior que os entrevistados que não tinham a pele branca, entretanto, entre as mulheres, essa diferença não se confirmou. Nesse mesmo estudo, não foi encontrada diferença significativa nas proporções de consumo de medicamentos de indivíduos de diferentes níveis de escolaridade.

COELHO et al. (2004) descreveram a prevalência de 80,3% no consumo de medicamentos pela população de 60 anos ou mais que morava na área central de Fortaleza, 67,5% entre os que moravam na zona intermediária e 60,7% entre aqueles que moravam na zona periférica, em estudo realizado em área urbana de Fortaleza, no Ceará, por meio de inquérito domiciliar com período recordatório de 7 dias para a utilização de medicamentos. Os autores estimaram a razão de chances em 0,5 para o consumo de medicamentos entre homens e mulheres. Nesse estudo, foi encontrada diferença significativa no número médio de especialidades farmacêuticas utilizadas sob prescrição, em relação à área de residência do entrevistado maior de 60 anos: 2,3 na área central de Fortaleza, 1,5 na área intermediária e 1,3 na zona periférica da Capital do Ceará. Os mais utilizados foram: medicamentos para o sistema cardiovascular (29,3%), sistema nervoso (13,5%), para o metabolismo (12,6%) e para o trato alimentar (12,3%).

ARRAIS (2004), em sua tese de Doutorado, que foi desenvolvida por meio de um estudo de base populacional, também no Município de Fortaleza, no Ceará, com período recordatório de 15 dias para o uso de medicamentos, revela um consumo de medicamentos de 49,7%, com média de 1,9 especialidades por pessoa. De todos os medicamentos consumidos 29% não havia sido indicado por médicos e 9,2 % dos entrevistados reportaram algum evento adverso a medicamento (EAM), sendo que os grupos que se mostraram mais suscetíveis aos mesmos foram: as mulheres, os de faixa etária entre 50 e 64 anos, os polimedicados, os que referiram doenças crônicas e pior estado de saúde. O autor também identificou o consumo de bebidas alcoólicas como possível fator de risco para o aparecimento de tais eventos indesejáveis. Os medicamentos que estiveram mais envolvidos nos relatos de EAM foram os antibacterianos para uso sistêmico (9,9%), os analgésicos (8,6%), os hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (7,4%), os antiasmáticos (6,2%) e os antiinflamatórios/antireumáticos (6,2%), sendo que os efeitos mais freqüentes que os entrevistados declararam foram: tontura (11,1%), dor no estômago (10,1%), sonolência (9,1%), cefaléia (6,1%) e náuseas (6,1%).

LOYOLA et al. (2002) lembram que:

Estudos epidemiológicos de base populacional permitem conhecer a prevalência da automedicação e os fatores a ela associados em populações não selecionadas. A prevalência e os fatores associados à automedicação têm sido amplamente estudados em países desenvolvidos. Nesses estudos, foram encontradas prevalências de automedicação variando entre 30% e 90% (p.56).

Para PAULO e ZANINI (1988), “a automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças e alívio de sintomas” (p.69).

A Organização Mundial da Saúde (WHO 1998), define automedicação como sendo “a seleção e o uso de medicamentos por pessoas para tratar

doenças autodiagnosticadas ou sintomas e deve ser entendida como um dos elementos do autocuidado” (p.2).

O mesmo documento ainda define:

o autocuidado é aquele que as pessoas fazem por si mesmas para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença. É um conceito amplo, que abrange: higiene (geral e pessoa), nutrição (tipo e qualidade do alimento ingerido), estilo de vida (atividade física, lazer, etc); fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc.); fatores sócio-econômicos (nível de renda, crenças culturais, etc.) (p. 2).

SCHENKEL et al. (1998) citam que os principais aspectos positivos da automedicação estão relacionados com a questão de autocuidado, que definem como sendo o reconhecimento do indivíduo da sua responsabilidade pela manutenção da sua saúde. Os autores ainda lembram a conveniência econômica que a automedicação pode proporcionar já que permite reduzir o número de buscas por assistência médica em distúrbios considerados menores. De maneira análoga, afirmam que para o sistema de saúde, a redução da demanda por assistência médica possibilita uma melhor assistência para distúrbios considerados mais complexos.

VILARINO et al. (1998) afirmam que “não se pode condenar o ato de se automedicar porque seria socioeconomicamente inviável o atendimento por um médico para solução de todos os sintomas da população” (p.49).

Os autores calcularam a prevalência no consumo de medicamentos entre a população do Município de Santa Maria no Estado do Rio Grande do Sul, com período recordatório de 30 dias, em 69,9%, utilizando um inquérito de base populacional (n=413). De acordo com os autores, a proporção de indivíduos que relataram automedicação foi de 76,1% entre os entrevistados que usaram algum medicamento no mês anterior à pesquisa e chamavam a atenção para a existência de grande diferença nas proporções de automedicação reveladas pelos diversos estudos brasileiros, que segundo os autores variavam de 42,1% a 96,6%. Afirmaram também, que não encontraram diferença significativa na automedicação entre os diferentes sexos. No trabalho encontraram correlação significativa entre escolaridade

do entrevistado e automedicação: no grupo de indivíduos que nunca recebeu educação formal, 66,1% se automedicou; entre os que tiveram até 8 anos de educação formal, 71,8% se automedicou; entre os que estudaram de 9 a 11 anos a automedicação aconteceu em 88,3% dos entrevistados e para os que estudaram 12 anos ou mais, a proporção de automedicação foi 87,9%. Foram relatados, ainda, os seguintes grupos terapêuticos com maior frequência de uso sob automedicação: analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios não esteróides (49,2%), medicamentos de ação sobre o aparelho respiratório (9,8%), medicamentos sem grupo farmacológico definido (8,0%) e as vitaminas, tônicos e antianêmicos (6,2%). O uso de ácido acetilsalicílico foi relatado por 25,4% dos entrevistados e a dipirona por 17,1% deles.

ARRAIS et al. (1997) revela que em seu estudo a automedicação foi praticada principalmente por mulheres entre 16 e 45 anos, sendo que entre os homens, essa prática fora mais freqüente nas idades extremas. O autor ainda constata que a escolha de medicamentos fora baseada principalmente na recomendação de pessoas leigas (51%) e na influência de prescrições anteriores (40%). Para o entendimento desse resultado, há que se levar em conta a metodologia empregada pelos autores, que consistiu na busca espontânea por medicamentos em drogarias de várias localidades no Brasil, sem que houvesse a intermediação de farmacêuticos, balconistas ou prescrições médicas na escolha.

LOYOLA et al. (2002) relatam o consumo de medicamentos por 78,2% dos entrevistados do sexo feminino, contra 21,8% do sexo masculino, em inquérito domiciliário com base populacional utilizando período recordatório de três meses no Município de Bambuí, em Minas Gerais, realizado com adultos de 18 anos ou mais. Segundo os autores, 17,2% dos entrevistados fizeram uso de medicamentos prescritos e não prescritos e 28,8% fizeram automedicação exclusiva, o que somou 46% de entrevistados que se automedicaram nos três meses anteriores à entrevista. Nesse trabalho, houve menor freqüência de automedicação entre as mulheres e entre os entrevistados mais idosos, prevalecendo essa prática nos homens

adultos jovens. Em Bambuí, os medicamentos não prescritos mais utilizados foram: analgésicos e antipiréticos (47,6%), antiespasmódicos, antiácidos e antidiarréicos (8,5%), antibióticos e quimioterápicos (6,2%) e vitaminas, tônicos e antianêmicos (4,7%).

Um aspecto relacionado à automedicação que vale ser citado é a auto-administração de medicamentos por pacientes internados em hospitais, onde o paciente recebe toda a medicação oral prescrita para 24 horas e é orientado sobre os horários que deve utilizá-los. Isso por si só é uma forma de devolver ao paciente parte da responsabilidade sobre sua própria saúde e aumentar seu interesse em conhecer suas morbidades e o tratamento indicado. Essa prática também otimiza as atividades do corpo de enfermagem, liberando-as para exercer outras atividades (OGUISSO 1984).

Uma experiência a se mencionar sobre auto-administração de medicamentos é a do uso de opióides, como a morfina, no controle da dor, através de uma bomba de infusão que permite a administração da medicação nos momentos em que o paciente acha mais conveniente, através do simples pressionamento de um botão. Tal equipamento, entretanto, é programado para garantir um certo espaçamento de tempo entre as infusões, assegurando que não haja superdosagem mesmo se houver solicitações exageradas de novas dosagens. Esse sistema permite que o paciente tenha um maior controle sobre seu estado geral e sobre o controle da dor, recebendo alívio quando a mesma aumenta, sem a necessidade de chamar, muitas vezes sem pronta resposta, um profissional que possa minimizar sua dor.

Se por um lado, a automedicação responsável e correta pode representar economia ao indivíduo e ao sistema de saúde como um todo, por outro, ao adquirir medicamentos inadequados, além de considerar os riscos de não se tratar da maneira correta, e os efeitos adversos, o indivíduo tem um gasto desnecessário, que pode ser relevante dado o baixo poder aquisitivo de algumas camadas da sociedade.

A automedicação sem orientação médica é prática comumente aceita em diversos países, sendo difícil distinguir os limites até os quais ela pode ser benéfica para a população. É na automedicação sem orientação médica que residem os grandes riscos à saúde: de um lado, o mascaramento de doenças evolutivas e, de outro, a ocorrência de efeitos adversos (PAULO e ZANINI 1988, p.71).

O uso de medicamentos pode também “mascarar” sintomas importantes, produzindo morosidade ou mesmo erros no diagnóstico médico, que podem agravar o quadro clínico e levar a uma recomendação terapêutica inadequada. A falta de um diagnóstico precoce pode desencadear a necessidade por tratamento de maior complexidade, o que geralmente acompanha custo mais elevado, procedimentos mais invasivos, recuperação mais lenta e aumento no potencial de produção de seqüelas graves.

Há que se considerar ainda, que o próprio medicamento pode causar iatrogenias, piorando as condições do paciente, comprometendo suas chances de recuperação e ocasionando muitas vezes transtornos mais graves que a própria doença inicial.

O uso indiscriminado de antibióticos pode facilitar o aparecimento de cepas de microorganismos resistentes, restringindo o arsenal terapêutico disponível, piorando as condições gerais do paciente, obrigando o uso de medicamentos mais modernos, portanto mais caros, contribuindo para a piora no quadro das infecções hospitalares (OMS 1995). Para SCHENKEL et al. (1998), o consumidor geralmente não tem a experiência e os conhecimentos necessários para distinguir distúrbios, avaliar a gravidade e efetuar a escolha terapêutica mais adequada.

Um trabalho de 1992 demonstrou que entre um grupo de pacientes estudados que faziam automedicação com substância para alívio imediato da dor (SAID), apenas 19% tinham conhecimento sobre os prejuízos que esses medicamentos podem ocasionar ao estômago e chamou a atenção para o pequeno número de pacientes que tinham idéia sobre esse e outros efeitos colaterais (MINATTI-HANNUCH et al. 1992).

Para PAULO e ZANINI (1988) a automedicação no Brasil é reflexo da evolução histórica da saúde e do nosso subdesenvolvimento cultural. O autor cita como exemplos facilitadores dessa prática: a função de prático de saúde exercida pelo farmacêutico onde havia falta de médicos, a “empurroterapia” visando maior lucro das farmácias, a prática da “bonificação” de medicamentos, a burla fiscal e a participação de políticos nesses atos ilegais e antiéticos com vistas à captação de recursos financeiros para suas campanhas.

A “empurroterapia” pode ser definida como a indicação de medicamentos inadequados pelo balconista das farmácias, com o objetivo principal de aumentar o valor da compra e sua comissão sobre a venda.

A “bonificação” consiste na entrega de mercadoria adicional àquela que consta da nota fiscal gerada pelo distribuidor ou fabricante ao estabelecimento farmacêutico. As unidades recebidas como “bônus” geram lucro maior à drogaria do que os que foram comprados regularmente, já que esses foram adquiridos gratuitamente e como oficialmente não existem, não incidem os impostos e taxas que os normalmente gerariam no momento da venda. Com isso, o estabelecimento comercial costuma oferecer ao vendedor uma comissão maior nesses itens mais “vantajosos”, incentivando a troca do produto prescrito por um “bonificado” e estimulando a “empurroterapia”.

Segundo WEIDERPASS et al. (1998),

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

Outro aspecto controverso e digno de uma discussão mais ampla pela sociedade é a indicação de medicamentos pela mídia, principalmente em



veículos populares como a televisão, as revistas e o rádio. Astros famosos de telenovela, apresentadores de programas de auditório, cantores, duplas sertanejas, dançarinas e atletas de destaque servem como ferramenta de *marketing* para empresas que propagam redutores de peso, calmantes naturais, cremes contra rugas e celulite, eliminadores de pêlos, vitaminas contra estresse, tônicos afrodisíacos, entre outros tantos tratamentos "milagrosos". Algumas das chamadas de rádio e televisão e peças publicitárias em revistas e cartazes são considerados clássicos da propaganda brasileira, tais como as do Biotônico Fontoura<sup>®</sup>, Emulsão Scott<sup>®</sup>, e Regulador Xavier<sup>®</sup> e mais recentemente: Vitassay<sup>®</sup>, Doril<sup>®</sup>, Engov<sup>®</sup>, Cebion<sup>®</sup>, Atroveran<sup>®</sup> e Gelol<sup>®</sup>.

Para SCHENKEL et al. (1998), a propaganda de medicamentos:

Favorece a crença de que os medicamentos são sempre melhor solução para determinados distúrbios ou doenças, quando muitos têm duração limitada e poderiam ser melhor resolvidos de outras maneiras (...) favorece o uso de medicamentos não apropriados, pois nem sempre o produto de maior divulgação é o que apresenta maior eficácia e menores riscos, é o adequado para aquela pessoa naquele momento, ou ainda é o produto que tem melhor controle de qualidade (...) estimula constantemente uso indiscriminado de medicamentos, exagerando a qualidade dos produtos, chegando a ponto de sugerir a criação de distúrbios (por exemplo, através de beber ou comer em excesso), tendo em vista a existência de um produto alegadamente capaz de aliviar ou atenuar seus sintomas. Além de estimular o uso errôneo de medicamentos, causando problemas de saúde, a propaganda onera a economia popular, aumentando o consumo de produtos mais caros independentemente da existência de maior benefício, ou ainda por favorecer um hábito desnecessário (p.25).

A falta de equipamentos públicos de saúde acessíveis a toda população, o custo elevado dos planos de saúde privados e das consultas médicas particulares para o padrão de vida da maioria da população e falta de qualidade do serviço prestado, também favorecem o consumo inadequado de medicamentos.

SCHENKEL et al. (1998) afirmam que no Brasil o nível de organização da assistência médica disponível à população de baixa renda é baixo, entretanto, os autores alertam para o fato de que a automedicação ocorre também nas camadas mais privilegiadas, que dispõe de todos os

serviços médicos desejáveis e também ocorre em países desenvolvidos, com sistemas de saúde bem organizados.

O lado perverso desse cenário é que a maior parte da população brasileira não está preparada para fazer automedicação responsável ou mesmo para compreender os danos que essa prática pode ocasionar.

#### **1.4. Farmacoeconomia**

Um outro enfoque dos Estudos de Utilização de Medicamentos que tem apresentado cada vez mais importância é a avaliação econômica dos tratamentos medicamentosos e seus impactos na qualidade de vida das populações. Essa área conhecida como Farmacoeconomia, contribui para a criação de protocolos ou formulários terapêuticos e para a padronização de medicamentos em hospitais, nos serviços públicos e em listas de medicamentos subsidiados por grupos de medicina privada, seguros saúde e convênios médicos.

Os “estudos de custo” produziram as primeiras estatísticas sobre uso de medicamentos, quando organizações de saúde pública monitoravam gastos com tratamento medicamentoso (CAPELLA 1993).

Como os recursos destinados à saúde são sempre insuficientes, os estudos que procuram quantificar a eficácia dos tratamentos frente aos seus custos fornecem importantes subsídios para a escolha de condutas terapêuticas que maximizam os poucos recursos financeiros. Nesse sentido, um tratamento mais barato pode permitir o acesso de um número maior de indivíduos aos benefícios dos tratamentos farmacológicos disponíveis. Entretanto, a avaliação simplista de optar pelo medicamento mais barato nem sempre se traduz em economia, já que outros fatores devem ser considerados num levantamento de farmacoeconomia, tais como: a eficácia clínica da droga, que reflete o tempo e o custo médio de reabilitação e/ou de internação do paciente, os efeitos adversos potenciais da droga, as características individuais e a necessidade de uso de outros medicamentos

concomitantes que podem potencializar os efeitos adversos, diminuir seus efeitos e aumentar o custo final do tratamento.

De acordo com NUNES (2000), de 3% a 6% das admissões hospitalares estão relacionados às reações adversas a medicamentos (excluídas as tentativas de homicídio), e pelo menos 6% dos pacientes internados apresentam alguma reação adversa a medicamentos. Por isso, conclui que de 5,5% a 17% dos gastos hospitalares se relacionam com o uso de medicamentos.

Os valores monetários envolvidos nessa problemática explicam o crescente interesse, tanto do poder público, quanto dos grupos de medicina privada, seguros saúde e convênios médicos, de desenvolver estudos farmacoeconômicos e levantamentos de perfis de utilização de medicamentos, visando em última análise, o incentivo ao uso racional de medicamentos e a maximização da economia nos tratamentos elegendo aqueles que apresentam menor custo e maior benefício.

A expressão dos gastos com medicamentos por meio de sua relação com a renda per capita torna possível a comparação de populações diversas, com rendas muito diferentes. Entretanto, o autor registra que considerar o consumo de medicamentos em termos meramente econômicos pode não dar uma noção exata da quantidade de medicamentos consumidos ou vendidos em uma região, pois os preços dos fármacos variam muito ao longo do tempo numa mesma localidade e também podem apresentar grandes diferenças entre locais num mesmo período (CAPELLA 1993).

O mesmo texto sugere que essas diferenças podem estar relacionadas ao fato de que os medicamentos seguem regras complexas das políticas nacionais, que influenciam diretamente seus preços, tais como: as prioridades adotadas pelo sistema de saúde, a situação das patentes, a política de registros e os custos no país de origem (CAPELLA 1993).

Outra forma de quantificação do uso de medicamentos é análise em termos de “unidades vendidas”, que não apresenta os problema de variação de preço, mas que pode conter limitações se consideramos as diversas

apresentações disponíveis num mesmo mercado e as diferenças existentes entre dois mercados. O mesmo princípio ativo pode ser vendido em caixas com quantidades diferentes da mesma forma farmacêutica, por exemplo, caixas com 15 e 40 comprimidos e também sob formas farmacêuticas diversas, como supositórios ou ampôlas injetáveis de ação prolongada (CAPELLA 1993).

Vale ainda citar o sistema de dose diária definida (DDD), que consiste em uma unidade arbitrária de medida de consumo de medicamentos, que é alocada para cada via de administração de um princípio ativo, levando-se em conta a dose mais freqüentemente recomendada para um adulto (com exceção de preparações farmacêuticas exclusivas para uso infantil), para sua indicação mais comum, sob a luz da literatura científica, da posologia recomendada pelos fabricantes e da experiência clínica com o produto estudado. O sistema DDD representa uma grande melhoria nas medidas de consumo de medicamentos por não apresentar as limitações descritas para o uso do gasto ou das unidades vendidas, mas também apresenta problemas e limitações que devem ser considerados na interpretação de seus dados. Por exemplo, a sistemática de cálculo do DDD envolve os dados de venda ou de produção de um medicamento, todavia, nem sempre todas as unidades que são fornecidas ao paciente são efetivamente consumidas, o que pode gerar distorções nos resultados (CAPELLA 1993).

CESAR e TANAKA (1996) destacam:

A necessidade de avaliação das novas tecnologias disponíveis prende-se a dois aspectos de fundamental importância: o primeiro corresponde à necessidade de se optar por aquela que apresente a maior eficácia e os menores efeitos colaterais; o segundo diz respeito à necessidade de se estabelecer a relação custo-benefício, dado o crescente custo dessas tecnologias incorporadas, cuja eficácia, muitas vezes, não se conhece com precisão e objetividade. A metodologia para essa avaliação de eficácia foi amplamente difundida e incorporada pelo setor saúde, principalmente através dos ensaios clínicos. A divulgação e a disseminação do uso de novos procedimentos médicos ou novas drogas baseia-se, com maior freqüência, na avaliação dos resultados desses ensaios clínicos, que são possíveis de ser realizados com razoável grau de objetividade e precisão (p. 60).

#### 1.4. Política Nacional de Medicamentos

Três princípios originados da reforma sanitária foram discutidos na VIII Conferencia Nacional da Saúde, realizado em Brasília, em 1986, e introduzidos na Constituição Federal Brasileira (BRASIL 1988) e no Plano Nacional de Saúde e Ambiente, proposto em julho de 1995 pelo Ministério da Saúde (BRASIL 1995), cujas definições são dignas de nota:

Universalização consiste em estender a toda a população o acesso a bens e serviços, independentemente dos vínculos de contribuição financeira e das condições socioeconômicas de cada indivíduo.

