

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ABEL SANTIAGO MURI GAMA

**AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS
NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS**

**SÃO PAULO
2016**

ABEL SANTIAGO MURI GAMA

**AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS
NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS**

Versão corrigida da Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Silvia Regina Secoli

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

SÃO PAULO

2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Gama, Abel Santiago Muri

Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas / Abel Santiago Muri Gama. São Paulo, 2016.

115 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Silvia Regina Secoli

Área de concentração: Enfermagem na Saúde do Adulto

Nome: Abel Santiago Muri Gama

Título: Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Saúde do Adulto da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovado em: ___/___/_____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Ao meu pai, Sebastião Muri da Gama (in memoriam), pela amizade, caráter e honestidade, obrigado por tudo.

A minha querida mãe, Alda Tereza Santiago Muri, pelo exemplo de vida e dedicação aos filhos, por todo amor e carinho, além do apoio em todos os momentos de minha vida, te amo!

Aos meus irmãos, Alan e Alex Santiago, pela amizade e companheirismo em momentos difíceis que passamos juntos, superando todas as adversidades, mantendo nossa união.

Aos meus avós maternos Antônio e Odete Santiago (in memoriam), e avós paternos Jocarli e Edina Muri da Gama (in memoriam), pelo carinho, exemplo de honestidade e simplicidade.

A minha querida e amada esposa Márcia Maciel, pela paciência e dedicação com nossa filha durante minha ausência nesta árdua caminhada. Amo você!

A minha amada filha Ana Maciel Santiago, o maior presente de Deus. Papai te ama muito!

Aos meus familiares, Santiago e Muri da Gama, pelo apoio e amizade.

Aos meus amigos, que torceram e contribuíram durante esta caminhada.

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Sílvia Regina Secoli, que embarcou literalmente no sonho de desenvolver ciência nos confins da Amazônia, acreditando no meu potencial. Pela amizade, orientação, paciência e dedicação, compartilhando seu conhecimento. A minha admiração e sincero agradecimento pela oportunidade única de realizar esta pesquisa.

Ao prof. Dr. Tiótréfis Gomes Fernandes, que participou ativamente de todas as etapas deste estudo, incentivou, compartilhou conhecimentos e direcionou com sua experiência. Meu agradecimento pela amizade e companheirismo.

Ao Dr. Ricardo Farias, médico que evangeliza, desenvolve ações sociais e de saúde aos ribeirinhos do Amazonas. À enfermeira Rose, ao capitão Saturnino e seu filho João, e todos os integrantes do barco Luzeiro XXVII que participaram das inesquecíveis viagens até as comunidades ribeirinhas. O meu respeito e sincero agradecimento pelo apoio junto à ONG - Agência Adventista de Desenvolvimento e Recursos Assistenciais (ADRA).

A todos os acadêmicos do ISB-Coari/UFAM, e aos amigos Wilson Carvalho e ao primo Rafael Santiago pela participação na coleta de dados, criação e desenvolvimento do "Cine Ribeirinho", submetendo-se às e adversidades da pesquisa de campo na Amazônia.

À Prefeitura Municipal de Coari, através da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, na concessão de espaço nas embarcações para o deslocamento da equipe do projeto.

A todos os ribeirinhos que concederam seu tempo para as entrevistas e aceitaram participar do estudo, recebendo com carinho a equipe em suas residências. Em especial ao sr. Mite, pela disponibilidade e auxílio nas viagens e sr. Josué e sra. Cleonice, que sempre me receberam de portas abertas em sua comunidade ribeirinha.

Aos colegas do grupo de pesquisa "Manejo da terapia farmacológica na prática clínica do enfermeiro", pelo compartilhamento de conhecimentos e trabalho em equipe.

Aos professores da Escola de Enfermagem da USP que participaram da consolidação do doutorado em Manaus, especialmente à Profa. Dra. Katia Grillo, que acompanhou o projeto desde seus primórdios a sua conclusão, preocupando-se com todas as etapas desta caminhada.

Aos professores do Instituto de Saúde e Biotecnologia, em especial à amiga Priscilla Cordeiro, pelo apoio e incentivo em todos os momentos desta caminhada e Firmina Hermelinda Albuquerque, pela parceria no direcionamento dos alunos durante minha ausência no ISB-UFAM.

Ao amigo Vinícius Barros, pela amizade nos momentos de dificuldades na cidade de São Paulo.

À Profa. Dra. Rosana Parente, por ter aceitado o convite em participar da concepção do método de amostragem.

Ao prof Dr. Josemar Gurgel, pelo apoio e incentivo a esta pesquisa.

À Profa. Dra. Maria Jacirema Gonçalves pelo incentivo para participar da seleção do doutorado.

À Profa. Dra. Nair Chasse, pela dedicação com o DINTER,

A todos os meus colegas do DINTER - Universidade Federal do Amazonas, pela luta conjunta na qualificação da enfermagem no Estado do Amazonas.

Aos professores Luís Sá e Margarida Vieira, pela oportunidade de intercâmbio e receptividade na Universidade Católica Portuguesa - Porto - Portugal.

A minha sogra Nadir Maciel, pelo acolhimento, paciência e carinho com minha filha e esposa, durante minha ausência.

A todos familiares e amigos que acompanharam e torceram para a realização deste sonho.

A Deus, que me concedeu perseverança, coragem e proteção durante esta caminhada!

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças”.

(Charles Darwin)

Gama ASM. Automedicação em comunidades ribeirinhas na região do médio Solimões – Amazonas [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

RESUMO

Introdução: A automedicação é uma prática frequente em diferentes culturas, que pode ser usada como estratégia para resolução de pequenos problemas de saúde, especialmente em populações cujo acesso a serviços de saúde é restrito. No entanto, essa prática pode, também, ocasionar reações adversas graves, resistência microbiana, interações medicamentosas e gastos desnecessários, especialmente em grupos economicamente desfavorecidos e socialmente excluídos como ocorre com os povos ribeirinhos. **Objetivo:** Analisar a prática de automedicação e fatores associados entre ribeirinhos da região do Médio Solimões - Amazonas. **Método:** Estudo transversal de base populacional realizado nas comunidades ribeirinhas do município de Coari - Amazonas. A amostra probabilística foi composta por 492 ribeirinhos adultos. A coleta de dados foi realizada nas comunidades por meio de um questionário composto por variáveis independentes: socioeconômicas, demográficas, de acesso aos serviços de saúde, consumo de drogas lícitas, enfermidades autorrelatadas e informações sobre o consumo de medicamentos. A variável dependente “automedicação” foi avaliada pelo uso de pelo menos um medicamento sem prescrição médica ou de dentista, nos últimos 30 dias. Na análise dos dados utilizou-se testes do Qui-quadrado ou exato de Fischer, teste t de Student ou de Wilcoxon-Mann-Whitney e regressão logística binária hierarquizada. **Resultados:** A prevalência da automedicação foi de 76,3%. Dor de diferentes origens (58,1%) foi o principal motivo que levou à automedicação. Analgésicos (57,5%) e antimicrobianos (13,0%) foram os medicamentos mais utilizados. Os fatores associados à automedicação foram sexo masculino (OR=2,20; IC=1,21-4,01), faixa etária entre 18 a 39 anos (OR=2,50; IC=1,06-5,91), não procura por serviços de saúde (OR=2,90; IC=1,66-5,09), tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana entre 1 a 4 horas (OR=2,84; IC=1,26-6,41) e maior que 4 horas (OR=5,27; IC=2,18-12,74), ter o hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria (OR=3,14; IC=1,49-6,61). **Conclusões:** Na população ribeirinha, a prática elevada da automedicação reflete a necessidade de busca de autocuidado pelas pessoas, sobretudo decorrente do restrito acesso aos serviços de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Automedicação. Uso de medicamentos. Farmacoepidemiologia. Farmacovigilância. Enfermagem.

Gama ASM. Self-medication in riverside communities in the middle portion of the Solimões River – Amazonas [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

ABSTRACT

Introduction: Self-medication is a frequent practice in different cultures, and it can be used as a strategy to solve minor health problems, especially among populations with restricted access to health care services. However, such a practice may cause serious adverse reactions, microbial resistance, drug interactions and unnecessary expenses, mainly for economically disadvantaged and socially excluded groups like the riverside communities. **Objective:** To analyze the self-medication practice and its related factors among riverside communities in the region of the Middle portion of the Solimões River – Amazonas State, Brazil. **Method:** Cross-sectional, population-based study carried out among riverside communities in the municipality of Coari – Amazonas State, Brazil. The probability sampling comprised 492 adult riverside dwellers. Data collection was held in the communities by means of a questionnaire including independent variables: socioeconomic, demographic ones, access to health care services, drug therapy, self-reported illnesses, and information on medication use. “Medication” dependent variable was assessed by the use of at least one drug without medical or dentist’s prescription in the past 30 days. For the data analysis, Chi-square test or Fischer’s exact test, Student’s t or Wilcoxon-Mann-Whitney tests, and hierarchical binary logistic regression were used. **Results:** Self-medication prevalence was 76.3%. Pain from different origins (58.1%) was the main reason for self-medication. Painkillers (57.5%) and antimicrobial medication (13.0%) were the most used drugs. Self-medication related factors were males (OR=2.20; CI=1.21-4.01), age range between 18 and 39 years (OR=2.50; CI=1.06-5.91), not search for health care services (OR=2.90; IC=1.66-5.09), travel time from the community to the urban center between 1 and 4 hours (OR=2.84; CI=1.26-6.41), and over 4 hours (OR=5.27; CI=2.18-12.74), habit of self-medication for allopathic drugs (OR=3.14; CI=1.49-6.61). **Conclusions:** High self-medication practice among the riverside population reflects the need for turning to self-medication, mainly due to the restricted access to health care services.

KEYWORDS: Self-medication. Drug therapy. Pharmacoepidemiology. Pharmacovigilance. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais características metodológicas e resultados dos estudos sobre automedicação em diferentes países e regiões brasileiras.	20
Quadro 2 - Comparação dos indicadores socioeconômicos e de saúde do município de Coari, Estado do Amazonas e Brasil (1991, 2000 e 2010).	37
Quadro 3 - Variáveis independentes selecionadas no estudo. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	48
Quadro 4 - Grupos da classificação Anatômica - Terapêutica - Química - Farmacológica (nível 1).	49
Quadro 5 - Descrição espacial das comunidades ribeirinhas analisadas segundo a população por região e respectivo número de sujeitos entrevistados. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	53

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos medicamentos segundo modalidade de consumo e nível anatômico principal ATC-Nível 1. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	65
Gráfico 2 - Distribuição dos medicamentos consumidos pela prática da automedicação segundo a indicação de consumo. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das prevalências da automedicação nos diferentes estudos realizados no Brasil.	23
Figura 2 - Bacia hidrográfica do rio Solimões e localização do município de Coari na região central do Amazonas - Brasil.....	25
Figura 3 - Comunidades ribeirinhas de Coari - Médio Solimões e suas características. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	27
Figura 4 - Embarcações utilizadas pelos ribeirinhos de Coari - Médio Solimões. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	28
Figura 5 - Produtos extraídos do rio, comunidades e da floresta. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	29
Figura 6 - Delimitação territorial do município de Coari, segundo comunidades ribeirinhas por regiões sorteadas no plano amostral. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	40
Figura 7 - Cinema na comunidade ribeirinha “Cine Ribeirinho”. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	42
Figura 8 - Embarcações utilizadas para o deslocamento da equipe nas viagens até as comunidades e para deslocamento da equipe no interior das comunidades inundadas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	44
Figura 9 - Sumário com as etapas seguidas na coleta de dados.	45
Figura 10 - Distribuição dos sujeitos que consumiram medicamentos segundo a modalidade de consumo. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	60

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos segundo as características da habitação. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	55
Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos segundo variáveis relativas ao acesso à zona urbana do município. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.....	56
Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.....	57
Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos segundo variáveis relativas à condição de saúde autorelatada e consumo de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	58
Tabela 5 - Distribuição dos motivos que levaram ao uso de medicamentos pelos ribeirinhos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.....	59
Tabela 6 - Estatística descritiva de variáveis quantitativas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	60
Tabela 7 - Distribuição dos grupos de sujeitos que consumiram medicamentos segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	61
Tabela 8 - Distribuição dos grupos de sujeitos que consumiram medicamentos segundo variáveis relativas ao acesso à zona urbana do município. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	62
Tabela 9 - Distribuição dos grupos de sujeitos que consumiram medicamentos segundo variáveis relativas à condição de saúde autorelatada e consumo de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.....	63
Tabela 10 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas dos grupos consumidores de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.....	64
Tabela 11 - Distribuição dos medicamentos segundo modalidade de consumo e substância química ATC-Nível 5. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.....	66
Tabela 12 - Distribuição dos medicamentos segundo modalidade de consumo e subgrupo terapêutico/farmacológico ATC-Nível 2. Coari, Amazonas, Brasil, 2015...68	68
Tabela 13 - Análise de regressão logística dos fatores associados a automedicação entre ribeirinhos. Coari, Amazonas, 2015.	69

Tabela 14 - Distribuição dos sujeitos que praticaram automedicação segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	72
Tabela 15 - Distribuição dos sujeitos que praticaram a automedicação segundo variáveis relativas ao acesso à zona urbana do município. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	73
Tabela 16 - Distribuição dos sujeitos que praticaram a automedicação segundo variáveis relativas à condição de saúde autorelatada. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	73
Tabela 17 - Distribuição dos sujeitos que praticaram automedicação segundo variáveis relativas aos hábitos de consumo de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	74
Tabela 18 - Distribuição dos medicamentos consumidos pela prática da automedicação segundo indicação de consumo e nível anatômico principal (ATC-Nível 1). Coari, Amazonas, Brasil, 2015.....	76
Tabela 19 - Distribuição dos motivos de saúde segundo os respectivos medicamentos utilizados na prática da automedicação. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.	77

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AINES	Anti-inflamatórios não esteroides
ATC	Classificação Anatômica-Terapêutica-Química
AUDIT	Alcohol Use Disorder Identification Test
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CNS	Conselho Nacional de Saúde
IC	Intervalo de confiança
IDH	Índice de desenvolvimento humano
ISB	Instituto de Saúde e Biotecnologia
ONG	Organização Não Governamental
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds ratio
OTC	Over-the-counter
PIB	Produto interno bruto
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
USP	Universidade de São Paulo

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	18
1.1 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A AUTOMEDICAÇÃO	18
1.2 POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES, COARI, AMAZONAS - BRASIL.....	24
2. JUSTIFICATIVA	32
3. OBJETIVOS	34
3.1 OBJETIVO GERAL.....	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
4. MÉTODO.....	36
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	36
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	36
4.2.1 Comunidades ribeirinhas de Coari - Amazonas - Brasil.....	37
4.3 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS	38
4.4 AMOSTRA.....	39
4.5 COLETA DE DADOS.....	41
4.5.1 Teste-piloto, recrutamento e treinamento da equipe	41
4.5.2 Abordagem da comunidade	42
4.5.3 Operacionalização da coleta de dados	43
4.5.4 Questionário.....	45
4.5.5 Aspectos éticos	47
4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO.....	48
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	49
4.7.1 Classificação dos medicamentos	49
4.7.2 Análise estatística	50

5. RESULTADOS	53
5.1 CARACTERÍSTICAS DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS E SEUS HABITANTES	53
5.2 GRUPOS CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS, MEDICAMENTOS CONSUMIDOS E FATORES ASSOCIADOS	60
5.3 GRUPO AUTOMEDICAÇÃO (AUTOMEDICAÇÃO EXCLUSIVA E AUTOMEDICAÇÃO MISTA)	71
6. DISCUSSÃO	80
7. CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	88
8. CONCLUSÕES	91
REFERÊNCIAS	93
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS	101
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108
ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	110
ANEXO B: CARTA DE ANUÊNCIA - SEMSA / COARI	114

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS A AUTOMEDICAÇÃO

Os medicamentos são produtos farmacêuticos, tecnicamente obtidos ou elaborados, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico⁽¹⁾.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados e vendidos inadequadamente em âmbito mundial, e mais de 50% dos países não implementam políticas básicas para promover o uso racional de medicamentos⁽²⁾.

A definição do uso racional de medicamentos é caracterizada quando os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses apropriadas conforme suas necessidades individuais, por tempo adequado e com o menor custo para si e sua comunidade⁽³⁾.

Os medicamentos podem aliviar os sintomas de doenças (dor, febre, vômitos, náuseas, insônia, etc); eliminar as causas de determinada enfermidade, como infecções e infestações; agir na prevenção de doenças, por meio de soros e vacinas, complementos vitamínicos, entre outros; além de auxiliar no diagnóstico de determinadas doenças, com contrastes radiológicos⁽⁴⁾.

Por outro lado, há riscos na utilização de medicamentos de maneira inadequada, tais como interações medicamentosas (medicamento/medicamento), intoxicações e mascaramento de doenças⁽⁵⁾.

Os medicamentos são comercializados com a necessidade de prescrição de profissional habilitado (medicamentos tarjados), ou vendidos de forma livre, conhecidos como medicamentos vendidos no balcão (over-the-counter - OTC)⁽⁴⁾.

A iniciativa de consumir medicamento sem prescrição do profissional habilitado, ou de maneira não supervisionada por este, é definida como automedicação⁽⁶⁾.

Para a OMS, a automedicação envolve o uso de medicamentos por parte do consumidor, para tratar distúrbios ou sintomas autorreconhecidos. Sua prática pode trazer benefícios sociais e econômicos, pois o consumidor escolhe voluntariamente o medicamento a partir de sintomas e condições que considera como suficientemente problemáticas para usar o produto, mas não para justificar a consulta ao profissional

habilitado a prescrever. Contudo, esta prática requer melhorias de conhecimentos gerais das pessoas, como o grau de instrução e nível socioeconômico, condições que diferem entre os países distintos⁽⁷⁾.

Por outro lado, o consumo de medicamentos pela prática da automedicação, aliado ao pouco conhecimento sobre princípios da farmacologia ou terapia pela população geral, pode levar a riscos potenciais à saúde⁽⁸⁾.

Desta maneira, ao praticar a automedicação pode-se negligenciar sinais e sintomas de doenças, protelando o tratamento correto; há a possibilidade da ocorrência de reações adversas graves, resistência microbiana, interações medicamentosas e gastos desnecessários com medicamentos^(7, 9-13).

Em decorrência de sua elevada magnitude e aspectos negativos à saúde, a prática da automedicação foi investigada em diferentes regiões do globo, e a prevalência variou de 4,0% a 92,7%^(8, 14-40).

Esta ampla variação pode ser atribuída às diferenças no contexto dos estudos. Dentre estas diferenças, estão as regiões estudadas, grupos populacionais diferentes como a faixa etária^(28, 31) ou sexo^(41, 42).

Outros aspectos são pertinentes às questões metodológicas. O estudo pode apresentar restrições na seleção dos sujeitos investigados, condicionando sua inclusão ao uso de determinado medicamento como antimicrobianos^(26, 27) ou problema de saúde (dor)⁽³⁰⁾. Além disso, a própria definição da automedicação pode influenciar na prevalência, pois ao considerar, por exemplo, o conceito como uso de pelo menos um medicamento sem prescrição, os sujeitos que consumiram ao mesmo tempo prescritos e não prescritos são contabilizados na automedicação.

O período de recordação utilizado nos estudos sobre automedicação também variou, assim como a prevalência: 31,0% dos estudos não informaram o período (prevalência variou de 35,7% a 84,8%)^(8, 15-17, 28-30, 35-36); 20,7% dos estudos consideraram os últimos 15 dias (prevalência - 11,7% a 39,2%)^(20-21, 23-25, 33); 17,2% consideraram 90 dias (11,9% a 92,7%)^(18, 32, 37-38, 43); 13,8% consideraram 180 dias (77,4% a 85,0%); 10,3% consideraram os últimos 30 dias (7,3% a 76,1%)^(27, 39, 44) e 3,4% os últimos 3 dias (prevalência - 8,9%)⁽³¹⁾ e últimos 7 dias (prevalência - 4,0%)⁽³⁴⁾.

O quadro 1, apresenta a síntese dos principais aspectos metodológicos e resultados dos estudos de automedicação realizados em diferentes regiões do globo.