A equidade consiste em fazer com que todos disponham, em cada região dos bens e serviços mais apropriados à suas necessidades, independentemente da vinculação funcional, da posição social na hierarquia ocupacional, ou do local de moradia ou trabalho.

A integralidade consiste na realização do conjunto completo de atividades de cada setor institucionalmente organizado, abrangendo as fases de planejamento, execução, avaliação e controle (p.14).

Não podemos falar que existe justiça social, equidade, integralidade e universalidade na saúde, quando sabemos que ainda falta a garantia de acesso de toda a população aos bens e serviços.

Vivemos um paradoxo: se por um lado existe alta tecnologia e altos investimentos no desenvolvimento de medicamentos mais específicos, eficientes e seguros, por outro, grande parte da população não tem acesso nem aos medicamentos essenciais (DIAS 2003).

A meta saúde para todos, proposta em Alma-Ata, 1977 (ex-União Soviética) será alcançada somente quando a criação e a preservação de condições de vida e trabalho saudáveis forem uma preocupação central em todas as decisões de políticas públicas. Um princípio básico de justiça social é assegurar que toda a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória; pois as iniquidades na saúde têm raízes nas desigualdades sociais e educacionais (PELICIONI 1999, p.75).

BERMUDEZ (1994) afirma que apesar de despontar no nono lugar entre os mercados mundiais, o consumo *per capita* de medicamentos no Brasil, é baixo quando comparado a outros países, principalmente europeus, e aos Estados Unidos. O autor ainda demonstra que os preços de alguns

medicamentos vendidos no Brasil, como por exemplo, a associação de sulfametoxazol com trimetoprima, chega a ser 21 vezes superior ao preço praticado internacionalmente para essa formulação, o que acaba prejudicando o acesso da população de baixa renda, à terapia medicamentosa como essa.

A Lei 6360, de 1976, que dispunha sobre a vigilância sanitária de medicamentos, drogas, insumos farmacêuticos e correlatos, assegurava o direito das indústrias farmacêuticas de registrar e produzir por similaridade, cópias de medicamentos inovadores, que pela Lei 5468 de 1971 não tinham suas patentes ou outros direitos de propriedade reconhecidos no território brasileiro. Essa nova modalidade de medicamentos, os similares, não precisava provar sua equivalência terapêutica ao medicamento inovador, necessitando apenas manter a mesma concentração nominal e a forma farmacêutica do original. Com isso, pretendia-se criar concorrência e produzir a esperada queda nos preços (DIAS 2003).

Entretanto, segundo a autora, tal medida não logrou o êxito imaginado, principalmente porque muitos dos medicamentos similares adotaram nomes comerciais e também começaram a fazer propaganda de suas marcas, o que fez com que seus preços se tornassem muito próximos aos preços dos inovadores que procuravam imitar. Algumas marcas de medicamento similar se tornaram até mais conhecidas que os próprios medicamentos inovadores originais, e passaram a determinar os preços médios praticados no mercado.

Em 1971, durante o governo Médici, foi criada a Central de Medicamentos (CEME), e seus principais objetivos eram adquirir e distribuir medicamentos a baixo custo para a população, fomentar a pesquisa de novas matérias-primas e a capacitação de recursos, com a finalidade estratégica de desenvolver tecnologia de processos de fabricação de medicamentos no Brasil. Entretanto, BERMUDEZ (1994), afirma que com o passar do tempo, suas atividades se restringiram à aquisição centralizada de

medicamentos, e que pelas restrições orçamentárias se tornaram insuficientes para o atendimento da demanda dos serviços de saúde.

Por tudo isso, e por influência de outros interesses que não aquele idealizado originalmente, e que inclusive fundamentou a criação da Central de Medicamentos, o desenvolvimento de autonomia na produção de medicamentos no Brasil, não se concretizou. O desgaste por denúncias de fraude em licitações, superfaturamento nas compras e esquemas de corrupção, fez com que em 1997, a CEME fosse extinta pelo então Presidente da República, Fernando Henrique Cardoso.

Em 1983, a portaria, nº 1 do Ministério da Saúde, de seis de setembro, tornou obrigatória a adição do nome genérico dos princípios ativos nas embalagens dos produtos farmacêuticos. No mesmo ano, o decreto 793, de cinco de abril, determinou que se destacasse esse nome genérico fazendo com que fosse impresso com uma fonte três vezes maior do que a utilizada para a impressão da logomarca do medicamento (BRASIL 1983). Porém, tal medida não alcançou os objetivos pretendidos porque muitas indústrias obtiveram na justiça o direito de não cumpri-las (DIAS 2003).

A Constituição Brasileira de 1988 estabeleceu a necessidade de se criar no Brasil uma política de saúde voltada a garantir os princípios de Integralidade, Eqüidade e Universalidade, conceituados anteriormente, no atendimento à saúde da população brasileira, que nortearam a criação do sistema de saúde brasileiro (BRASIL 1988).

Dois anos depois, com a Lei 8080 de 1990, foi aprovada a Política Nacional de Saúde contendo as diretrizes para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), segundo os princípios constitucionais citados anteriormente. Esse documento estabelecia ainda a importância da adoção de uma política nacional que visasse a promoção do uso racional de medicamentos e o acesso da população aos medicamentos essenciais (BRASIL 1990).

Oito anos mais tarde, com a Portaria 3916 de 1998, finalmente foi estabelecida a Política Nacional de Medicamentos, chamando atenção para

o fato de que o consumidor brasileiro de medicamentos podia ser dividido em três grupos. O primeiro deles formado pelos 15% da população com renda superior aos 10 salários-mínimos, e que consome 48% do mercado farmacêutico total, tendo uma despesa média anual per capita de U\$193,40 com medicamentos. No outro extremo temos o grupo que representa 51% da população, e recebe até quatro salários-mínimos e que consome apenas 16% do mercado farmacêutico total, tendo para isso, um gasto médio anual de U\$18,95 per capita (BRASIL 1998).

Como uma das formas mais eficientes para uma nação fazer melhorar o acesso da população aos medicamentos, a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde através da Política Nacional de Medicamentos, recomendam a adoção de ações que promovam o uso de medicamentos genéricos pela sociedade (WHO 1988; BRASIL 1998).

O preço dos medicamentos genéricos geralmente é mais baixo do que os dos medicamentos de referência porque quem o produz não tem os gastos em pesquisa, desenvolvimento e marketing (ANVISA 2004).

A entrada de produtos genéricos de qualidade no mercado farmacêutico de um país estimula a concorrência e geralmente faz com que os preços dos medicamentos sejam reduzidos naquele local, permitindo maior acesso da população aos tratamentos farmacológicos. Sob essa justificativa, a Política Nacional de Medicamentos prioriza o registro, a produção e a venda de medicamentos genéricos, como alternativa de qualidade e baixo custo aos medicamentos de marca (BRASIL 1998).

Por tudo isso, três meses depois da publicação da Política Nacional de Medicamentos, em fevereiro de 1999 foi publicada a Lei 9787, que alterava a lei 6360 e revogava o decreto 793, traçando diretrizes para implantação dos medicamentos genéricos no Brasil, deixando a critério do médico o uso do nome genérico em suas prescrições, mas determinando que todas as licitações públicas para aquisição de medicamentos fossem feitas através da nomenclatura genérica (BRASIL 2000). A partir de então, diversas portarias, decretos e resoluções foram publicadas com o intuito de



facilitar o registro, regulamentar a produção, normatizar os testes de garantia de qualidade e de bioequivalência e estimular o comércio de medicamentos genéricos no Brasil (DIAS 2003).

O hiato de seis meses entre a publicação dos dispositivos legais que tornaram possível a criação do “genérico” no país e a chegada das primeiras unidades de “genéricos” nas farmácias, produziu muita expectativa na população e na mídia. A população estimulada pelas freqüentes manchetes sobre o tema buscava nas farmácias por medicamentos alternativos de baixo custo, o que fez com que algumas indústrias e balconistas de farmácia aproveitassem a oportunidade para auferir enorme ganho financeiro, promovendo a troca de medicamentos de marca por similares (DIAS 2003).

Pesquisa feita com balconistas de drogarias, entre 2001 e 2002, em 11 regiões metropolitanas brasileiras demonstrou que cerca de 40% dos entrevistados recebiam comissão pela venda de medicamentos. Tanto os medicamentos genéricos quanto os de referência pagavam em média 5% de comissão por unidade vendida, lembrando que o valor do genérico é em média 40% menor que o de referência, o balconista ao efetuar a troca de medicamento de referência por genérico perde parte de sua comissão. Já a venda dos medicamentos similares agrega 23% de comissão à renda do balconista e a venda de produtos diversos incrementa-a com 63% de “bônus” (ANVISA 2002).

Na tentativa de coibir as substituições de genéricos por similares criou-se legislação específica proibindo a produção e comercialização de similares sem marca e instituiu-se a adoção da tarja amarela e da letra G em azul nas embalagens de medicamentos genéricos, facilitando sua identificação (ANVISA 2001).

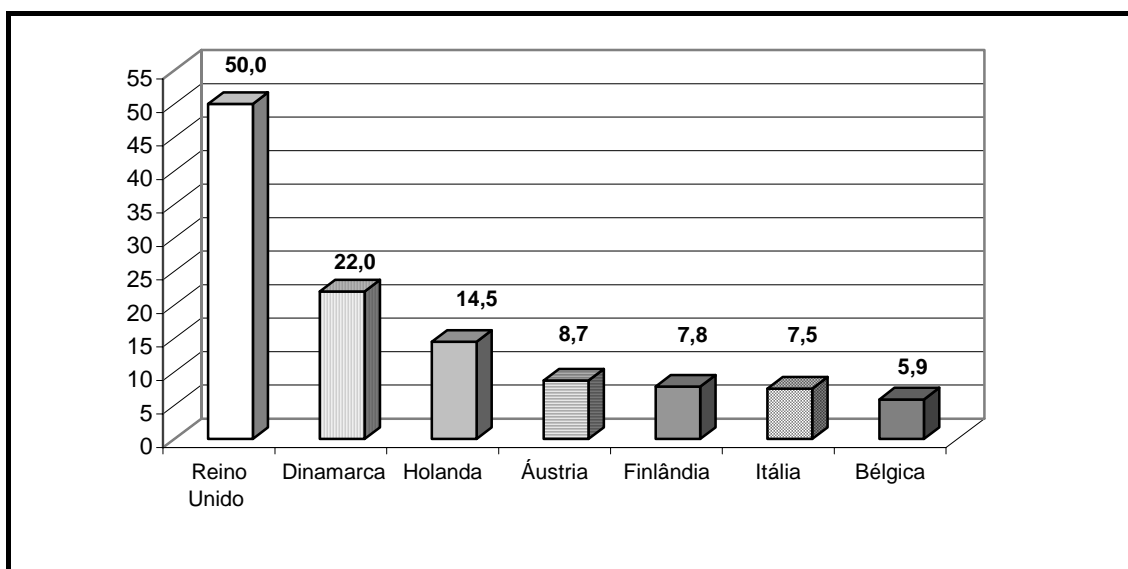
Atualmente, o Brasil possui uma política de medicamentos, nos moldes preconizados pela OMS, alinhada com as políticas de medicamentos de outros países, tais quais: Reino Unido, Dinamarca, Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Holanda, Noruega, Japão, Áustria, França, Itália, e outros (DIAS 2003).

Medicamento genérico é o fármaco similar a um produto de referência, com eficácia, segurança e qualidade comprovadas, portanto, intercambiáveis entre si. Seu nome é designado pela DCB (Denominação Comum Brasileira) ou pela DCI (Denominação Comum Internacional), na sua ausência (BRASIL 2000).

Nos Estados Unidos, país que introduziu o conceito de medicamentos genéricos na década de 1960, os genéricos correspondem a 72% das prescrições médicas e custam em média 30% menos que os medicamentos de referência (ANVISA 2004).

No Brasil, até agosto de 2004, os medicamentos genéricos correspondiam a 9,7% das unidades vendidas e 7,9% do faturamento nacional (PRÓ-GENÉRICOS 2004).

Segundo a ANVISA (2004), o mercado farmacêutico de genéricos na Europa é muito variado. Por exemplo, é menor que 6% na Bélgica, mas corresponde à quase metade dos medicamentos consumidos no Reino Unido (Figura 1).



**Figura 1.** Porcentagem de unidades vendidas de medicamentos genéricos em relação ao mercado farmacêutico total de alguns países. **Fonte:** ANVISA, 2004.

Para ser considerado um medicamento genérico não basta ter o mesmo princípio ativo e a mesma forma farmacêutica como ocorre com os “similares”. Para poder usufruir os benefícios de produzir um medicamento

genérico, a indústria deve provar através de testes de bioequivalência e biodisponibilidade que seu produto é um equivalente terapêutico ao produto de referência.

Bioequivalência consiste na demonstração de equivalência farmacêutica entre produtos de mesma forma farmacêutica, com idênticas composições de princípios ativos, que tenham biodisponibilidades comparáveis sob o mesmo desenho experimental (BRASIL 2000).

Biodisponibilidade, por sua vez, é a medida da quantidade e da velocidade com que um medicamento chega à circulação sistêmica. Em outras palavras, indica a velocidade e a extensão de absorção de um princípio ativo, analisados a partir de uma curva de concentrações do mesmo na circulação sistêmica ou de sua excreção na urina (BRASIL 2000).

DIAS (2003) alerta que até 2003 a entrada dos genéricos no Brasil ainda não havia melhorado o acesso das classes menos favorecidas aos medicamentos, e que estes eram apenas uma alternativa de consumo para aqueles que já usavam medicamentos. Entretanto, para esses que puderam substituir os medicamentos que utilizavam por um medicamento genérico, a economia média era de 40%.

A autora afirma que outra crítica comum à Política Nacional de Medicamentos é que a queda no preço de alguns medicamentos de marca não aconteceu da maneira como era esperada e alguns dos medicamentos genéricos ainda possuem preços muito parecidos com os preços dos medicamentos de referência. Contudo, com a entrada cada vez maior de novas indústrias nesse mercado e o conseqüente aumento na disponibilidade de alternativas, a tendência é que a concorrência produza redução não só entre os genéricos, mas também entre os medicamentos de referência na tentativa da manutenção da fatia do mercado que já possuíam.

Outra conseqüência direta dessa política de medicamentos é que algumas indústrias farmacêuticas com muita tradição em pesquisa e detenção de patentes e de marcas de referência também passaram a produzir medicamentos genéricos. Com isso, garantem que parte dos

genéricos seja vendida por elas mesmas. Ou seja, preferem correr o risco de ter seus lucros unitários reduzidos e até mesmo incentivar a troca de receituário a não terem lucro algum e ainda permitir o crescimento de seus concorrentes.

BERMUDEZ (1994) alerta que o mercado farmacêutico brasileiro é altamente dependente de empresas multinacionais, hegemônicas em vendas, e destaca uma prática nefasta, comum a muitas delas, que é o superfaturamento das matérias-primas nas transações matriz-filial.

Para ilustrar a situação, o autor apresenta uma tabela onde consta entre outros princípios ativos, o piroxicam, cujo preço praticado internacionalmente era estimado em 150 dólares por quilograma, mas que era vendido para algumas indústrias nacionais de capital estrangeiro, por 12.076 dólares/Kg, ou seja, essas indústrias transnacionais chegam a pagar mais de 80 vezes o preço que pagariam se comprassem a mesma substância de um fornecedor que não fosse sua própria matriz.

Dessa maneira, artificialmente fazem aumentar seus gastos e diminuir seus lucros, transferindo parte dos recursos auferidos no mercado interno às suas sedes estrangeiras, minorando assim o imposto devido ao governo brasileiro e majorando os custos de produção, que são repassados ao consumidor brasileiro na composição de preço de seus produtos.

Entretanto, uma característica do mercado de genéricos, que o torna diferente do mercado farmacêutico geral, é que as quatro maiores empresas nessa modalidade são de capital nacional. Atualmente, segundo a Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Genéricos (PRÓ-GENÉRICOS 2004), as empresas que mais se destacaram na produção de medicamentos genéricos e suas respectivas participações no mercado brasileiro foram:

Medley (24%), EMS Sigma Pharma (21%), Biosintética (15%), Eurofarma (13%), Ranbaxy (10%), Apotex (5%), Merck (3%), Novartis e Hexal (ambos com 2% do mercado).

Algumas das indústrias, como Eurofarma, Medley e EMS Sigma Pharma, lograram tal êxito e cresceram tanto no mercado nacional, que já estão exportando genéricos para países como México, Costa Rica, Venezuela, Estados Unidos, Portugal e outros países europeus e se preparam para exportar para mercados bem maiores, como o asiático (FEBRAFARMA 2002; XAVIER 2004). Ainda segundo a imprensa, novas fábricas estão sendo construídas no Brasil como conseqüência desse sucesso do mercado de “genéricos”. Exemplo disso é a nova planta industrial da Eurofarma em Itapevi, na Região Metropolitana de São Paulo, e a fábrica da indústria indiana Ranbaxy, que está se instalando no Rio de Janeiro. Hoje até mesmo se tem falado na criação de um pólo brasileiro de produção de matéria-prima com a finalidade de exportação (XAVIER 2004). Entre os resultados dessa política de medicamentos, que privilegia os genéricos, pode estar a inversão ou pelo menos uma tendência de maior equilíbrio na balança comercial do mercado farmacêutico, reduzindo grande parte das divisas que são enviadas ao exterior para o pagamento de “royalties”, tecnologia e matéria-prima.

Pelo referencial teórico apresentado constituído por estudos e idéias de diferentes autores, verifica-se a importância da escolha desse tema de pesquisa, cujos objetivos estão relatados à seguir.

## 2. OBJETIVOS

“Eu vou ser tão breve que na verdade já terminei”  
(Salvador Dali)

---

### 2.1. Objetivo geral

Analisar o padrão de consumo de medicamentos em áreas do Estado de São Paulo, segundo características demográficas e condições de vida da população.

### 2.2. Objetivos específicos

- Descrever as características demográficas e socioeconômicas da população em estudo;
- Avaliar a frequência de utilização de medicamentos na população em estudo, segundo as características demográficas e socioeconômicas, e determinar o número médio de especialidades farmacêuticas utilizadas pelos diversos grupos populacionais;
- Descrever os grupos terapêuticos e especialidades farmacêuticas mais utilizados pela população em estudo, segundo as características demográficas e socioeconômicas;
- Avaliar a frequência de automedicação na população em estudo, segundo características demográficas e socioeconômicas;
- Avaliar o gasto da população em estudo com medicamentos, segundo características demográficas e socioeconômicas e

Avaliar o conhecimento e a utilização dos medicamentos genéricos pela população em estudo, segundo características demográficas e socioeconômicas.

### 3. MATERIAIS e MÉTODOS

---

Este estudo foi desenvolvido a partir do banco de dados do projeto Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo, ISA-SP, que consistiu de um estudo transversal com base populacional, conduzido por meio de inquérito domiciliar, que buscou analisar as condições de vida e de saúde da população das áreas estudadas.

Inquéritos de base populacional como esse constituem importantes ferramentas para a eleição racional dos grupos e das demandas prioritárias, chamando atenção para o fato de que os inquéritos de saúde podem evitar gastos desnecessários e o desperdício do investimento público.

WHITE (1985), afirma que os Inquéritos de Saúde são úteis tanto aos países desenvolvidos quanto aos países em desenvolvimento e acrescenta que nesses últimos podem constituir a única fonte possível de informação em saúde, quando há ausência ou inadequação do censo populacional, sistemas de registro vital ou de registros clínicos. O autor ainda evidencia que a provisão de serviços de saúde deve levar em conta uma ordenação de prioridades, que envolve considerações como a diferença na mortalidade, nas deficiências e no sofrimento de determinados grupos da população.

Segundo VIACAVA (2002), os inquéritos populacionais contínuos, desenvolvidos nos países industrializados desde a década de 1960, são instrumentos para a formulação e avaliação das políticas públicas.

CESAR e TANAKA (1996), destacam a importância dos inquéritos de saúde na avaliação do padrão de utilização de serviços, na caracterização das iniquidades as quais estão expostos os diversos grupos populacionais, no planejamento de políticas públicas e na avaliação de seus resultados:

os inquéritos de saúde permitem avaliar com clareza o padrão de utilização dos serviços de saúde, identificando, também, as dificuldades de acesso aos mesmos.

A análise das informações geradas através destes inquéritos não só permite uma "linha de base" para planejamento de saúde e avaliação posterior, como também é um elemento importante de avaliação dos serviços existentes, na medida em que descreve elementos essenciais a esta análise.

A caracterização sócio-econômica e demográfica da população permite, ainda, caracterizar a forma diferenciada pela qual os distintos grupos populacionais utilizam os serviços de saúde.

Esses estudos com base populacional permitem definir com maior especificidade as diretrizes e as estratégias necessárias para a implantação de um sistema de saúde, na busca de maior equidade no atendimento às necessidades de saúde da população (p. 69).

### **3.1. Áreas de estudo**

O projeto ISA-SP estudou quatro áreas do Estado de São Paulo, sendo duas no interior e duas na região Metropolitana de São Paulo:

- Municípios da região sudeste da Grande São Paulo (Itapeverica da Serra, Taboão da Serra e Embu),
- Administração Regional do Butantã do Município de São Paulo (distritos de Jaguaré, Rio Pequeno, Raposo Tavares, Vila Sônia e Morumbi),
- Município de Campinas e
- Município de Botucatu.

Neste estudo sobre medicamentos optou-se por utilizar os dados que foram coletados nas duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, Municípios da região sudeste da Grande São Paulo e a Administração Regional do Butantã no Município de São Paulo, o que facilitou a operacionalização das análises, pois os formulários de pesquisa das duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo encontravam-se no mesmo centro de pesquisa, sede desse pesquisador, e os materiais que foram



coletados nos Municípios do interior de São Paulo encontravam-se nos respectivos centros de pesquisa que os coletaram. Havendo portanto, dificuldades para que esse autor pudesse dirimir quaisquer dúvidas sobre dados do material original, quando isso fosse necessário.

### 3.2. População de estudo

A população de estudo refere-se à população não institucionalizada, residente nas zonas urbanas das áreas contempladas.

### 3.3. Plano de amostragem

Com a intenção de obter amostras significativas para sub-populações demográficas consideraram-se oito domínios amostrais:

- Menores de um ano;
- crianças de 1 a 11 anos;
- 12 a 19 anos masculino;
- 12 a 19 anos feminino;
- 20 a 59 anos masculino;
- 20 a 59 anos feminino;
- 60 anos e mais masculino e
- 60 anos e mais feminino.

A partir dos dados censitários de 1996 (IBGE) estimaram-se as populações desses domínios amostrais em cada uma das áreas de estudo e calculou-se então, o tamanho da amostra ( $n_0$ ) para cada domínio amostral de cada área de estudo, a partir da expressão:

$$n_0 = \frac{P.(1-P)}{(d/z)^2} . deff$$

Onde:

- P é a proporção de indivíduos a ser estimada;
- z é o valor na curva normal reduzida, correspondente ao nível de confiança utilizado na determinação de P;
- d é o erro de amostragem admitido e
- deff é o efeito do delineamento.

Considerando-se ainda,

- coeficiente de confiança de 95% ( $z=1,96$ );
- erro de amostragem de 10% ( $d=0,10$ );

- proporção a ser estimada nos sub-grupos populacionais igual a 50% ( $P=0,50$ ) e
- efeito do desenho (deff) igual a 2,

O número de entrevistados por domínio calculado foi 192 que “arrendondou-se” para 200.

Levando-se em conta os efeitos de uma taxa de não resposta de 20%, planejou-se sortear 250 pessoas para cada domínio amostral, de cada uma das áreas estudadas.

A partir dos dados censitários determinou-se em seguida o número de domicílios que deveriam ser sorteados em cada área para encontrar os 250 indivíduos de cada domínio, utilizando-se o seguinte procedimento:

Primeiro determinou-se a razão do número de indivíduos por domicílio para cada domínio amostral ( $r_i$ ). Depois, calcularam-se os números de domicílios que deveriam ser visitados dividindo-se 250 pela razão  $r_i$ , de onde se estimou que na Área da Administração Regional do Butantã, pelo menos 4570 domicílios deveriam ser sorteados, enquanto na Área dos Municípios da região Sudoeste da Grande São Paulo esse número deveria ser de 3677 domicílios.

Objetivando garantir na amostra um número significativo de indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, os setores censitários foram divididos segundo a proporção de chefes de família com nível universitário, formando três estratos: menos de 5% (estrato 1); de 5 a 25% (estrato 2) e mais de 25% (estrato 3). Em cada um desses estratos foi sorteado um terço do número de domicílios calculados na etapa anterior.

O sorteio da amostragem por conglomerados foi realizado em 2 estágios: primeiro sortearam-se os setores censitários com probabilidade proporcional ao seu tamanho, expresso pelo número de domicílios em cada um deles, em seguida, sortearam-se os domicílios que deveriam ser visitados naqueles setores sorteados, com probabilidade inversamente proporcional ao tamanho da unidade primária de amostragem (setor censitário), baseado nos dados do censo.

Considerando-se que não se desejava proceder a um novo sorteio para cada domínio amostral, em cada domicílio visitado, sorteou-se previamente sub-amostras de cada um dos domínios para o conjunto de domicílios sorteados. Deste modo, em alguns domicílios todos os moradores foram entrevistados, enquanto em outros, apenas os de um determinado sexo e idade foram incluídos no estudo.

Esse processo de amostragem tornou necessário que fossem considerados nas análises os pesos relativos para cada subgrupo da amostra, proporcionais ao número de indivíduos que cada entrevistado representava na população. Como na fase de análise de dados, o IBGE já havia disponibilizado dados mais atualizados que aqueles que estavam disponíveis até a fase de amostragem, os pesos relativos para os subgrupos populacionais foram recalculados, segundo parâmetros censitários de 2000.

### **3.4. Coleta de dados**

A fase de campo, quando houve a coleta de dados, foi realizada de abril de 2001 a setembro de 2002 considerando todas as áreas, entretanto, as entrevistas de cada área foram distribuídas durante o período de 12 meses, minimizando assim, os efeitos de sazonalidade.

Nas residências sorteadas, os entrevistadores previamente treinados procuravam por moradores que correspondiam aos critérios de inclusão determinados pelo sorteio de domínios amostrais da última etapa do processo de amostragem. Os moradores sorteados eram informados sobre os objetivos do projeto, a garantia de confidencialidade de seus dados e da possibilidade de se retirarem em qualquer momento do estudo. Depois de informados, os entrevistados que concordavam em participar, assinavam o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados para esse estudo foram obtidos por meio de questionários aplicados pelos entrevistadores diretamente aos moradores sorteados, ou

por seu responsável no caso das crianças menores de 12 anos, garantindo assim, maior confiabilidade nas respostas.

Na ausência do morador sorteado, os entrevistadores retornavam em horário cujo encontro seria mais provável, segundo informação dos outros moradores da casa ou de seus vizinhos.

Na impossibilidade ou dificuldade de comunicação com um sorteado que estava presente, as respostas eram coletadas por meio de um cuidador ou responsável.

### **3.5. Instrumento de coleta de dados**

O instrumento de coleta de dados consistiu em um questionário composto por 19 blocos, divididos segundo áreas temáticas. Entretanto, nem todos os blocos eram aplicados a todos os entrevistados, dado que alguns temas eram específicos para determinadas condições individuais.

Os seguintes blocos e respectivos temas foram abordados:

Bloco A – Relação de moradores no domicílio

Bloco B – Folha de controle com dados sobre o entrevistado

Bloco C – Morbidade de 15 dias

Bloco D – Doenças crônicas

Bloco E – Deficiência física referida

Bloco F – Acidentes e violência

Bloco G – Utilização de serviços

Bloco H – Exames preventivos

Bloco I – Imunização

Bloco J – Uso de medicamentos

Bloco K – Hospitalização nos últimos 12 meses

Bloco L – Estilo de vida

Bloco M – Auto-avaliação em saúde

Bloco N – Saúde mental

Bloco O – Características sócio-econômicas do entrevistado

Bloco P – Características da família e do domicílio

Bloco Q – Características sócio-econômicas do chefe de família

Bloco R – Gastos com saúde

Bloco S – Saúde materno-infantil

O bloco J, que era dedicado às questões relacionadas ao uso de medicamentos, continha questões específicas sobre esse tema, o que permitiu analisar a frequência e os medicamentos que os entrevistados relataram ter utilizado nos três dias anteriores à entrevista, bem como a automedicação e o conhecimento e a utilização de medicamentos genéricos.

A questão J01, apresentada abaixo, indagava se o entrevistado havia feito uso de algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista e caso a resposta fosse positiva, era perguntado quais medicamentos tinham sido utilizados. O entrevistador pedia então que o entrevistado mostrasse a embalagem do medicamento, se possível.

**J01. Usou algum medicamento nos últimos 3 dias?**

Não

Sim

NS/NR

Quais medicamentos?

As questões de J02 a J07 perguntavam novamente que medicamentos haviam sido utilizados, o motivo para sua utilização e a origem da indicação daquele medicamento para o entrevistado, conforme a transcrição:

**J02, J03, J04, J05, J06 e J07. Nome do medicamento:**

Para que problemas de saúde o(a) sr.(a) usou esse medicamento?

Quem indicou esse medicamento para o(a) sr.(a)?

Médico ou dentista

Farmacêutico / balconista de farmácia

Automedicação

Parente, amigo ou vizinho

Outro

NS/NR

Para todos os entrevistados que relataram ter utilizado algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista, foram feitas perguntas relacionadas aos medicamentos genéricos, que permitiram avaliar o conhecimento do entrevistado sobre essa modalidade de medicamentos, se

o mesmo sabia da possibilidade de substituição dos medicamentos que utilizou por um medicamento genérico, bem como a sua percepção sobre as vantagens e desvantagens dos medicamentos genéricos.

**J08 O Sr. Sabe se é possível substituir algum dos medicamentos que usou nos últimos 3 dias, por um medicamento genérico?**

- Não sabe o que é genérico
- Não sabe se seria possível fazer a substituição
- Não seria possível fazer a substituição
- Sim, seria possível substituir
- Está usando medicamento genérico
- NR

**J09. Em sua opinião, existem vantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais?**

- Não existem vantagens
- Sim, porque são mais baratos
- Sim, porque o número de opções aumenta
- Sim, porque é mais fácil de encontrar
- Outros
- NS/NR

**J10. Em sua opinião, existem desvantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais?**

- Não existem desvantagens
- Sim, porque são difíceis de encontrar
- Sim, porque não são bons como os de marca
- Outros
- NS/NR

Além do bloco J, o bloco D, que abordava as doenças crônicas, continha perguntas relacionadas ao tratamento medicamentosos da diabetes e da hipertensão, entretanto, não especificava quais eram os medicamentos utilizados, motivo pelo qual não foi utilizado nas análises desse trabalho.

A classificação da cor da pele do entrevistado foi feita por meio da seguinte pergunta:

**B07. A sua cor ou raça é:**

Branca  
Negra  
Parda  
Amarela  
Indígena  
NS/NR

A caracterização sócio-econômica do entrevistado e de sua família foi feita com base em perguntas relacionadas aos anos de escolaridade do indivíduo e do chefe da família e da sua origem, nos blocos O e Q.

**Q06. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?**

Nunca freqüentou, não sabe ler e escrever  
Nunca freqüentou, sabe ler e escrever  
1º grau ou primário  
1º grau ou ginásio  
2º grau ou colegial  
cursos técnicos de nível médio incompletos  
cursos técnicos de nível médio completos  
curso superior incompleto  
curso superior completo  
NS/NR

**Q05. Onde o(a) senhor(a) nasceu? (chefe da família)**

Outro município, especifique município e estado:  
No próprio município de residência  
NS/NR

**Q08. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou (chefe da família)?**

Nunca freqüentou, não sabe ler e escrever  
Nunca freqüentou, sabe ler e escrever  
1º grau ou primário  
1º grau ou ginásio  
2º grau ou colegial  
cursos técnicos de nível médio incompletos  
cursos técnicos de nível médio completos  
curso superior incompleto  
curso superior completo  
NS/NR

A renda familiar e os gastos com medicamentos foram levantados por meio dos blocos Q e R respectivamente, e os valores declarados foram padronizados pelo salário mínimo vigente no momento da entrevista:

**Q25 a-j. Quadro de composição e renda familiar.**

**R01. Quanto sua família gastou com medicamentos no último mês?**

### **3.6. Codificação e digitação de dados**

As questões foram codificadas diretamente no questionário, a partir dos quais foram feitas as digitações dos dados.

Quando o entrevistado declarava ter feito uso de medicamentos, era requisitado a ele que mostrasse as caixas dos mesmos ou suas prescrições a fim de minimizar possíveis erros na anotação do nome do mesmo. Na ausência desses, era solicitado que mostrasse a cartela, blister ou frasco e em sua falta era anotado o nome declarado pelo próprio entrevistado. No questionário era anotado então o nome comercial e quando possível o nome do princípio ativo, que facilitava a posterior codificação do mesmo.

A codificação dos medicamentos utilizados relatados nas questões J02 a J07 foi feita por meio da classificação Anatômica Química Terapêutica (ATC - Anatomical Therapeutical Chemical), que é um sistema de classificação de medicamentos, criado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos, recomendado pelo *Drug Utilization Research Group (DURG)* da Organização Mundial da Saúde (OMS) para realização de Estudos de Utilização de Medicamentos. Esse sistema é continuamente revisado pelo Conselho Nórdico de Medicamentos sob a coordenação do Centro Colaborativo para Metodologia sobre Estatística de Medicamentos da Organização Mundial da Saúde (WHO 2000).



Por esse sistema, os fármacos são agrupados de acordo com o sistema ou órgão onde atuam e por suas características químicas e terapêuticas.

Cada medicamento recebe um código alfanumérico com cinco níveis:

- **Nível 1:** Grupo Anatômico (órgão, aparelho ou sistema sobre o qual atua).
- **Nível 2:** Grupo Terapêutico principal.
- **Nível 3:** Subgrupo Terapêutico.
- **Nível 4:** Subgrupo Químico Terapêutico.
- **Nível 5:** Princípio Ativo.

Assim, por esta classificação, um mesmo princípio ativo pode ter mais de um código dependendo do sistema onde irá atuar, de sua ação farmacológica e se está associado a outros princípios ativos. Por exemplo, nessa classificação, o ácido acetilsalicílico recebe o código B01AC06 quando utilizado como antiagregador plaquetário e o código N02BA01 quando utilizado como analgésico e antipirético.

Avaliando o código B01AC06, temos:

<p><b>Nível 1:</b> B – é um medicamento utilizado para o sangue ou órgãos formadores de sangue.</p> <p><b>Nível 2:</b> B01 – é um agente antitrombótico.</p> <p><b>Nível 3:</b> B01A – faz parte de um subgrupo dos agentes antitrombóticos.</p> <p><b>Nível 4:</b> B01AC – é um inibidor da agregação plaquetária, não heparinóide.</p> <p><b>Nível 5:</b> B01AC06 – é o ácido acetilsalicílico.</p>
---

Com vistas à uniformidade nos procedimentos de codificação dos medicamentos, tanto das áreas da Região Metropolitana de São Paulo, como dos Municípios do interior paulista, houve articulação permanente entre os membros dos diversos centros de pesquisa. Sempre que novos medicamentos eram codificados ou que alguma dificuldade era encontrada por qualquer um dos participantes, havia a troca de informação quase imediata entre os centros de pesquisa, por meio da permuta de mensagens eletrônicas, contato telefônico e reuniões *in loco*, o que facilitou o processo de atualização e padronização de códigos.

### **3.7. Análise de dados**

A análise dos dados foi feita através do pacote estatístico Stata, versão 7.0, que incorpora em seu módulo “Survey” (svy) os fatores de ponderação da amostra baseados nas frações amostrais dos setores censitários (segundo características sócio-econômicas) e dos indivíduos entrevistados (segundo idade e sexo), considerando nos cálculos o peso relativo de cada indivíduo entrevistado proporcional à população que o mesmo representa.

## 4. RESULTADOS

Aqui serão apresentados os resultados das análises e a discussão acerca dos mesmos será efetuada no próximo capítulo.

### 4.1. Caracterização da amostra

Foram feitas 3646 entrevistas nas duas áreas contempladas por esse estudo, 1787 na área compreendida pelos municípios da Região Sudoeste da Grande São Paulo (Área 1) e 1859 na área compreendida pela Administração Regional do Butantã (Área 2). A tabela 1 apresenta a distribuição de entrevistas segundo faixas etárias e áreas.

**Tabela 1.** Distribuição de entrevistas, segundo faixas etárias e áreas.

Faixas etárias	Área 1		Área 2		TOTAL	
	n	%*	N	%*	N	%*
Menores de 1 ano	171	2,1	279	1,6	450	1,9
1 a 12 anos	189	22,0	271	17,0	460	19,8
12 a 19 anos masculino	182	8,4	232	7,3	414	7,9
12 a 19 anos feminino	184	8,7	225	7,3	409	8,1
20 a 39 anos masculino	121	15,7	145	17,3	266	16,4
20 a 39 anos feminino	138	18,6	127	18,3	265	18,5
40 a 59 anos masculino	89	10,6	77	9,8	166	10,3
40 a 59 anos feminino	72	9,3	80	12,3	152	10,6
60 anos e mais masculino	293	2,0	203	3,9	496	2,9
60 anos e mais feminino	348	2,6	220	5,3	568	3,8
<b>TOTAL</b>	<b>1787</b>	<b>100</b>	<b>1859</b>	<b>100</b>	<b>3646</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

A tabela 2 apresenta o perfil de distribuição de entrevistados segundo a escolaridade do chefe da família do entrevistado nas duas áreas estudadas. Os chefes de família foram divididos em quatro grupos, de acordo com o número de anos de escolaridade que concluíram.

**Tabela 2.** Distribuição de entrevistas, segundo escolaridade do chefe de família e áreas.

<b>Escolaridade do chefe de família</b>	<b>Área 1</b>		<b>Área 2</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
0 a 3 anos	489	28,9	460	15,8	949	23,2
4 a 7 anos	653	40,8	604	27,3	1257	34,9
8 a 11 anos	454	25,1	510	32,1	964	28,2
12 anos ou mais	175	4,1	273	24,3	448	12,9
Não respondeu	16	1,1	12	0,5	28	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>1787</b>	<b>100</b>	<b>1859</b>	<b>100</b>	<b>3646</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

A tabela 3 apresenta o perfil de distribuição de entrevistados com mais de 20 anos de idade, segundo anos de escolaridade do próprio entrevistado nas duas áreas do estudo.

**Tabela 3.** Distribuição de entrevistas, segundo escolaridade do entrevistado maior de 20 anos e áreas.

<b>Escolaridade do entrevistado</b>	<b>Área 1</b>		<b>Área 2</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
0 a 3 anos	378	23,8	227	12,5	605	18,5
4 a 7 anos	332	34,3	255	23,8	587	29,4
8 a 11 anos	255	34,7	249	38,9	504	36,7
12 anos ou mais	95	7,1	117	24,5	212	15,3
Não respondeu	1	0,0	4	0,3	5	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>1061</b>	<b>100</b>	<b>852</b>	<b>100</b>	<b>1913</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

A tabela 4 representa a distribuição de entrevistados, segundo a naturalidade do chefe da família do entrevistado e as áreas de estudo. Os chefes de família foram divididos em três grupos: os que vivem no mesmo município onde nasceram, os que vivem em município diferente, mas na mesma Unidade Federativa onde nasceram (São Paulo) e os que nasceram fora do Estado de São Paulo.

**Tabela 4.** Distribuição de entrevistas, segundo origem do chefe de família e áreas.

<b>Naturalidade</b>	<b>Área 1</b>		<b>Área 2</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>N</b>	<b>%*</b>
Próprio município de residência	135	7,0	751	43,3	886	22,9
Outro município no estado (SP)	820	39,0	285	17,2	1105	29,5
Fora do Estado de São Paulo	825	53,5	813	39,1	1638	47,2
Não respondeu	7	0,5	10	0,4	17	0,5
<b>TOTAL</b>	<b>1787</b>	<b>100</b>	<b>1859</b>	<b>100</b>	<b>3646</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

A tabela 5 representa a distribuição de entrevistas segundo a declaração do próprio entrevistado sobre sua cor ou raça.

**Tabela 5.** Distribuição de entrevistas, segundo cor/raça declarada pelo entrevistado e áreas.

<b>Cor/raça</b>	<b>Área 1</b>		<b>Área 2</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%*</b>	<b>N</b>	<b>%*</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>
Branca	1070	47,2	1206	67,3	2276	56,0
Negra e parda	631	49,5	603	29,3	1234	40,7
Amarela	59	1,9	24	2,4	83	2,1
Indígena	11	0,7	5	0,2	16	0,5
NS/NR	10	0,7	12	0,8	22	0,7
<b>TOTAL</b>	<b>1787</b>	<b>100</b>	<b>1859</b>	<b>100</b>	<b>3646</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

Por causa da baixa frequência de entrevistados que se declararam “Amarelos” ou “Indígenas” e por não considerar adequado agrupá-los numa mesma categoria, visto que entre os mesmos existem consideráveis diferenças sociais, econômicas e culturais, esses dois grupos não foram considerados nas análises estatísticas envolvendo a variável “cor da pele” do entrevistado.

Aqueles entrevistados que se declararam negros ou pardos foram agrupados numa mesma categoria, devido às semelhanças estatísticas dos dois grupos, verificadas previamente nas estimativas analisadas.