Quadro 1 - Principais características metodológicas e resultados dos estudos sobre automedicação em diferentes países e regiões brasileiras. (continua)

Autor principal/ Ano	Local	Tamanho da Amostra	Faixa Etária	Período de Recordação	Prevalência (%)	Automedicação		
						Principais motivos	Medicamentos mais utilizados	Fatores de risco
PAÍSES EM DESENVOLVIMENTO								
Bilal M, 2016⁽¹⁴⁾	Paquistão	400	---	180	81,2	Resfriado; dor; febre	Amoxicilina; tetraciclina; ciprofloxacino	---
Haseeb A, 2016⁽⁴⁰⁾	Paquistão	700	---	180	85,0	Dor de cabeça; gripe / tosse; febre	Paracetamol; ácido acetilsalicílico; antibióticos	---
Afridi MI, 2015⁽⁸⁾	Paquistão	500	≥ 18	---	84,8	Dor de cabeça; febre	Analgésicos; antipiréticos; antitussígenos	---
Nayir T, 2016⁽¹⁵⁾	Turquia	3.521	---	---	58,9	---	Analgésicos; antibióticos	Sexo masculino; faixa etária jovem; escolaridade elevada
Ocan M, 2014⁽¹⁶⁾	Uganda	892	≥ 18	---	76,0	---	---	---
Ahmad A, 2014⁽¹⁷⁾	Índia	600	---	---	50,0	Dor de cabeça; febre; asma	AINEs; trato gastrointestinal; anti-histamínicos	---
Selvaraj K, 2014⁽¹⁸⁾	Índia	352	---	90	11,9	Febre; dor de cabeça; dor abdominal	AINEs; antibióticos	---
Biswas M, 2014⁽⁴³⁾	Bangladesh	1.300	---	90	26,6	Problemas gastrointestinais ; febre; infecção	Metronidazol; azitromicina; ciprofloxacina	---
Lawan LM, 2013⁽¹⁹⁾	Nigéria	380	≥ 18	180	78,9	---	Antimaláricos; analgésicos; antibióticos	---
Widayati A, 2011⁽⁴⁴⁾	Indonésia	625	≥ 18	30	7,3	Resfriado; tosse; dor de garganta	Amoxicilina; ampicilina	Sexo masculino; não ter seguro saúde

(continuação)

Lopez JJ, 2009⁽²⁰⁾	Colômbia	325	---	15	27,3	Febre; gripe	Analgésicos; vitaminas	Ter seguro social
Suleman S, 2009⁽²¹⁾	Etiópia	143	---	15	39,2	Febre; dor de cabeça; tosse	---	---
PAÍSES DESENVOLVIDOS								
Gonzalez-Lopez JR, 2012⁽²²⁾	Espanha	190	25-44	180	77,4	---	Anti-inflamatórios; analgésicos; antibióticos	Faixa etária elevada; maior período sem procurar médico
Carrera-Lasfuentes P, 2013⁽²³⁾	Espanha	2.700	≥ 16	15	11,7	Dor; constipação; gripe	Analgésicos	Faixa etária elevada
Carrasco-Garrido P, 2010⁽²⁴⁾	Espanha	20.738	≥ 16	15	20,1	Resfriado; gripe; dor de garganta	Analgésicos; antipiréticos	Faixa etária jovem; renda elevada; maior período sem procurar médico; consumo de álcool e fumo
Jiménez-Rubio D, 2010⁽²⁵⁾	Espanha	29.478	≥ 16	15	14,1	Emagrecimento; resfriado; dor	---	Faixa etária jovem; boa percepção de saúde; consumo de álcool; viúvos; ter seguro saúde
BRASIL								
Braios A, 2013⁽²⁷⁾	Brasil – GO	655	---	30	9,1	Infecções de garganta; tratamento dentário; infecção urinária	Amoxicilina; cefalexina	---
Santos TRA, 2013⁽²⁸⁾	Brasil – GO	934	≥ 60	---	35,7	---	Analgésicos; anti-hipertensivos; anti-inflamatórios	Baixa escolaridade; pior autopercepção de saúde
Silva JAC, 2013⁽²⁹⁾	Brasil – PA	288	≥ 18	---	64,2	---	AINEs	---

(continuação)

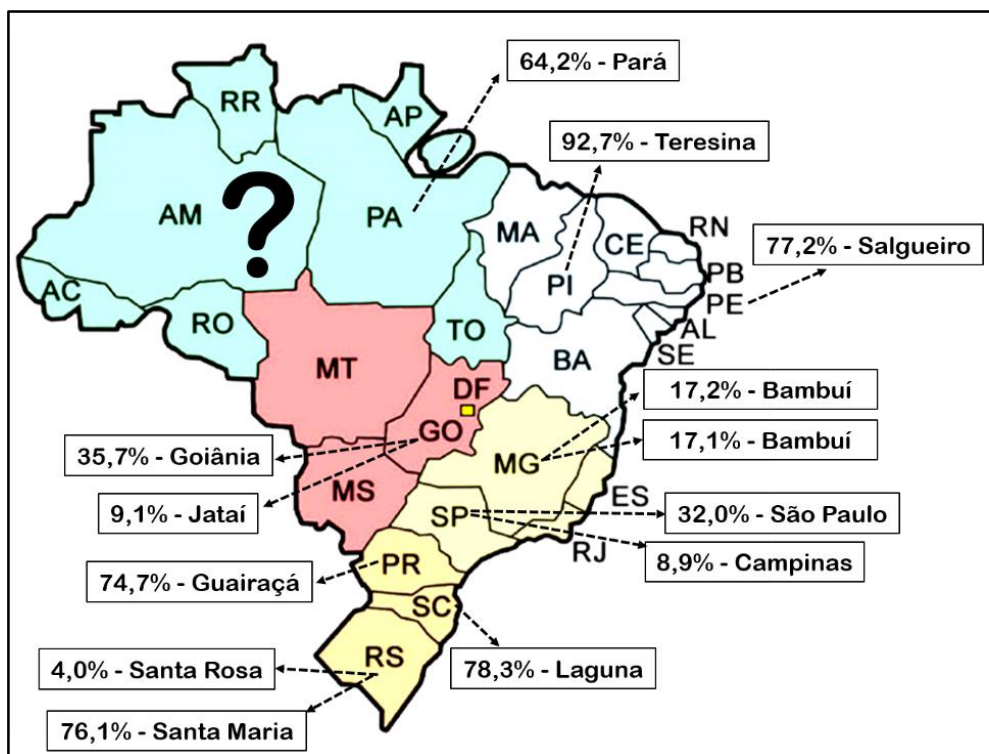
Demétrio GS, 2012⁽³⁰⁾	Brasil – SC	300	≥ 18	---	78,3	Dor	Paracetamol; dipirona	---
Oliveira MA, 2012⁽³¹⁾	Brasil – SP	1.515	≥ 60	3	8,9	---	Dipirona; ácido acetilsalicílico; diclofenaco	Renda elevada
Martins MCC, 2011⁽³²⁾	Brasil – PI	464	20-59	90	92,7	Cólicas abdominais; diarreia; cólicas menstruais	Analgésicos; anti-inflamatórios; antibióticos	---
Schmid B, 2010⁽³³⁾	Brasil – SP	2.921	> 40	15	27,0 a 32,0	---	Sistema nervoso central	Faixa etária jovem; acesso a medicamento por compra
Flores VB, 2008⁽³⁴⁾	Brasil – RS	294	≥ 60	7	4,0	---	---	---
Araújo-Júnior JC, 2007⁽³⁵⁾	Brasil – PR	360	20-80	---	74,7	Dor em geral; problemas respiratórios; problemas digestivos	Analgésicos; anti-inflamatórios	---
Barros e Sá M, 2007⁽³⁶⁾	Brasil – PE	355	≥ 60	---	77,0	Dor; febre; diarreia	Analgésicos; antipiréticos; anti-inflamatórios	---
Loyola-Filho AI, 2005⁽³⁸⁾	Brasil – MG	1.606	≥ 60	90	17,1	---	Analgésicos; vitamínicos; antiácidos	Sexo feminino; consultar o farmacêutico
Loyola Filho AI, 2002⁽³⁷⁾	Brasil – MG	1.221	≥ 18	90	28,8	---	Analgésicos; aparelho digestivo; antibióticos	Maior número de residentes no domicílio; consultar farmacêutico
Vilarino JF, 1998⁽³⁹⁾	Brasil – RS	413	0-89	30	76,1	Dor de cabeça	AINEs; aparelho respiratório; vitaminas	---

A prevalência da automedicação variou conforme as regiões estudadas. Nos países desenvolvidos a variação foi de 11,7% a 77,4%⁽²²⁻²⁶⁾, enquanto nos países em desenvolvimento foi de 7,3% a 85,0%^(8, 14, 15, 17-21, 40, 43, 44). No Brasil variou de 4,0% a 92,7%⁽²⁷⁻³⁹⁾.

Nos estudos realizados em países desenvolvidos, apenas uma investigação realizada na Espanha com imigrantes apresentou prevalência elevada (77,4%)⁽²²⁾. Entre os inquéritos populacionais realizados no mesmo país, as prevalências foram inferiores - 11,1% a 20,1%⁽²³⁻²⁵⁾.

No Brasil, as investigações realizadas sobre a automedicação apresentaram prevalências similares aos países africanos e asiáticos. A região Sudeste apresentou as menores prevalências em relação às demais regiões brasileiras com 8,9% a 32,0%^(31, 33, 37, 38); na região Sul a prevalência da automedicação variou de 4,0% a 78,3%^(30, 34, 39, 45); no Centro-Oeste, os estudos sobre automedicação apontaram prevalências de 9,1% a 35,7%^(27, 28); as regiões Norte e Nordeste, apresentaram prevalências de 64,2% a 92,7%^(29, 32, 36) (Figura 1).

Figura 1 - Distribuição das prevalências da automedicação nos diferentes estudos realizados no Brasil.



Fonte: Próprio autor.

Os fatores de risco identificados na literatura incluem o sexo feminino⁽³⁸⁾ ou masculino^(15, 44), faixas etárias jovens^(15, 24, 25, 33) ou elevadas^(22, 23), escolaridade baixa⁽²⁸⁾ ou elevada^(15, 24, 31), maior período sem procurar o médico^(22, 24), consumo de álcool e fumo⁽²⁴⁾, boa⁽²⁵⁾ ou má percepção de saúde⁽²⁸⁾ e maior número de residentes no domicílio⁽³⁷⁾.

Nos estudos analisados observou-se que as principais classes terapêuticas consumidas na modalidade automedicação foram os analgésicos^(8, 15, 17, 20, 23, 24, 28, 32) e os anti-inflamatórios^(22, 28, 32, 35, 36). Estes medicamentos são muito consumidos em virtude de sua fácil aquisição nas farmácias^(8, 15, 32, 36-38), além da prática de armazenamento nas residências^(16, 46, 47).

O consumo de antimicrobianos pela automedicação foi apontado nos estudos^(15, 19, 22, 32, 37), embora sua comercialização seja proibida sem a prescrição de profissional habilitado⁽⁴⁸⁾. Altas prevalências da automedicação com antibióticos podem ocorrer devido à crença de que os mesmos poderiam tratar a maioria das infecções⁽⁴⁹⁾, acentuadas por práticas de armazenamento de restos destes insumos nas residências, constituindo uma potencial fonte alternativa de automedicação⁽⁵⁰⁾, aumentando o risco com o uso inadequado e a seleção de bactérias resistentes⁽⁵¹⁾.

Os principais motivos que ocasionam a prática da automedicação incluem problemas álgicos, sintomas gripais (febre, tosse)^(8, 14, 17, 18, 21, 23, 26) e infecções^(27, 43).

Neste sentido, a automedicação constitui-se como um importante problema de saúde pública, embora seja desconhecida a sua magnitude em populações específicas da região amazônica.

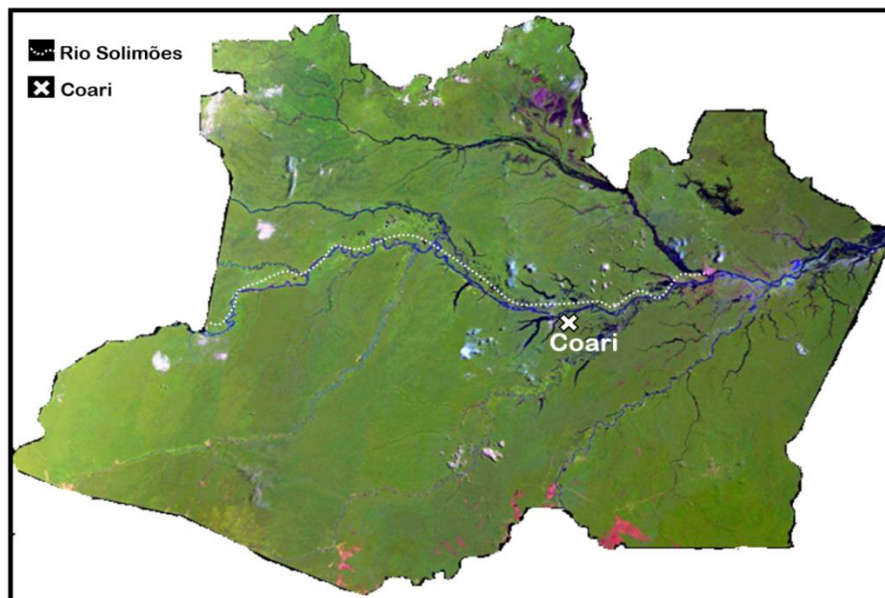
1.2 POPULAÇÃO RIBEIRINHA NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES, COARI, AMAZONAS - BRASIL

A Amazônia brasileira possui uma área territorial de aproximadamente 5.020.000 km², correspondendo a 58,8% da superfície territorial do Brasil⁽⁵²⁾. O maior Estado brasileiro é o Amazonas, com cerca de 1.559.148 km², superando a soma dos territórios das regiões Sul e Sudeste⁽⁵³⁾. A densidade demográfica do Amazonas é de 2,2 habitantes por km², a segunda menor entre todos os Estados brasileiros⁽⁵⁴⁾. Isto é

explicado pelas suas características geográficas com extensas bacias hidrográficas e a densa vegetação da maior floresta tropical do planeta.

Em meio a floresta com dimensões colossais, na região central do Amazonas está localizado um dos maiores rios da Amazônia, o Solimões. A bacia hidrográfica do Solimões condiciona a vida humana nesta área do planeta, viabilizando a navegação e, conseqüentemente, o deslocamento de pessoas e produtos dos mais variados, por meio de embarcações. Além disto, a região é rica em recursos naturais, tais como pescado, uma das principais fontes de alimento dos moradores da região (Figura 2).

Figura 2 - Bacia hidrográfica do rio Solimões e localização do município de Coari na região central do Amazonas - Brasil.



Fonte: EMBRAPA. Acesso em: 07.06.2016. Disponível em: <http://www.relevobr.cnpm.embrapa.br/conteudo/landsat/fig/meto1.jpg>

A vida às margens do rio Solimões e seus afluentes é condicionada por duas paisagens inteiramente diferentes: as várzeas e as terras firmes. Nas terras firmes, é possível desenvolver atividades de agricultura durante todo ano. As várzeas são áreas baixas, propícias a inundações durante determinados períodos do ano. Estas áreas caracterizam-se pela fertilidade dos solos devido aos sedimentos depositados pelas águas barrentas do Solimões durante as cheias, favorecendo a agricultura, além da abundante oferta de pescado, viabilizando a concentração humana nestas áreas⁽⁵⁵⁾.

O ambiente e a vida nas várzeas sofrem influências durante todo o ano, em decorrência da hidrografia diferenciada do rio. O pico máximo das águas do Solimões ocorre entre meados do mês de julho a agosto, quando as águas começam a baixar até alcançar as menores cotas no mês de outubro (seca); entre novembro a abril, o rio começa a encher lentamente, sendo conhecido como período do “repique”; a partir de maio, as águas se elevam até seu pico máximo (cheias).

É nesse ambiente heterogêneo que o homem amazônico desenvolve os mais variados comportamentos adaptativos, coordenando suas atividades produtivas, tais como a criação de gado, o cultivo de plantas anuais e perenes, a caça e a pesca, com às modificações sazonais locais⁽⁵⁵⁾.

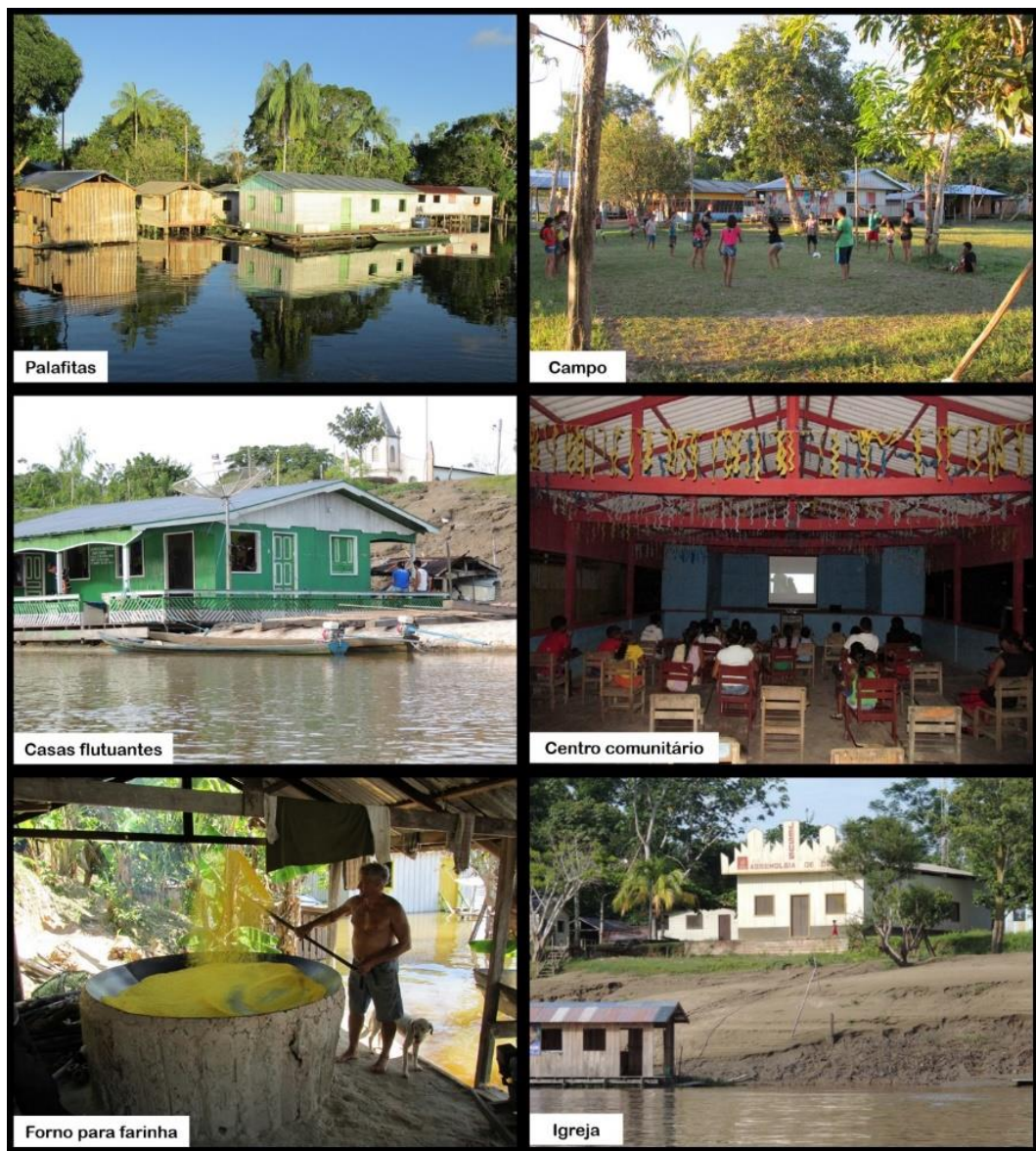
Os “ribeirinhos” ou “caboclos ribeirinhos”, representam uma mistura de diferentes grupos sociais (indígena, nordestinos, migrantes de outras regiões), que vivem às margens de rios e lagos da região amazônica⁽⁵⁵⁾. A vida às margens dos rios impõe limitações de ordem multidimensional (econômica, cultura, social e sanitária).

Os ribeirinhos são dependentes do rio para sua sobrevivência, local onde adquirem sua principal fonte de alimento (pescado), é via de transporte ou base para moradia (casas flutuantes). Nas margens, em meio a grande dispersão geográfica do Amazonas, constituem comunidades, geralmente com algum laço familiar.

As casas são em sua maioria de madeira (palafitas), suspensas devido às inundações ou casas flutuantes com boias feitas com trocos de árvores, agrupadas ou consideravelmente dispersas umas das outras. Tipicamente, as comunidades ribeirinhas possuem um centro comunitário, onde são realizadas reuniões ou confraternizações em datas comemorativas, um campo de futebol, forno para fabricação de farinha e igrejas. As comunidades não possuem saneamento básico, as casas geralmente não possuem sanitários e os dejetos são lançados diretamente nos cursos d’água. Poucas residências possuem energia elétrica, a maioria, com o uso de geradores de energia⁽⁵⁶⁾ (Figura 3).

Outro aspecto preponderante nas comunidades é a educação. As escolas possuem estrutura física inadequada, dificuldades no transporte fluvial dos alunos, e a insuficiência de profissionais aliadas a condições precárias de trabalho para os mesmos, afetando a qualidade da educação, resultando na baixa escolaridade e falta de formação e informação⁽⁵⁶⁾.

Figura 3 - Comunidades ribeirinhas de Coari - Médio Solimões e suas características. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Próprio autor.

O transporte dos ribeirinhos é realizado por meio de embarcações típicas, canoas ou canoas de “tolda” com motor “rabeta”, voadeiras e barcos particulares de maior porte os “recreios”, que percorrem trechos de rios e lagos transportando um número maior de indivíduos (Figura 4).

O deslocamento das comunidades ribeirinhas até a zona urbana do município, pode demorar de alguns minutos a dias, dependendo do tipo de embarcação ou estação do ano (seca ou cheia).

Figura 4 - Embarcações utilizadas pelos ribeirinhos de Coari - Médio Solimões. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Próprio autor.

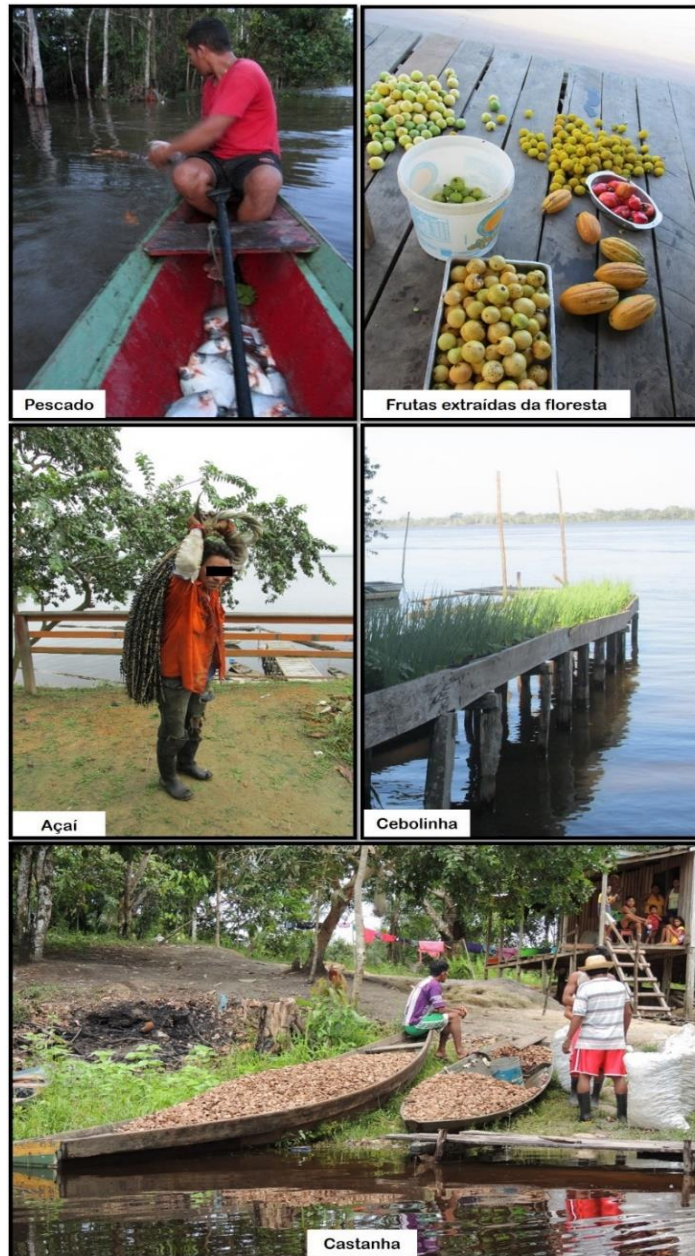
Os comunitários têm sua economia voltada para atividades de agricultura familiar de subsistência (roçado) que quando em excesso, são comercializados na zona urbana do município, momento em que costumam adquirir outros bens de consumo na cidade. O plantio da mandioca para a fabricação da farinha, pequenas hortaliças (cheiro verde, cebolinha, couve), banana, atividades de pesca e caça, extrativismo de produtos da floresta (castanha, açaí, extração do óleo da copaíba e andiroba, pupunha, tucumã) são, entre outras atividades, comuns nas comunidades ribeirinhas (Figura 5).

A renda dos ribeirinhos é complementada por recursos advindos de programas sociais do governo federal, na qual destaca-se o Bolsa Família e, em determinados períodos do ano em que a pesca é proibida, o Seguro Defeso.

As condições geográficas influem diretamente na vida dos ribeirinhos, predispondo algumas comunidades ao isolamento no período das secas ou à necessidade de adaptarem suas residências com a construção de assoalhos mais elevados (“marombas”), ou mesmo a abandonarem suas residências em períodos de

cheias mais elevadas. Estes aspectos, podem comprometer sobretudo as condições de saúde da população e dificultar o acesso aos serviços.

Figura 5 - Produtos extraídos do rio, comunidades e da floresta. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Próprio autor.

O clima tropical e a floresta com dimensões colossais, atrelados à proximidade do homem com este ambiente, constituem-se como fator preponderante para o desenvolvimento de agravos de saúde típicos da região amazônica. A ocorrência de

malária, leishmaniose, filariose, doença de Chagas, enteroparasitismo, acidentes com animais peçonhentos, casos de feridas por ferradas de arraia, são recorrentes nestas regiões.