A tabela 6 representa a distribuição de entrevistados, segundo renda familiar per capita, calculado com base no salário-mínimo vigente na data da entrevista.

**Tabela 6.** Distribuição de entrevistas, segundo renda familiar per capita e áreas de estudo.

<b>Renda familiar per capita</b>	<b>Área 1</b>		<b>Área 2</b>		<b>TOTAL</b>	
	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>n</b>	<b>%*</b>	<b>N</b>	<b>%*</b>
Até 0,5 salário mínimo	325	21,6	359	11,9	684	17,4
De 0,6 a 1,0 salário-mínimo	403	28,2	444	17,2	847	23,4
De 1,1 a 1,5 salários-mínimos	292	19,2	253	14,1	545	17,0
1,6 salários-mínimos ou mais	767	31,0	803	56,8	1570	42,2
<b>TOTAL</b>	<b>1787</b>	<b>100</b>	<b>1859</b>	<b>100</b>	<b>3646</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

As tabelas 7, 8, 9 e 10 apresentam a distribuição de entrevistas, segundo renda familiar per capita, calculado com base no salário mínimo vigente na data da entrevista, segundo escolaridade do chefe de família em anos de estudo, escolaridade do próprio entrevistado maior de 20 anos, cor da pele e naturalidade do chefe de família.

**Tabela 7.** Distribuição de entrevistas, segundo renda familiar per capita e escolaridade do chefe da família.

Renda familiar per capita	Escolaridade do chefe de família (anos)									
	0 a 3		4 a 7		8 a 11		12 e mais		TOTAL	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	N	%*
Até 0,5 salário mínimo	291	26,1	282	23,4	105	10,9	3	0,4	684	17,4
De 0,6 a 1,0 salário-mínimo	297	29,6	351	28,8	187	21,7	11	2,7	847	23,4
De 1,1 a 1,5 salários-mínimos	128	16,6	209	18,9	190	21,8	16	3,0	545	17,0
1,6 salários-mínimos ou mais	233	27,7	415	28,9	482	45,6	418	93,9	1570	42,2
<b>TOTAL</b>	<b>949</b>	<b>100</b>	<b>1257</b>	<b>100</b>	<b>964</b>	<b>100</b>	<b>448</b>	<b>100</b>	<b>3646</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

**Tabela 8.** Distribuição de entrevistas, segundo renda familiar per capita e escolaridade do entrevistado maior de 20 anos.

Renda familiar per capita	Escolaridade do entrevistado maior de 20 anos (anos)									
	0 a 3		4 a 7		8 a 11		12 e mais		TOTAL	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Até 0,5 salário mínimo	139	22,9	91	22,1	36	7,1	3	0,5	270	13,4
De 0,6 a 1,0 salário-mínimo	164	27,2	120	23,0	71	19,4	7	3,9	362	19,5
De 1,1 a 1,5 salários-mínimos	95	18,5	95	22,4	76	17,9	10	8,5	278	17,9
1,6 salários-mínimos ou mais	207	31,4	281	32,6	321	55,6	192	87,1	1003	49,2
<b>TOTAL</b>	<b>605</b>	<b>100</b>	<b>587</b>	<b>100</b>	<b>504</b>	<b>100</b>	<b>212</b>	<b>100</b>	<b>1913</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

**Tabela 9.** Distribuição de entrevistas, segundo renda familiar per capita e cor de pele.

Renda familiar per capita	Cor do entrevistado					
	Branca		Negra/parda		TOTAL	
	n	%*	n	%*	n	%*
Até 0,5 salário mínimo	334	13,4	324	22,9	324	22,9
De 0,6 a 1,0 salário-mínimo	439	16,6	379	32,5	379	32,5
De 1,1 a 1,5 salários-mínimos	320	16,3	209	18,4	209	18,4
1,6 salários-mínimos ou mais	1183	53,7	322	26,2	322	26,2
<b>TOTAL</b>	<b>2276</b>	<b>100</b>	<b>1234</b>	<b>100</b>	<b>3631</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

**Tabela 10.** Distribuição de entrevistas, segundo renda familiar per capita e origem do chefe de família.

Renda familiar per capita	Naturalidade do chefe de família									
	Mesmo município		Mesmo estado		Outro estado		NS/NR		TOTAL	
	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*	n	%*
Até 0,5 salário mínimo	148	12,2	162	16,2	373	20,7	1	7,8	684	17,4
De 0,6 a 1,0 salário-mínimo	185	18,4	197	21,8	461	27,0	4	5,6	847	23,4
De 1,1 a 1,5 salários-mínimos	128	11,9	164	17,6	252	19,2	1	1,9	545	17,0
1,6 salários-mínimos ou mais	425	57,5	582	44,4	552	33,1	11	84,8	1570	42,3
<b>TOTAL</b>	<b>886</b>	<b>100</b>	<b>1105</b>	<b>100</b>	<b>1638</b>	<b>100</b>	<b>17</b>	<b>100</b>	<b>3646</b>	<b>100</b>

\* Valores calculados na amostra ponderada.

A escolaridade do chefe de família esteve associada à cor declarada pelo entrevistado ( $p < 0,05$ ). Enquanto 32% dos chefes de família dos entrevistados que se declararam negros ou pardos estudaram menos de 3 anos, essa proporção entre os brancos foi de 17% e 19% dos chefes de família de entrevistados brancos declararam ter estudado 12 anos ou mais, porém, entre os negros e pardos, esse índice foi menor que 5%.

O mesmo ocorrera na comparação da escolaridade dos próprios entrevistados ( $p < 0,05$ ): aqueles que se declararam negros ou pardos apresentaram maior proporção de baixa escolaridade (0 a 3 anos de estudo) do que aqueles que se declararam brancos (26% e 14% respectivamente) e também apresentaram menor proporção de declaração de escolaridade de 12 anos ou mais (3% e 23% respectivamente).

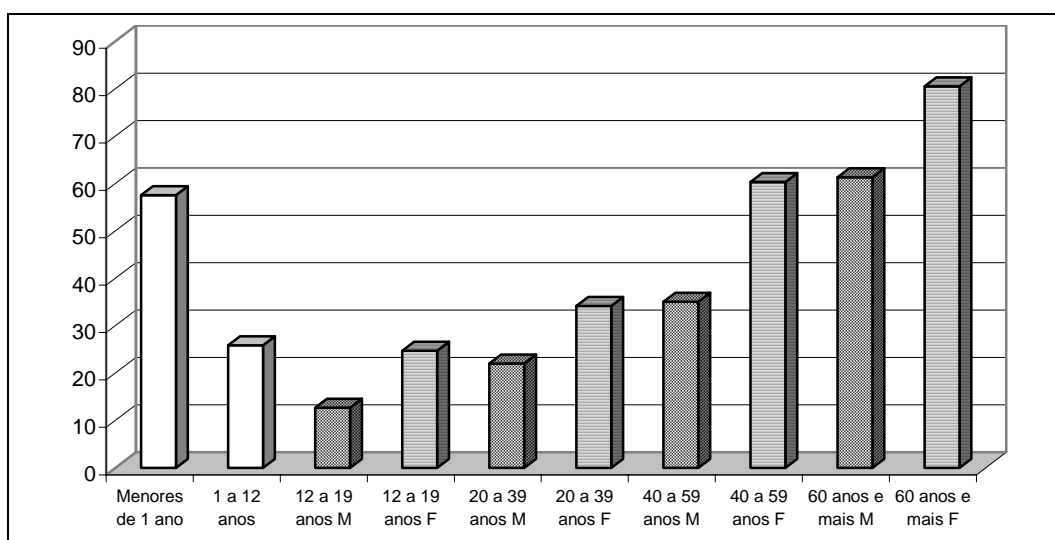
## 4.2. Utilização de medicamentos

Do total de entrevistados, 33,9% (dp=2,1%) declararam ter utilizado pelo menos um medicamento nos três dias anteriores à entrevista, 30,6% (dp=2,9%) na Área 1 e 38,2% (dp= 3,1%) na Área 2, entretanto, a diferença não se mostrou significativa ( $p>0,05$ ).

O consumo de medicamentos foi relatado por 40,2% (dp=2,6%) das mulheres, enquanto que a proporção foi de 27,3% (dp=2,0%) entre os homens ( $p<0,05$ ).

A figura 2 representa a proporção de entrevistados que declararam ter feito uso de algum medicamento nos três dias anteriores à data da entrevista, segundo faixas etárias.

As diferenças nas proporções encontradas para cada um dos sexos, se mostraram estatisticamente significativas para todas as faixas etárias estudadas ( $p<0,05$ ). As diferenças nas proporções encontradas para cada uma das faixas etárias, se mostraram estatisticamente significativas quando comparados com as outras faixas etárias e o mesmo sexo ( $p<0,05$ ).



**Figura 2.** Distribuição (%) de entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo faixas etárias.

Não houve diferença significativa entre as duas áreas estudadas com relação à proporção de entrevistados que declararam ter utilizado

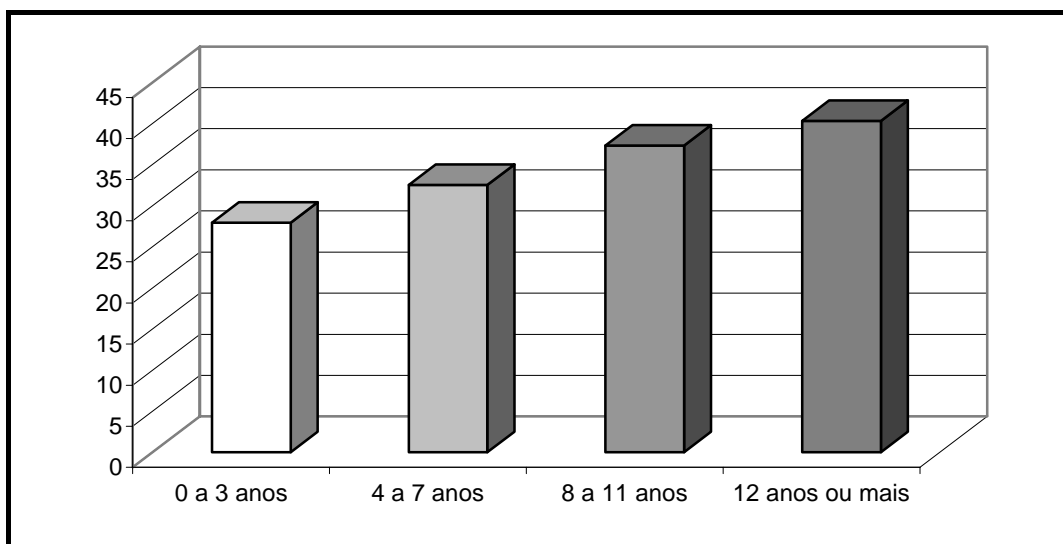


medicamento nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo faixas etárias e gênero.

A proporção de crianças menores de um ano cujo responsável relatou consumo de medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista mostrou-se bastante elevada, sendo 65,2% (n=107) na Área 1; 44,8% (n=123) na Área 2 e 57,6% (n=230) no total ( $p < 0,05$ ). Excluindo-se as vitaminas, sais minerais e eletrólitos para reidratação oral, as proporções passam respectivamente a 32,1% (n=55); 22,7% (n=61) e 28,6% (n=116), porém, sem apresentar significância estatística ( $p > 0,05$ ).

A figura 3 apresenta a distribuição de entrevistados que declararam ter utilizado medicamentos nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo escolaridade do chefe da família.

Apesar da diferença não ter se mostrado significativa quando se comparou cada uma das categorias de escolaridade com a categoria imediatamente posterior, encontraram-se diferenças significativas quando foram comparadas as categorias “0 a 3 anos” com “8 a 11 anos” ( $p < 0,05$ ) e “0 a 3 anos” com “12 anos ou mais” ( $p < 0,05$ ).

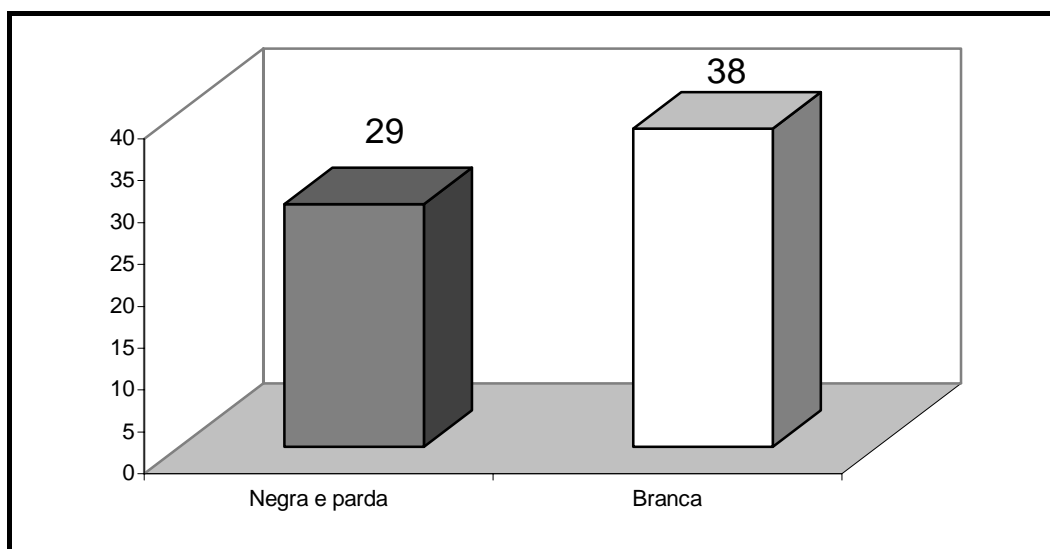


**Figura 3.** Distribuição (%) de entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo escolaridade do chefe de família.

Quando comparadas às proporções de entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo escolaridade do próprio entrevistado maior de 20 anos, as diferenças encontradas não foram significativas ( $p>0,05$ ).

Também não foram encontradas diferenças significativas nas proporções de entrevistados que declararam utilização de medicamentos segundo a origem (naturalidade) do chefe de família ( $p>0,05$ ).

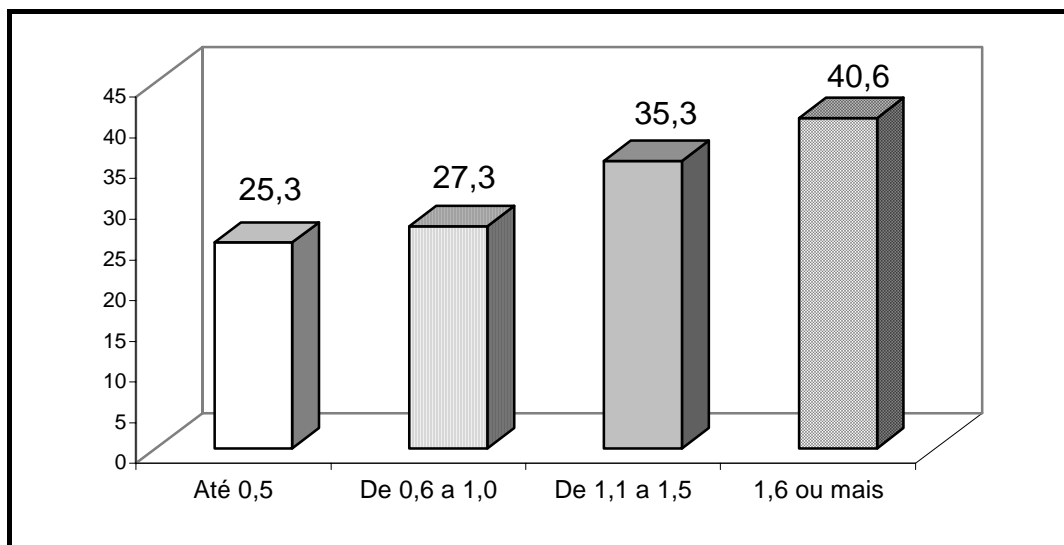
A figura 4 apresenta a distribuição de entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista, segundo a cor da pele autodeclarada pelo entrevistado ( $p=0,0003$ ).



**Figura 4.** Distribuição (%) de entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo cor declarada pelo entrevistado.

A figura 5 apresenta a distribuição de entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista, segundo renda familiar per capita em salários-mínimos vigentes na data da entrevista.

Não foram encontradas diferenças significativas nas comparações entre a categoria de menor renda com a imediatamente seguinte, ou entre a categoria de maior renda e a imediatamente anterior. Entretanto, todas as outras comparações entre as categorias de renda familiar se mostraram estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ).



**Figura 5.** Distribuição (%) de entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos 3 dias anteriores à entrevista, segundo renda familiar per capita em salários-mínimos.

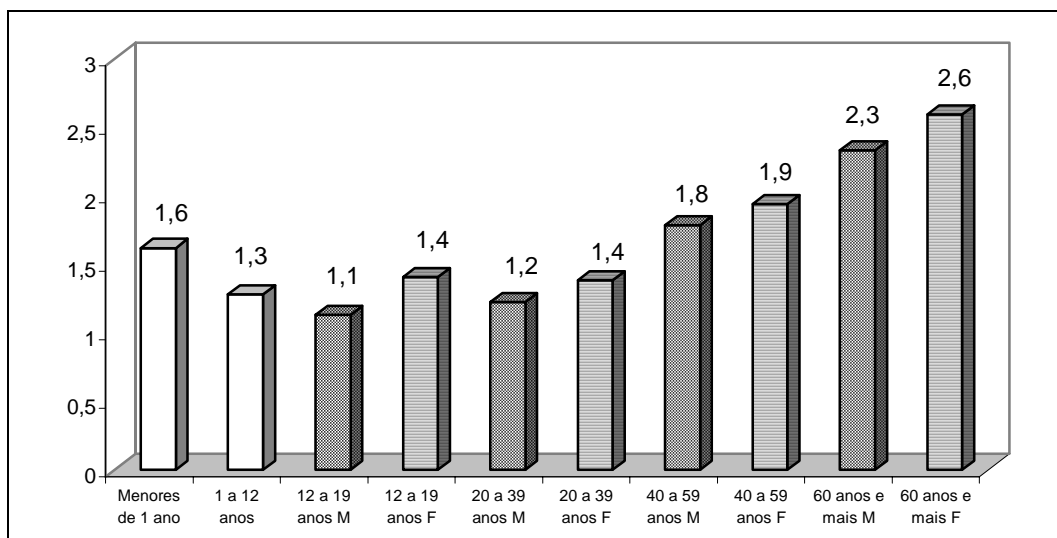
### 4.3. Número médio de especialidades farmacêuticas

Dos entrevistados que declararam ter utilizado medicamentos, 61,4% utilizaram apenas uma especialidade farmacêutica, 17,2% usaram 2 especialidades, 12,1% consumiram 3 especialidades e 9,3% fizeram uso de 4 ou mais especialidades.

Considerando todos os entrevistados, a média de especialidades utilizadas foi de 0,6 medicamentos ( $dp=0,1$ ) por pessoa e considerando apenas os entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento, a média de especialidades farmacêuticas usadas foi de 1,7 medicamentos ( $dp=0,1$ ), não havendo diferença significativa entre as duas áreas estudadas. As mulheres utilizaram em média 1,7 especialidades farmacêuticas ( $dp=0,1\%$ ), enquanto os homens utilizaram em média 1,5 ( $dp=0,1\%$ ).

A figura 6 apresenta o número médio de especialidades farmacêuticas que foram declaradas pelos entrevistados que afirmaram ter feito uso de algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista, segundo faixas etárias.

Excluindo-se as vitaminas, sais minerais e eletrólitos para reidratação oral, as médias de especialidades farmacêuticas utilizadas pelas crianças menores de um ano e de 1 a 11 anos não apresentaram variações significativas.



**Figura 6.** Média de especialidades farmacêuticas utilizadas pelos entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento, segundo faixas etárias.

As comparações das médias de especialidades utilizadas pelos entrevistados, segundo a escolaridade do chefe da família, escolaridade do próprio entrevistado maior de 20 anos, origem do chefe de família, renda familiar per capita, ou cor da pele, não apresentaram diferença significativa ( $p > 0,05$ ).

#### 4.4. Especialidades e grupos terapêuticos utilizados

A tabela 11 apresenta a proporção dos diversos grupos terapêuticos aos quais pertenciam os medicamentos que foram relatados pelos entrevistados, de acordo com a classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC), segundo áreas estudadas.

**Tabela 11.** Distribuição (%) dos medicamentos utilizados, segundo grupo anatômico (primeiro nível da classificação ATC) e áreas.