Para a utilização dos serviços de saúde, os ribeirinhos precisam deslocar-se de sua comunidade até a sede municipal, ou contar com o apoio do Agente Comunitário de Saúde (ACS) local, pois não há postos de saúde nas comunidades, e a atuação de médicos, dentistas e outros profissionais de saúde nas comunidades é fato raro e esporádico, sobretudo nos locais mais longínquos⁽⁵⁵⁾. Outras formas de atendimento à saúde dos ribeirinhos ocorre por ações pontuais da marinha brasileira ou Organizações Não Governamentais (ONG's).

O isolamento impõe dificuldades enormes, que fazem com que os ribeirinhos busquem alternativas para o tratamento de problemas de saúde, seja pelo auxílio do conhecimento de pessoas mais idosas nas comunidades, como curandeiros, ou pela utilização da medicina caseira local ou por meio de medicamentos industrializados adquiridos diretamente com os ACS, ou em farmácias e drogarias, durante as visitas a sede do município.

O ACS exerce papel importante sobre a dinâmica de consumo de medicamentos nas comunidades, pois geralmente são consultados pelos moradores acerca de quais produtos utilizar.

2

Justificativa

2. JUSTIFICATIVA

A prevalência e fatores associados à prática da automedicação têm sido largamente observada em diferentes países do globo. Entretanto, na Amazônia brasileira, há escassez de estudos sobre este tema.

Diante disto, e considerando os impactos negativos desta prática e a possibilidade de desvelar sua dinâmica em um cenário cuja a dificuldade de acesso aos serviços de saúde está atrelada às dimensões geográficas colossais da região, com populações que apresentam características muito peculiares, isto poderia influenciar na dinâmica do consumo de medicamentos e, por consequência, na prática da automedicação.

Dessa maneira, o estudo contribui no sentido de trazer informações que poderão substanciar políticas públicas de saúde. Assim, a realização desta pesquisa apontou o cenário da prática da automedicação nas populações ribeirinhas da região do médio Solimões, identificando o consumo de medicamentos e seus fatores associados.

3

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a prática de automedicação e fatores associados entre ribeirinhos da região do Médio Solimões - Amazonas.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Verificar a prevalência da prática de automedicação.
2. Identificar os motivos de saúde que levaram à prática de automedicação.
3. Identificar as classes terapêuticas dos medicamentos utilizados na prática de automedicação.
4. Determinar os fatores associados à prática de automedicação.

4

Método

4. MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Estudo transversal de base populacional. Os estudos transversais caracterizam-se pela determinação simultânea do fator e do desfecho de interesse numa população bem definida. Os dados são coletados em apenas um período curto, examinando-se a distribuição das variáveis e viabilizando a determinação da prevalência do fenômeno estudado⁽⁵⁷⁾.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de abril a julho de 2015, nas comunidades ribeirinhas do município de Coari - Amazonas, região do Médio Solimões.

O município de Coari está localizado na região central do Estado do Amazonas, na calha média do rio Solimões, distante a 363 km de Manaus. O acesso ao município é realizado por via fluvial (9 a 30 horas de viagem, dependendo da embarcação) ou aérea, uma hora até Manaus. A área territorial encontra-se limitada pelos municípios de Anori, Tapauá, Tefé, Maraã e Codajás.

Coari apresenta o maior Produto Interno Bruto (PIB) do interior do Estado⁽⁵⁸⁾, desenvolvendo atividades econômicas voltadas à agricultura, pesca e extrativismo de gás natural e petróleo da bacia de Urucu.

Em praticamente duas décadas, entre os anos de 1991 a 2010, houve a melhoria de indicadores socioeconômicos e de saúde no município de Coari. No entanto, ainda considerados inferiores quando comparados aos indicadores no ano de 2010 do Estado do Amazonas e do Brasil (Quadro 2).

A população local é de 75.965 habitantes, sendo a quarta maior população do Estado do Amazonas. A população urbana do município cresceu 20,0% entre os anos de 2000 a 2010, enquanto a rural encolheu 4,6%. Cerca de um terço dos habitantes vivem na zona rural (comunidades ribeirinhas), em comunidades dispersas ao longo das margens do rio Solimões, lagos e igarapés. Esta população encontra-se

distribuída em regiões de terra firme e várzeas, em uma área geográfica com cerca de 57.921 km² e densidade demográfica de 1,3 pessoas por km²(54).

Quadro 2 - Comparação dos indicadores socioeconômicos e de saúde do município de Coari, Estado do Amazonas e Brasil (1991, 2000 e 2010).

Indicadores	Coari			Amazonas	Brasil
	1991	2000	2010	2010	2010
População Urbana	21.081	39.504	49.651	2.755.490	29.830.007
População Rural	17.597	27.592	26.314	728.495	160.925.792
População Total	38.678	67.096	75.965	3.483.985	190.755.799
Taxa de mortalidade infantil	53,88	39,16	19,58	17,01	16,70
Expectativa de vida	62,31	67,16	71,79	73,30	73,94
Taxa de fecundidade	7,12	3,93	3,15	2,59	1,89
Taxa de analfabetismo[†]	45,80	31,52	17,02	9,84	9,61
Renda familiar per capita	146,23	159,29	347,20	539,80	793,87
IDH^{††}	0,312	0,389	0,586	0,674	0,727

[†]Taxa de analfabetismo em maiores de 15 anos; ^{††}IDH: Índice de Desenvolvimento Humano

Fonte: Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Acesso em: 07.06.2016. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/download/>

Os serviços de saúde do município são compostos por um hospital de média complexidade com 105 leitos; 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS); um Instituto Tropical de Medicina; um barco hospital para cobrir todas as comunidades ribeirinhas; um Laboratório Central de Análise Clínica; um Serviço Emergência; um Núcleo de Vigilância Sanitária; uma Policlínica e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)(59).

4.2.1 Comunidades ribeirinhas de Coari - Amazonas - Brasil

De acordo com a Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Coari, o número de moradores nas comunidades totalizou 15.402 ribeirinhos no ano de 2014.

Os ribeirinhos vivem em comunidades, as quais são compostas por agrupamento de indivíduos, geralmente com laços familiares. As casas são construídas em madeira, suspensas nas margens dos rios (palafitas) ou são flutuantes (flutuam com auxílio de troncos de árvores, ancoradas nas margens dos rios).

A distribuição espacial das casas nas comunidades encontra-se ao longo das margens dos rios e lagos. Algumas casas são agrupadas, outras distantes. Não há sistema de saneamento básico, além disto, geralmente as comunidades são distantes do município e com infra estrutura muito distinta entre elas e altamente dependentes da estrutura da zona urbana⁽⁵⁶⁾. Algumas poucas comunidades possuem elementos típicos das áreas urbanas, como energia elétrica, telefonia móvel e antenas parabólica. Outras não dispõem de nenhum destes atributos.

A principal porta de entrada dos ribeirinhos no sistema local de saúde é a UBS localizada na zona central de Coari. Suas atividades são destinadas ao atendimento à população cobrindo as comunidades cadastradas no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Ainda no que diz respeito a saúde, para cada comunidade ou agrupamento de duas ou três comunidades menores, existe um ACS morador local. Este profissional conhece os habitantes e a realidade da comunidade, e desempenha papel fundamental na detecção de problemas locais específicos da região amazônica, como áreas endêmicas de malária e outras doenças tropicais.

4.3 DEFINIÇÕES CONCEITUAIS

Alguns conceitos utilizados para reportar sinais e sintomas de doenças pelos ribeirinhos, entre outras formas de se expressar, são diferentes dos termos utilizados em outras regiões brasileiras. Desta maneira, na construção do questionário de coleta de dados, alguns termos foram modificados afim de facilitar a compreensão pelos ribeirinhos.

Por exemplo, o termo “azia” que refere à sensação de queimação que engloba a cavidade bucal até o estômago, é conhecido entre os ribeirinhos como “gastura”. Outros termos diferentes é o “vômito”, conhecido como “provocar”; “torção” em algum membro, conhecida como “desmentidura”; estômago cheio “empachado”.

Outros termos utilizados pelos ribeirinhos é a “maromba”, um assoalho (piso) de madeira erguido nas residências em detrimento a elevação das águas com as cheias do rio; a floresta alagada é conhecida como “igapó”; o “igarapé” é um pequeno

rio ou riacho; o barco de madeira, pequeno (cerca de 6 metros), típico da região, com pequeno motor (geralmente 5.5 Hp) é conhecido como “rabetá”.

4.4 AMOSTRA

Realizou-se amostra probabilística por conglomerados⁽⁶⁰⁾ sem reposição. Este tipo de amostragem é uma amostra aleatória simples, em que cada unidade de amostragem é um grupo ou conglomerado de elementos que tendem a ter características similares⁽⁶¹⁾.

Os dados populacionais disponíveis no SIAB referentes à idade estão categorizados por faixa etária no intervalo de 15 a 19 anos. Desta maneira, a referida faixa etária foi considerada apenas para fins de cálculo, uma vez que foram entrevistados os indivíduos com 18 ou mais anos.

O cálculo amostral foi estimado considerando-se a prevalência de automedicação igual a 50%, com precisão de 5% e nível de confiança de 95%. Realizou-se ajuste para população finita e admitiu-se 20% de perda ou não resposta tolerada. Para o cálculo da amostra foi considerado a expressão a seguir, para população infinita:

$$n = Z_{\frac{\alpha}{2}}^2 \left[\frac{\hat{p} \cdot \hat{q}}{E^2} \right]$$

Onde:

- n - tamanho da amostra;
- $Z_{\alpha/2}$ - valor crítico para o grau de confiança desejado, neste trabalho: 1,96 (95%);
- E - erro padrão, neste estudo: $\pm 5\%$ da proporção dos casos (precisão absoluta);
- p - proporção dos resultados favoráveis da variável na população, qualquer que fosse o desfecho - não havendo estimativas preliminares, adotou-se 50,0%;

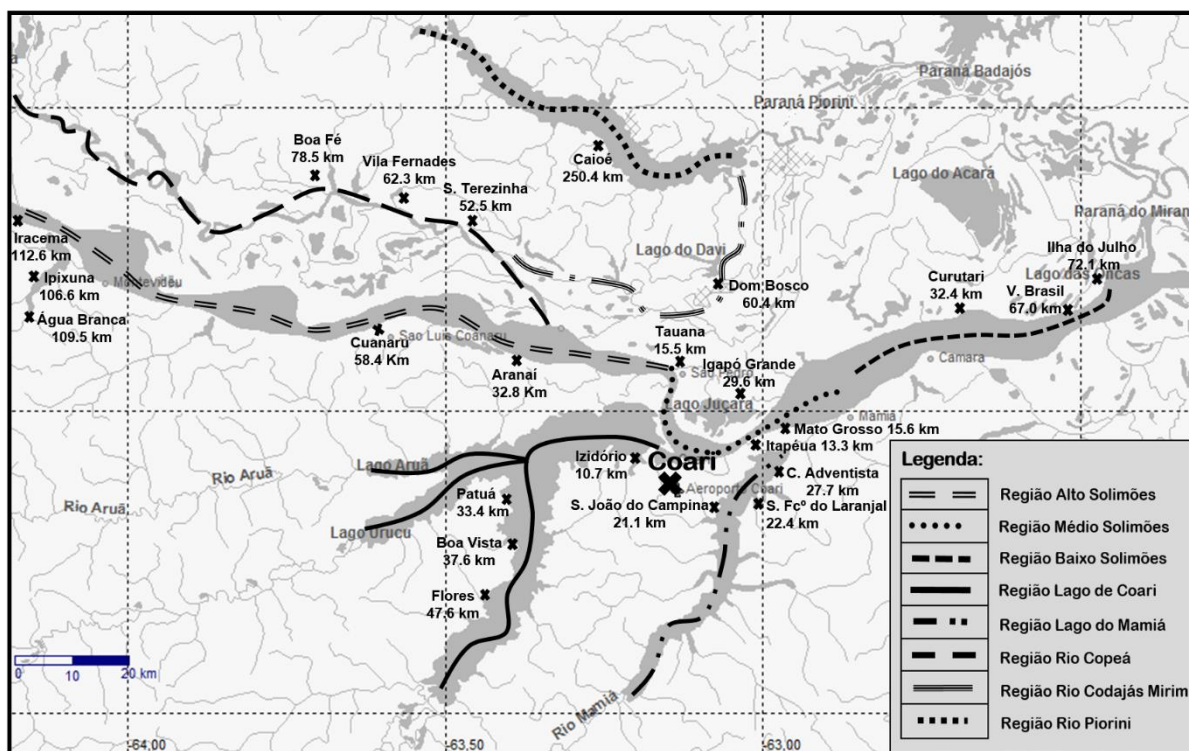
O delineamento da amostra foi realizado em dois estágios: (1) seleção aleatória de cada comunidade ribeirinha em cada região, com probabilidade proporcional à

população da comunidade; (2) seleção aleatória do domicílio em cada comunidade sorteada.

A seleção aleatória dos domicílios foi realizada por meio de sorteio, de modo que ao chegar na comunidade, as casas eram selecionadas de maneira alternada – a primeira casa foi selecionada, excluindo a segunda, e entrevistando a seguinte, assim por diante. Nos domicílios sorteados, todas as pessoas adultas foram entrevistadas. Nos casos em que os pesquisadores chegaram ao final da comunidade sem preenchimento da cota (número mínimo) de entrevistas por comunidade, retornou-se aos domicílios não visitados.

Estimou-se uma amostra de 470 indivíduos (do total de 10.333 ribeirinhos com idade de 15 anos ou mais) oriundos de 24 comunidades, as quais estão distribuídas nas 8 regiões entre lagos e rios da zona rural de Coari (Alto Solimões, Médio Solimões, Baixo Solimões, Lago de Coari, Lago do Mamiá, rio Copeá, rio Piorini, rio Codajás Mirim). Considerou-se a mesma metodologia de delimitação regional utilizada pelos gestores de saúde local (Figura 6).

Figura 6 - Delimitação territorial do município de Coari, segundo comunidades ribeirinhas por regiões sorteadas no plano amostral. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Próprio autor

Foram incluídos indivíduos com 18 anos ou mais, residentes permanente nas comunidades ribeirinhas. Na vigência de qualquer tipo de dificuldade do indivíduo que pudesse impedir a participação no estudo, entrevistou-se outro membro da família.

Dada a inviabilidade logística para retornar às comunidades, nos casos em que as residências sorteadas encontravam-se sem moradores, na impossibilidade de participar por questões de saúde ou recusa, os entrevistadores seguiram para a próxima residência.

Foram excluídas quatro comunidades inicialmente sorteadas, as quais foram substituídas por meio de novo sorteio. Isto ocorreu em detrimento da inacessibilidade, distância elevada até as comunidades e risco à integridade física da equipe do projeto.

4.5 COLETA DE DADOS

4.5.1 Teste-piloto, recrutamento e treinamento da equipe

Devido às diferenças relacionadas à linguagem utilizada pelos ribeirinhos, em à forma como expressam os problemas de saúde, foram realizadas reuniões com pesquisadores conhecedores da região amazônica, especialmente quanto ao vocabulário relativo a sinais e sintomas de doenças, que buscou contemplar as expressões e termos utilizados pelos comunitários.

Realizou-se teste-piloto em duas comunidades ribeirinhas. Após o teste, foram realizados ajustes quanto à ordem de apresentação das questões.

A coleta de dados foi realizada por graduandos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, biotecnologia e professores do Instituto de Saúde e Biotecnologia (ISB) da Universidade Federal do Amazonas (UFAM), os quais manifestaram voluntariamente o interesse em participar como entrevistadores.

O treinamento foi realizado em sala de aula, no ISB/UFAM e contemplou orientações acerca da aplicação do questionário e relativas à segurança da equipe. Nesse último, foram discutidas particularidades da região como exposição dos riscos e os cuidados necessários para a prevenção de doenças infecciosas, acidentes com animais peçonhentos, insetos, entre outras moléstias típicas da região amazônica e a obrigatoriedade do uso de itens de segurança nas embarcações. Após avaliação dos

sujeitos pelos pesquisadores, 10 entrevistadores foram selecionados para participar da coleta de dados.

4.5.2 Abordagem da comunidade

A estratégia de sensibilização junto à comunidade ribeirinha foi baseada nos seguintes aspectos: (1) comunicar os líderes comunitários e ACS a respeito da importância da investigação; (2) divulgar o projeto por meio do “Cine Ribeirinho”, a fim de estimular a participação dos sujeitos na comunidade.

Os ACS ribeirinhos foram comunicados previamente em reunião realizada mensalmente pela SEMSA na UFAM. O projeto foi apresentado e destacou-se a necessidade de apoio na identificação das comunidades e moradores, além da sensibilização dos ribeirinhos quanto à realização do estudo. Os líderes comunitários foram avisados previamente pelos ACS, de modo que ao chegar nas comunidades, o primeiro contato foi realizado com os agentes ou líderes.

Para sensibilização dos ribeirinhos e como contrapartida social imediata da equipe do projeto, foi realizado o “Cine Ribeirinho” (Figura 7).

Figura 7 - Cinema na comunidade ribeirinha “Cine Ribeirinho”. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Próprio autor.

A estratégia foi constituída pela reprodução de filmes do cinema mundial nas comunidades ribeirinhas durante as noites em que a equipe do projeto permaneceu nas comunidades.

Os pesquisadores elaboraram em conjunto com os alunos no laboratório do ISB/UFAM, pequenos vídeos de forma lúdica com 2 a 4 minutos, com temas voltados aos riscos da automedicação e uso racional de medicamentos, doenças sexualmente transmissíveis, acesso aos serviços de saúde, higiene bucal e cuidados com o tratamento da água. Os vídeos foram formatados e inseridos em intervalos programados de 15 em 15 minutos durante a exibição do filme. Foram realizadas 3 sessões de cinema, contando com a participação de 156 ribeirinhos na faixa etária entre 6 a 89 anos.

4.5.3 Operacionalização da coleta de dados

As viagens até as comunidades ribeirinhas mais próximas da zona urbana foram realizadas por meio de embarcações particulares (voadeiras). As mais distantes, com necessidade de permanência nas comunidades de três a nove dias, foram realizadas em parceria com uma ONG utilizando-se lancha de maior porte, além de parceria firmada com a SEMSA de Coari, com embarcações de grande porte.

Devido ao período das cheias no Amazonas e a consequente inundação das comunidades ribeirinhas, o deslocamento do barco de apoio para quase todas as residências das comunidades foi realizado com auxílio de voadeira (bote de alumínio com motor 15 e 40 Hp - marca Yamaha), limitando o deslocamento da equipe, conforme ilustração (Figura 8).

As entrevistas foram realizadas nas residências, com duração média de 45 minutos. Após as entrevistas, foram realizadas consultas médicas e de enfermagem com os profissionais de saúde dos respectivos órgãos no barco de apoio.

Durante toda a coleta de dados, o doutorando participou como entrevistador e supervisor das atividades de campo, dando suporte para as equipes, além de intermediar o contato inicial com os ribeirinhos e a organização do planejamento da logística durante as viagens.

Figura 8 - Embarcações utilizadas para o deslocamento da equipe nas viagens até as comunidades e para deslocamento da equipe no interior das comunidades inundadas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Próprio autor

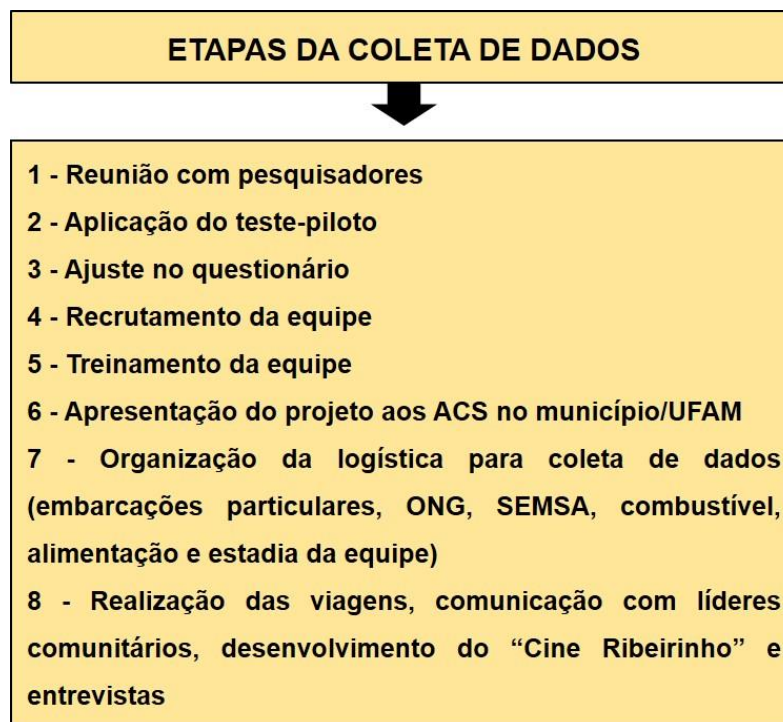
Para verificar o acesso à zona urbana do município e auxiliar a navegação, foi realizado o georreferenciamento das comunidades, utilizando como ponto de referência as igrejas ou centros comunitários de cada localidade.

Foi utilizado localizador GPS (*Global Positioning System*) Garmin eTrex 30, com precisão de 3,6 metros (margem de erro da posição exata). Adotou-se o sistema de coordenadas geográficas (Lat Long) e o DATUM WGS84.

Para determinar a distância das comunidades até a sede do município, considerou-se como referência na área urbana a Unidade Básica de Saúde destinada ao atendimento das populações ribeirinhas, sendo considerada a distância percorrida entre os dois pontos (trajeto nos rios). Após a etapa de campo, as coordenadas foram transferidas para computador. Os mapas foram elaborados com as coordenadas das comunidades, a partir do programa GPS TrackMaker, versão 13.9.

O sumário com as fases da coleta de dados e respectivas atividades desenvolvidas encontra-se ilustrado na Figura 9.

Figura 9 - Sumário com as etapas seguidas na coleta de dados.



Fonte: Próprio autor.

4.5.4 Questionário

A coleta de dados foi realizada utilizando-se questionário (Apêndice A) com as seguintes seções: (A) Caracterização dos ribeirinhos: aspectos socioeconômicos e demográficas; (B) Acesso aos serviços de saúde; (C) AUDIT (*Alcohol Use Disorder Identification Test*) adaptado para ribeirinhos; (D) Hábito tabagista; (E) Enfermidades autorelatadas; (F) Informações sobre o consumo de medicamentos.

(A) Caracterização dos ribeirinhos: aspectos socioeconômicos e demográficas

A seção “A” foi composta pelas informações de localização da comunidade, iniciais do nome, ano e local de nascimento, sexo, número de filhos, anos de escolaridade, saber ler ou escrever, número de indivíduos por domicílio, raça, renda

em reais, ocupação, número de cômodos na residência, tipo de transporte, tempo e distância para chegar a zona urbana e frequência de idas a zona urbana.

(B) Acesso aos serviços de saúde

A seção “B” foi constituída por questões relativas ao acesso aos serviços de saúde, considerando as seguintes variáveis: tipo de serviço e profissional de saúde que procura quando necessita, procura pelos serviços de saúde nos últimos 30 dias, tempo que levou para procurar o serviço de saúde em caso de doença, resolutividade do problema, tipo de transporte utilizado para chegar ao serviço de saúde, necessidade de acompanhamento de algum problema de saúde e sua resolutividade, necessidade de marcação de exames, consultas e aquisição de medicamentos pelos serviços públicos de saúde.