<b>Grupo anatômico</b>	<b>Área 1</b>	<b>Área 2</b>	<b>TOTAL</b>
Trato alimentar e metabolismo	12,0	15,6	13,8
Sangue e órgãos formadores de sangue	4,5	3,5	4,0
Sistema cardiovascular	21,7	29,2	25,4
Dermatológicos	1,5	1,6	1,5
Sistema Geniturinário e hormônios sexuais	7,1	6,2	6,7
Preparados para o sistema hormonal	2,8	2,7	2,7
Antiinfecciosos gerais para uso sistêmico	3,7	3,9	3,8
Antineoplásicos e Imunomoduladores	0,0	0,3	0,2
Sistema músculo-esquelético	7,0	8,4	7,7
Sistema nervoso	27,4	20,4	24,0
Antiparasitários, inseticidas e repelentes	2,2	1,0	1,6
Sistema respiratório	9,4	6,1	7,8
Órgãos sensoriais	0,6	1,1	0,9
Outros	0,2	0,0	0,1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

As tabelas 12, 13 e 14 apresentam os grupos terapêuticos mais utilizados pelos entrevistados que declararam terem utilizado algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista, segundo as faixas etárias, para ambas as áreas, para área 1 e para área 2, respectivamente.

**Tabela 12.** Distribuição de medicamentos utilizados (%), segundo grupo anatômico (primeiro nível da ATC), segundo faixas etárias - TOTAL

Faixas etárias	GRUPOS TERAPÊUTICOS PRINCIPAIS (ATC) *														TOTAL
	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	
Menores de 1 ano	52,6	8,8	0,4	1,7	0,0	0,4	8,2	0,0	0,9	10,9	0,0	15,3	0,9	0,0	<b>100</b>
1 a 12 anos	12,9	10,5	0,0	4,2	1,5	1,0	10,9	0,0	3,9	17,8	13,7	22,1	0,6	0,9	<b>100</b>
12 a 19 anos masculino	6,4	0,0	2,6	2,7	0,0	2,6	2,7	2,6	19,7	48,6	0,0	10,4	1,8	0,0	<b>100</b>
12 a 19 anos feminino	11,0	3,4	2,0	2,7	11,6	1,3	3,8	0,0	7,6	36,7	0,0	19,3	0,6	0,0	<b>100</b>
20 a 39 anos masculino	12,1	1,2	3,8	7,4	0,9	0,1	3,9	0,0	11,0	43,8	0,0	13,0	2,9	0,0	<b>100</b>
20 a 39 anos feminino	9,7	1,0	3,7	0,5	20,3	4,1	1,5	0,0	9,7	38,6	0,0	11,0	0,0	0,0	<b>100</b>
40 a 59 anos masculino	12,8	1,4	38,9	0,0	0,0	0,0	8,9	0,0	9,8	26,8	0,0	1,5	0,0	0,0	<b>100</b>
40 a 59 anos feminino	9,3	1,9	45,1	0,0	9,5	5,5	1,5	0,0	6,7	18,2	0,3	1,7	0,3	0,0	<b>100</b>
60 anos e mais masculino	17,5	7,5	49,0	0,4	2,2	1,2	1,7	0,7	5,5	9,0	0,0	2,8	2,4	0,0	<b>100</b>
60 anos e mais feminino	19,0	6,8	42,9	0,8	3,4	3,7	0,3	0,5	7,4	12,3	0,0	1,4	1,5	0,0	<b>100</b>

\* Grupos terapêuticos principais (ATC):

<b>A</b>	Trato alimentar e metabolismo	<b>H</b>	Preparados para o sistema hormonal	<b>P</b>	Antiparasitários, inseticidas e repelentes
<b>B</b>	Sangue e órgãos formadores de sangue	<b>J</b>	Antiinfectivos gerais para uso sistêmico	<b>R</b>	Sistema respiratório
<b>C</b>	Sistema cardiovascular	<b>L</b>	Antineoplásicos e Imunomoduladores	<b>S</b>	Órgãos sensoriais
<b>D</b>	Dermatológicos	<b>M</b>	Sistema músculo-esquelético	<b>V</b>	Outros
<b>G</b>	Sistema Geniturinário e hormônios sexuais	<b>N</b>	Sistema nervoso		

**Tabela 13.** Distribuição de medicamentos utilizados (%), segundo grupo anatômico (primeiro nível da ATC), segundo faixas etárias – Área 1.

Faixas etárias	GRUPOS TERAPÊUTICOS PRINCIPAIS (ATC) *														TOTAL
	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	
Menores de 1 ano	50,2	8,7	0,0	2,1	0,0	0,0	8,5	0,0	0,9	12,6	0,0	16,2	0,9	0,0	<b>100</b>
1 a 12 anos	8,9	13,8	0,0	2,2	2,2	0,1	11,9	0,0	4,5	16,1	15,1	23,8	0,0	1,3	<b>100</b>
12 a 19 anos masculino	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,5	69,5	0,0	9,5	0,0	0,0	<b>100</b>
12 a 19 anos feminino	8,5	5,1	2,0	4,0	14,3	1,0	5,2	0,0	6,3	29,4	0,0	23,4	1,0	0,0	<b>100</b>
20 a 39 anos masculino	12,1	0,0	0,0	9,8	0,0	0,3	2,2	0,0	9,1	49,0	0,0	13,2	4,4	0,0	<b>100</b>
20 a 39 anos feminino	6,7	1,0	6,5	0,0	20,1	5,7	1,3	0,0	6,7	38,5	0,0	13,5	0,0	0,0	<b>100</b>
40 a 59 anos masculino	17,3	1,5	30,2	0,0	0,0	0,0	6,3	0,0	9,5	35,1	0,0	0,2	0,0	0,0	<b>100</b>
40 a 59 anos feminino	7,5	2,5	42,8	0,0	9,0	5,7	0,0	0,0	7,4	24,3	0,0	0,8	0,0	0,0	<b>100</b>
60 anos e mais masculino	16,7	6,3	48,7	1,0	1,0	0,8	2,4	0,0	5,1	14,0	0,0	3,2	0,8	0,0	<b>100</b>
60 anos e mais feminino	14,3	5,7	48,1	0,5	4,1	3,2	0,9	0,0	7,3	12,1	0,0	2,1	1,7	0,1	<b>100</b>

\* Grupos terapêuticos principais (ATC):

<b>A</b>	Trato alimentar e metabolismo	<b>H</b>	Preparados para o sistema hormonal	<b>P</b>	Antiparasitários, inseticidas e repelentes
<b>B</b>	Sangue e órgãos formadores de sangue	<b>J</b>	Antiinfectivos gerais para uso sistêmico	<b>R</b>	Sistema respiratório
<b>C</b>	Sistema cardiovascular	<b>L</b>	Antineoplásicos e Imunomoduladores	<b>S</b>	Órgãos sensoriais
<b>D</b>	Dermatológicos	<b>M</b>	Sistema músculo-esquelético	<b>V</b>	Outros
<b>G</b>	Sistema Geniturinário e hormônios sexuais	<b>N</b>	Sistema nervoso		

**Tabela 14.** Distribuição de medicamentos utilizados (%), segundo grupo anatômico (primeiro nível da ATC), segundo faixas etárias – Área 2.

Faixas etárias	GRUPOS TERAPÊUTICOS PRINCIPAIS (ATC) *														TOTAL
	A	B	C	D	G	H	J	L	M	N	P	R	S	V	
Menores de 1 ano	59,9	8,8	1,4	0,7	0,0	1,6	7,2	0,0	0,9	5,9	0,0	12,4	1,1	0,1	<b>100</b>
1 a 12 anos	20,5	4,4	0,0	8,0	0,0	2,5	9,0	0,0	2,8	21,1	11,1	18,8	1,8	0,0	<b>100</b>
12 a 19 anos masculino	11,3	0,0	4,9	4,9	0,0	4,9	4,9	4,9	17,9	26,8	0,0	16,4	3,2	0,0	<b>100</b>
12 a 19 anos feminino	14,5	1,0	2,1	1,0	7,9	1,8	1,8	0,0	9,5	47,1	0,0	13,5	0,0	0,0	<b>100</b>
20 a 39 anos masculino	12,2	2,2	7,0	5,3	1,6	0,0	5,3	0,0	12,7	39,3	0,0	12,8	1,6	0,0	<b>100</b>
20 a 39 anos feminino	13,7	1,0	0,0	1,0	20,5	1,9	1,9	0,0	13,6	38,7	0,0	7,6	0,0	0,1	<b>100</b>
40 a 59 anos masculino	8,2	1,2	47,7	0,0	0,0	0,0	11,6	0,0	10,0	18,4	0,0	2,9	0,0	0,0	<b>100</b>
40 a 59 anos feminino	11,3	1,3	47,6	0,0	10,1	5,3	3,1	0,0	6,0	11,4	0,6	2,6	0,6	0,1	<b>100</b>
60 anos e mais masculino	18,0	8,1	49,1	0,2	2,8	1,4	1,4	1,1	5,7	6,5	0,0	2,6	3,3	0,0	<b>100</b>
60 anos e mais feminino	21,5	7,4	40,1	0,9	3,1	4,0	0,0	0,7	7,5	12,4	0,0	1,0	1,4	0,0	<b>100</b>

\* Grupos terapêuticos principais (ATC):

<b>A</b>	Trato alimentar e metabolismo	<b>H</b>	Preparados para o sistema hormonal	<b>P</b>	Antiparasitários, inseticidas e repelentes
<b>B</b>	Sangue e órgãos formadores de sangue	<b>J</b>	Antiinfectivos gerais para uso sistêmico	<b>R</b>	Sistema respiratório
<b>C</b>	Sistema cardiovascular	<b>L</b>	Antineoplásicos e Imunomoduladores	<b>S</b>	Órgãos sensoriais
<b>D</b>	Dermatológicos	<b>M</b>	Sistema músculo-esquelético	<b>V</b>	Outros
<b>G</b>	Sistema Geniturinário e hormônios sexuais	<b>N</b>	Sistema nervoso		



A tabela 15 apresenta a distribuição dos medicamentos relatados pelos entrevistados na classificação ATC, segundo a escolaridade do chefe de família e a tabela 16, segundo a escolaridade do próprio entrevistado com 20 anos ou mais.

**Tabela 15.** Distribuição (%) de medicamentos utilizados, segundo grupo anatômico (primeiro nível da classificação ATC) e escolaridade do chefe de família.

<b>Grupos terapêuticos (ATC)</b>	<b>Escolaridade do chefe de família</b>			
	0 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos ou mais
Trato alimentar e metabolismo	10,9	13,2	16,8	14,3
Sangue e órgãos formadores de sangue	4,0	5,3	3,4	2,6
Sistema cardiovascular	33,3	23,8	18,9	28,5
Dermatológicos	0,4	1,2	3,4	0,9
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	3,3	3,8	12,3	5,4
Preparados para o sistema hormonal	1,9	1,9	3,1	4,8
Antiinfecciosos gerais para uso sistêmico	3,1	5,1	3,1	3,3
Antineoplásicos e Imunomoduladores	0,6	0,1	0,3	0,2
Sistema músculo-esquelético	10,0	7,4	4,2	11,3
Sistema nervoso	24,9	27,2	22,3	20,1
Antiparasitários, inseticidas e repelentes	1,7	2,0	1,8	0,4
Sistema respiratório	4,8	8,1	10,1	7,6
Órgãos sensoriais	1,4	1,0	0,3	0,8
Outros	0,5	0,0	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

**Tabela 16.** Distribuição (%) de medicamentos utilizados, segundo grupo anatômico (primeiro nível da classificação ATC) e escolaridade do entrevistado com 20 anos ou mais.

<b>Grupos terapêuticos (ATC)</b>	<b>Escolaridade do entrevistado</b>			
	0 a 3 anos	4 a 7 anos	8 a 11 anos	12 anos ou mais
Trato alimentar e metabolismo	11,1	14,5	14,7	8,3
Sangue e órgãos formadores de sangue	4,0	4,0	1,9	1,8
Sistema cardiovascular	43,7	34,1	17,7	36,1
Dermatológicos	0,4	0,3	0,9	3,8
Sistema Geniturinário e hormônios sexuais	3,2	3,6	14,8	7,8
Preparados para o sistema hormonal	0,7	4,3	2,7	5,8
Antiinfecciosos gerais para uso sistêmico	2,1	1,7	1,5	7,7
Antineoplásicos e Imunomoduladores	0,6	0,2	0,1	0,2
Sistema músculo-esquelético	10,0	6,5	9,2	6,3
Sistema nervoso	21,3	25,5	29,6	14,8
Antiparasitários, inseticidas e repelentes	0,0	0,3	0,0	0,0
Sistema respiratório	2,7	4,2	6,1	6,3
Órgãos sensoriais	0,8	0,9	0,9	1,0
Outros	0,0	0,2	0,0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

As tabelas 17 e 18 apresentam os cinco grupos terapêuticos mais utilizados pelos entrevistados, segundo faixas etárias.

**Tabela 17.** Medicamentos mais utilizados (grupos terapêuticos principais - segundo nível da classificação ATC), segundo faixas etárias e áreas.

<b>Faixas etárias</b>	<b>Grupos terapêuticos</b>	<b>%</b>
<b>1 ano</b>	<b>Vitaminas</b>	<b>44,2</b>
	Analgésicos	10,9
	Preparações Antianêmicas	8,6
	Preparações Nasais	8,2
	Antibacterianos para uso sistêmico	6,8
<b>1 a 12 anos</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>15,7</b>
	Vitaminas	11,2
	Anti-helmínticos	10,8
	Preparações Antianêmicas	10,5
	Antibacterianos para uso sistêmico	10,0
<b>12 a 19 anos M</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>44,7</b>
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	11,3
	Preparações Nasais	5,3
	Preparações Antigotosas	4,9
<b>12 a 19 anos F</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>33,2</b>
	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	11,6
	Antiasmáticos	9,3
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	7,2
<b>20a 39 anos M</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>37,8</b>
	Outras preparações dermatológicas	7,2
	Antiasmáticos	6,9
	Antiácidos e drogas para tratamento de úlcera péptica e flatulência	6,6
<b>20 a 39 anos F</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>33,6</b>
	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	23,9
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	10,4
	Antiepiléticos	3,8
	Agentes betabloqueadores	3,2

**Tabela 18.** Medicamentos mais utilizados (grupos terapêuticos principais - segundo nível da classificação ATC), segundo faixas etárias e áreas.

<b>Faixas etárias</b>	<b>Grupos terapêuticos</b>	<b>%</b>
<b>40 a 59 anos M</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>12,9</b>
	Diuréticos	11,6
	Agentes betabloqueadores	10,7
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	9,7
	Psicoanalépticos	9,3
<b>40 a 59 anos F</b>	<b>Diuréticos</b>	<b>15,8</b>
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	13,1
	Agentes betabloqueadores	9,6
	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	9,5
<b>60 anos ou mais M</b>	<b>Diuréticos</b>	<b>14,4</b>
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	12,3
	Drogas usadas no diabetes	9,1
	Agentes antitrombóticos	7,1
<b>60 anos ou mais F</b>	<b>Diuréticos</b>	<b>14,2</b>
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	10,7
	Drogas usadas no diabetes	7,7
	Agentes betabloqueadores	5,4
<b>TOTAL</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>16,4</b>
	Diuréticos	8,0
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	6,8
	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	6,3
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	5,5

A tabela 19 apresenta os grupos terapêuticos mais utilizados pelos entrevistados, segundo a escolaridade do chefe da família.

**Tabela 19.** Medicamentos mais utilizados (grupos terapêuticos principais - segundo nível da classificação ATC), segundo escolaridade do chefe de família.

<b>Escolaridade</b>	<b>Grupos terapêuticos</b>	<b>%</b>
<b>0 a 3 anos</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>12,2</b>
	Diuréticos	12,1
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	7,8
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	7,7
	Psicolépticos	6,4
<b>4 a 7 anos</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>20,6</b>
	Diuréticos	7,5
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	6,4
	Drogas usadas no diabetes	4,9
	Agentes betabloqueadores	4,4
<b>8 a 11 anos</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>14,3</b>
	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	11,9
	Vitaminas	7,5
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	5,9
	Diuréticos	5,4
<b>12 anos ou mais</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>17,7</b>
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	9,1
	Diuréticos	7,5
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	7,2
	Agentes betabloqueadores	6,1

A tabela 20 apresenta os grupos terapêuticos mais utilizados pelos entrevistados, segundo a escolaridade do entrevistado maior de 20 anos.

**Tabela 20.** Distribuição de medicamentos mais utilizados, segundo grupos terapêuticos principais (segundo nível da classificação ATC) e escolaridade do entrevistado maior de 20 anos.

<b>Escolaridade</b>	<b>Grupos terapêuticos</b>	<b>%</b>
<b>0 a 3 anos</b>	<b>Diuréticos</b>	<b>14,7</b>
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	9,8
	Analgésicos	8,1
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	6,9
	Psicolépticos	5,9
<b>4 a 7 anos</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>20,0</b>
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	8,4
	Diuréticos	7,5
	Agentes betabloqueadores	5,2
	Drogas usadas no diabetes	4,6
<b>8 a 11 anos</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>20,7</b>
	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	11,0
	Vitaminas	6,1
	Produtos antiinflamatórios e anti-reumáticos	5,1
	Anti-histamínicos para uso sistêmico	4,0
<b>12 anos ou mais</b>	<b>Analgésicos</b>	<b>12,7</b>
	Diuréticos	8,3
	Agentes que atuam no sistema renina angiotensina	7,8
	Agentes betabloqueadores	7,3
	Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	7,0

A tabela 21 apresenta as especialidades farmacêuticas mais utilizadas pelos entrevistados.

**Tabela 21.** Medicamentos mais utilizados (quinto nível da classificação ATC).

<b>Especialidade farmacêutica</b>	<b>%</b>
Dipirona	5,9
Captopril	3,7
Diclofenaco	3,6
Ácido acetilsalicílico usado como analgésico	3,5
Clortalidona	3,1
Hidroclorotiazida	2,8
Levonorgestrel e estrógeno como contraceptivo oral	2,3
Propranolol	2,2
Ácido acetilsalicílico associado a outros fármacos	2,2
Enalapril	2,2
Paracetamol	2,1
Levotiroxina sódica	1,8
Atenolol	1,8
Dipirona associado a outros fármacos	1,7
Ácido acetilsalicílico usado como antiagregador plaquetário	1,6
Metildopa	1,5
Associação de retinol e calciferol	1,4
Sulfato ferroso	1,4
Ginko biloba	1,1
Associação de hidroclorotiazida e amilorida	1,0
Associação de orfenadrina e dipirona	1,0
Associação de clorfenadrina, metoxifenamina e AAS	1,0
Outras especialidades	51,1
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

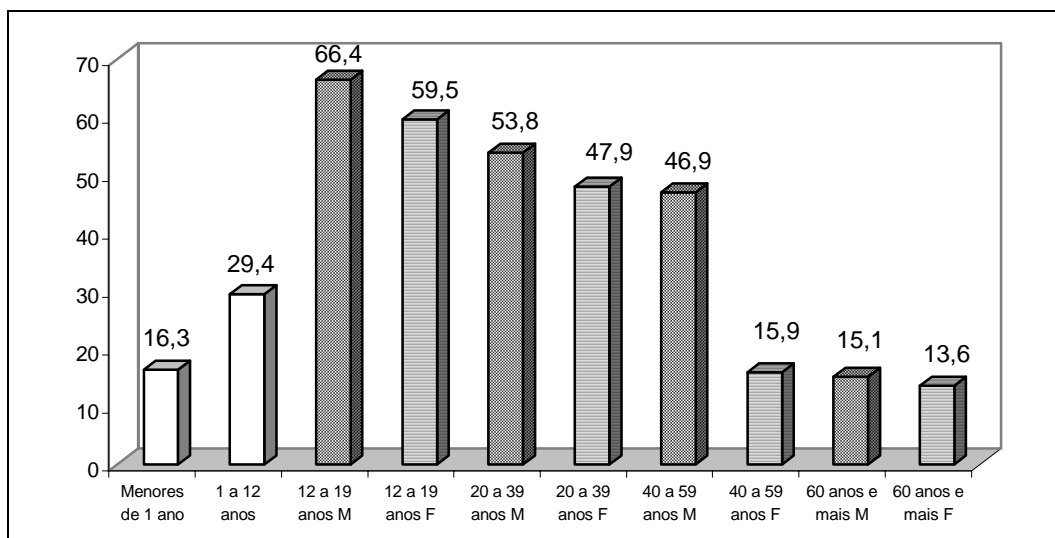
## 4.5. Automedicação

Àqueles entrevistados que declararam ter feito uso de algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista foi perguntado quem havia indicado cada um dos medicamentos que foram utilizados. Pela impossibilidade de se verificar a data da prescrição, neste estudo, considerou-se automedicação apenas o relato do uso de medicamentos sem indicação prévia por um médico ou dentista, não diferenciando a automedicação orientada (influenciada por uma prescrição antiga) da indicação médica ou odontológica.

A automedicação foi declarada por 11,9% dos entrevistados e por 35% daqueles que utilizaram algum medicamento. De todos os medicamentos que foram declarados pelos entrevistados, 23,3% não tiveram indicação originada em uma consulta médica ou odontológica.

A automedicação foi mais freqüente entre os homens (41,3%) que entre as mulheres (31%) ( $p=0,0109$ ).

A figura 7 apresenta a distribuição de entrevistados que relataram automedicação, segundo faixas etárias.



**Figura 7.** Distribuição (%) de entrevistados que declararam ter utilizado medicamento nos 3 dias anteriores à entrevista sem indicação médica ou odontológica, segundo faixas etárias.

Ocorreram diferenças significativas entre a categoria “Menores de um ano” e todas as outras categorias, com exceção das faixas etárias mais avançadas: “40 a 59 anos feminino” e “60 anos ou mais” de ambos os sexos. Houve diferença estatisticamente significativa entre a categoria “1 a 12 anos” e todas as outras categorias. Não foram encontradas diferenças significativas entre as categorias “12 a 19 anos” e “20 a 39 anos” de ambos os sexos. Encontrou-se diferença significativa entre os sexos de faixa etária “40 a 59 anos”. As categorias “40 a 59 anos feminino” e “60 anos ou mais” de ambos os sexos, não apresentaram diferenças significativas.

Não houve diferença significativa com relação à proporção de indivíduos que declararam automedicação quando comparadas as duas áreas estudadas, bem como entre a escolaridade dos chefes de família, a escolaridade dos próprios entrevistados maiores de 20 anos, a origem do chefe da família, a cor da pele do entrevistado e sua renda familiar per capita.

A tabela 22 apresenta os grupos terapêuticos mais utilizados na forma de automedicação, de acordo com o segundo nível da classificação ATC.

**Tabela 22.** Grupos terapêuticos mais utilizados como automedicação (segundo nível da ATC).

<b>Grupos terapêuticos principais</b>	<b>%</b>
<b>Analgésicos *</b>	54,8
- dipirona 17,8%	
- ácido acetilsalicílico 12,1%	
- ácido acetilsalicílico em associação 8,0%	
- paracetamol 5,3%	
- dipirona em associação 3,3%	
- outros analgésicos 8,3%	
<b>Antiinflamatórios e anti-reumáticos</b>	7,3
<b>Anti-histamínicos para uso sistêmico</b>	6,3
<b>Vitaminas</b>	4,4
<b>Relaxantes musculares</b>	4,2
<b>Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital</b>	3,9
<b>Antiácidos</b>	1,8
<b>Preparações nasais</b>	1,7
<b>Antibacterianos para uso sistêmico</b>	1,6
<b>Psicoanalépticos</b>	1,6
<b>Outros</b>	12,4
<b>Total</b>	100

\* O grupo terapêutico dos analgésicos foi destacado, evidenciando-se suas especialidades farmacêuticas mais utilizadas, devido à importância estatística que esta classe representa na prática da automedicação.



#### 4.6. Gasto mensal com medicamentos

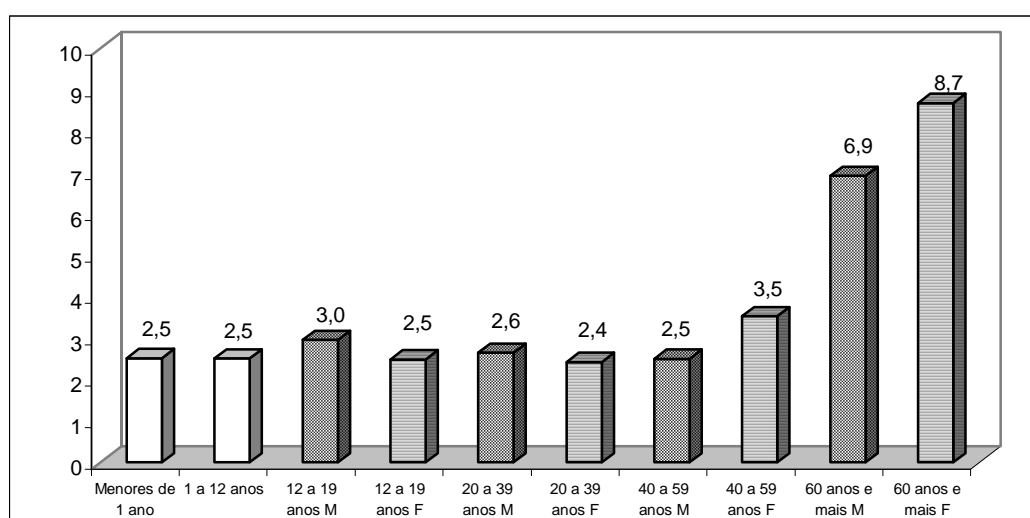
O gasto médio com medicamentos foi de 6,2% (dp=0,2%) da renda mensal das famílias dos entrevistados que declararam algum gasto com medicamentos no mês anterior à data da entrevista.

A tabela 21 apresenta a distribuição da renda familiar comprometida com a compra de medicamentos, entre os entrevistados que declararam algum gasto familiar com medicamentos no mês anterior à entrevista.

**Tabela 23.** Distribuição de entrevistados, segundo comprometimento da renda familiar com medicamentos no mês anterior à entrevista.

<b>Proporção da renda familiar gasta com medicamentos</b>	<b>%</b>
Não relatou gasto	40,2
Menos de 1%	4,8
De 1 a 1,9%	8,9
De 2 a 2,9%	6,7
De 3 a 3,9%	5,8
De 4 a 4,9%	4,3
De 5 a 5,9%	3,1
De 6 a 6,9%	3,0
De 7 a 7,9%	2,5
De 8 a 8,9%	2,1
De 9 a 9,9%	2,3
Mais de 10%	16,3
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

A figura 8 representa a média do comprometimento da renda familiar com a aquisição de medicamentos segundo faixas etárias.



**Figura 8.** Média da porcentagem da renda familiar gasta com medicamentos no mês anterior à entrevista, segundo faixas etárias.

A tabela 24 apresenta a média da fração da renda familiar comprometida com a aquisição de medicamentos no mês anterior à entrevista, segundo escolaridade do chefe de família e do entrevistado maior de 20 anos.

**Tabela 24.** Média da porcentagem da renda familiar gasta com medicamentos no mês anterior à entrevista, segundo escolaridade do chefe de família e do entrevistado.

Escolaridade	Gasto da renda familiar com medicamentos (%)	
	Chefe de família	Entrevistado (>20anos)
0 a 3 anos	6,6	7,2
4 a 7 anos	6,4	6,5
8 a 11 anos	6,3	6,0
12 anos ou mais	4,0	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>6,2</b>	<b>6,2</b>

As diferenças apresentadas na comparação do grupo com maior escolaridade, tanto para o chefe da família, quanto para o entrevistado, se mostraram estatisticamente significativas quando comparadas a todas as outras categorias de escolaridade. As outras comparações, entretanto, não mostraram diferenças significativas ( $p > 0,05$ ).

A tabela 25 refere-se à fração da renda familiar gasta com medicamentos no mês anterior à entrevista, segundo renda familiar per capita em salários mínimos.

**Tabela 25.** Média da porcentagem da renda familiar gasta com medicamentos no mês anterior à entrevista, segundo renda familiar per capita.

Renda familiar per capita	Gasto da renda familiar com medicamentos (%)
Até 0,5 salário mínimo	8,5
De 0,6 a 1,0 salário-mínimo	6,7
De 1,1 a 1,5 salários-mínimos	5,7
1,6 salários-mínimos ou mais	5,3
<b>TOTAL</b>	<b>6,2</b>

As diferenças apresentadas entre o grupo com menor renda e todos os outros grupos mostraram-se significativas ( $p < 0,05$ ), assim como foi significativa a diferença apresentada entre o grupo com renda de 0,6 a 1,0 salário-mínimo e o grupo com maior renda.

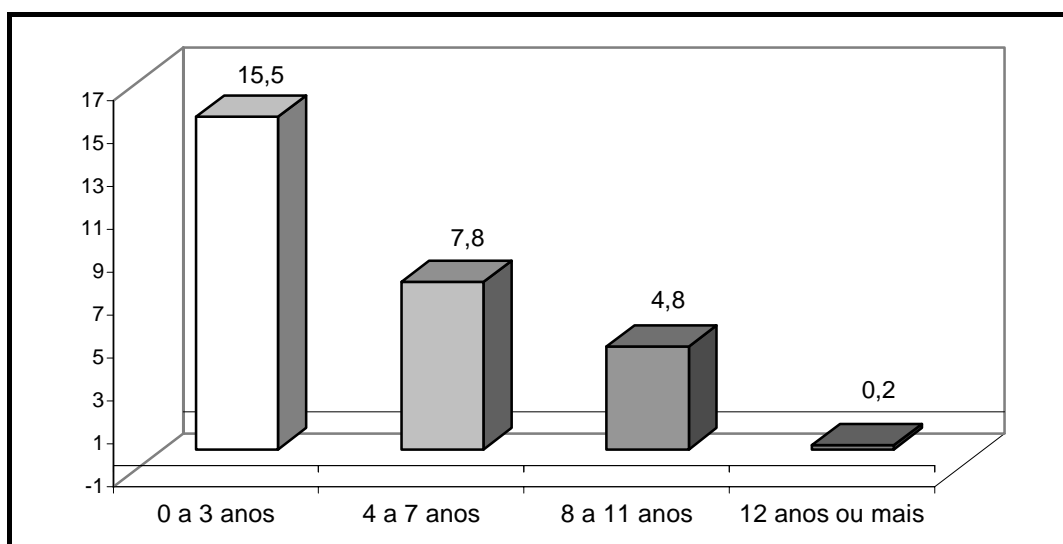
#### 4.7. Conhecimento e uso de medicamentos genéricos

Dos entrevistados que fizeram uso de medicamentos 7,6% declararam desconhecer o que é medicamento genérico. Não houve diferença significativa entre as duas áreas estudadas ( $p>0,05$ ).

Dos entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento 43% informou que desconheciam se seus medicamentos poderiam ser substituídos por um medicamento genérico; 11,3% afirmaram que seus medicamentos não podiam ser substituídos por genéricos; 22,1% revelaram que pelo menos um de seus medicamentos poderia ter sido substituído por genérico; 10,1% declararam que já estavam utilizando algum medicamento genérico entre aqueles que utilizaram nos três dias anteriores à entrevista. A diferença entre as duas áreas estudadas não foi significativa ( $p>0,05$ ).

Também a naturalidade do chefe de família e a cor da pele não demonstraram qualquer associação com o desconhecimento ou o uso de medicamentos genéricos ( $p>0,05$ ).

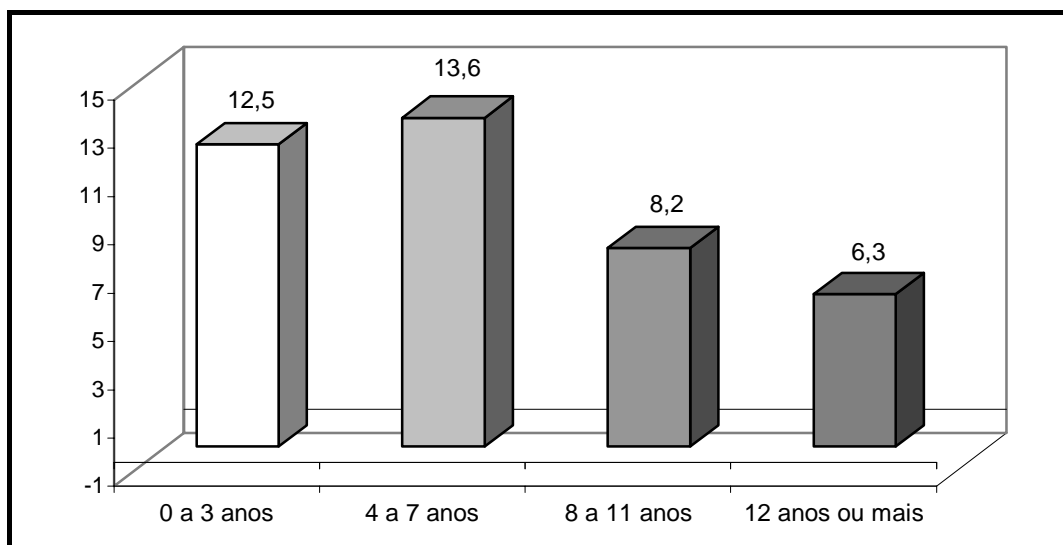
A figura 10, apresentada a seguir, representa a distribuição de respostas relacionadas ao desconhecimento sobre medicamentos genéricos, segundo escolaridade do chefe da família.



**Figura 10.** Distribuição de respostas (%) sobre desconhecimento de medicamentos genéricos, segundo escolaridade do chefe da família.

As comparações entre as categorias “0 a 3 anos” e “12 anos ou mais” apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0460$ ). As outras comparações não demonstraram diferenças significativas ( $p>0,05$ ).

A figura 11 demonstra a distribuição de entrevistados que declararam estar fazendo uso de medicamento genérico, segundo escolaridade do chefe de família.

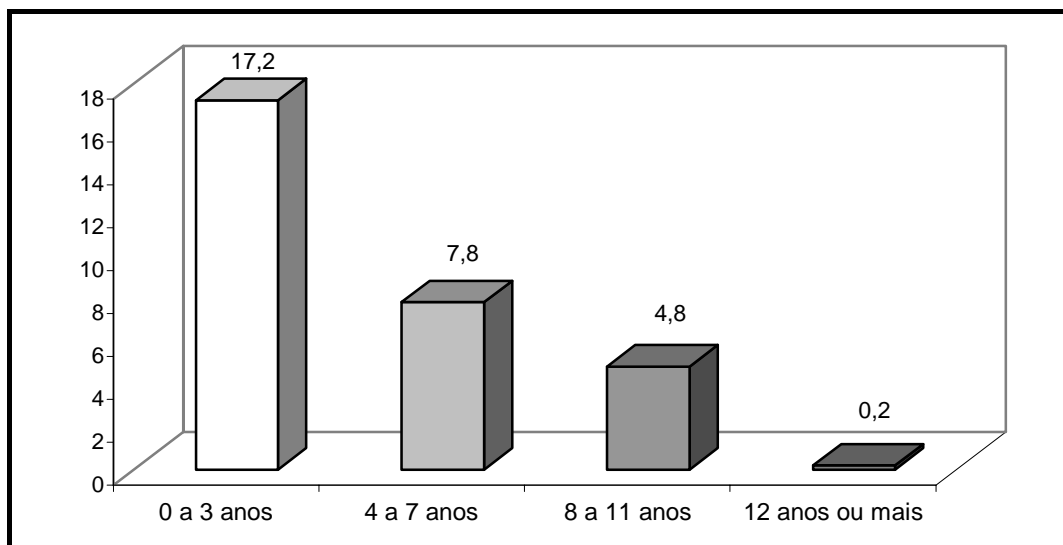


**Figura 11.** Distribuição (%) de entrevistados que declararam estar usando medicamentos genéricos, segundo escolaridade do chefe da família.

Nenhuma comparação entre as categorias da figura acima apresentou diferença significativa ( $p>0,05$ ).

A figura 12 representa a proporção de indivíduos com mais de 20 anos de idade, que declararam desconhecimento sobre o que é medicamento genérico, segundo a escolaridade do entrevistado maior de 20 anos de idade.

As comparações entre as categorias “0 a 3 anos” e “12 anos ou mais” apresentaram diferença estatisticamente significativa ( $p=0,0244$ ). As comparações entre as outras categorias não apresentaram diferenças significativas ( $p>0,05$ ).



**Figura 12.** Distribuição (%) de respostas relatando desconhecimento sobre medicamentos genéricos, segundo escolaridade do próprio entrevistado maior de 20 anos.

A tabela 24 representa as proporções de respostas sobre a percepção de vantagens e desvantagens do medicamento genérico sobre os “medicamentos de marca” (medicamentos de referência).

**Tabela 24.** Proporção de respostas relacionadas à percepção sobre vantagens e desvantagens dos medicamentos genéricos.

<b>Percepção sobre os genéricos</b>	<b>%</b>
Não existem vantagens	5,2
São mais baratos	69,0
O número de opções aumenta	0,4
É mais fácil encontrar	0,1
Não existem desvantagens	60,4
São difíceis de encontrar	4,0
Não são tão bons quanto os de marca	3,4

Não houve diferença significativa entre as respostas sobre vantagens e desvantagens dos medicamentos genéricos quando foram comparadas a escolaridade dos entrevistados, a escolaridade dos chefes das famílias, a naturalidade dos chefes de família, a renda familiar per capita, as áreas estudadas, a cor da pele declarada pelo próprio entrevistado, ou as faixas etárias ( $p > 0,05$ ).

## 5. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

---

Poucos são os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) realizados no Brasil por meio de Inquéritos domiciliários de base populacional, e os que existem apresentam freqüentemente resultados bem diferentes entre si, que podem estar relacionados, entre outras coisas, aos diferentes períodos recordatórios adotados por esses estudos, bem como pelas diferenças regionais e pelos diferentes momentos em que foram realizados.

As diferenças socioeconômicas, culturais e epidemiológicas das diversas regiões brasileiras, e mesmo entre as comunidades de uma mesma região devem influenciar aspectos da utilização de medicamentos, como o acesso aos mesmos e a automedicação.

O processo histórico também pode ter exercido influência sobre as diferenças encontradas nos diversos estudos, já que a política de saúde, bem como as políticas de governo sofreram e têm sofrido diversas mudanças ao longo da história do nosso país, e principalmente, da última década.

Quanto ao período recordatório adotado pelos diversos estudos para a utilização de medicamentos, provavelmente um espaço de tempo longo prejudicaria a lembrança espontânea com relação aos medicamentos que utilizou, o que poderia promover a sub-declaração, principalmente de fármacos utilizados para morbidades consideradas de menor gravidade, que em teoria, seriam mais passíveis de esquecimento por parte do entrevistado.

Entretanto, há que se considerar que quanto mais longo for o período recordatório utilizado, maior será a probabilidade de registrar medicamentos raramente utilizados, o que seria particularmente importante num estudo com amostra reduzida.

Um recordatório mais longo, provavelmente, também aumentaria a proporção de medicamentos que já são relatados freqüentemente por uma parcela grande da população, como os analgésicos e os relaxantes

musculares, haja vista que num período maior, é quase certo que muitos dos entrevistados apresentem algum episódio de cefaléia ou dor muscular, e que recorram ao arsenal terapêutico para o alívio de tais sintomas.

Na opinião desse autor, a proporção de medicamentos de uso contínuo provavelmente seria semelhante com qualquer período recordatório adotado, já que um medicamento que seria relatado num estudo com recordatório longo só não seria indicado em um período mais curto pelos entrevistados que porventura tivessem interrompido seu uso recentemente.

KOHN e WHITE (1976) evidenciaram que o período recordatório de dois dias que utilizaram para a utilização de medicamentos, apesar de apresentar limitações com relação à comparação dos mesmos com as morbidades referidas de 15 dias, facilitou a lembrança por parte de seus entrevistados de maneira fidedigna em relação à realidade.

Um manual publicado recentemente pela Organização Mundial da Saúde (HARDON 2004) sugere que uma semana seria o melhor período para o recordatório de doenças e medicamentos utilizados. O mesmo documento apresenta uma planilha que pode servir de modelo para um calendário a ser fornecido nas situações em que o entrevistado fosse capaz de ler e escrever, que seria utilizado como ferramenta de ajuda para a lembrança sobre as morbidades e os medicamentos experimentados daquele período. Segundo os autores, essa metodologia, poderia ser utilizada para medir o uso de medicamentos em relação às morbidades, descobrir as fontes de medicamentos, as fontes de recomendação sobre medicamentos e os gastos da família com medicamentos.

Nesse estudo, a prevalência de uso de medicamentos foi de 33,9%, valor que se mostrou inferior ao descrito em outros estudos brasileiros e internacionais. Esse resultado pode ter sido decorrente do período recordatório de três dias que este estudo adotou.

SIMÕES e FARACHE (1988); FRANCO et al. (1997); VILARINO et al. (1998); LOYOLA et al. (2002); SANS et al. (2002); BERTOLDI et al. (2004); COELHO et al. (2004) e ARRAIS (2004), por exemplo, que encontraram

valores mais elevados, utilizaram períodos recordatórios que variavam de uma semana a 15 dias.

A proporção de entrevistados que declarou ter feito uso de medicamentos foi maior entre os grupos de faixas etárias mais elevadas, com um aumento estatisticamente significativo, nítido e gradual quando comparada cada faixa etária com as faixas etárias seguintes, o que se mostrou compatível com toda a literatura consultada.

Esse incremento na prevalência de uso de medicamentos em faixas etárias mais elevadas pode ser explicado pelo acúmulo de morbidades nos indivíduos que viveram mais tempo.

Com os avanços tecnológicos e as conquistas sociais, principalmente após a segunda metade do século passado, houve entre outras coisas, uma melhora substancial no diagnóstico de morbidades, na qualidade de vida da maioria das sociedades, no saneamento básico, na promoção em saúde, na qualidade nutricional das populações, e na criação de novos medicamentos, procedimentos e terapias.