(C) AUDIT adaptado para ribeirinhos e (D) Hábito tabagista

As seções “C” e “D” foram compostas respectivamente pelo AUDIT adaptado para ribeirinhos e questões relativas ao fumo. O AUDIT foi adaptado e validado para populações ribeirinhas da Amazônia. O questionário é composto por 10 questões que auxiliam na identificação de quatro diferentes padrões de consumo de álcool: (1) uso de baixo risco (consumo que provavelmente não levará a problemas); (2) uso de risco (consumo que poderá levar a problemas); (3) uso nocivo (consumo que provavelmente já tenha levado a problemas); (4) provável dependência⁽⁶²⁾.

A caracterização dos fumantes ou ex-fumantes foi realizada por variáveis relativas ao tipo de tabaco utilizado e à quantidade utilizada. Para o estudo, foi considerado apenas o uso de álcool e tabaco (sim ou não).

(E) Enfermidades autorrelatadas

A seção “E” foi composta por informações relativas às enfermidades autorrelatadas: percepção do estado de saúde atual, problema de saúde nos últimos 30 dias e tipo de problema de saúde.

(F) Informações sobre o consumo de medicamentos

Esta seção foi baseada no questionário do inquérito sobre Saúde, bem-estar e envelhecimento – SABE⁽⁶³⁾.

Para a obtenção das informações acerca do consumo de medicamentos, foi solicitado quando possível, que os ribeirinhos apresentassem os locais onde guardavam os medicamentos nas residências, apresentação de prescrições conforme o caso e respectivos medicamentos utilizados, facilitando a identificação pela equipe do estudo.

As informações sobre o consumo de medicamentos foram obtidas com as seguintes variáveis: costume de usar medicamentos por conta própria, estoque de medicamentos na residência, local e características do local onde guarda o medicamento na residência, forma de identificação dos medicamentos, leitura de bula, verificação da validade dos medicamentos, uso de medicamentos vencidos, local em que despreza os frascos de medicamentos; uso de medicamentos caseiros nos últimos 30 dias, tipo de medicamento, motivo e indicação do uso de medicamentos caseiros; uso de medicamentos alopáticos nos últimos 30 dias, nome, tempo de uso, quem indicou, onde adquiriu e o motivo para que usou os medicamentos alopáticos.

4.5.5 Aspectos éticos

Respeitando as diretrizes para a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, contidas na Resolução nº 466 / 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (Anexo A).

Os ribeirinhos foram abordados em suas residências, convidados a participar do estudo. Os termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) foram disponibilizados e, aos que informaram dificuldades de leitura, os termos foram lidos pelos pesquisadores. Para assinatura do termo, foram disponibilizados tinteiros aos que não sabiam assinar para coletar as digitais dos polegares.

4.6 VARIÁVEIS DO ESTUDO

A variável dependente foi considerada como o uso de pelo menos um medicamento sem a prescrição médica ou de dentista, nos últimos 30 dias antecedentes às entrevistas. Para a identificação dessa variável, realizaram-se as seguintes perguntas:

- 1 - O sr.(a) tomou algum remédio nos últimos 30 dias?
- 2 - Qual o(s) nome(s) do(s) remédio(s) que está tomando ou tomou nos últimos 30 dias?
- 3 - Quem indicou o(s) remédio(s)?

Com base nas respostas obtidas, os participantes foram alocados em três grupos, a saber:

- 1 - os que consumiram exclusivamente medicamentos sem prescrição;
- 2 - os que consumiram apenas medicamentos prescritos;
- 3 - os que consumiram medicamentos prescritos e não prescritos;

As variáveis independentes foram apresentadas conforme o quadro abaixo (Quadro 3).

Quadro 3 - Variáveis independentes selecionadas no estudo. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

(continua)

Variáveis independentes	Categorização
Idade em anos	18 a 39; 40 a 59; 60 ou mais
Sexo	Masculino; feminino
Analfabeto	Sim; Não
Escolaridade (anos de estudo)	Não estudou; 1 a 4; 5 a 9; 10 ou mais
Estado conjugal	Vive só; vive acompanhado
Atividade laboral	Tipo de atividade
Renda familiar em salários mínimos - referente a abril de 2015 (R\$ 788,00)	< 1 salários; 1 a 2 salários; > 2 salários
Moradores por domicílio	1 a 5; \geq 6
Distância da comunidade à zona urbana do município (Km)	< 50; 50 a 100; > 100
Tempo para chegar à zona urbana do município (horas)	< 1; 1 a 4; > 4
Frequência de idas à zona urbana do município	Mais de uma vez por mês; apenas uma vez por mês; não costuma ir

(continuação)

Procurou serviço de saúde no último mês	Sim; não
Uso de bebida alcoólica	Sim; não
Hábito tabagista	Sim; não
Problema de saúde nos últimos 30 dias	Sim; não
Número de problemas de saúde	1 a 2; ≥ 3
Autopercepção da saúde	Muito boa/boa; regular; muito ruim/ruim
Uso de medicamentos alopáticos nos últimos 30 dias	Sim; não
Hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria	Sim; não
Costuma armazenar medicamentos na residência	Sim; não
Número de medicamentos consumidos	1; 2 a 4; ≥ 5
Uso de plantas medicinais	Sim; não

Fonte: Próprio autor.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

4.7.1 Classificação dos medicamentos

Os medicamentos alopáticos foram classificados por meio do sistema de Classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC), adotado pela OMS e recomendado nos estudos de utilização de medicamentos. O sistema de classificação permite padronização dos agrupamentos dos medicamentos possibilitando comparações entre os países, regiões e outras configurações de cuidados de saúde, e ainda permite comparar tendências do consumo de medicamentos ao longo do tempo e em diferentes contextos⁽⁶⁴⁾.

A estrutura de classificação da ATC é dividida em 5 níveis. O nível 1 é subdividido em 14 grupos anatômicos principais, codificados por letras (Quadro 4). O nível 2 corresponde aos subgrupos terapêuticos/farmacológicos. O nível 3 e 4 corresponde ao grupo terapêutico/farmacológico/químico e o nível 5, indica a substância química. Neste estudo, utilizamos os níveis 1, 2 e 5.

Quadro 4 - Grupos da classificação Anatômica - Terapêutica - Química - Farmacológica (nível 1).

(continua)

A	Trato alimentar e metabolismo
B	Sangue e órgãos formadores de sangue
C	Sistema cardiovascular
D	Dermatológico
G	Sistema geniturinário e hormônios sexuais
H	Preparações do sistema hormonal excluindo hormônios sexuais e insulina

(continuação)

J	Anti-infecciosos para uso sistêmico
L	Agentes antineoplásicos e imunomoduladores
M	Sistema musculoesquelético
N	Sistema nervoso
P	Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes
R	Sistema respiratório
S	Órgãos sensoriais
V	Vários

Fonte: http://www.whooc.no/atc/structure_and_principles/

4.7.2 Análise estatística

Os dados foram digitados a partir de uma máscara de inserção de dados no software SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 for Windows.

As variáveis qualitativas foram descritas por meio do cálculo de frequências absolutas e relativas; para as variáveis quantitativas, foram calculadas as medidas de tendência central e dispersão. Para análise bivariada dos dados, utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou exato de Fischer; para as variáveis categóricas, o teste t de Student ou de Wilcoxon-Mann-Whitney para as numéricas.

Na regressão logística binária multivariada, a variável dependente foi a automedicação avaliada pelo consumo de pelos menos um medicamento sem prescrição, comparando com o grupo uso exclusivo de medicamentos prescritos. As variáveis independentes que entraram no modelo foram aquelas com valor de ($p < 0,20$) no teste de Qui-quadrado.

As análises de regressão obedeceram a um modelo hierárquico, de modo que permaneceram no modelo aquelas com significância ($p < 0,05$) no ajuste com as outras variáveis pertencentes ao mesmo nível hierárquico.

Seguiu-se a seguinte ordem hierárquica: na primeira etapa foram incluídas as características socioeconômicas e demográficas. Na segunda, além das variáveis pertencentes ao primeiro bloco que mantiveram valor de ($p < 0,05$) após ajuste pelas demais do mesmo nível hierárquico, acrescentaram-se as variáveis de condição de saúde autorrelatada. Na terceira etapa, foram introduzidas as variáveis relativas ao acesso à zona urbana do município e na quarta etapa foram incluídas as variáveis de consumo de medicamentos.

O modelo final foi composto pelas variáveis que apresentaram um valor de ($p < 0,05$), quando ajustadas pelas variáveis do mesmo nível e dos níveis superiores. A qualidade de ajuste do modelo foi avaliada pelo teste de Hosmer e Lemeshow.

5

Resultados

5. RESULTADOS

Os resultados foram apresentados de acordo com os seguintes tópicos: caracterização das comunidades ribeirinhas e seus habitantes, análise dos grupos automedicação exclusiva, uso exclusivo de prescrição e automedicação mista. Por último, foram apresentados os resultados das análises do grupo automedicação, considerando o consumo de pelo menos um medicamento sem prescrição.

5.1 CARACTERÍSTICAS DAS COMUNIDADES RIBEIRINHAS E SEUS HABITANTES

Foram entrevistados 492 sujeitos em 277 domicílios nas 24 comunidades ribeirinhas visitadas. A região do Alto Solimões é a mais populosa do município (3.501 habitantes), e representa cerca de um quarto (22,2%) da amostra do estudo, com comunidades distantes em média 84,0 km da zona urbana de Coari.

A região rio Piorini apresentou grandes dificuldades de acesso e a comunidade de maior distância (N. Sra. de Fátima do Caió - 250,4 km). Esta região possui a segunda menor população entre as regiões do estudo (570 habitantes), atrás apenas, em termos populacionais, da região Codajás Mirim (289 habitantes). Esta última é a região menos abastada, uma espécie de canal que liga as regiões do rio Copeá e Piorini, que em períodos de seca, torna-se isolada geograficamente (Quadro 5).

Quadro 5 - Descrição espacial das comunidades ribeirinhas analisadas segundo a população por região e respectivo número de sujeitos entrevistados. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

(continua)

População por região e respectivas comunidades sorteadas	Distância até a zona urbana (Km)	Coordenadas GPS		Sujeitos n (%)
		Latitude Sul	Longitude Oeste	
Alto Solimões (N=3.368)				
Divino Esp. Sto. Ipixuna	106,6	03°51'40.0"	063°52'57.4"	25
Nossa Sra. do Cuanaru	58,4	03°51'36.9"	063°31'13.6"	19
São Francisco do Aranaí	32,8	03°55'43.1"	063°17'56.6"	13
Iracema	112,6	03°48'36.7"	063°59'05.7"	24
S. Seb. Água Branca	109,5	03°53'07.9"	063°52'30.1"	28

(continuação)

Distância média (km)	84,0			
Total de entrevistados				109 (22,2)
Médio Solimões (N=2.568)				
São Pedro do Tauana	15,5	03°57'02.1"	063°08'03.5"	29
N. Sra. P. S. Itapéua	13,3	04°03'31.8"	063°01'42.1"	25
S. José do Mato Grosso	15,6	03°59'08.6"	063°02'11.0"	8
Sta. M. do Igapó Grande	29,6	04°02'11.5"	063°01'02.7"	16
Distância média (km)	18,5			
Total de entrevistados				78 (15,9)
Baixo Solimões (N=2.226)				
Menino Deus I. do Julho	72,1	03°52'25.3"	062°38'34.1"	17
S. Antônio do Curutari	32,4	03°55'10.5"	062°55'27.7"	24
Vila Brasil	67,0	03°51'28.0"	062°36'53.2"	26
Distância média (km)	57,2			
Total de entrevistados				67 (13,6)
Lago do Mamiá (N=1.867)				
Colônia Adventista	27,7	04°02'18.9"	062°55'02.3"	22
S. Francisco do Laranjal	22,4	04°04'48.3"	062°57'48.9"	24
S. João do Campina	21,1	04°05'17.2"	063°00'39.1"	14
Distância média (km)	23,7			
Total de entrevistados				60 (12,2)
Rio Copeá (N=2.083)				
N. Sra. P. S. Boa Fé	78,5	03°40'11.7"	063°34'53.6"	28
Santa Terezinha	52,5	03°45'49.6"	063°23'59.9"	13
Vila Fernandes	62,3	03°42'52.0"	063°28'14.3"	27
Distância média (km)	64,4			
Total de entrevistados				68 (13,8)
Lago de Coari (N=2.431)				
S. Sebastião das Flores	47,6	04°16'56.9"	063°23'46.2"	18
São José da Boa Vista	37,6	04°12'49.5"	063°23'43.8"	15
São Tomé do Patuá	33,4	04°09'26.3"	063°23'57.1"	14
Divino E. S. do Izidório	10,7	04°06'08.9"	063°12'13.3"	31
Distância média (km)	32,3			
Total de entrevistados				78 (15,8)
Codajás Mirim (N=289)				
Dom Bosco	60,4	03°50'24.7"	063°06'32.7"	9
Distância média (km)	60,4			
Total de entrevistados				9 (1,8)
Rio Piorini (N=570)				
N. S. de Fátima do Caió	250,4	03°38'11.8"	063°12'04.5"	23
Distância média (km)	250,4			
Total de entrevistados				23 (4,7)
Total				492 (100,0)

Dentre as 24 comunidades ribeirinhas, 12,5% possuem telefone público em funcionamento, 25% possuem energia elétrica fornecida pela distribuidora local e 16,7% possuem transporte (lancha) para uso comunitário, segundo os líderes comunitários.

Em relação às características das habitações, a disponibilidade de energia elétrica contínua (fornecedora de energia local) nas residências é limitada (27,4%), e o uso de geradores movidos a gasolina ou diesel é frequente (72,6%). Cerca da metade das casas tem de um a três cômodos (50,2%), a água captada para consumo na maioria das residências é adquirida diretamente dos rios e lagos (64,7%) e 72,2% dos ribeirinhos utilizam hipoclorito para o tratamento (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição dos sujeitos segundo as características da habitação. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas a habitação	Ribeirinhos N=492	
	N	%
Procedência da energia elétrica		
Fornecedora de energia local	135	27,4
Gerador de energia	357	72,6
Número de cômodos por residência		
1 a 3	247	50,2
4 ou mais	245	49,8
Procedência da água para consumo		
Rio	211	42,9
Poço	127	25,8
Lago	107	21,8
Chuva	47	9,5
Tratamento da água[†]		
Sim	355	72,2
Não	137	27,8
Rádio		
Sim	294	59,8
Não	198	40,2
Televisão		
Sim	363	73,8
Não	129	26,2
Celular		
Sim	239	48,6
Não	253	51,4

[†]Tratamento da água: uso de hipoclorito

Em relação ao acesso ao município, cerca da metade dos ribeirinhos navega menos de 50 km de sua comunidade até a zona urbana (51,4%), costuma levar cerca de uma a quatro horas de deslocamento para acessar o município (51,0%) e o número de visitas à sede municipal para a maioria dos ribeirinhos ocorre mensalmente (62,2%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos sujeitos segundo variáveis relativas ao acesso à zona urbana do município. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas ao acesso à zona urbana	Ribeirinhos	
	N=492	
	N	%
Distância da comunidade à zona urbana (km)		
< 50	253	51,4
50 a 100	139	28,3
> 100	100	20,3
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora)		
< 1	54	11,0
1 a 4	251	51,0
> 4	187	38,0
Frequência de idas à zona urbana		
Mais de uma vez por mês [†]	151	30,7
Apenas uma vez por mês	306	62,2
Não costumo ir	35	7,1

[†]Mais de uma vez por mês: todos os dias; até 3 vezes por semana; 1 vez por semana; 1 vez por quinzena

Dentre os ribeirinhos, a maioria pertencia ao sexo feminino (53,0%), eram adultos (88,6%), possuíam baixa escolaridade (58,8%) e apresentavam como atividade econômica a pesca e agricultura (63,2%). Quase a metade dos ribeirinhos apresentaram renda familiar inferior a um salário mínimo (41,7%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos sujeitos segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas aos aspectos socioeconômicas e demográficas	Ribeirinhos N=492	
	N	%
Sexo		
Masculino	231	47,0
Feminino	261	53,0
Idade (anos)		
18 a 39	287	58,3
40 a 59	149	30,3
≥ 60	56	11,4
Raça		
Parda	438	89,0
Branca	28	5,7
Negra	14	2,9
Amarela	6	1,2
Indígena	6	1,2
Religião		
Católico	322	65,4
Evangélico	153	31,1
Outras	17	3,5
Estado conjugal		
Vive só	94	19,1
Vive acompanhado	398	80,9
Analfabeto		
Sim	109	22,2
Não	383	77,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Não estudou	48	9,7
1 a 4	146	29,7
5 a 9	143	29,1
≥ 10	155	31,5
Atividade laboral		
Não exerce atividade	103	20,9
Agricultura e pesca	311	63,2
Funcionário público [†]	59	12,0
Outras	19	3,9
Renda familiar mensal (SM)^{††}		
< 1	205	41,7
1 a 2	195	39,6
> 2	92	18,7
Moradores por domicílio		
1 a 5	246	50,0
≥ 6	246	50,0

[†]funcionário público: professor, agente comunitário de saúde e merendeira; ^{††}SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00)

Quanto às condições de saúde, quase a metade dos ribeirinhos avaliou a saúde como muito boa ou boa (47,8%), a maioria relatou problemas de saúde (77,4%) e 70,8% não procurou os serviços de saúde nos últimos 30 dias. O consumo de medicamentos alopáticos foi elevado (70,3%), assim como o relato sobre o hábito do consumo sem prescrição (83,3%). Houve o registro do consumo de plantas medicinais (44,3%) (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição dos sujeitos segundo variáveis relativas à condição de saúde autorelatada e consumo de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas a condição de saúde autorelatada e consumo de medicamentos	Ribeirinhos N=492	
	N	%
Autopercepção da saúde		
Muito boa/boa	235	47,8
Regular	214	43,5
Muito ruim/ruim	43	8,7
Problema de saúde		
Sim	381	77,4
Não	111	22,6
Uso de bebida alcoólica		
Sim	147	29,9
Não	345	70,1
Fuma		
Sim	164	33,3
Não	328	66,7
Procurou serviço de saúde no último mês		
Sim	124	25,2
Não	368	74,8
Uso de medicamentos alopáticos		
Sim	346	70,3
Não	146	29,7
Hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria		
Sim	410	83,3
Não	82	16,7
Consumo de plantas medicinais		
Sim	218	44,3
Não	274	55,7

Em relação aos hábitos de consumo de medicamentos, quase a totalidade dos ribeirinhos armazenavam medicamentos nas residências (90,9%) e 78,5% costumavam ler ou pedir a alguém para ler a bula dos medicamentos.

O principal motivo que levou ao consumo de medicamentos alopáticos foi a dor em geral (45,2%). Dentre os problemas álgicos relatados, destacaram-se a dor de cabeça (56,6%), seguida de dores nas costas (32,2%), dores musculares (4,0%), dores nas articulações (3,6%) e dores abdominais (3,6%). As doenças crônicas como hipertensão arterial, diabetes e reumatismo totalizaram (11,0%). Dentre os problemas gastrointestinais, destacaram-se diarreia (32,7%), gastrite (28,6%), azia (22,4%) e vômito (16,3%). A gripe e sintomas relacionados (febre e tosse) totalizaram 12,2% dos motivos citados (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição dos motivos que levaram ao uso de medicamentos pelos ribeirinhos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas os motivos de saúde	n=550	%
Dor em geral	249	45,2
Hipertensão arterial	52	9,5
Problemas gastrointestinais	49	8,9
Gripe	41	7,5
Infecção do trato urinário	37	6,7
Anemia	36	6,6
Inflamação	35	6,4
Febre	21	3,8
Contracepção	6	1,1
Diabetes	6	1,1
Tosse	5	0,9
Verminoses	4	0,7
Osteoporose	4	0,7
Alergia	3	0,5
Reumatismo	2	0,4

Os entrevistados apresentaram média de idade de 38,3 (DP=15,6) anos, escolaridade de 8,1 (DP=4,7) anos de estudos e a renda média familiar mensal de 1,4 (DP=1,4) salários mínimos. A distância média das comunidades até a zona urbana foi de 60,4 Km (DP=53,7) e tempo médio gasto para acessar o município foi de 4,2 (DP=3,3) horas (Tabela 6).

Tabela 6 - Estatística descritiva de variáveis quantitativas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

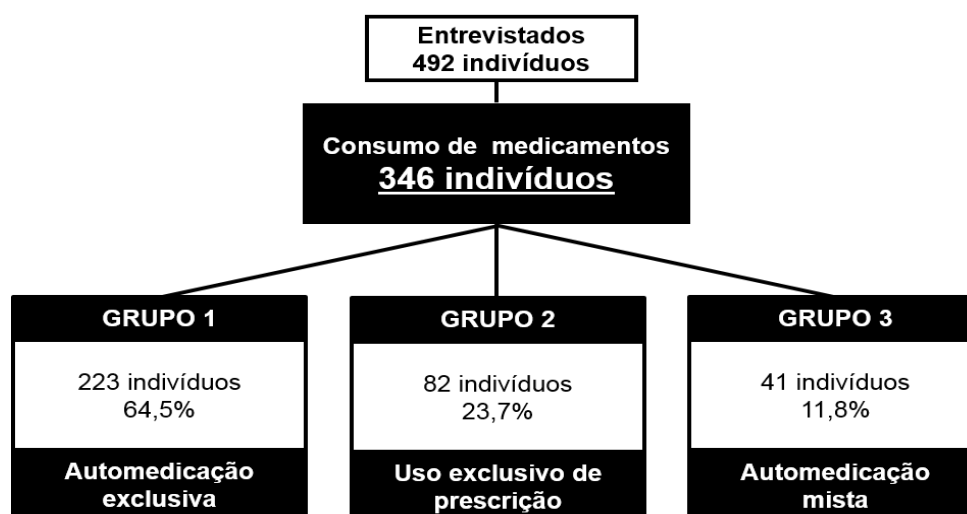
Variáveis quantitativas	Média (DP) [†]	Mediana	Mín-Máx
Idade (anos)	38,8 (15,6)	36	18-92
Escolaridade (anos de estudo)	8,1 (4,7)	8	0-16
Renda familiar mensal (SM) ^{††}	1,4 (1,4)	1	0,3-10
Moradores por domicílio	5,8 (2,6)	5,5	1-13
Número de problemas de saúde	1,1 (0,3)	1	1-6
Distância da comunidade à zona urbana (km)	60,4 (53,7)	47,6	10,7-250,4
Tempo da comunidade à zona urbana (horas)	4,2 (3,3)	3,5	0,2-24

[†]DP: desvio padrão; ^{††}SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00)

5.2 GRUPOS CONSUMIDORES DE MEDICAMENTOS, MEDICAMENTOS CONSUMIDOS E FATORES ASSOCIADOS

Dentre os 492 sujeitos entrevistados, 346 (70,3%) relataram uso de medicamentos. Entre esses, prevaleceu a prática da automedicação exclusiva (64,5%) (Figura 10).

Figura 10 - Distribuição dos sujeitos que consumiram medicamentos segundo a modalidade de consumo. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Fonte: Próprio autor

Houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que consumiram medicamentos quanto à variável idade ($p=0,005$) (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos grupos de sujeitos que consumiram medicamentos segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas aos aspectos socioeconômicas e demográficas	Modalidade de consumo			Valor de p^{\dagger}
	Automedicação exclusiva n=223 (%)	Uso exclusivo de prescrição n=82 (%)	Automedicação mista n=41 (%)	
Sexo				
Masculino	102(70,8)	26(18,1)	16(11,1)	0,083
Feminino	121(59,9)	56(27,7)	25(12,4)	
Idade (anos)				
18 a 39	143(73,0)	34(17,3)	19(9,7)	0,005
40 a 59	58(53,2)	34(31,2)	17(15,6)	
≥ 60	22(53,7)	14(34,1)	5(12,2)	
Estado conjugal				
Vive só	40(64,5)	17(27,4)	5(8,1)	0,508
Vive acompanhado	183(64,4)	65(22,9)	36(12,7)	
Analfabeto				
Sim	45(61,6)	17(23,3)	11(15,1)	0,629
Não	178(65,2)	65(23,8)	30(11,0)	
Escolaridade (anos de estudo)				
Não estudou	23(69,7)	7(21,2)	3(9,1)	0,820
1 a 4	61(59,8)	25(24,5)	16(15,7)	
5 a 9	63(63,6)	25(25,3)	11(11,1)	
≥ 10	76(67,9)	25(22,3)	11(9,8)	
Renda familiar mensal (SM)^{††}				
< 1	83(61,9)	39(29,1)	12(9,0)	0,223
1 a 2	96(68,1)	28(19,9)	17(12,0)	
> 2	44(62,0)	15(21,1)	12(16,9)	
Moradores por domicílio				
1 a 5	98(59,4)	45(27,3)	22(13,3)	0,171
≥ 6	125(69,1)	37(20,4)	19(10,5)	

[†]Teste do Qui-quadrado (< 0,050); ^{††}SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00)

A tabela 8, indicou haver diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que consumiram medicamentos quanto às variáveis distância ($p=0,048$) e tempo gasto ($p=0,005$) para acessar a zona urbana do município.

Tabela 8 - Distribuição dos grupos de sujeitos que consumiram medicamentos segundo variáveis relativas ao acesso à zona urbana do município. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas ao acesso à zona urbana	Modalidade de consumo			Valor de p [†]
	Automedicação exclusiva	Uso exclusivo de prescrição	Automedicação mista	
	n=223 (%)	n=82 (%)	n=41 (%)	
Distância da comunidade à zona urbana (km)				
< 50	104(61,2)	49(28,8)	17(10,0)	0,048
50 a 100	67(67,0)	23(23,0)	10(10,0)	
> 100	52(68,4)	10(13,2)	14(18,4)	
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora)				
< 1	18(48,7)	17(45,9)	2(5,4)	0,005
1 a 4	111(63,8)	43(24,7)	20(11,5)	
> de 4	94(69,6)	22(16,3)	19(14,1)	
Frequência de idas à zona urbana^{††}				
> de uma vez por mês	62(58,5)	30(28,3)	14(13,2)	0,428
Uma vez por mês	143(66,2)	47(21,8)	26(12,0)	
Não costumar ir	18(75,0)	5(20,8)	1(4,2)	

[†]Teste do Qui-quadrado (< 0,050); ^{††}Mais de uma vez por mês: todos os dias; até 3 vezes por semana; 1 vez por semana; 1 vez por quinzena

Houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos que consumiram medicamentos quanto às variáveis autopercepção da saúde (p=0,001), procura por serviços de saúde (p=0,001), hábito de utilizar medicamentos sem prescrição (p=0,001) e número de medicamentos utilizados (p=0,001) (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição dos grupos de sujeitos que consumiram medicamentos segundo variáveis relativas à condição de saúde autorelatada e consumo de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas a condição de saúde autorelatada e consumo de medicamentos	Modalidade de consumo			Valor de p [†]
	Automedicação exclusiva n=223 (%)	Uso exclusivo de prescrição n=82 (%)	Automedicação mista n=41 (%)	
Autopercepção da saúde				
Muito boa/boa	114(76,0)	27(18,0)	9(6,0)	0,001
Regular	96(59,3)	48(29,6)	18(11,1)	
Muito ruim/ruim	13(38,2)	7(20,6)	14(41,2)	
Problema de saúde				
Sim	190(64,2)	68(23,0)	38(12,8)	0,339
Não	33(66,0)	14(28,0)	3(6,0)	
Uso de bebida alcoólica				
Sim	66(75,0)	14(15,9)	8(9,1)	0,055
Não	157(60,9)	68(26,4)	33(12,8)	
Fuma				
Sim	67(59,8)	33(29,5)	12(10,7)	0,217
Não	156(66,7)	49(20,9)	29(12,4)	
Procurou serviço de saúde no último mês				
Sim	41(39,8)	40(38,8)	22(21,4)	0,001
Não	182(74,9)	42(17,3)	19(7,8)	
Hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria				
Sim	208(68,2)	61(20,0)	36(11,8)	0,001
Não	15(36,6)	21(51,2)	5(12,2)	
Número de medicamentos utilizados				
1	160(76,6)	49(23,4)	---	0,001
2 a 4	60(46,5)	32(24,8)	37(28,7)	

[†]Teste do Qui-quadrado (< 0,050);

Entre os grupos consumidores de medicamentos, o de uso exclusivo de medicamentos prescritos apresentou a maior média de idade (44,1; DP 17,4; p=0,001), a média da renda familiar foi maior no grupo automedicação mista (2; DP 2; p=0,029), assim como a distância da comunidade à zona urbana (80,6; DP 75,3; p=0,006), tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (5,2; DP 4,7; p=0,010) e número de medicamentos (2,9; DP 0,9; p=0,001), conforme apresentado na Tabela 10.

Tabela 10 - Estatística descritiva das variáveis quantitativas dos grupos consumidores de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

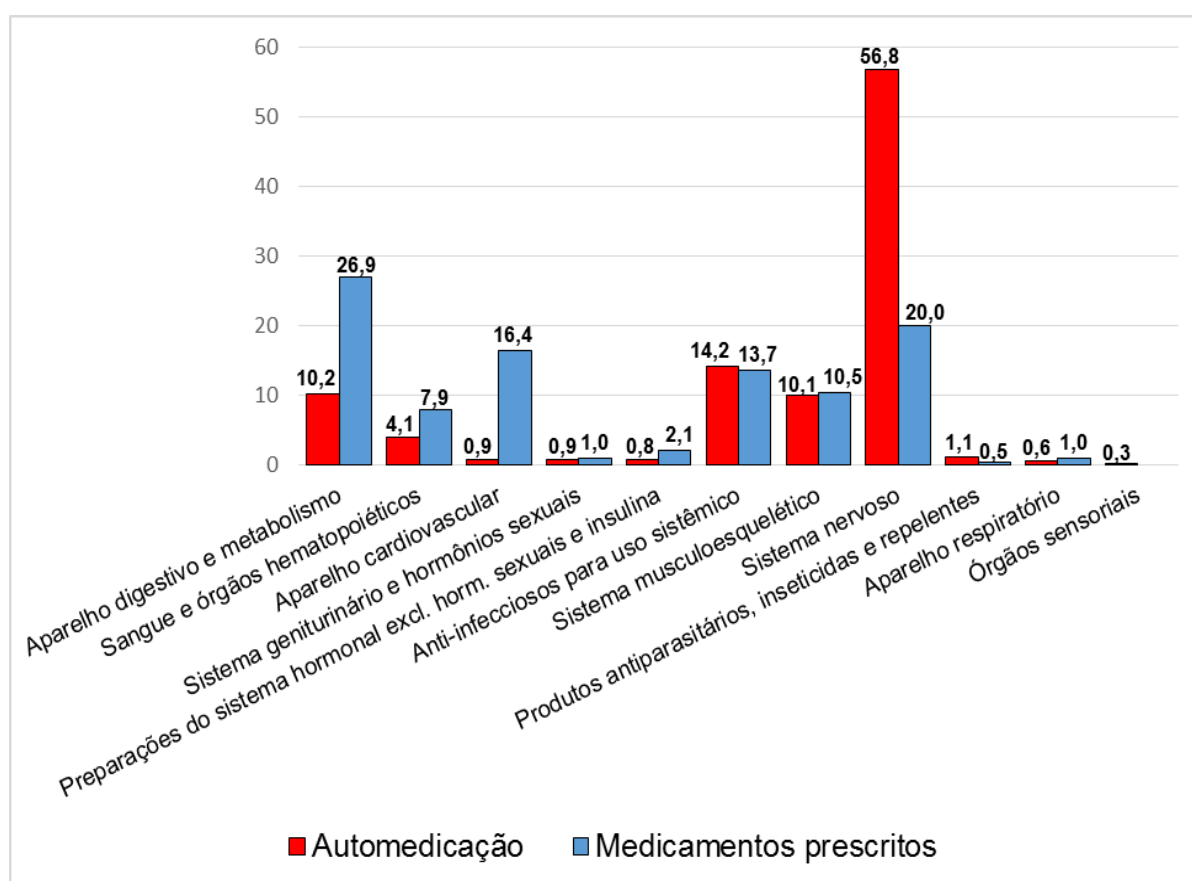
Variáveis quantitativas	Modalidade de consumo						Valor de p [†]
	Automedicação exclusiva		Uso exclusivo de prescrição		Automedicação mista		
	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	Média (DP)	Mediana (Mín-Máx)	
Idade (anos) n=346	36,7 (15,0)	34 18-86	44,1 (17,4)	43 18-92	42,5 (14,6)	41 20-75	0,001
Escolaridade (anos de estudo) n=346	7,5 (4,3)	7,5 1-15	7,2 (4)	6 1-15	6,8 (4,7)	5 1-15	0,599
Rendar familiar mensal (SM)^{††} n=346	1,5 (1,6)	1,1 0,1-10,1	1,2 (0,9)	1 0,2-5,7	2 (2)	1,3 0,4-10,1	0,029
Distância da comunidade à zona urbana (km) n=346	66,4 (56,6)	58,4 10,8-250,4	47,9 (45,4)	32,5 10,8-250,4	80,6 (75,3)	58,4 10,8-250,4	0,006
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora) n=346	4,6 (3,6)	4 1-26	3,3 (2,7)	3 0,1-18	5,2 (4,7)	4 1-26	0,010
Número de medicamentos utilizados n=346	1,4 (0,7)	1 1-6	1,6 (0,8)	1 1-4	2,9 (0,9)	2 1-5	0,001

[†]Anova (< 0,050); ^{††}SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00)

Foram utilizados 70 medicamentos diferentes, os quais foram consumidos em 550 ocasiões, 360 (65,4%) pela prática da automedicação e 190 (34,6%) prescritos.

Os medicamentos mais consumidos na modalidade automedicação foram classificados no grupo do sistema nervoso (37,5%), seguidos pelos anti-infecciosos de uso sistêmico (14,2%) e os utilizados no aparelho digestivo e metabolismo (10,2%). Na modalidade consumo prescrito, destacaram-se os medicamentos classificados no aparelho digestivo e metabolismo (26,9%), sistema nervoso (20,0%) e aparelho cardiovascular (16,4%) (Gráfico 1).

Gráfico 1 - Distribuição dos medicamentos segundo modalidade de consumo e nível anatômico principal ATC-Nível 1. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



As substâncias químicas mais consumidas em ambas modalidades de consumo foram, respectivamente, a dipirona sódica com 20,3% e 7,9%, seguida pelo paracetamol com 20,1% e 7,5% (Tabela 11).

Tabela 11 - Distribuição dos medicamentos segundo modalidade de consumo e substância química ATC-Nível 5. Coari, Amazonas, Brasil, 2015. (continua)

Substância química - ATC - nível 5	Modalidade de consumo	
	Automedicação exclusiva	Medicamentos prescritos
	n=360 (%)	n=190 (%)
Dipirona sódica	73 (20,3)	15 (7,9)
Paracetamol	74 (20,1)	14 (7,4)
Paracetamol, combinado excluindo os psicodélicos	58 (16,1)	6 (3,2)
Diclofenaco	21 (5,8)	8 (4,2)
Ácido acetilsalicílico	19 (5,2)	9 (4,8)
Amoxicilina	17 (4,7)	4 (2,1)
Ibuprofeno	11 (3,1)	8 (4,2)
Tetraciclina	10 (2,8)	---
Ampicilina	8 (2,2)	3 (1,6)
Sulfadiazina	7 (1,9)	1 (0,5)
Vitamina do complexo B	6 (1,6)	6 (3,2)
Sulfato ferroso	5 (1,4)	8 (4,2)
Cefalexina	4 (1,1)	7 (3,7)
Ácido fólico	4 (1,1)	1 (0,5)
Omeprazol	4 (1,1)	12 (6,4)
Albendazol	3 (0,8)	---
Levonorgestrel e etinilestradiol	3 (0,8)	4 (2,1)
Cálcio glicerofosfato	2 (0,6)	1 (0,5)
Captopril	2 (0,6)	10 (5,3)
Carbonato de cálcio	2 (0,6)	---
Ciclobenzaprina	2 (0,6)	1 (0,5)
Loperamida	2 (0,6)	3 (1,6)
Prednisolona	2 (0,6)	1 (0,5)
Sulfametoxazol	2 (0,6)	---
Sulfato de magnésio	2 (0,6)	---
Ácido ascórbico	1 (0,3)	---
Azitromicina	1 (0,3)	---
Benzocaína	1 (0,3)	---
Ambroxol	1 (0,3)	1 (0,5)
Betametasona	1 (0,3)	---
Dexametasona	1 (0,3)	---
Dexclorfeniramina	1 (0,3)	---
Hidróxido de alumínio	1 (0,3)	3 (1,6)
Mebendazol	1 (0,3)	---
Metenamina	1 (0,3)	---
Metoclopramida	1 (0,3)	1 (0,5)
Naproxeno	1 (0,3)	---

		(continuação)
Nimesulida	1 (0,3)	2 (1,1)
Ômega 3 incluindo outros ésteres e ácidos	1 (0,3)	---
Penicilina de largo espectro	1 (0,3)	2 (1,1)
Prometazina	1 (0,3)	---
Ranitidina	1 (0,3)	4 (2,1)
Anlodipino	---	1 (0,5)
Atenolol	---	2 (1,1)
Bromoprida	---	1 (0,5)
Cálcio, combinado com vitamina D e outras substâncias	---	1 (0,5)
Carvedilol	---	1 (0,5)
Cetoconazol	---	1 (0,5)
Cetoprofeno	---	1 (0,5)
Ciprofloxacino	---	4 (2,1)
Complexo aminoácido ferroso	---	1 (0,3)
Diazepam	---	1 (0,5)
Dicicloverina	---	2 (1,1)
Domperidona	---	1 (0,5)
Enalapril	---	1 (0,5)
Fluoxetina	---	1 (0,5)
Glibenclamida	---	4 (2,1)
Hidroclorotiazida	---	4 (2,1)
Levodopa	---	1 (0,5)
Losartana	---	9 (4,8)
Metformina	---	2 (1,1)
Metronidazol	---	1 (0,5)
Multivitaminas combinadas	---	1 (0,5)
Nifedipino	---	2 (1,1)
Norfloxacino	---	4 (2,1)
Salbutamol	---	1 (0,5)
Scopolamina	---	1 (0,5)
Secnidazol	---	1 (0,5)
Simvastatina	---	4 (2,1)
Spironolactona	---	1 (0,5)
Total	360 (100,0)	190 (100,0)

Os medicamentos mais consumidos nas modalidades de consumo automedicação exclusiva e medicamentos prescritos foram respectivamente os analgésicos com 57,5% e 19,0%, seguidos pelos antibacterianos de uso sistêmico com 13,0% e 12,1%, e produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos com 9,4% e 10,0%, conforme apresentado na Tabela 12.

Tabela 12 - Distribuição dos medicamentos segundo modalidade de consumo e subgrupo terapêutico/farmacológico ATC-Nível 2. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Subgrupo terapêutico/farmacológico - ATC - nível 2	Modalidade de consumo	
	Automedicação exclusiva n=360 (%)	Medicamentos prescritos n=190 (%)
Analgésicos	207 (57,5)	36 (19,0)
Antibacterianos de uso sistêmico	47 (13,0)	23 (12,1)
Produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos	34 (9,4)	19 (10,0)
Agentes antitrombóticos	19 (5,2)	9 (4,7)
Preparativos antianêmicos	10 (2,7)	9 (4,7)
Medicamentos para distúrbios ácidos	8 (2,2)	19 (10,0)
Vitaminas	7 (1,9)	7 (3,7)
Anti-helmínticos	4 (1,1)	---
Corticosteróides de uso sistêmico	3 (0,8)	1 (0,5)
Hormônios e moduladores do sistema genital	3 (0,8)	4 (2,1)
Relaxantes musculares	2 (0,6)	1 (0,5)
Suplementos minerais	2 (0,6)	2 (1,1)
Agentes intestinais, antidiarreico, anti- inflamatórios/anti-infecciosos	2 (0,6)	3 (1,6)
Medicamentos para a constipação	2 (0,6)	---
Agentes que atuam no sistema renina- angiotensina	2 (0,6)	20 (10,6)
Antipruriginosos, incluindo anti-histamínicos, anestésicos, outros	2 (0,6)	---
Agentes modificadores de lipídios	1 (0,3)	4 (2,1)
Antifúngicos para uso dermatológico	1 (0,3)	3 (1,6)
Anti-histamínicos para uso sistêmico	1 (0,3)	---
Medicamentos para disfunções gastrintestinais	1 (0,3)	5 (2,6)
Oftalmológico	1 (0,3)	---
Preparativos para tosse e resfriado	1 (0,3)	1 (0,5)
Antiparkinsonianos	---	1 (0,5)
Antiprotozoários	---	2 (1,1)
Antieméticos	---	1 (0,5)
Bloqueadores dos canais de cálcio	---	3 (1,6)
Diuréticos	---	5 (2,6)
Psicoanalépticos	---	1 (0,5)
Psicolépticos	---	1 (0,5)
Agentes betabloqueadores	---	3 (1,6)
Medicamentos para doenças obstrutivas das vias respiratórias	---	1 (0,5)
Medicamentos utilizados na diabetes	---	6 (3,2)
Total	360 (100,0)	190 (100,0)

Foi constatado o consumo de formulações contendo a mesma substância química (parecetamol + paracetamol) (3,5%).

As variáveis que apresentaram associações independentes com a automedicação no modelo final da regressão foram o sexo masculino (OR=2,20; IC=1,21-4,01); idade entre 18 a 39 anos (OR=2,50; IC=1,06-5,91); não ter procurado pelo serviço de saúde no último mês (OR=2,90; IC=1,66-5,09); tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana entre 1 a 4 horas (OR=2,84; IC=1,26-6,41) e maior que 4 horas (OR=5,27; IC=2,18-12,74); hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria (OR=3,14; IC=1,49-6,61) (Tabela 13).

Tabela 13 - Análise de regressão logística dos fatores associados a automedicação entre ribeirinhos. Coari, Amazonas, 2015.

(continua)

Variáveis	OR (IC95%)	p-Valor
Primeira Etapa[†]		
Sexo		0,004
Masculino	2,28(1,30-4,02)	
Feminino	1,0	
Idade (anos)		0,001
18 a 39	3,44 (1,52-7,77)	
40 a 59	1,40 (0,62-3,16)	
≥ 60	1,0	
Moradores por domicílio		0,291
1 a 5	1,0	
≥ 6	1,32(0,78-2,22)	
Renda familiar mensal (SM)[‡]		0,110
< 1	1,0	
1 a 2	1,67(0,93-2,97)	
≥ 3	1,89(0,91-3,93)	
Segunda Etapa^{††}		
Sexo		0,014
Masculino	2,14(1,16-3,93)	
Feminino	1,0	
Idade (anos)		0,020
18 a 39	2,57(1,03-6,44)	
40 a 59	1,09(0,46-2,59)	
≥ 60	1,0	
Autopercepção da saúde		0,038
Muito boa/boa	1,52(0,85-2,74)	
Regular	1,0	
Muito ruim/ruim	3,38(1,23-9,27)	
Uso de bebida alcoólica		0,051
Sim	2,06(0,99-4,28)	
Não	1,0	

		(continuação)
Fuma		0,086
Sim	1,0	
Não	1,75(0,92-3,32)	
Procurou serviço de saúde no último mês		0,001
Sim	1,0	
Não	3,72(2,10-6,60)	
Terceira Etapa^{†††}		
Sexo		0,011
Masculino	2,19(1,20-4,01)	
Feminino	1,0	
Idade (anos)		0,001
18 a 39	3,44(1,42-8,31)	
40 a 59	1,17(0,49-2,79)	
≥ 60	1,0	
Autopercepção da saúde		0,026
Muito boa/boa	1,64(0,91-2,97)	
Regular	1,0	
Muito ruim/ruim	3,58(1,27-10,02)	
Procurou serviço de saúde no último mês		0,001
Sim	1,0	
Não	3,83(2,14-6,87)	
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora)		0,013
< 1	1,0	
1 a 4	3,17(1,38-7,26)	
> 4	5,57(1,53-20,25)	
Distância da comunidade à zona urbana (km)		0,504
< 50 km	1,0	
50 a 100	0,77(0,33-1,82)	
> 100	1,30(0,36-4,68)	
Quarta Etapa^{††††}		
Sexo		0,007
Masculino	2,32(1,25-4,29)	
Feminino	1,0	
Idade (anos)		0,002
18 a 39	2,92(1,18-7,23)	
40 a 59	1,01(0,41-2,45)	
≥ 60	1,0	
Autopercepção da saúde		0,057
Muito boa/boa	1,59(0,87-2,90)	
Regular	1,0	
Muito ruim/ruim	3,11(1,10-8,81)	
Procurou serviço de saúde		0,001
Sim	1,0	
Não	3,35(1,87-6,02)	

		(continuação)
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora)		0,002
< 1	1,0	
1 a 4	2,76(1,21-6,31)	
> 4	5,06(2,06-12,39)	
Hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria		0,016
Sim	2,59(1,19-5,62)	
Não	1,0	
Estoca medicamentos na residência		0,414
Sim	1,68(0,48-5,90)	
Não	1,0	
Modelo Final		
Sexo		0,009
Masculino	2,20(1,21-4,01)	
Feminino	1,0	
Idade (anos)		0,003
18 a 39	2,50(1,06-5,91)	
40 a 59	0,92(0,39-2,18)	
≥ 60	1,0	
Procurou serviço de saúde		0,001
Sim	1,0	
Não	2,90(1,66-5,09)	
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora)		0,001
< 1	1,0	
1 a 4	2,84(1,26-6,41)	
> 4	5,27(2,18-12,74)	
Hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria		0,003
Sim	3,14(1,49-6,61)	
Não	1,0	

†Primeira etapa: Ajustada pelas variáveis socioeconômicas e demográficas; ††Segunda etapa: ajustada pelas variáveis anteriores ($p < 0,05$) e as de condição de saúde autorelatada; †††Terceira etapa: ajustada pelas variáveis anteriores ($p < 0,05$) e as de acesso à zona urbana do município; ††††Quarta etapa: ajustada pelas variáveis anteriores ($p < 0,05$) e as de consumo de medicamentos; †SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00); teste Hosmer e Lemeshow = 0,770

5.3 GRUPO AUTOMEDICAÇÃO (AUTOMEDICAÇÃO EXCLUSIVA E AUTOMEDICAÇÃO MISTA)

Dentre os 346 ribeirinhos que consumiram medicamentos, 76,3% praticaram a automedicação considerando o uso de pelo menos um medicamento sem prescrição.

Esta prática prevaleceu entre as mulheres (55,3%), idade entre 18 a 39 anos (61,4%), sujeitos que vivem sem companhia (83,0%), com até nove anos de estudos (57,2%) e entre os que vivem com seis ou mais pessoas no domicílio (Tabela 14).