Todos esses fatores contribuíram para que em poucas décadas houvesse um aumento substancial na longevidade média da humanidade, o que em última análise, resultou no aumento na prevalência de certas enfermidades, visto que a população passou a viver mais tempo, convivendo com as morbidades que “acumulou” ao longo da vida, o que vem alterando profundamente os perfis demográficos e epidemiológicos das sociedades.

Vale lembrar que o idoso muitas vezes apresenta redução em sua capacidade de metabolizar substâncias e estado nutricional ruim, que somados ao fato de que freqüentemente é polimedicado, tornam esse grupo especial bastante predisposto ao aparecimento de interações medicamentosas e de reações adversas.

Entre as mulheres, a prevalência no consumo de medicamentos se mostrou superior à proporção encontrada para os homens. Essa diferença, que se mostrou estatisticamente significativa, pôde ser verificada em todas



as faixas etárias estudadas, e apresenta similaridade ao que consta da literatura consultada.

Essa diferença verificada pode ser explicada em parte por fatores como o autocuidado que se mostra mais elevado entre as mulheres que entre os homens, explicado freqüentemente pela maior busca por assistência à saúde e pela influência das campanhas de promoção em saúde que modo geral são mais voltados ao público feminino, tais como as campanhas sobre os exames para prevenção do câncer de mama e de útero, os exames pré-natais, o aleitamento materno, entre outras tantas ações.

Conforme descrito anteriormente, devemos sempre considerar o risco de teratogênese, as complicações na gestação e no parto, e o risco sobre os lactentes, relacionados ao uso de medicamentos entre as mulheres.

CARMO (2002) relatou que no Município de Piracicaba, 98% das gestantes entrevistadas havia usado pelo menos um medicamento durante a gravidez, sendo que do total de mulheres estudadas, 34% havia praticado alguma automedicação e 95% teve orientação médica no consumo de fármacos. Nesse trabalho, a maior utilização de medicamentos foi relatada no grupo de gestantes com maior escolaridade, que teoricamente, teria maior acesso às informações sobre os riscos do uso de medicamentos durante a gestação. CARMO e NITRINI (2004) em um artigo sobre o mesmo estudo acrescentaram que 44,7% das gestantes que havia sido consultadas em dois serviços de saúde daquela cidade tiveram prescrição medicamentosa, sendo que a maioria delas havia sido feita para as gestantes que se encontravam no segundo trimestre da gestação (43,5%).

A problemática descrita por ZENKER (1998), envolvendo o uso do antiinflamatório diclofenaco durante a gestação, também assume relevância, quando notamos que o consumo desse medicamento foi bastante elevado entre os entrevistados do presente estudo.

Vale também lembrar da vulnerabilidade das crianças com relação à ocorrência de intoxicações farmacológicas e reações adversas, que foi descrita na introdução desse trabalho.

A proporção de crianças menores de um ano cujo responsável relatou consumo de medicamentos nos três dias anteriores à entrevista se mostrou bastante elevada, sendo 65,2% na Área 1; 44,8% na Área 2 e 57,6% no total. Excluindo-se as vitaminas, sais minerais e eletrólitos para reidratação oral, as proporções passaram respectivamente para 39,8%; 21,7% e 32,1%, o que mesmo assim representa um consumo de medicamentos muito grande da população infantil. Tais diferenças nas proporções encontradas para as duas áreas estudadas não pareceram estar relacionadas a fatores sociais, pois as diferenças se mantiveram mesmo quando padronizaram-se as rendas familiares e as escolaridades dos chefes de família. É possível que fatores ambientais influenciaram as exposições a fatores de risco que predispueram os dois grupos de maneira diferente às morbidades, o que teria refletido nos consumos de medicamentos encontrados.

A análise do conjunto de entrevistados permitiu perceber claramente que o consumo de medicamentos foi maior entre os entrevistados pertencentes a famílias cujo chefe apresentava maior escolaridade, o que pode estar relacionado à maior facilidade de acesso desse grupo pelo incremento na renda familiar que geralmente acompanha a escolaridade.

Quando se compararam as rendas familiares per capita, diferenças no consumo de medicamentos também puderam ser percebidas: os entrevistados com renda mais baixa relataram consumo de medicamento menor que os entrevistados mais abastados, o que provavelmente esteja indicando uma maior dificuldade de acesso aos medicamentos naquele grupo.

A escolaridade do chefe da família reflete as suas oportunidades no mercado de trabalho, que exercem influência sobre o orçamento familiar e indiretamente sobre seus usos e costumes relacionados com a alimentação, cultura e lazer. Por esse motivo, é freqüentemente utilizada como indicador das condições de vida de uma família.

Estima-se que no Estado de São Paulo, a cada ciclo escolar concluído (antigo primário, ginásio ou colégio), há um aumento médio de cerca de 44% na renda individual em relação ao ciclo escolar imediatamente anterior e quando se considera o nível universitário, o incremento salarial médio é ainda mais elevado em relação ao colegial: 64% para os homens, 82% para as mulheres e 66% para o conjunto da população que tem renda (DIEESE 1995).

As desigualdades socioeconômicas podem prejudicar o acesso de alguns grupos sociais aos bens e serviços, favorecendo o aparecimento das iniquidades na saúde, que se refletem na longevidade, na qualidade de vida, no convívio com a dor e na gravidade das seqüelas dos vários subgrupos populacionais. No mesmo sentido, o uso do arsenal terapêutico é influenciado por fatores sociais, culturais e econômicos e é de se esperar que distintos estratos de uma população tenham exposição e acesso diferenciados aos medicamentos.

A Organização Mundial da Saúde estima que um terço da população mundial não tem acesso aos benefícios que podem ser proporcionados por um tratamento farmacológico essencial e essa situação parece ainda pior quando lembramos que a população de baixa renda é aquela que está mais exposta às morbidades e aos agravos à saúde (SIMÕES 2000).

VILARINO et al. (1998) observam que os dados de diversos estudos são controversos no que se refere à associação da escolaridade com o uso de medicamentos, havendo trabalhos que descrevem desde ausência de relação à clara associação entre os mesmos.

BERTOLDI et al., em seu estudo de 2004, também relataram não terem encontrado diferença significativa nas proporções de consumo de medicamentos entre indivíduos de diferentes níveis de escolaridade, o mesmo tendo se passado com SANS et al. (2002), na Catalunha.

A proporção de entrevistados que relatou uso de medicamentos foi 31% mais alto entre os que se autodeclararam brancos do que entre os que se autodeclararam negros ou pardos, o que mostrou semelhança com o

trabalho realizado por BERTOLDI et al. (2004), onde foi encontrada uma diferença de 29,7%, no consumo de medicamentos declarado pelos entrevistados brancos em relação aos entrevistados não brancos. Tais achados podem estar relacionados à escolaridade mais baixa apresentada pelos negros e pardos, que como foi descrito anteriormente, influencia a composição da renda familiar e a própria inserção dos mesmos no mercado de trabalho.

Entre os entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista, a média foi de 1,7 especialidades por entrevistado ( $dp=0,1$ ), semelhante à média de 1,9 que ARRAIS (2004) indicou em seu trabalho.

O número médio de especialidades farmacêuticas utilizadas foi superior nas faixas etárias mais altas, variando de 1,6 ( $dp=0,1$ ) nos menores de um ano a 2,5 ( $dp=0,2$ ) nos maiores de 70 anos, o que demonstrou coerência com outras pesquisas semelhantes a essa.

Esse incremento no número médio de especialidades farmacêuticas com a idade corrobora com o que fora citado anteriormente sobre o acúmulo de morbidades que freqüentemente leva o idoso a fazer uso de muitos medicamentos simultaneamente.

Coerente com a literatura consultada, as mulheres declararam ter utilizado uma média de fármacos superior aos homens em todas as faixas etárias estudadas. Entre o grupo feminino a média foi 1,7 ( $dp=0,1$ ) e entre os homens 1,5 ( $dp=0,1$ ).

Cabe ressaltar, conforme citação anterior, que o uso concomitante de vários medicamentos está associado a um aumento no risco de ocorrência de reações indesejáveis relacionadas aos antagonismos ou aos sinergismos de efeitos farmacológicos e adversos entre fármacos.

Os grupos terapêuticos dos medicamentos que foram relatados pelos entrevistados das duas áreas tiveram freqüências parecidas, mas apresentaram algumas diferenças importantes:

Na área 1, os medicamentos mais utilizados pertenciam à classe dos medicamentos para o sistema nervoso, que incluem entre outros, os anestésicos gerais e locais, os psicodélicos, os hipnóticos e sedativos, os ansiolíticos, os psicoanalépticos, os antivertiginosos, e principalmente os analgésicos e medicamentos para cefaléia e enxaqueca.

Na área 2, os medicamentos mais utilizados pertenciam à classe dos medicamentos para o sistema cardiovascular, tais como os glicosídeos digitálicos, antiarrítmicos, estimulantes cardíacos, vasodilatadores, anti-hipertensivos, diuréticos, betabloqueadores, inibidores do canal de cálcio, inibidores da ECA, antagonistas da angiotensina II e os agentes antilipídêmicos.

Essas diferenças parecem estar relacionadas com a estrutura demográfica das duas áreas, já que na segunda, há uma proporção maior de idosos. Como a utilização de medicamentos para o sistema nervoso é maior entre os adultos jovens e os medicamentos para o sistema cardiovascular são utilizados com maior frequência entre aqueles com mais idade, as proporções dos indivíduos das diversas faixas etárias devem influenciar os medicamentos utilizados nas duas áreas. A análise dos medicamentos utilizados, segundo faixas etárias e áreas, fortalece essa teoria, pois apesar de diferenças tais diferenças também puderam ser percebidas quando comparamos os grupos de medicamentos utilizados pelas diversas faixas etárias nas duas áreas estudadas.

As diferenças demográficas das duas áreas estudadas podem estar relacionadas com a história de ocupação da Região Metropolitana de São Paulo, que se deu a partir da cidade de São Paulo em direção às zonas mais periféricas, onde predominam núcleos habitacionais mais recentes em áreas imobiliárias menos valorizadas e de ocupação mais jovem.

Na comparação das duas áreas, com padronização por faixas etárias, ainda é possível verificar algumas diferenças em determinadas faixas etárias e grupos anatômicos, o que pode estar relacionado ao tipo de ocupação dos entrevistados.

Ocupações que requerem menor escolaridade tendem a exigir maior esforço físico e remunerar menos do que ocupações mais qualificadas. Assim, numa região de renda mais baixa e menor escolaridade, é de se supor que predominem trabalhos mais físicos, o que explicaria o maior consumo de medicamentos para o sistema nervoso na Área 1.

Os grupos farmacológicos mais utilizados entre os grupos etários pareceram consistentes com as morbidades e condições mais comuns que afetam os grupos estudados. Os dados claramente demonstram que os analgésicos são os medicamentos mais utilizados nas faixas etárias mais baixas, e que os medicamentos para o sistema cardiovascular ganham importância com o incremento na idade dos entrevistados de ambos os sexos. Entre as mulheres jovens e adultas os hormônios sexuais têm grande proporção de relato de uso, quer seja como contraceptivo oral entre as mais jovens, quer seja como terapia de reposição hormonal entre as mais maduras. Entre os idosos os diuréticos têm grande utilização, assim como os agentes que atuam no sistema renina/angiotensina, os betabloqueadores e as drogas utilizadas no controle da diabetes.

Também podemos perceber a mesma predominância dos grupos dos medicamentos analgésicos e com ação antiinflamatória, os anti-hipertensivos e os hormônios sexuais ao analisarmos os princípios ativos mais relatados pelos entrevistados, que foram: dipirona (8,6%), ácido acetilsalicílico (8,3%), captopril (3,7%), diclofenaco (3,6%), clortalidona (3,1%), hidroclorotiazida (2,8%), levonorgestrel e estrógeno na contracepção (2,3%), propranolol (2,2%), enalapril (2,2%), paracetamol (2,1%).

A automedicação foi relatada por 35% dos entrevistados que declararam ter utilizado algum medicamento nos três dias anteriores à entrevista, dado comparável ao encontrado por ARRAIS (2004) que registrou prevalência de automedicação de 29%.

VILARINO et al. (1998), chamaram atenção para as grandes diferenças nas proporções encontradas para a automedicação em diversos estudos brasileiros, que variavam de 42,1% a 96,6%, e comentam:

Se, para o cálculo da prevalência, for considerada como unidade de referência cada situação de medicação (análise de cada droga consumida), ao invés do indivíduo, a prevalência de automedicação cai para 56,4%.(....) Estudos que utilizam as situações de medicação como unidade de análise são mais representativos da realidade, uma vez que uma pessoa pode comportar-se de maneiras variadas frente às diferentes situações (p.47).

Esses autores atribuem parte do motivo para terem encontrado uma prevalência de automedicação elevada em Santa Maria, ao fato de terem utilizado "perguntas de rememoração" para medicamentos comuns, que são facilmente esquecidos pela população.

O período recordatório adotado, também deve ter influenciado na proporção de medicamentos cuja utilização fora declarada sob a forma de automedicação, já que essa prática ocorre com mais freqüência com os medicamentos de uso esporádico para alívio de sintomas específicos, como as cefaléias e dores musculares, do que com os medicamentos de uso contínuo que geralmente são utilizados para as doenças crônicas. Assim, um período recordatório mais longo privilegiaria o aparecimento de declarações de automedicação, por aumentar a probabilidade de ocorrência de tais sintomas, dado o aumento no período estudado.

No presente estudo, a automedicação foi relatada mais freqüentemente entre os jovens e os jovens adultos e predominantemente pelos homens de todas as faixas etárias.

O trabalho de LOYOLA et al. (2002), realizado no Município de Bambuí, registra semelhança com relação ao presente estudo, no que diz respeito a menor freqüência de automedicação entre as mulheres e entre os entrevistados mais idosos, prevalecendo essa prática nos homens adultos jovens.

ARRAIS et al. (1997) afirma que em seu estudo a automedicação era praticada principalmente por mulheres de 16 a 45 anos, e entre os homens nas idades extremas.

SANS et al. (2002), também relataram maior proporção de mulheres se automedicando, assim como o fez SIMÕES e FARACHE (1988), que encontraram uma maior proporção de automedicação entre as mulheres de 20 a 49 anos e homens de 50 anos ou mais.

VILARINO et al. (1998), entretanto, declararam não terem encontrado diferença significativa na proporção de automedicação dos diferentes sexos.

O motivo para que haja uma menor proporção de automedicação entre as mulheres pode estar relacionado com o maior uso de serviços de saúde por esse grupo do que pelos homens, que são em geral mais refratários às questões do autocuidado. Isso por si só tenderia a produzir uma maior medicalização orientada por profissionais entre as mulheres e conseqüente automedicação mais baixa. Já entre os homens, por não procurarem assistência médica adequada com a mesma freqüência que as mulheres, estariam mais sujeitos a realizarem a escolha dos tratamentos medicamentosos por si próprios, sem qualquer orientação profissional.

De modo análogo, a automedicação pode ter se apresentado mais baixa entre os idosos de ambos os sexos pelos mesmos motivos que fazem maior uso de medicamentos: as morbidades que acumulam ao longo da vida. Estas acabam por fazê-los realizar um maior número de consultas médicas e busca freqüente pelos serviços de saúde. Assim, de modo geral, os idosos são mais bem orientados sobre o uso de medicamentos que os jovens.

Também devemos levar em conta que como os idosos geralmente utilizam um grande número de fármacos ao mesmo tempo, ficam mais receosos de se automedicarem e de contribuírem para o aparecimento de mais efeitos adversos do que aqueles com os quais já precisam conviver.

COELHO et al. (2004) destacam que a probabilidade de uso de medicamentos prescrita cresce com o número de visitas a serviços de saúde, com a melhora do nível socioeconômico, entre as mulheres e entre aqueles que relatam doença crônica e idade igual ou superior a 75 anos.



No presente estudo, os medicamentos mais utilizados sob automedicação foram os analgésicos (54,8%), os antiinflamatórios e anti-reumáticos (7,3%), os anti-histamínicos (6,3%) e as vitaminas (4,4%), os relaxantes musculares (4,2%), os hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (3,9%), os antiácidos, os medicamentos utilizados no tratamento das úlceras pépticas e na antiflatulência (1,8%), as preparações nasais (1,7%), os antibacterianos de uso sistêmico (1,6%) e os psicoanalépticos (1,6%), cujas freqüências acumuladas perfizeram 87,6% do total de medicamentos utilizados como automedicação.

O que mais nos chama a atenção com relação aos grupos terapêuticos mais utilizados na automedicação foram os analgésicos, que apareceram em mais da metade dos relatos.

De fato, a literatura freqüentemente reporta esse grupo terapêutico como o mais utilizado em automedicação, e o valor obtido por esse estudo demonstra claramente a importância desse grupo farmacológico para a população estudada.

Um trabalho apresentado no VII Congresso Paulista de Saúde Pública, em 2001, registrou que entre farmacêuticos que faziam automedicação, a classe terapêutica mais freqüente havia sido a dos analgésicos (MISKALO et al. 2001).

De forma semelhante, ARRAIS et al. (1997) relataram que o maior grupo de medicamentos utilizados sob a forma de automedicação foi o dos analgésicos (17,3%), predominando nesse grupo o uso da dipirona (7,1%), do ácido acetilsalicílico (4,9%) e do paracetamol (1,4%).

O presente estudo, encontrou que a dipirona havia sido responsável por 17,8% da automedicação relatada, seguida pelo ácido acetilsalicílico (12,1%), ácido acetilsalicílico em associação (8%), paracetamol (5,3%) e dipirona em associação (3,3%).

Devemos considerar a relevância desses relatos, já que o uso de dipirona pode estar associado ao aumento do risco de desenvolvimento de agranulocitose (SABBAGA et al. 1991) e que o uso de ácido acetilsalicílico

no tratamento de sintomas de gripe e catapora, demonstrou aumentar o risco no desenvolvimento de Síndrome de Reye em crianças, uma doença caracterizada por disfunção hepática grave e coma (HURWITZ et al. 1987).

Uma pesquisa realizada em Florianópolis detectou os analgésicos, antitérmicos e antiinflamatórios adquiridos sem prescrição nas “farmácias caseiras” de 75,1% das residências estudadas (MORATO et al. 1984).

Os antibacterianos de uso sistêmico, que também se mostraram muito utilizados na automedicação (1,6%), também preocupam por oferecer riscos importantes à saúde do indivíduo e da população. Seu uso está relacionado ao surgimento de efeitos adversos causados principalmente pela alteração na flora microbiana indígena, ou seja, dos microorganismos residentes, que estão presentes normalmente em nossos sistemas (pele e mucosas) e que em situação normal não são patogênicos. Com o desequilíbrio causado pela morte desses microorganismos, permite-se a instalação de patógenos oportunistas que podem piorar dramaticamente o quadro clínico do paciente.

Outro aspecto a se considerar é que o uso indiscriminado de antibióticos pode facilitar o aparecimento de cepas de microorganismos resistentes, restringindo o arsenal terapêutico disponível e piorando as condições gerais do paciente, obrigando o uso de medicamentos mais modernos, portanto, mais caros, e contribuindo para a piora no quadro das infecções hospitalares (OMS 1995).

Por tudo isso, no Brasil, essa classe de medicamentos está classificada entre os medicamentos de “venda sob prescrição”, ou seja, que necessitam obrigatoriamente de receituário médico ou odontológico. Entretanto, pela negligência em fiscalizar das autoridades, a ganância dos proprietários e funcionários de drogarias em vender e o desconhecimento da população geral sobre os riscos envolvidos, essa regulamentação se tornou inócua e a irracionalidade é freqüente.

Apesar de uma parcela grande dos entrevistados (40,2%) não terem declarado gastos com medicamento, e a média entre os que declararam algum gasto ter sido de 6,2%, alguns grupos demonstraram gastos mais relevantes:

Quanto maior era a idade do entrevistado, maior era a proporção da renda familiar que utilizava para a aquisição de medicamentos, o que também deve estar relacionado com o número de especialidades farmacêuticas que foram utilizadas, já que esta também aumentava com a idade do entrevistado.

A escolaridade do chefe de família e do próprio entrevistado mostraram influenciar o gasto com medicamentos. Quanto menor era a escolaridade em anos do chefe de família, ou do próprio entrevistado com 20 anos ou mais, maior foi o comprometimento relatado da renda familiar com medicamentos, no mês anterior à entrevista. Isso deve estar relacionado principalmente à renda familiar que é freqüentemente mais baixa nas famílias cujos entrevistados e chefes possuem menor escolaridade. Assim, a proporção gasto/renda se torna maior devido ao denominador pequeno.

De fato, a análise da renda familiar demonstrou estar inversamente associada ao gasto proporcional com medicamentos. As famílias com menor renda comprometeram uma proporção maior do orçamento familiar na aquisição de medicamentos.

Uma minoria (7,6%) dos entrevistados que fez uso de medicamentos declarou desconhecer o que é medicamento genérico, entretanto, 43% informaram que desconheciam se seus medicamentos poderiam ser substituídos por um medicamento genérico, o que indica que ainda é baixa a procura por essa modalidade de medicamentos, que pode estar relacionada ao preconceito de que são medicamentos de baixa qualidade, ou de que seu médico poderia se sentir ofendido com a substituição.