Tabela 14 - Distribuição dos sujeitos que praticaram automedicação segundo variáveis socioeconômicas e demográficas. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas aos aspectos socioeconômicas e demográficas	Automedicação N=264	
	N	%
Sexo		
Masculino	118	44,7
Feminino	146	55,3
Idade (anos)		
18 a 39	162	61,4
40 a 59	75	28,4
≥ 60	27	10,2
Estado conjugal		
Vive só	45	17,0
Vive acompanhado	219	83,0
Analfabeto		
Sim	56	21,2
Não	208	78,8
Escolaridade (anos de estudo)		
Não estudou	26	9,8
1 a 4	77	29,2
5 a 9	74	28,0
≥ 10	87	33,0
Rendrar familiar mensal (SM)[†]		
< 1	95	36,0
1 a 2	113	42,8
> 2	56	21,2
Moradores por domicílio		
1 a 5	120	45,5
≥ 6	144	54,5

[†]SM: salário mínimo referente a abril de 2015 (R\$ 788,00)

A prática da automedicação prevaleceu entre os ribeirinhos que costumam percorrer mais de 50 km (54,2%) e costumam ir apenas uma vez por mês à zona urbana do município (64,0%). Em relação à saúde autorrelatada, a prática da automedicação prevaleceu entre os sujeitos que não relataram problemas de saúde (86,4%) e que não procuraram os serviços de saúde (76,1%) (Tabelas 15 e 16).

Tabela 15 - Distribuição dos sujeitos que praticaram a automedicação segundo variáveis relativas ao acesso à zona urbana do município. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas ao acesso à zona urbana	Automedicação N=264	
	n	%
Distância da comunidade à zona urbana (km)		
< 50	121	45,8
50 a 100	77	29,2
> 100	66	25,0
Tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana (hora)		
< 1	20	7,6
1 a 4	131	49,6
> 4	113	42,8
Frequência de idas à zona urbana		
Mais de uma vez por mês [†]	76	28,8
Apenas uma vez por mês	169	64,0
Não costumo ir	19	7,2

[†]Mais de uma vez por mês: todos os dias; até 3 vezes por semana; 1 vez por semana; 1 vez por quinzena

Tabela 16 - Distribuição dos sujeitos que praticaram a automedicação segundo variáveis relativas à condição de saúde autorelatada. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas a condição de saúde autorelatada	Automedicação N=264	
	n	%
Autopercepção da saúde		
Muito boa/boa	123	46,6
Regular	114	43,2
Muito ruim/ruim	27	10,2
Problema de saúde		
Sim	228	86,4
Não	36	13,6
Uso de bebida alcoólica		
Sim	74	28,0
Não	190	72,0
Fuma		
Sim	79	29,9
Não	185	70,1
Procurou serviço de saúde no último mês		
Sim	63	23,9
Não	201	76,1

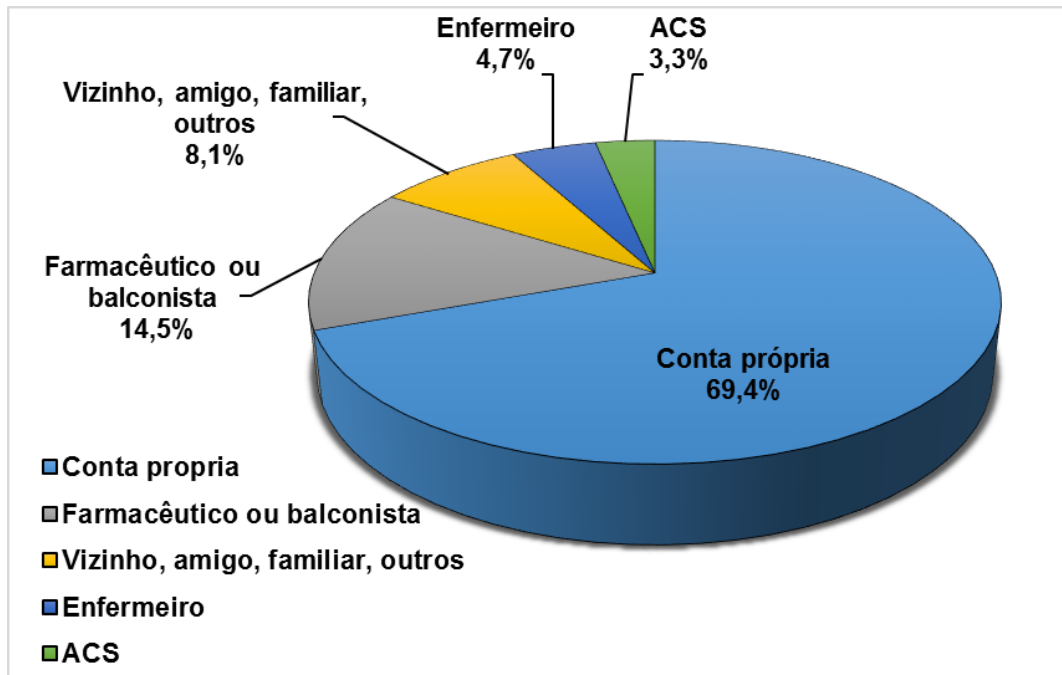
Em relação aos hábitos de consumo de medicamentos, os sujeitos que praticaram a automedicação com maior frequência relataram usar habitualmente medicamentos sem prescrição (92,4%), consumiram pelo menos um medicamento (60,6%), costumam armazenar medicamentos nas residências (96,2%), costumam ler ou solicitar a leitura das bulas a terceiros (75,0%) e 86,0% verificaram os prazos de validade dos medicamentos (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição dos sujeitos que praticaram automedicação segundo variáveis relativas aos hábitos de consumo de medicamentos. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Variáveis relativas aos hábitos de consumo de medicamentos	Automedicação N=264	
	n	%
Hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria		
Sim	244	92,4
Não	20	7,6
Número de medicamentos utilizados		
1	160	60,6
2 a 4	97	36,7
5 ou mais	7	2,7
Armazena medicamentos na residência		
Sim	254	96,2
Não	10	3,8
Forma de identificar os medicamentos para consumo		
Pelo nome	232	87,9
Pela embalagem	22	8,3
Não identifica	10	3,8
Lê ou costuma pedir alguém para ler a bula		
Sim	198	75,0
Não	66	25,0
Verifica a validade dos medicamentos		
Sim	227	86,0
Não	37	14,0
Consumo de medicamentos com prazo de validade vencido		
Sim	10	3,8
Não	254	96,2

Entre os sujeitos que se automedicaram, prevaleceu o consumo por iniciativa própria (69,4%), seguido pela indicação de farmacêuticos ou balconistas (14,5%) (Gráfico 2).

Gráfico 2 - Distribuição dos medicamentos consumidos pela prática da automedicação segundo a indicação de consumo. Coari, Amazonas, Brasil, 2015.



Em relação às categorias de indicação dos medicamentos, os anti-infecciosos para uso sistêmico destacaram-se como a segunda classe mais consumida indicada por farmacêuticos ou balconistas (23,3%), enfermeiros (17,7%), ACS (16,7%), uso por conta própria (11,6%) e amigos, vizinhos e familiares (17,2%) (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos medicamentos consumidos pela prática da automedicação segundo indicação de consumo e nível anatômico principal (ATC-Nível 1). Coari, Amazonas, Brasil, 2015.

Nível anatômico principal - ATC - nível 5	Farmacêutico ou Enfermeiro ACS			Conta própria	Vizinho ou amigo, familiar, outro
	n=52	n=17	n=12	n=250	n=29
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
A - Aparelho digestivo e metabolismo	10(19,2)	---	1(8,3)	6(2,4)	5(17,2)
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	2(3,9)	4(23,5)	1(8,3)	21(8,4)	---
C - Aparelho cardiovascular	---	---	---	3(1,2)	---
G - Sistema geniturinário e hormônios sexuais	---	2(11,7)	1(8,3)	---	---
H - Preparações do sistema hormonal excluindo hormônios sexuais e insulina	1(1,9)	1(5,9)	---	1(0,4)	---
J - Anti-infecciosos para uso sistêmico	12(23,1)	3(17,7)	2(16,7)	29(11,6)	5(17,2)
M - Sistema musculoesquelético	7(13,5)	3(17,7)	1(8,3)	23(9,2)	2(6,9)
N - Sistema nervoso	18(34,6)	4(23,5)	6(50,1)	163(65,2)	15(51,8)
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	1(1,9)	---	---	3(1,2)	---
R - Aparelho respiratório	1(1,9)	---	---	---	2(6,9)
S - Órgãos sensoriais	---	---	---	1(0,4)	---

Quanto ao número de motivos de saúde que levaram à prática da automedicação, a maioria dos ribeirinhos apontou de um a dois motivos (84,8%) e 15,2% indicaram três ou mais.

O principal motivo que levou ao consumo de medicamentos sem prescrição foi a dor em geral (58,1%). Dentre os problemas álgicos relatados, incluíram-se dor de cabeça (58,5%), dores nas costas (32,1%), dores musculares (4,6%), dores nas articulações (2,4%) e dores abdominais (2,4%). A gripe e sintomas relacionados (febre e tosse) totalizaram (17,2%), seguidos de inflamações (7,2%).

Em relação aos motivos de saúde que levaram à automedicação e os respectivos medicamentos utilizados nesta prática, foi observado o uso de antimicrobianos (ampicilina e sulfadiazina) para o tratamento da dor em geral, assim como a tetraciclina para o tratamento de alergias (Tabela 19).

Tabela 19 - Distribuição dos motivos de saúde segundo os respectivos medicamentos utilizados na prática da automedicação. Coari, Amazonas, Brasil, 2015. (continua)

Motivos de saúde	Medicamentos utilizados na automedicação exclusiva	n=360	%
Dor em geral [†]	ácido acetilsalicílico; ampicilina; carbonato de cálcio; diclofenaco; ibuprofeno; dipirona; nimesulida; paracetamol; paracetamol, combinado excluindo psiclépticos; sulfadiazina; ciclobenzaprina; sulfato de magnésio; prednisolona; naproxeno; betametasona	209	58,1
Gripe	ácido acetilsalicílico; amoxicilina; ampicilina; dipirona; paracetamol; paracetamol, combinado excluindo psiclépticos; tetraciclina; ambroxol; dexclorfeniramina	41	11,4
Inflamação ^{††}	amoxicilina; ampicilina; azitromicina; benzocaína; dexametasona; diclofenaco; dipirona; ibuprofeno; paracetamol; paracetamol, combinado excluindo psiclépticos; penicilina de largo espectro; sulfadiazina; sulfametoxazol; tetraciclina;	26	7,2
Anemia	ácido ascórbico; cálcio glicerofosfato; complexo aminoácido ferroso; sulfato ferroso; ácido fólico; vitamina do complexo B; ômega 3 incluindo outros ésteres e ácidos	18	5,0

(continuação)

Febre	ácido acetilsalicílico; dipirona; paracetamol; sulfadiazina; sulfato de magnésio	17	4,7
Infecção do trato urinário	amoxicilina; cefalexina; sulfadiazina; metenamina	13	3,6
Problemas gastrointestinais ^{†††}	ácido acetilsalicílico; albendazol; hidróxido de alumínio; ibuprofeno; loperamida; omeprazol; ranitidina; sulfadiazina; sulfametoxazol; tetraciclina; metoclopramida	11	3,1
Hipertensão	ácido acetilsalicílico; captopril	11	3,1
Tosse	amoxicilina; paracetamol	4	1,1
Verminoses	albendazol; mebendazol	3	0,8
Alergia	paracetamol, combinado excluindo psicolépticos; tetraciclina; prometazina	3	0,8
Contracepção	levonorgestrel e etinilestradiol	3	0,8
Reumatismo	diclofenaco; prednisolona	1	0,3

[†]Dor em geral: dor de cabeça, costas, muscular, articulações e abdominal; ^{††}inflamação: tendinite, artrite, inflamação de feridas, olhos, ouvido e garganta; ^{†††}problemas estomacais: diarreia, gastrite, azia e vômitos;

6

Discussão

6. DISCUSSÃO

De um modo geral, o estudo apontou perfil com baixo nível econômico e educacional entre os ribeirinhos, além de limitações de acesso a zona urbana do município e práticas de saúde realizadas eminentemente pelo uso de medicamentos alopáticos. O consumo destes produtos foi elevado, sobretudo pela prática de automedicação. Queixas álgicas de diferentes origens foram os principais motivos de saúde que levaram ao consumo de medicamentos sem prescrição. Os principais medicamentos consumidos pela automedicação foram os analgésicos, antimicrobianos e anti-inflamatórios. Os fatores associados a automedicação foram o sexo masculino, idade em faixas etárias mais jovens, não ter procurado o serviço de saúde no último mês e maior tempo gasto no deslocamento da comunidade à zona urbana.

A prevalência da automedicação detectada entre os ribeirinhos de Coari, foi próxima a encontrada em outros estudos realizados em países em desenvolvimento. No Paquistão, investigações realizadas na população rural⁽⁴⁰⁾ e urbana⁽⁸⁾ detectaram prevalências de 85,0% e 84,8% respectivamente. Em Uganda a prevalência foi de 76,0% e de 78,9% entre os nigerianos^(16, 19).

No Brasil, as maiores prevalências da automedicação ocorreram em estudos populacionais realizados na região Nordeste - Piauí (92,7%)⁽³²⁾ e em Pernambuco (77,0%)⁽³⁶⁾.

Embora haja diferenças do Brasil, especialmente culturais e de práticas de saúde, em relação as demais regiões brasileiras e países em desenvolvimento que apresentaram taxas elevadas da automedicação, é possível que estes cenários apresentem características similares no que tange ao déficit governamental no controle e venda de medicamentos, o modo pelo qual os serviços de saúde são financiados ou reembolsados e a necessidade de buscar o autocuidado valendo-se de medicamentos, em detrimento ao acesso limitado aos serviços de saúde.

Essas explicações parecem ser confirmadas pelos respondentes nas questões relativas aos medicamentos consumidos, pois os antimicrobianos representaram o segundo grupo terapêutico mais consumido pela automedicação (13,0%), embora sua comercialização seja restrita a prescrição; pela iniciativa do próprio indivíduo em buscar automedicação (69,4%); e o acesso limitado a zona

urbana e por consequência aos serviços de saúde (distância média da comunidade a zona urbana de 60,4 km e 4,2 horas).

Adicionalmente, existe a chamada “empurroterapia”, praticada nos pontos de vendas por farmacêuticos ou balconistas, que indicam medicamentos desnecessários, geralmente, vislumbrando o lucro⁽⁶⁵⁾. Outro aspecto preponderante, considerando as características do município de Coari e o contato próximo do consumidor com os fornecedores de medicamentos, é a possibilidade de que os ribeirinhos tenham as farmácias como referência na busca pela cura de problemas de saúde que considerem ser de fácil resolução, dirigindo-se diretamente a estes estabelecimentos.

É importante ressaltar que a determinação da prevalência em estudos sobre a automedicação possui elementos metodológicos diferentes (tipo de amostragem, tempo de recordação, tipo de perguntas do questionário) podendo levar a diferenças na estimativa do consumo⁽⁶⁶⁾, dificultando comparações entre investigações, levando à necessidade de padronização dos estudos sobre automedicação⁽⁶⁷⁾.

Em relação aos medicamentos consumidos pela categoria automedicação exclusiva, destacaram-se os classificados no grupo do sistema nervoso (56,8%), com destaque para os analgésicos (57,5%). Outros estudos confirmam esta classe de medicamentos como os mais utilizados na automedicação^(8, 17, 20, 22, 32, 36, 37, 39, 40, 68, 69).

Entre os aspectos que podem explicar o elevado consumo de analgésicos são o livre acesso a estes medicamentos pelo consumidor nas prateleiras de farmácias e a presença frequente desta classe terapêutica nas caixinhas de medicamentos nas residências⁽⁷⁰⁾, além da contribuição da mídia, que influencia o consumo⁽⁷¹⁾.

Esses medicamentos possuem ações complementares analgésicas e antitérmicas. No presente estudo, os medicamentos mais utilizados na automedicação foram a dipirona (20,3%) e paracetamol (20,1%), ambos usados em condições clínicas como estas. Além disto, os analgésicos representam um meio rápido e prático para a melhoria de sintomas desconfortáveis, sobretudo no contexto da população ribeirinha, cuja maioria vive distante da zona urbana (média 60,4 Km), onde ocorre o atendimento à saúde.

Em consonância com a classe terapêutica mais utilizada pelos ribeirinhos, sintomas álgicos das mais variadas origens constituíram-se como os principais

motivos que levaram ao consumo de medicamentos sem prescrição (58,1%), corroborando com os achados de outras investigações^(8, 17, 20, 32, 36, 69). Tal sintomatologia, aparentemente de fácil resolução, pode ocultar importantes problemas de saúde, protelando o diagnóstico do problema de base⁽⁷²⁾.

Dentre os sintomas álgicos, dores nas costas e musculares constituíram-se como um dos principais motivos para o uso de medicamentos sem prescrição (36,7%). Neste ponto há que se considerar as características da população, na qual 63,2% dos sujeitos vivem da pesca e agricultura, atividade destinada principalmente aos homens⁽⁵⁵⁾, e que possivelmente contribui para o consumo de medicamentos com ação analgésica devido à sobrecarga de peso durante suas atividades. A pesca exige importante esforço físico pelo transporte das caixas com peixes e, adicionalmente, o gelo para sua conservação, enquanto na agricultura, o esforço físico pode ser ainda maior durante o transporte dos produtos colhidos nas plantações ou “roçados” (mandioca) ou na floresta (açaí, castanha, caça) até as residências ou barcos, pois nesta região, não há o auxílio de tração animal ou mecânica.

Os quadros álgicos, dependendo da intensidade (agudos ou crônicos), constituem-se como uma importante razão para procura dos serviços de saúde, podendo limitar as atividades pessoais e/ou profissionais⁽⁷³⁾. Desta maneira, considerando as características da população em estudo e o difícil acesso a zona urbana do município, possivelmente o primeiro recurso para solucionar tal problema é a autoprescrição, como forma de alívio imediato da dor.

Embora os analgésicos possam ter seu uso justificado no contexto da população ribeirinha, devido às longas distâncias até os serviços de saúde, há que se considerar os problemas decorrentes do uso sem orientação médica. Estes podem incluir reações leves como *rash* cutâneo, ou reações graves como ulcerações gástricas, agranulocitose e nefropatias^(17, 65).

A despeito da regulamentação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que proíbe a venda de antibióticos sem receita médica⁽⁴⁸⁾, este grupo de medicamentos foi o segundo mais consumido sem prescrição pelos ribeirinhos (13,0%), superando o uso prescrito (12,1%).

O consumo elevado de antimicrobianos foi verificado em pesquisas realizadas na Ásia^(17, 40) e África⁽¹⁹⁾. A similaridade dos achados do presente estudo é que a

automedicação com antimicrobianos muitas vezes é praticada por representar uma alternativa de tratamento de baixo custo, pois nos países menos abastados em que os indivíduos não podem pagar ou não têm acesso aos serviços de saúde, essa estratégia é utilizada⁽¹⁴⁾. Além disso, a execução das normas de regularização sobre a comercialização destes medicamentos é limitada^(13, 74).

Essas questões parecem muito similares à realidade do interior do Estado do Amazonas, sendo possível que os antibióticos estejam sendo dispensados pelas farmácias sem receita médica. O que fortalece tal afirmação é a constatação de que farmacêuticos ou balconistas foram os que mais indicaram medicamentos sem prescrição no estudo (14,5%).

Ainda que não tenha sido possível distinguir se os medicamentos foram vendidos com a presença do farmacêutico, geralmente estes profissionais são a última via de contato do consumidor com os serviços de saúde ou pontos de comercialização, realizando a dispensação de medicamentos⁽⁷⁵⁾. Neste sentido, considerando a formação destes profissionais, suas atribuições na promoção do uso racional de medicamentos⁽⁷⁶⁾, a possibilidade de reações adversas e resistência bacteriana^(77, 78) aos antimicrobianos, sua atuação é importante na redução do consumo desnecessário, sobretudo pela automedicação.

O uso de antimicrobianos sem prescrição foi constatado entre os sujeitos que relataram queixas sobre infecções do trato urinário (3,6%). Este achado é um alerta ao considerar a necessidade de receita médica para a aquisição destes medicamentos, pois embora haja uma demanda por cuidados de saúde, as limitações de acesso aos médicos, apresentam um obstáculo para a aquisição segura e eficaz destes insumos⁽⁷⁹⁾.

Quase a totalidade dos ribeirinhos que se automedicaram costumam guardar medicamentos nas residências (96,2%). Investigação realizada em Uganda indicou que 40,3% dos sujeitos pesquisados que residem distantes dos locais onde adquirem medicamentos, eram os mais prováveis de armazenar estes insumos nas residências. O estudo apontou que o armazenamento de medicamentos nas residências pode servir de indicador de limitações de acesso aos serviços de saúde⁽¹⁶⁾.

No contexto de vida ribeirinha, é possível que os estoques de medicamentos nas residências sejam motivados pela fácil aquisição destes produtos e em virtude da

dificuldade de acesso a zona urbana, pois em média levam 4,2 horas e percorrem cerca de 60,4 km para acessar a sede municipal, além da pouca frequência com que costuma se dirigir a zona urbana (apenas uma vez por mês - 62,2%), levando à aquisição de um número maior de medicamentos para ocasiões de emergência e para os casos futuros de adoecimento nas comunidades.

Vale ressaltar o armazenamento dos medicamentos em condições inadequadas, tais como: locais pouco arejados, com exposição a umidade, luz e calor, fora de suas embalagens originais, com os respectivos rótulos, data de validade ilegível; o que de maneira geral costuma ocorrer, pode levar ao comprometimento da qualidade e da efetividade destes produtos, favorecendo a degradação dos princípios ativos, reduzindo a eficácia ou mesmo contribuindo na formação de substâncias tóxicas⁽⁴⁶⁾.

Aspectos ambientais como elevadas temperaturas e umidade são típicos da região amazônica. Adicionalmente, durante o período de coleta de dados, ocorreu a maior cheia registrada no Amazonas, forçando os ribeirinhos a elevarem o assoalho (piso) de suas residências, processo conhecido como “maromba”, elevando a temperatura interna do domicílio, pois as casas não possuem forro e são cobertas de telhas de alumínio ou amianto⁽⁵⁶⁾.

Além dos riscos pertinentes as questões físicas do ambiente, há o risco de intoxicação acidental por crianças, quando armazenados em local de fácil acesso⁽¹⁶⁾.

Cerca de um em cada quatro ribeirinhos que se automedicaram (25,0%), costumam ingerir medicamentos sem ler ou solicitar ajuda na leitura das informações contidas nas bulas dos medicamentos. Esta fonte de informação é importante, embora a linguagem técnica possa ser incompreensível, sobretudo pelo baixo nível educacional da população. Além disto, as informações por vezes são incompletas, e não há descrição de riscos (intoxicações) ou interações medicamentosas com alimentos e/ou produtos naturais (fitoterápicos), somado ao fato de que a indústria farmacêutica pode demorar a atualizar reações adversas⁽⁸⁰⁾.

Embora o município de Coari esteja praticamente isolado no mapa do Brasil, sobretudo seus habitantes ribeirinhos, e a cultura local seja “empiricamente” a cura dos males por meio de plantas medicinais, apenas 44,3% dos ribeirinhos informaram

o uso de plantas, evidenciando a hegemonia do consumo de medicamentos alopáticos, sobretudo pela prática da automedicação.

Entre os fatores associados a automedicação, os homens têm duas vezes mais chances de se automedicar em relação às mulheres. A literatura é controversa a despeito deste achado^(15, 37, 38, 44).

No contexto ribeirinho, alguns aspectos podem influir sobre este resultado. Os homens possivelmente tendem a procurar soluções que lhes permitem resolver suas enfermidades na própria comunidade e de forma rápida, para não incorrer em prejuízos econômicos durante o período que ficariam inativos pela doença, pois estes desenvolvem a agricultura e pesca como atividades principais. Além disto, com a realização de tais atividades, possivelmente há um incremento de problemas álgicos relacionados com questões ergonômicas ocasionadas pela sobrecarga de peso e má postura durante o trabalho, levando o consumo de medicamentos.

As faixas etárias mais jovens influenciam o uso de medicamentos pela automedicação entre os ribeirinhos. A literatura é controversa em relação a esta variável. Estudos apontam que a automedicação pode estar associada aos grupos mais jovens^(15, 24, 25, 33) ou entre os mais velhos^(22, 23).

Com o avançar da idade, há o incremento de doenças crônicas, maior demanda por serviços de saúde e consumo de medicamentos, o que requer acompanhamento especializado podendo diminuir a automedicação nas faixas etárias mais elevadas⁽⁸¹⁾. Desta maneira, considerando as características socioculturais dos ribeirinhos e o acesso limitado aos serviços de saúde, é possível que os adultos mais velhos, utilizem recursos naturais (plantas medicinais) como alternativa aos recursos médicos e uso de medicamentos alopáticos⁽⁵⁵⁾.

Por outro lado, entre os jovens, de um modo geral, há menor ocorrência de problemas de saúde, o que pode reduzir a demanda pela procura de serviços. Além disto, indivíduos nesta faixa etária são mais autônomos quanto à tentativa de solucionar seus problemas de saúde de forma rápida e prática, e adicionalmente sofrem influências da mídia, com a promessa de medicamentos com efeitos mágicos⁽⁷¹⁾.

Neste sentido, os achados que indicaram que os sujeitos que não procuraram os serviços de saúde no último mês têm 2,9 vezes mais chances de se automedicar,

reforçam a suspeita de que a automedicação parece ser uma alternativa que substitui a atenção médica pelos ribeirinhos, sobretudo entre os mais jovens. A literatura confirma estes achados, indicando que quanto maior o tempo sem procurar os serviços de saúde, maiores os riscos de automedicação^(22, 24).

Considerando a dinâmica de vida ribeirinha, algumas evidências podem contribuir para esta explicação, as quais destacam-se: (1) - dificuldades de acesso à zona urbana entre os indivíduos que se automedicaram (média de 66,4 km, e comunidades que ultrapassam a distância de 250 km); (2) inexistência de postos de atendimento nas comunidades investigadas, pois o atendimento encontra-se centralizado na zona urbana do município. Sendo assim, o meio de gerir a saúde na comunidade é predominantemente pelo uso de medicamentos alopáticos (70,3%), superando o uso de outros meios, como plantas medicinais (44,3%).

Outro achado que reforça esta afirmação é o resultado que indica a relação de que quanto maior o tempo para acessar a zona urbana, maiores as chances de se automedicar. É possível que em virtude das grandes distâncias, tempo gasto no deslocamento e pouca frequência de viagens ao município, os ribeirinhos tenham a tendência de adquirir maiores quantidades de bens de consumo na sede municipal, estocando estes produtos para suprir suas necessidades durante o longo período sem visitar a zona urbana, isto inclui medicamentos.

Embora não seja possível modificar características inerentes ao indivíduo, tais como sexo e idade, ao considerar a relação destas variáveis com a automedicação, é possível direcionar ações preventivas quanto ao uso de medicamentos sem prescrição aos sujeitos com tais características. Além disto, ao identificar a relação entre a automedicação com limitações de acesso ao município, evidencia-se a necessidade de aproximação do poder público por meio da disponibilidade de serviços de saúde que possam suprir as demandas dos ribeirinhos.

Ainda no que concerne as limitações de acesso dos ribeirinhos, em detrimento da vasta cobertura vegetal e acessibilidade apenas por via fluvial na região, este indicador parece potencializar a escassez de informações sobre aspectos específicos inerentes a saúde ribeirinha, limitando também, o acesso dos pesquisadores a estas populações e por consequência, o conhecimento científico sistematizado.

Contribuições e limitações do estudo

7. CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O estudo é pioneiro ao investigar o uso de medicamentos alopáticos entre os ribeirinhos na região do Médio Solimões - Amazonas, considerando uma amostra representativa da população. Neste sentido, possibilita o reconhecimento de evidências necessárias para a articulação de políticas públicas que viabilizem o uso racional destes insumos.

O mapeamento das comunidades ribeirinhas, por meio de coordenadas de satélite, pode facilitar a localização das comunidades, permitindo entender a distribuição das doenças, auxiliando na investigação das condições de acesso aos serviços de saúde, permitindo a elaboração de mapas com maior precisão, a replicação do estudo e elaboração de novas investigações com recortes diferentes, tais como estudos de coorte. Além disto, é um importante instrumento para os gestores na articulação e planejamento de estratégias de cobertura dos serviços, possibilitando calcular os custos efetivos de atividades de saúde a serem desenvolvidas nas comunidades.

Durante as atividades desenvolvidas na coleta de dados, realizou-se atendimento à saúde dos ribeirinhos, além de ações educativas com o “Cine Ribeirinho”, o que certamente contribuiu para melhoria da qualidade de vida, mesmo que pontualmente, além de apontar novas perspectivas no que concerne as atividades educativas a estas populações na região.

A participação dos alunos no projeto pôde contribuir no processo de ensino-aprendizado dos estudantes, além de iniciá-los na pesquisa, despertando o interesse sobre a ciência, sobretudo no contexto amazônico.

O estudo apresentou limitações no que tange às peculiaridades da pesquisa desenvolvida no contexto amazônico. Ao considerar questões de acessibilidade e a dinâmica da ocorrência das doenças que podem variar conforme a estação do ano no Amazonas (seca ou cheias), é possível que os resultados sejam diferentes se replicado a investigação no período das secas.

O uso de dados demográficos do Sistema de Informação de Atenção Básica, viabilizou a realização da amostragem, embora estes, representam apenas os sujeitos cadastrados no sistema de saúde, excluindo a população descoberta. Além disto,

estes dados estão sujeitos ao recadastramento periódico que ocorre pela coleta de dados dos Agentes Comunitários de Saúde, podendo sofrer alterações.

Considerando a amostra representativa da população ribeirinha de Coari, e a técnica de randomização utilizada, o estudo apresenta boa validade interna. Quanto à validade externa, por se tratar de população com características específicas, permite a formulação de hipóteses para estudos com outras populações ribeirinhas no contexto amazônico.

Embora a equipe de pesquisa tenha sido previamente treinada e a utilização de alunos de graduação tenha contribuído na redução dos custos na etapa da coleta de dados, considera-se que a captação de problemas de saúde pelos estudantes, possa apresentar limitações, o que poderia ter sido reduzido com a participação de profissionais de saúde nesta fase do estudo.

Conclusões

8. CONCLUSÕES

A prática da automedicação foi elevada entre os ribeirinhos (76,3%). Os principais motivos de saúde que levaram ao consumo de medicamentos pela automedicação foram as queixas álgicas (58,1%). Analgésicos (57,5%), antimicrobianos (13,0%) e anti-inflamatórios e antirreumáticos (9,4%), foram os grupos terapêuticos mais utilizados na prática da automedicação.

A regressão logística indicou que os homens, sujeitos com idade entre 18-39 anos, a não procura por serviços de saúde e tempo de deslocamento da comunidade à zona urbana entre 1 a 4 horas e maior que 4 horas, ter o hábito de consumo de medicamentos alopáticos por conta própria, aumentam as chances da prática da automedicação entre os ribeirinhos.

Neste sentido, na população ribeirinha de Coari - Amazonas, a prevalência elevada da prática da automedicação reflete a necessidade de busca do autocuidado pelas pessoas, com o uso de medicamentos alopáticos sem prescrição, sobretudo decorrente do restrito acesso aos serviços de saúde.

Referências

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Conceitos Técnicos: medicamentos [Internet]. Brasília; 2014. [atualizado 2014; citado 2014 jun. 02]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/conceito.htm#3.2>
2. World Health Organization. Promoting rational use of medicines: core components [Internet]. Geneva: WHO; 2002. [cited 2016 May. 10]. Available from: apps.who.int/medicinedocs/pdf/h3011e/h3011e.pdf
3. World Health Organization. The rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairobi 1985 Jul 25-29. Geneva: WHO; 1987. [cited 2016 May. 10]. Available from: apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. O que devemos saber dos medicamentos. Brasília; 2010.
5. Walckiers D, Van der Heyden J, Tafforeau J. Factors associated with excessive polypharmacy in older people. *Arch Public Health*. 2015;73:50.
6. BIREME. Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. DeCS - Descritores em Ciências da Saúde. Automedicação [Internet]. São Paulo; 2016. [citado 2016 mai. 10]. Disponível em: pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=pt&tree_id=&term=automedicaçã&tree_id=E02.319.900&term=automedicaçã
7. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication [Internet]. Geneva; 2000. [cited 2016 May. 10]. Available from: apps.who.int/medicinedocs/pdf/2218e/s2218e.pdf
8. Afridi MI, Rasool G, Tabassum R, Shaheen M, Siddiquillah, Shujauddin M. Prevalence and pattern of self-medication in Karachi: a community survey. *Pak J Med Sci*. 2015;31(5):1241-5.
9. Azami-Aghdash S, Mohseni M, Etemadi M, Royani S, Moosavi A, Nakhaee M. Prevalence and cause of self-Medication in Iran: a systematic review and meta-analysis article. *Iran J Public Health*. 2015;44(12):1580-93.
10. Shah SJ, Ahmad H, Rehan RB, Najeeb S, Mumtaz M, Jilani MH, et al. Self-medication with antibiotics among non-medical university students of Karachi: a cross-sectional study. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2014;15:74.
11. Rabin AS, Kuchukhidze G, Sanikidze E, Kempker RR, Blumberg HM. Prescribed and self-medication use increase delays in diagnosis of tuberculosis in the country of Georgia. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013;17(2):214-20.

12. El Zowalaty ME, Belkina T, Bahashwan SA, El Zowalaty AE, Tebbens JD, Abdel-Salam HA, et al. Knowledge, awareness, and attitudes toward antibiotic use and antimicrobial resistance among Saudi population. *Int J Clin Pharm*. 2016. DOI: 10.1007/s11096-016-0362-x
13. Kumar N, Kanchan T, Unnikrishnan B, Rekha T, Mithra P, Kulkarni V, et al. Perceptions and practices of self-medication among medical students in coastal South India. *PLoS One*. 2013;8(8):e72247.
14. Bilal M, Haseeb A, Khan MH, Arshad MH, Ladak AA, Niazi SK, et al. Self-medication with antibiotics among people dwelling in rural areas of Sindh. *J Clin Diagn Res*. 2016;10(5):OC08-13.
15. Nayir T, Okyay RA, Yesilyurt H, Akbaba M, Nazlıcan E, Acık Y, et al. Assessment of rational use of drugs and self-medication in Turkey: a pilot study from Elazığ and its suburbs. *Pak J Pharm Sci*. 2016;29(4 Suppl):1429-35.
16. Ocan M, Bwanga F, Bbosa GS, Bagenda D, Waako P, Ogwal-Okeng J, et al. Patterns and predictors of self-medication in northern Uganda. *PLoS One*. 2014;9(3):e92323.
17. Ahmad A, Patel I, Mohanta G, Balkrishnan R. Evaluation of self medication practices in rural area of town sahaswan at northern India. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(Suppl 2):S73-8.
18. Selvaraj K, Kumar SG, Ramalingam A. Prevalence of self-medication practices and its associated factors in Urban Puducherry, India. *Perspect Clin Res*. 2014;5(1):32-6.
19. Lawan UM, Abubakar IS, Jibo AM, Rufai A. Pattern, awareness and perceptions of health hazards associated with self-medication among adult residents of Kano Metropolis, Northwestern Nigeria. *Indian J Community Med*. 2013;38(3):144-51.
20. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. Estudio sobre la automedicación en una localidad de Bogotá. *Rev Salud Pública*. 2009;11(3):432-42.
21. Suleman S, Ketsela A, Mekonnen Z. Assessment of self-medication practices in Assendabo town, Jimma zone, southwestern Ethiopia. *Res Social Adm Pharm*. 2009;5(1):76-81.
22. González-López JR, Rodríguez-Gázquez MA, Lomas-Campos MM. Self-medication in adult Latin American immigrants in Seville. *Acta Paul Enferm*. 2012;25:75-81.
23. Carrera-Lasfuentes P, Aguilar-Palaciob I, Roldánd EC, Fumanalb SM, Hernandez MJR. Consumo de medicamentos en población adulta: influencia del autoconsumo. *Aten Primaria*. 2013;45(10):528-35.

24. Carrasco-Garrido P, Hernandez-Barrera V, Lopez de Andres A, Jimenez-Trujillo I, Jimenez-Garcia R. Sex - differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19(12):1293-9.
25. Jimenez Rubio D, Hernandez Quevedo C. Differences in self-medication in the adult population in Spain according to country of origin. *Gac Sanit.* 2010;24(2):116.e1-8.
26. Skliros E, Merkouris P, Papazafiropoulou A, Gikas A, Matzouranis G, Papafragos C, et al. Self-medication with antibiotics in rural population in Greece: a cross-sectional multicenter study [Internet]. *BMC Fam Pract.* 2010;11(58). Available from: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-11-58>
27. Braoios A, Pereira AC, Bizerra AA, Policarpo OF, Soares NC, Barbosa AS. Uso de antimicrobianos pela população da cidade de Jataí (GO), Brasil. *Cien Saúde Colet.* 2013;18(10):3055-60.
28. Santos TRA, Lima DM, Nakatani AYK, Pereira LV, Leal GS, Amaral RG. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2013;47(1):94-103.
29. Silva JAC, Gomes AL, Oliveira JPS, Sasaki YA, Maia BTB, Abreu BM. Prevalência de automedicação e os fatores associados entre os usuários de um Centro de Saúde Universitário. *Rev Bras Clin Med.* 2013;11(1):27-30.
30. Demétrio GS, Rodriguez GG, Traebert J, Piovezan AP. Prevalência de automedicação para tratamento de dor em município do sul do Brasil. *Arq Catarin Med.* 2012;41(3):54-9.
31. Oliveira MA, Francisco PM, Costa KS, Barros MB. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Publica.* 2012;28(2):335-45.
32. Carvalho e Martins MC, Leal LMM, Souza Filho MD, Costa EM, Holanda LGM, Mesquita LPL, et al. Uso de medicamentos sem prescrição médica em Teresina, PI. *ConScientiae Saúde.* 2011;10(1):31-7.
33. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2010;44(6):1039-45.
34. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2008;24(6):1439-46.
35. Araújo Junior JC, Vicentini GE. Automedicação em adultos na cidade de Guairaçá - PR. *Arq Ciênc Saúde Unipar* 2007;11(2):83-8.

36. Barros e Sá M, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev Bras Epidemiol*. 2007;10(1):75-85.
37. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JO, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(1):55-62.
38. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(2):545-53.
39. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel AP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998;32(1):43-9.
40. Haseeb A, Bilal M. Prevalence of using non prescribed medications in economically deprived rural population of Pakistan. *Arch Public Health*. 2016;74. DOI: 10.1186/s13690-015-0113.
41. Baghianimoghadam MH, Mojahed S, Baghianimoghadam M, Yousefi N, Zolghadr R. Attitude and practice of pregnant women regarding self-medication in Yazd, Iran. *Arch Iran Med*. 2013;16(10):580-3.
42. Abasiubong F, Bassey EA, Udobang JA, Akinbami OS, Udoh SB, Idung AU. Self-medication: potential risks and hazards among pregnant women in Uyo, Nigeria [Internet]. *Pan Afr Med J*. 2012;13:15. Available from: <http://www.panafrican-med-journal.com/content/article/13/15/full/>
43. Biswas M, Roy MN, Manik MI, Hossain MS, Tapu SM, Moniruzzaman M, et al. Self medicated antibiotics in Bangladesh: a cross-sectional health survey conducted in the Rajshahi City. *BMC Public Health*. 2014;14:847. DOI: 10.1186/1471-2458-14-847
44. Widayati A, Suryawati S, de Crespigny C, Hiller JE. Self medication with antibiotics in Yogyakarta City Indonesia: a cross sectional population-based survey. *BMC Res Notes*. 2011;4:491. DOI: 10.1186/1756-0500-4-491.
45. Araújo PL, Galato D. Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2012;15(1):119-26.
46. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29(5):358-64.
47. Ribeiro MA, Heineck I. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade Ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil.

- Saúde Soc. 2010;19(3):653-63.
48. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução-RDC nº 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação [Internet]. Brasília; 2011 [citado 2016 jan 15]. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/sngpc/Documentos2012/RDC%2020%202011.pdf?journal=>
 49. Muras M, Krajewski J, Nocun M, Cwirko MG. A survey of patient behaviours and beliefs regarding antibiotic self-medication for respiratory tract infections in Poland. Arch Med Sci. 2013;9(5):854-7.
 50. Raz R, Edelstein H, Grigoryan L, Haaijer-Ruskamp FM. Self-medication with antibiotics by a population in northern Israel. Isr Med Assoc J. 2005;7(11):722-5.
 51. Grigoryan L, Burgerhof JG, Haaijer-Ruskamp FM, Degener JE, Deschepper R, Monnet DL, et al. Is self-medication with antibiotics in Europe driven by prescribed use? J Antimicrob Chemother. 2007;59(1):152-6.
 52. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cadastro de municípios localizados na Amazônia Legal [Internet]. Rio de Janeiro; ©2016. [citado 2016 jun. 05]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/geografia/amazonialegal.shtm?c=2>
 53. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área territorial brasileira [Internet]. Rio de Janeiro; ©2016. [citado 2016 jun. 05]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_territ_area.shtm
 54. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinopse do censo demográfico de 2010 [Internet]. Rio de Janeiro; © 2016. [citado 2016 jun. 05]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=10&uf=00>
 55. Fraxe TJP, Pereira HS, Witkoski AC, organizadores. Comunidades ribeirinhas amazônicas: modos de vida e uso dos recursos naturais. Manaus: EDUA; 2007.
 56. Sousa IS. As condições de vida e saneamento nas comunidades da área de influência do gasoduto Coari-Manaus em Manacapuru – AM. Hygeia. 2009;5(9):88-98.
 57. Fletcher RW, Fletcher SE, Fletcher GS. Epidemiologia clínica: elementos essenciais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
 58. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades: PIB per capita a preços correntes – 2013 [Internet]. Rio de Janeiro; ©2016. [citado 2016 mai. 16]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/comparamun/compara.php?lang=&coduf=13&idtem>

- a=16&codv=v07&search=amazonas|coari|sintese-das-informacoes-#
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) 2016. Estabelecimento de saúde do município: Coari [Internet] Brasília; 2016. [citado 2016 jun. 07] Disponível em: http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=13&VCodMunicipio=130120&NomeEstado=AMAZONAS
 60. Bolfarine H, Bussab WO. Elementos de amostragem. São Paulo: Edgard Blücher; 2005.
 61. Correa SMBB. Probabilidade e estatística. 2.ed. Belo Horizonte: PUC Minas Virtual; 2003.
 62. Moretti-Pires RO, Corradi-Webster CM. Adaptação e validação do *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)* para população ribeirinha do interior da Amazônia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2011;27(3):497-509.
 63. Lebrão ML, Laurenti RHealth. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2005;8(2):127-41.
 64. WHO Collaborating Centre for Drug Statistic methodology. Norwegian Institute of Public Health. Use of ATC/DDD [Internet]. Oslo; 2011. [cited 2016 Jun. 07]. Available from: http://www.whocc.no/use_of_atc_ddd/
 65. Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio a saúde? Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.
 66. Gama H, Correia S, Lunet N. Effect of questionnaire structure on recall of drug utilization in a population of university students. *BMC Med Res Methodol*. 2009;9:45. DOI: 10.1186/1471-2288-9-45
 67. Domingues PH, Galvão TF, Andrade KR, Sá PT, Silva MT, Pereira MG. Prevalence of self-medication in the adult population of Brazil: a systematic review. *Rev Saúde Pública*. 2015;49:36. DOI: 10.1590/S0034-8910.2015049005709
 68. Auta A, Omale S, Folorunsho TJ, David S, Banwat SB. Medicine vendors: self-medication Practices and medicine Knowledge. *N Am J Med Sci*. 2012;4(1):24-8.
 69. Ferraz ST, Grunewald T, Rocha FRS, Neto JAC, Sirimarco MT. Comportamento de uma amostra da população urbana de Juiz de Fora – MG perante a automedicação. *HU Revista*. 2008;34(3):185-90.
 70. Medeiros DS, Moura CS, Guimaraes MD, Acurcio FA. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no sudoeste da Bahia. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(5):905-13.

71. Aquino DS, de Barros JA, da Silva MD. A automedicação e os acadêmicos da área de saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2533-8.
72. Souza LA, da Silva CD, Ferraz GC, Sousa FA, Pereira LV. The prevalence and characterization of self-medication for obtaining pain relief among undergraduate nursing students. *Rev Lat Am Enferm*. 2011;19(2):245-51.
73. Ferreira GD, Silva MC, Rombaldi AJ, Wrege ED, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de dor nas costas e fatores associados em adultos do Sul do Brasil: estudo de base populacional *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(1):31-6.
74. Akinyandenu O, Akinyandenu A. Irrational use and non-prescription sale of antibiotics in Nigeria: a need for change. *J Sci Innov Res*. 2014;3(2):251-7.
75. Margonato FB. As atribuições do farmacêutico na Política Nacional de Medicamentos. *Infarma*. 2006;18(3/4):28-31.
76. Conselho Federal de Farmácia. Resolução n. 585, de 29 de agosto de 2013, regulamenta as atribuições clínicas o farmacêutico e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2013. [citado 2016 set. 20]. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>
77. Goossens H, Ferech M, Vander Stichele R, Elseviers M, Group EP. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study. *Lancet*. 2005;365(9459):579-87.
78. Morgan DJ, Okeke IN, Laxminarayan R, Perencevich EN, Weisenberg S. Non-prescription antimicrobial use worldwide: a systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2011;11(9):692-701.
79. Knox K. Women should be able to get antibiotics for urinary tract infection without a prescription. *BMJ*. 2015;351:h3441.
80. Silva FM, Goulart FC, Lazarini CA. Caracterização da prática de automedicação e fatores associados entre universitários do curso de Enfermagem. *Rev Eletr Enferm*. 2014;16(3):644-51.
81. Rozenfeld S. Prevalence, associated factors, and misuse of medication in the elderly: a review. *Cad Saúde Pública*. 2003;19(3):717-24.

Apêndice

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Entrevistador: _____	N. do Questionário: _ _ _
Tempo/Entrevista: _ _ _ min	Data: _ / _ / _

INFORMAÇÕES AO ENTREVISTADO:

Antes de começar, gostaria de lhe agradecer por participar da pesquisa e informar que a entrevista é voluntária. Caso o Sr. (a) não deseje responder alguma pergunta, por favor me avise, pois passaremos para a próxima.



AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM
ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS



UFAM

➤ INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE O ENTREVISTADO E COMUNIDADE

- 1 - Entrevistado: _____
- 2 - Comunidade: _____ 3 - Região: _____
- 4 - ACS da Comunidade: _____
- 5 - Origem: \$ ____ ° ____ ' ____ " W ____ ° ____ ' ____ " 6 - Domicílio: \$ ____ ° ____ ' ____ " W ____ ° ____ ' ____ "
- 7 - N. do domicílio: | _ | _ | _ | 8 - Indivíduo: | _ | _ | _ | - Sua comunidade tem:
9. Transporte comunitário? a. \$ b. N 10. Posto de saúde? a. \$ b. N
11. Telefone público/orelhão? a. \$ b. N

Observações: _____

SEÇÃO A
"INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICOS"

A.1 – Qual a data de seu nascimento? / /
 "Não sabe informar, vá para A.2"

A.2 – Quantos anos o (a) Sr. (a) tem? | | | | | |

A.3 – Sexo: a. M b. F

A.4 – O (a) Sr. (a) tem filhos? a. S b. N
 "Não, vá para A.6"

A.5 - Quantos filhos nascidos vivos: | | | | | |

A.6 – O (a) Sr. (a) nasceu nesta comunidade?
 a. S b. N "Sim, vá para A.8"

A.7 – Onde o (a) Sr. (a) morava anteriormente?

A.8 - Há quanto tempo o (a) Sr. (a) mora nesta comunidade? a. | | | anos e | | | meses

A.9 – O (a) Sr. (a) já frequentou a escola?
 a. S b. N "Não, vá para A.11"

A.10 - Até qual série? _____

A.11 – O (a) Sr. (a) sabe ler e escrever?
 a. S b. N

A.12 – Contando com o (a) Sr. (a), quantas pessoas moram em sua casa?
 a. número | | |

– Informações sobre os moradores:

Ord.	Idade	Sexo	Grau de parentesco
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

A.13 - Qual é a sua religião?
 a. Católico b. Evangélico c. Espírita
 d. Nenhuma e. Outra: _____

A.14 - Qual o seu estado marital hoje?
 a. Solteiro b. Separado c. Viúvo
 d. Casado/Civil e. Casado/Religioso
 f. Casado/Civil/Religioso g. Mora junto

A.15 – O (a) Sr. (a) considera a sua cor da pele:
 a. Branca b. Parda/Moreno (a)
 c. Amarela d. Negra ou preta e. Indígena

A.16 – Incluindo a sua renda, quanto é aproximadamente a renda de todas as pessoas que moram com o (a) Sr. (a)? R\$ _____

A.17 – Com o que o (a) Sr. (a) trabalha ou faz durante o dia? _____

A.18 - Na sua casa ou comunidade tem energia elétrica? a. S b. N "Não, vá para A.20"

A.19 - Qual a fonte de geração?
 a. Motor b. Amaz. Energia c. E. solar

A.20 – Na sua casa tem:
 a. Rádio: a. S b. N b. TV: a. S b. N
 c. Celular: a. S b. N d. R. tran: a. S b. N

A.21 - Qual a origem da água que o (a) Sr. (a) usa para cozinhar?
 a. Rio b. Igarapé c. Poço d. Chuva
 e. Lago f. Outro : _____

A.22 - A água para cozinhar é tratada?
 a. S b. N - Se sim, qual o produto? _____

A.23 - Qual a origem da água que o (a) Sr. (a) usa para beber?
 a. Rio b. Igarapé c. Poço d. Chuva
 e. Lago f. Outro : _____

A.24 - A água para beber é tratada?
 a. S b. N - Se sim, qual o produto? _____

A.25 - Quantos cômodos tem sua casa? | | | | | |

A.26 - Quando o rio enche, entra água na sua casa? a. S b. N

A.27 - Como o (a) Sr. (a) faz para chegar até Coari, o transporte é?
 a. Alugado b. Cedido c. Próprio
 d. Recreio/Pago e. Comunitário/público

A.28 - Quanto tempo o (a) Sr. (a) demora para chegar até Coari, com o transporte que usa normalmente? | | | horas e | | | minutos

A.29 - De quanto em quanto tempo o (a) Sr. (a) costuma ir em Coari?
 a. Todos dias b. Até 3 vezes por semana
 c. 1 vez por semana d. 1 vez por quinzena
 e. 1 vez por mês f. Não costumo ir
 - Se "f", quanto tempo faz desde a última vez?
 | | | anos | | | meses

SEÇÃO B "ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE"	
<p>B.1 – Quando o (a) Sr. (a) fica doente, quem costuma procurar primeiro? a. Médico <input type="checkbox"/> b. Enfermeiro <input type="checkbox"/> c. Dentista <input type="checkbox"/> d. Farmacêutico <input type="checkbox"/> e. ACS <input type="checkbox"/> f. Rezador <input type="checkbox"/> g. Amigo, vizinho ou conhecido <input type="checkbox"/> h. Pegador <input type="checkbox"/> i. Curandeiro <input type="checkbox"/> j. Não procuro <input type="checkbox"/> k. Outro <input type="checkbox"/> _____</p> <p>B.2 – Qual serviço de saúde o (a) Sr. (a) prefere utilizar quando está doente? a. Posto de Saúde/Centro <input type="checkbox"/> b. HRC <input type="checkbox"/> c. IMTC <input type="checkbox"/> d. Outro Posto de Saúde <input type="checkbox"/> e. Policlínica <input type="checkbox"/> f. Clínica/particular <input type="checkbox"/> g. Farmácia <input type="checkbox"/> h. Nunca fui/serviço de saúde <input type="checkbox"/> i. Outro <input type="checkbox"/>: _____</p> <p>B.3 – No último mês, o (a) Sr. (a) procurou algum serviço de saúde para cuidar de sua saúde? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> "Não, vá para B.8"</p> <p>B.4 – Quanto tempo o (a) Sr. (a) levou para procurar o serviço de saúde? _____</p> <p>B.5 – O (a) Sr. (a) resolveu seu problema de saúde? S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> "Sim, vá para B.8"</p> <p>B.6 – Por que não foi resolvido? _____ _____</p> <p>B.7 – O que fez para resolver o seu problema? _____ _____</p> <p>B.8 – Como o (a) Sr. (a) costuma chegar até o serviço de saúde? a. Lancha da comunidade <input type="checkbox"/> b. Rabeta <input type="checkbox"/> c. Canoa a remo <input type="checkbox"/> d. Recreio/pago <input type="checkbox"/> e. Barco <input type="checkbox"/> e. A pé <input type="checkbox"/> f. Moto <input type="checkbox"/> g. Caminhão <input type="checkbox"/> h. Outro <input type="checkbox"/>: _____</p> <p>B.9 – Quanto tempo o (a) Sr. (a) costuma levar para chegar ao serviço de saúde quando precisa? I ____ I ____ I horas e I ____ I ____ I minutos</p> <p>B.10 – O (a) Sr. (a) já precisou fazer acompanhamento de alguma doença? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> "Não, vá para B.12"</p> <p>B.11 – Teve alguma dificuldade? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> c. Se "sim", qual a dificuldade? _____ _____</p>	<p>B.12 – Quando o (a) Sr. (a) está doente, e o profissional de saúde marca um exame, o (a) Sr. (a) consegue fazer? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> c. Nunca fiz exame <input type="checkbox"/> "Sim, vá para B.14"</p> <p>B.13 – Qual a dificuldade em fazer o exame? _____ _____</p> <p>B.14 – O (a) Sr. (a) já tentou tirar uma ficha ou marcar uma consulta e não conseguiu? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> c. Nunca consultei <input type="checkbox"/> "Não, vá para B.16"</p> <p>B.15 – Por que não conseguiu? _____ _____</p> <p>B.16 – Se um profissional de saúde, passa um remédio para o (a) Sr. (a) tomar, você consegue o remédio? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> c. Nunca passou remédio <input type="checkbox"/> "Sim, vá para próxima seção"</p> <p>B.17 – Qual o motivo de não conseguir o remédio? _____ _____</p>

<p style="text-align: center;">SEÇÃO C "AUDIT ADAPTADO - RIBEIRINHOS"</p> <p>C.1 - Com que frequência o (a) Sr. (a) consome bebidas alcoólicas? (0) Nunca <input type="checkbox"/> "NUNCA, vá próxima seção" (1) Mensalmente ou menos <input type="checkbox"/> (2) De 2 a 4 vezes por mês <input type="checkbox"/> (3) De 2 a 3 vezes por semana <input type="checkbox"/> (4) 4 ou mais vezes por semana <input type="checkbox"/></p> <p>C.2 - Nas ocasiões em que bebe, o que bebe? I. Quantas doses o (a) Sr. (a)? (Ver próxima página, Ilustração sobre as doses - AUDIT) (0) 0 ou 1 <input type="checkbox"/> (1) 2 ou 3 <input type="checkbox"/> (2) 4 ou 5 <input type="checkbox"/> (3) 6 ou 7 <input type="checkbox"/> (4) 8 ou mais <input type="checkbox"/></p> <p>C.3 - Quantas vezes o (a) Sr. (a) toma 6 ou mais doses em uma mesma ocasião? (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos do que uma vez ao mês <input type="checkbox"/> (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/> "Se a soma das questões C.2 e C.3 for 0, avance para as questões C.9 e C.10"</p> <p>C.4 - Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) achou que não conseguiria parar de beber depois de ter começado? (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos que uma vez ao mês <input type="checkbox"/> (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>C.5 - Durante o último ano, quantas vezes depois de ter bebido, o (a) Sr. (a) deixou de fazer alguma coisa que normalmente fazia? (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos que uma vez ao mês <input type="checkbox"/> (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>C.6 - Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) precisou beber pela manhã para se sentir bem depois ter bebido muito/pesadamente no dia ou na noite anterior? (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos que uma vez ao mês <input type="checkbox"/> (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p>	<p>C.7 - Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos que uma vez ao mês <input type="checkbox"/> (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>C.8 - Durante o último ano, quantas vezes o (a) Sr. (a) não foi capaz de lembrar o que aconteceu depois de ter bebido na noite anterior? (0) Nunca <input type="checkbox"/> (1) Menos que uma vez ao mês <input type="checkbox"/> (2) Mensalmente <input type="checkbox"/> (3) Semanalmente <input type="checkbox"/> (4) Todos ou quase todos os dias <input type="checkbox"/></p> <p>C.9 - Já aconteceu do (a) Sr. (a) ferir ou magoar alguém ou de se ferir ou se magoar por causa de ter bebido? (0) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> (4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p> <p>C.10 - Algum parente, amigo, médico ou outro profissional já ficou preocupado com a forma que o (a) Sr. (a) bebe ou sugeriu que diminuísse? (0) Não <input type="checkbox"/> (2) Sim, mas não nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/> (4) Sim, nos últimos 12 meses <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">SEÇÃO D "HÁBITO TABAGISTA"</p> <p>D.1 - O (a) Sr. (a) é ou já foi fumante (pelo menos 100 cigarros ao longo da vida)? a. \$ <input type="checkbox"/> D.1.1 - O que costuma (vã) fumar? b. N <input type="checkbox"/> "Não, vá para seção seguinte"</p> <p>D.2 - Com que idade o (a) Sr. (a) começou a fumar? I _ I _ I anos</p> <p>D.3 - O (a) Sr. (a) fuma cigarros atualmente? a. \$ <input type="checkbox"/> (\$im, vá para D.5) b. N <input type="checkbox"/></p> <p>D.4 - Com que idade o (a) Sr. (a) parou de fumar pela última vez? I _ I _ I anos</p> <p>D.5 - Em geral, quantos cigarros por dia o (a) Sr. (a) fuma (ou fumava)? I _ I _ I cigarros (se <1, marque 0)</p> <p>D.6 - Ao todo, durante quantos anos o (a) Sr. (a) fumou ou fuma? I _ I _ I anos (se <1, marque 0)</p>
---	---

SEÇÃO E
"ENFERMIDADES AUTO-RELATADAS"

E.1 - O (a) Sr. (a) diria que sua saúde é?
a. Muito boa b. Boa c. Regular
d. Ruim e. Muito ruim

E.2 - No último mês, o (a) Sr. (a) teve algum problema de saúde, ou um profissional de saúde lhe disse que o (a) Sr. (a) tinha algum problema?
a. S b. N

"Não, vá para E.4"

E.3 - Qual foi o problema de saúde?

	Enfermidades	Último mês
a	Malária	<input type="checkbox"/>
b	Vermínozes	<input type="checkbox"/>
c	Doença de Chagas	<input type="checkbox"/>
d	Hepatite	<input type="checkbox"/>
e	Diarreia	<input type="checkbox"/>
f	Pressão alta	<input type="checkbox"/>
g	Diabetes	<input type="checkbox"/>
h	Derrame	<input type="checkbox"/>
i	Câncer	<input type="checkbox"/>
j	Reumatismo	<input type="checkbox"/>
k	Doença no coração	<input type="checkbox"/>
l	Doença nos rins	<input type="checkbox"/>
m	Doenças nos olhos	<input type="checkbox"/>
n	Alergia	<input type="checkbox"/>
o	Asma	<input type="checkbox"/>
p	Anemia	<input type="checkbox"/>
q	Gripe	<input type="checkbox"/>
r	Doenças pulmonares	<input type="checkbox"/>
s	Infecção urinária	<input type="checkbox"/>
t	Amígdalite	<input type="checkbox"/>
u	Fraqueza/vertigem/tontura	<input type="checkbox"/>
v	Azia (gastura)	<input type="checkbox"/>
x	Vômitos (provocou)	<input type="checkbox"/>
z	Falta de ar	<input type="checkbox"/>
w	Cansa facilmente	<input type="checkbox"/>
aa	Pressão na cabeça	<input type="checkbox"/>
ab	Febre	<input type="checkbox"/>
ac	Torção (desminhadura)	<input type="checkbox"/>
ad	Doença mental	<input type="checkbox"/>
ae	Depressão	<input type="checkbox"/>
Outros, especifique abaixo:		
af		<input type="checkbox"/>
ag		<input type="checkbox"/>
ah		<input type="checkbox"/>
ai		<input type="checkbox"/>
aj		<input type="checkbox"/>
ak		<input type="checkbox"/>
al	Dor (especificar local da dor):	<input type="checkbox"/>

E.4 - Alguma vez o (a) Sr. (a) sentiu dor ou desconforto no peito?
a. S b. N **"Não" vá para seção seguinte"**

E.5 - Esta dor ou desconforto aparece quando o (a) Sr. (a) caminha rápido ou trabalha no roçado?
a. S b. N

E.6 - Esta dor ou desconforto aparece quando o (a) Sr. (a) caminha devagar em terreno plano?
a. S b. N

"ILUSTRAÇÃO AUDIT"



SEÇÃO F "INFORMAÇÕES SOBRE O CONSUMO DE MEDICAMENTOS"	
<p>F.1 – O (a) Sr. (a) usa "remédios de farmácia" por conta própria? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>F.2 – O (a) Sr. (a) guarda algum "remédio de farmácia" em casa? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> "Não, vá para E.5"</p> <p>F.3 - Onde guarda seus "remédios de farmácia" em casa (peça para mostrar o local)? <hr/> <hr/></p> <p>⇒ SE POSSÍVEL, PEÇA A CAIXINHA DE MEDICAMENTOS.</p> <p>F.4 – Características do local onde os "remédios de farmácia" são guardados na residência (observação do entrevistador)? a. Contato direto dos raios solares <input type="checkbox"/> b. Contato com umidade <input type="checkbox"/> c. Contato direto com calor <input type="checkbox"/> d. Outras observações do entrevistador: <hr/> <hr/></p> <p>F.5 - Como o (a) Sr. (a) identifica seus "remédios de farmácia"? a. Pela cor <input type="checkbox"/> b. Pelo tamanho <input type="checkbox"/> c. Pela forma <input type="checkbox"/> d. Pelo nome <input type="checkbox"/> e. Pela embalagem <input type="checkbox"/> f. Não identifica <input type="checkbox"/> g. Outro <input type="checkbox"/>: _____</p> <p>F.6 - De um modo geral o (a) Sr. (a) costuma ler a bula dos remédios ou pede para alguém ler? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>F.7 - O (a) Sr. (a) acha que os "remédios de farmácia" podem fazer mal a sua saúde? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>F.8 - O (a) Sr. (a) costuma ver a validade de seus "remédios de farmácia"? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>F.9 - O (a) Sr. (a) já tomou algum "remédio de farmácia" vencido? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> c. Não sei informar <input type="checkbox"/></p> <p>F.10 – Quando o "remédio de farmácia" que o (a) Sr. (a) tem em sua casa, vence, onde costuma jogar seus remédios? <hr/> <hr/></p>	<p>F.11 - O (a) Sr. (a) costuma guardar o "remédio de farmácia" dentro das caixinhas (embalagem secundária)? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>F.12 - O (a) Sr. (a) costuma retirar os comprimidos da cartela dos "remédios de farmácia" para guardar em outro local? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>F.13 – O (a) Sr. (a) costuma aproveitar os potes de "remédios de farmácia"? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>F.14 – O (a) Sr. (a) usou remédio caseiro no último mês? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/> "Não, vá para F.18"</p> <p>F.15 – Qual remédio caseiro usou? <hr/> <hr/></p> <p>F.16 – Para que usou o remédio caseiro? <hr/> <hr/></p> <p>F.17 – Quem lhe ensinou usar? <hr/> <hr/></p> <p>F.18 – Quando o (a) Sr. (a) está doente, o que prefere usar: a. Remédio caseiro <input type="checkbox"/> b. Remédio de farmácia <input type="checkbox"/> c. Remédio Caseiro e de farmácia <input type="checkbox"/> d. Não uso nada <input type="checkbox"/></p> <p>F.19 – Por que? <hr/> <hr/></p> <p>F.20 - O (a) Sr. (a) tomou algum "remédio de farmácia" no último mês? a. S <input type="checkbox"/> b. N <input type="checkbox"/></p> <p>"Entrevistado (a) não tomou remédio de farmácia no último mês, <u>VÁ PARA PRÓXIMA SEÇÃO</u>"</p> <p>⇒ CASO O ENTREVISTADO TENHA TOMADO REMÉDIO DE FARMÁCIA NO ÚLTIMO MÊS, PEÇA PARA MOSTRAR A RECEITA MÉDICA (SE HOVER) E O MEDICAMENTO.</p> <p>⇒ PREENCHA O QUADRO ABAIXO COM AS INFORMAÇÕES EMITIDAS PELO ENTREVISTADO.</p>

REMÉDIO DE FARMÁCIA (MEDICAMENTO ALOPÁTICO)					
Ord.	F.21	F.22	F.23	F.24	F.25
	Nome do "remédio de farmácia" (medicamento alopático)	Tempo de uso	Quem indicou?	Onde conseguiu o "remédio de farmácia"?	Para que usou?
a	_____	Dias _ _ Meses _ _ Anos _ _	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	_____
b	_____	Dias _ _ Meses _ _ Anos _ _	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	_____
c	_____	Dias _ _ Meses _ _ Anos _ _	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	_____
d	_____	Dias _ _ Meses _ _ Anos _ _	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	_____
e	_____	Dias _ _ Meses _ _ Anos _ _	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	_____
f	_____	Dias _ _ Meses _ _ Anos _ _	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	_____
g	_____	Dias _ _ Meses _ _ Anos _ _	(a) Médico <input type="checkbox"/> (b) Dentista <input type="checkbox"/> (c) Farmacêutico <input type="checkbox"/> (d) Enfermeira <input type="checkbox"/> (e) ACS <input type="checkbox"/> (f) Conta própria <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	(a) Farmácia <input type="checkbox"/> (b) Posto de Saúde <input type="checkbox"/> (c) Hospital <input type="checkbox"/> (d) IMTC <input type="checkbox"/> (e) Policlínica <input type="checkbox"/> (f) ACS <input type="checkbox"/> (g) Vizinho/amigo <input type="checkbox"/> (h) Familiar <input type="checkbox"/> (i) Outro <input type="checkbox"/> : _____	_____

APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o (a) Senhor (a) para participar da pesquisa "AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES – AMAZONAS", sob a responsabilidade do pesquisador Abel Santiago Muri Gama que pretende analisar a frequência de automedicação e os seus motivos entre moradores de comunidades ribeirinhas na região do médio Solimões, Coari - Amazonas.

Sua participação é voluntária, e, em caso de aceite, será preenchido um questionário, com perguntas a respeito da automedicação. O questionário será aplicado pela equipe da pesquisa, a ser respondido pelo entrevistado.

Se você aceitar a participar desta pesquisa, estará contribuindo para melhor orientação dos ribeirinhos quanto aos riscos da automedicação por medicamentos e plantas medicinais.

O desconforto envolvido na sua participação será a interrupção de suas atividades domiciliares ou de trabalho e o tempo para responder o questionário. No entanto, se o (a) senhor (a) necessitar, os pesquisadores poderão agendar, conforme sua disponibilidade, local e horários adequados para que não ocorra prejuízo as suas atividades diárias.

Se depois de consentir em sua participação o (a) Senhor (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer momento da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

O (a) senhor (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Para qualquer outra informação, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o pesquisador no End. Estrada Coari/Mamiã, 305 – Bairro: Espírito Santo, CEP: 69460-000, Coari-Amazonas, fones/fax: (97) 3561-3025, e 3561- 2363, e e-mail: abelgama@usp.br ou entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-Amazonas, telefone: (92)3305-5130; ou Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, telefone: (11) 3061-7548, e-mail: edipesq@usp.br.

Consentimento Pós-informação

Eu, _____, fui informado (a) sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando eu quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Assinatura do participante

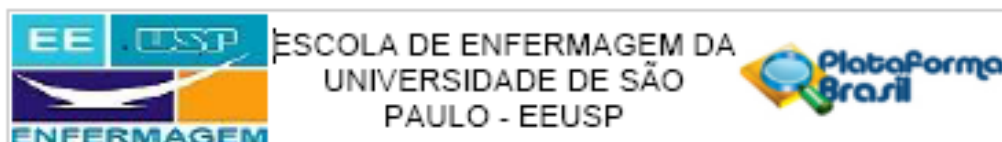
Data ____/____/____

Digital (Polegar direito)

Assinatura do Pesquisador (a) Responsável

Anexo

ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AUTOMEDICAÇÃO EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NA REGIÃO DO MÉDIO SOLIMÕES - AMAZONAS

Pesquisador: Abel Santiago Muri Gama

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33560914.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 744.119

Data da Relatoria: 05/08/2014

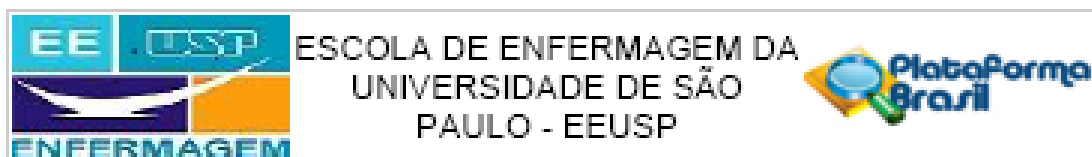
Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo com vistas a investigar os fatores associados à prática da automedicação em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas. O projeto apresenta revisão bibliográfica suficiente e atualizada sobre a problemática da automedicação com medicamentos alopáticos ou fitoterápicos tradicionais e as vulnerabilidades associadas ao acesso e a utilização dos serviços de saúde.

Trata-se de um estudo transversal de base populacional e quantitativo. A pesquisa terá como locus de investigação, as comunidades ribeirinhas do município de Coari – Amazonas, localizado na região do Médio Solimões. A amostra do estudo foi estimada em 358 participantes, baseada em uma amostra probabilística estratificada a partir da população cadastrada no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB). Foram definidos como critérios de inclusão os indivíduos com 18 anos ou mais residentes das