Apenas 11,3% afirmaram que seus medicamentos não podiam ser substituídos por genéricos, enquanto 22,1% revelaram que pelo menos um de seus medicamentos poderia ter sido substituído por genérico e 10,1% declararam que já estavam utilizando algum medicamento genérico, o que se mostrou superior, à estimativa feita pela Associação Brasileira das

Indústrias de Medicamentos Genéricos de que até agosto de 2004 os medicamentos genéricos correspondiam a 9,7% das unidades vendidas no Brasil e 7,9% do faturamento nacional (PRÓ-GENÉRICOS 2004).

A escolaridade do chefe de família mostrou associação com o conhecimento sobre “medicamentos genéricos”. Nas famílias cujos chefes apresentavam menor escolaridade, a proporção de entrevistados que declararam não saber o que era medicamento genérico foi maior do que entre os entrevistados que pertenciam a famílias cujos chefes tinham maior escolaridade. Tal comportamento é perfeitamente compreensível, já que a baixa escolaridade do chefe da família está relacionada com a baixa escolaridade do próprio entrevistado, bem como ao seu acesso às informações, produtos, serviços, cultura e lazer.

Paradoxalmente, apesar do maior desconhecimento sobre o que é medicamento genérico, a baixa escolaridade do chefe de família mostrou estar associada a um número maior de entrevistados que declararam já estar utilizando algum medicamento genérico. Isso pode ser explicado pela relação de custo entre os medicamentos genéricos e os de marca, que faz com que apesar de um desconhecimento maior, os grupos menos favorecidos economicamente procurem alternativas mais baratas de tratamento medicamentoso.

Outro fator que deve estar relacionado ao consumo mais elevado entre o grupo com menor escolaridade do chefe de família é a maior utilização dos serviços de saúde públicos por esses indivíduos. Por causa das regras de licitação que privilegiam os medicamentos de menores custos, predominam os medicamentos genéricos e similares que são fornecidos à população pelas farmácias desses serviços.

A escolaridade do próprio entrevistado maior de 20 anos também demonstrou associação inversa ao desconhecimento sobre o que é medicamento genérico. Quanto mais anos de estudo o entrevistado apresentava, menor era a probabilidade dele declarar que desconhecia o que era medicamento genérico. Novamente, o acesso à informação pareceu estar fortemente relacionado à escolaridade e à renda do entrevistado, já

que quanto maior é a escolaridade do indivíduo, melhor é seu entendimento sobre questões relacionadas à economia, à saúde, à cultura, à política e ao cotidiano.

A renda familiar per capita também está associada à proporção de entrevistados que conhece os medicamentos genéricos. Quanto menor foi a renda relatada, maior foi a proporção de entrevistados que relatou desconhecer os medicamentos genéricos.

Uma minoria dos entrevistados considerou que não havia vantagens no medicamento genérico (5,2% dp=1,1%). Serem mais baratos foi a maior vantagem indicada pelos entrevistados (69,0% dp=2,5%), o que confirma o alto conhecimento da população entrevistada sobre os medicamentos genéricos e demonstra que a percepção da sociedade sobre esses medicamentos é muito positiva.

De maneira análoga, a maioria dos entrevistados declarou que não havia desvantagens nos medicamentos genéricos (60,3% dp=3,2%), mas aqueles que citaram algum problema, indicaram a dificuldade de encontrá-los como a maior desvantagem dos mesmos (4,0% dp=1,0%), o que representa novamente a percepção positiva que a população faz dessa modalidade de medicamentos e demonstra que existe uma demanda reprimida, que deseja, mas tem dificuldade de acesso aos mesmos.

Inquéritos domiciliários, como este, são especialmente importantes para revelar características de indivíduos que não têm acesso aos bens e serviços. Frequentemente, são estes mesmos indivíduos, aqueles que mais necessitam de assistência.

## 6. CONCLUSÕES

---

A prevalência de uso de medicamentos nos três dias anteriores à entrevista nas áreas estudadas revelou-se maior entre os grupos de faixas etárias mais elevadas, provavelmente relacionado ao acúmulo de morbidades nesse grupo, e entre o sexo feminino, provavelmente relacionado às questões de autocuidado e a influência de campanhas de promoção à saúde.

O consumo de medicamentos entre as crianças menores de um ano mostrou-se elevado ainda que se excluíssem as vitaminas, os sais minerais e os eletrólitos para reidratação oral, o que é preocupante, haja vista que esse é um grupo de grande vulnerabilidade aos efeitos nocivos potenciais dos fármacos.

Houve maior proporção de relato de uso de medicamentos entre os entrevistados de famílias cujo chefe apresentava maior escolaridade. Os entrevistados que se declararam negros e pardos declararam menor uso de medicamentos em relação àqueles que se declararam brancos e o mesmo ocorreu entre os entrevistados que apresentaram renda e escolaridade mais baixa em relação aos entrevistados mais abastados e graduados, o que demonstra clara limitação de acesso de certos grupos populacionais aos medicamentos e iniquidades provenientes das desigualdades sociais.

A média de especialidades farmacêuticas utilizadas pelos idosos foi superior a utilizada entre os mais jovens e de modo análogo, a média de especialidades utilizadas pelas mulheres foi superior a média dos homens, o que confirma que nesses grupos, não só a frequência de uso de medicamentos é maior, quanto a quantidade de especialidades que utilizam.

Os analgésicos foram os medicamentos mais utilizados nas faixas etárias mais baixas, mas os medicamentos para o sistema cardiovascular ganharam importância com o incremento na idade dos entrevistados. O mesmo ocorreu na comparação entre as duas áreas: Na área 1, o uso dos

medicamentos para o sistema nervoso se mostrou mais freqüente, enquanto na área 2, os medicamentos para o sistema cardiovascular tiveram maior relato de utilização, o que pode estar relacionado à estrutura etária das duas áreas, bem como a fatores socioeconômicos e ocupacionais. Entre as mulheres jovens e adultas, os hormônios sexuais tiveram grande proporção de relato de uso. Entre os idosos, os diuréticos e os agentes que atuam no sistema renina/angiotensina, os betabloqueadores e as drogas utilizadas no controle da diabetes mostraram grande importância na utilização.

Os princípios ativos mais utilizados pelos entrevistados de todos os gêneros e idades sob prescrição ou automedicação foram: a dipirona, o ácido acetilsalicílico, o captopril, o diclofenaco e a clortalidona.

Mais de um terço dos indivíduos que relataram ter utilizado algum medicamento declaram ter praticado automedicação. Essa prática se mostrou mais freqüente entre os jovens e adultos e predominantemente entre os homens que entre as mulheres. Os analgésicos, os antiinflamatórios e anti-reumáticos, os anti-histamínicos, as vitaminas e os relaxantes musculares foram os medicamentos mais relatados na automedicação, sendo que os analgésicos apareceram em mais da metade dos relatos de automedicação. Entre os analgésicos, a dipirona e o ácido acetilsalicílico foram os princípios ativos mais utilizados sem indicação médica.

Os fatores socioeconômicos e de escolaridade não mostraram influenciar a automedicação, o que pode indicar que essa é uma prática tão comum e difundida pela população, que todos os estratos da sociedade se comportam de maneira similar.

A proporção média de gasto com medicamentos foi de 6,2% da renda familiar, entre os entrevistados que declararam algum gasto com medicamentos no mês anterior à entrevista. Mais de 40% dos entrevistados declararam que a família não teve gasto com medicamentos no mês anterior, entretanto, 16% dos entrevistados revelaram que os gastos com medicamentos comprometeram mais de 10% do orçamento da família na

aquisição dos mesmos, o que é bastante preocupante num país com uma população tão carente de recursos quanto a nossa.

O gasto com medicamentos acompanhou o perfil de utilização dos mesmos, ou seja, quanto maior a idade do entrevistado, maior a proporção da renda familiar utilizada para a aquisição de medicamentos e entre as mulheres, o relato de gasto da renda familiar com medicamentos foi maior que entre os homens. A escolaridade do chefe de família e do próprio entrevistado, bem como a sua renda familiar, mostraram influenciar inversamente a proporção do orçamento gasto com a aquisição de medicamentos, ou seja, quanto maior a renda ou a escolaridade, menor o comprometimento da renda com a aquisição de medicamentos, o que é perfeitamente compreensível, pelo incremento no denominador dessa razão.

Uma minoria dos entrevistados declarou desconhecer o que é medicamento genérico, mas o conhecimento sobre essa modalidade de medicamentos se mostrou associado à escolaridade do chefe da família, à escolaridade do próprio entrevistado e à renda familiar per capita do entrevistado. A baixa escolaridade do chefe de família mostrou estar associada a uma proporção maior de declarações de utilização de medicamentos genéricos. A maioria dos entrevistados identificou o baixo custo como a maior vantagem dos medicamentos genéricos e declarou que não havia desvantagens nos mesmos, mas entre os que indicaram alguma, a dificuldade para encontrá-los foi considerada a maior delas, o que claramente demonstra que existe uma demanda reprimida e que algumas pessoas apesar do anseio, ainda não têm acesso a eles.

Os trabalhos sobre perfil de consumo de medicamentos em uma população podem contribuir com informações para uma discussão consciente sobre a problemática que envolve o acesso e o uso racional de medicamentos. Essa pesquisa revelou diferenças significantes no consumo de medicamentos, na automedicação e no gasto com esses produtos, em diferentes subgrupos populacionais das áreas estudadas, indicando iniquidades que acompanham diferenças socioeconômicas e demográficas.



O autor sugere que novas análises e outros estudos sejam realizados, a fim de produzir conhecimentos que subsidiem uma discussão consciente sobre a problemática que envolve a utilização de medicamentos pelos diversos atores de nossa sociedade, e espera ter contribuído para a produção de dados relevantes que ajudem na criação de políticas públicas favoráveis à promoção e à manutenção da saúde da população brasileira, promovendo universalidade de acesso ao arsenal terapêutico e o uso racional dos medicamentos.

## 7. REFERÊNCIAS

---

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Mercado de Genéricos no Brasil: 2004** [online]. Disponível em <URL: <http://www.anvisa.gov.br/faqdinamica.htm>> [2004 set 11]

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução no. 47, de 28 de março de 2001. Criação do logotipo que identifica medicamento genérico nas embalagens externas. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 abr 2001. Seção I.

[ANVISA] Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resultado de Pesquisas: 2002** [online]. Disponível em <URL:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genericos/>> [2004 abr 03]

Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev Saúde Pública** [periódico online] 1997; 31(1):71-77. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 21]

Arrais PSD. **Epidemiologia do Consumo de Medicamentos e Eventos Adversos no Município de Fortaleza. Bahia; 2004**. [Tese de Doutorado - Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia].

Baksaas I, Lunde PKM. National Drug Policies: need for drug utilization studies. **Trends Pharmacol Sci** 1986; 7: 331-4.

Bermudez J. Medicamentos genéricos: uma alternativa para o mercado brasileiro. **Cad Saúde Pública** [periódico online] 1994; 10(3):368-378. Disponível em <URL: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>> [2004 dez 6]

Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública** [periódico online] 2004; 38(2):228-238. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 21]

Brasil, Ministério da Saúde, Ministério da Previdência e Assistência Social, Ministério da Indústria e Comércio. Portaria Interministerial no. 01, de 06 de setembro de 1983. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 12 out 1983.

Brasil, Ministério da Saúde. **Plano nacional de saúde e ambiente no desenvolvimento sustentável**: diretrizes para implantação. Brasília( DF); 1995.

Brasil, Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria 3916, de 30 de outubro de 1998. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 10 nov 1998.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo, IMESP; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 20 set 1990.

Brasil. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília (DF), 11 fev 2000. Seção I.

Capellà D. Descriptive tools and analysis. In: **Dukes MNG, editor. Drug utilization studies: methods and uses**. Copenhagen: WHO Regional Publications; 1993. p.55-78.

Carlos ICC. O sistema integral de assistência farmacêutica no Ceará. In: Bonfim JRA, Mercucci V. **A Construção da Política de Medicamentos**. São Paulo: Hucitec-Sobravime; 1997. p. 107-37.

Carmo TA. **Perfil de utilização de medicamentos na gestação: um estudo farmacoepidemiológico no município de Piracicaba**. São Paulo; 2002. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Carmo TA, Nitrini SO. Prescrições de medicamentos para gestantes: um estudo farmacoepidemiológico. **Cad. Saúde Pública**. [periódico online] 2004; 20 (4): 1004-13. Disponível em <URL: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>>. [2005 Jan 25]

Castro LLC. Farmacoepidemiologia no Brasil: Evolução e Perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva** 1999; 4 (2): 405-10.

Castro LLC. Farmacoepidemiologia: uma nova disciplina. **Divulg saúde deb** 1997; 18: 87-92.

Cesar CLG, Tanaka OY. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo, 1989-1990. **Cad Saúde Pública**. [periódico online] 1996; 12 (2): 59-70. Disponível em <URL:<http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>> [2004 nov 15]

Chaves A. Estudios de utilización de medicamentos: aplicaciones. In: Bermudes JZ, Bonfim JA. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec; 1999. p.111-24.

Chaves A. Estudios de utilización de medicamentos: conceptos. In: Bermudes JZ, Bonfim JA. **Medicamentos e a reforma do setor saúde**. São Paulo: Hucitec; 1999. p.101-10.

Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública** [periódico online] 2004; 38 (4): 557-564. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 22]

Dias CRC. **Medicamentos Genéricos no Brasil de 1999 a 2002**: análise da legislação, aspectos conjunturais e políticos. São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

[DIEESE] Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-econômicos. **Pesquisa de Orçamento Familiar: 1995**. Disponível em <URL: <http://www.dieese.org.br/pof/>> [2003 dez 08]

[FEBRAFARMA] Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica. **Remédio tipo exportação: 2002** [online]. Disponível em <URL: [http://www.febrafarma.org.br/areas/comunicacao/clipping\\_display.asp?id=3250](http://www.febrafarma.org.br/areas/comunicacao/clipping_display.asp?id=3250)> [2004 ago 13]

Figueras A, Napchan BM, Bergsten-Mendes G. **Farmacovigilância: Ação na Reação**. São Paulo: Centro de Vigilância Sanitária SP, 2002.

Fonseca MRCC, Fonseca E, Bergsten-Mendes G. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez: uma abordagem farmacoepidemiológica. **Rev Saúde Pública** [periódico online] 2002; 36 (2): 205-212. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 24]

Franco RCS, Carvalho Neto JA, Khouri MA, Nunes MO, Santos Júnior JW, Marques Neto J, Santana VS, Almeida Filho, NM. Consumo de medicamentos em um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. **Rev Baiana Saúde Publica** 1987;13/14 (4/1): 113-21.

Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. **How to investigate the use of medicines by consumers**. Switzerland: World Health Organization and University of Amsterdam. 2004 [online]. Disponível em: <URL:<http://www.who.int/medicines/library/par/>> [2005 fev 15]

Hartzema AG, Porta M, Tilson HH. **Pharmacoepidemiology: an introduction**. 3rd ed. Cincinnati: Harvey Whitney Books; 1998.

Hurwitz ES, Barrett MJ, Bregman D. Public Health Service study of Reye's syndrome and medications, report of main study. **N Engl J Med** 1987; 257:1905-11.

Kohn R e White KL. **Health care: an international study**. London, Oxford University Press, 1976.

Lima LM, Fraga CAM, Barreiro EJ. O renascimento de um fármaco: talidomida. **Divulgação Quim Nova** [periódico online] 2001; 24 (5): 683-8. Disponível em <URL:

<http://www.s bq.org.br/publicacoes/quimicanova/qnol/2001/vol24n5/15.pdf>  
[2004 nov 24]

Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública** [periódico online]. 2002; 36: 55-62. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 21]

Marucci MFN, Gomes MMBC. Interação droga-nutriente em idosos. In: Papaléo Netto M. **Gerontologia**. São Paulo, Atheneu; 1996. p.273-83

McBride WG. Talidomide and congenital abnormalities. **Lancet** 1961; 2:1358.

Minatti-Hannuch SN, Zukerman E, Mansur J, Lima JGC. Uso de substâncias para alívio imediato da dor em pacientes com cefaléia. **Ass Med Brasil** 1992; 38 (1): p.17-23.

Miskalo A, Leite D, Komatsu M, Bajgelman M, Rezende V, Lieber NSR. Automedicação entre farmacêuticos. In: **Anais do VII Congresso Paulista de Saúde Pública**. Santos, 2001. p.199.

Morato GS Takahashi RN, Nogueira TCML, Feingold SF. Avaliação da automedicação em amostra da população de Florianópolis. **Arq Catarinenses Med** 1984; 13:107-9.

Nunes AMC. Conceitos Básicos de Farmacovigilância. In: CASTRO LLC. **Fundamentos Farmacoepidemiologia**. Campo Grande: GRUPURAM; 2000. p.106-26.

Oguisso T. Experiência da implantação da técnica de auto-administração de medicamentos pelo paciente em uma unidade de internação do INAMPS. **Rev Paul Enf** 1984; 4 (4): 146-51.

Oliveira MA, Bermudez JAZ, Souza ACM. Talidomida no Brasil: vigilância com responsabilidade compartilhada? **Cad Saúde Pública** [periódico online] 1999; 15 (1): 99-112. Disponível em <URL: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>> [2004 nov 24]

[OMS] Organización Mundial de la Salud. Instantâneas. Advertência de la OMS contra el abuso de antimicrobianos. **Bol Oficina Sanit Panam** 1995; 119:50.

Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. **Rev Assoc Med Bras** 1988; 34: 69-75.

Pelicioni MCF. As interrelações entre Educação, Saúde e Meio Ambiente. **Biológico** 1999; 61 (2):75-8.

PRÓ-GENÉRICOS. **Informações de Mercado: situação em agosto de 2004** [online]. Disponível em <URL:<http://www.progenericos.org.br/>> [2004 set 28].

Rozenfeld S. Farmacovigilância: elementos para a discussão e perspectivas. **Cad Saúde Pública** [periódico online] 1998; 14 (2): 237-63. Disponível em <URL: <http://www.ensp.fiocruz.br/csp/>> [2004 nov 24]

Sabbaga J, Isawa C, Pahl FH, Vellutini E, Pereira D, Ceccanello I, et al. Acute agranulocytosis after prolonged high-dose usage of intravenous dipyrrone toxicity? In: **Annals of Hematology** 1993; Imprenta, Berlin 66: 153-5.

Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. **Gac Sanit** 2002; 16:121-30.

Schenkel EP, Mengue SS, Petrovick PR. **Cuidados com os medicamentos**. 3.ed. Porto Alegre/Florianópolis: Editora da UFSC; 1998.

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. **Rev Saúde Pública** [periódico online]. 1988; 22: 494-9. 43-9. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 24]

Simões MJS. Estudos de Utilização de Medicamentos. In: Castro LLC. **Fundamentos Farmacoepidemiologia**. Campo Grande: GRUPURAM; 2000. p.128-69.

Strom BL. **Pharmacoepidemiology**. 2nd. ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1994.

Valderrama GE, Rodriguez AF, Palacios DA, Orús PG, Martín JPM. Consumo de medicamentos en los ancianos: resultados de un estudio poblacional. **Rev Esp Salud Publica** [periódico online] 1998; 72 (3): 209-19. Disponível em <URL: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271998000300006](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000300006)> [2004 nov 24]

Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciênc saúde coletiva** [periódico online] 2002; 7 (4): 607-21. Disponível em <URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232002000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400002)> [2004 nov 24]

Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** [periódico online]. 1998; 32 (1): 43-9. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 24]

Weiderpass E, Beria JU, Barros FC, Victora CG, Tomasi E, Halpern R. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do Sul do Brasil. **Rev Saúde Pública** [periódico online]. 1998; 32 (4): 335-44. 43-9. Disponível em <URL: <http://hygeia.fsp.usp.br/~rsp/>> [2004 nov 24]

White KL. Health surveys: who, why and what? **World Health Stat Q** 1985; 38:2-14.

[WHO] World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. **Guidelines for ATC classification and DDD assignment**. 3<sup>rd</sup> ed. Oslo; 2000.

[WHO] World Health Organization. **How to develop and implement a national drug policy**. Geneva; 1988.

[WHO] World Health Organization. **The role of the pharmacist in self-medication and self-care**. Geneva; 1998.

Xavier T. O efeito dos genéricos. **ISTOÉ DINHEIRO**. [online] 2004. Disponível em <URL: [http://www.terra.com.br/istoedinheiro/372/negocios/efeito\\_genericos.htm](http://www.terra.com.br/istoedinheiro/372/negocios/efeito_genericos.htm)> [2004 out 25]

Zenker M, Klinge J, Krüger C, Singer H, Scharf J. Severe pulmonary hypertension in a neonate caused by premature closure of the ductus arteriosus following maternal treatment with diclofenac: a case report. **J Perinat Med** 1998; 26: 231-4.

**ANEXO 1**

---

**Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa**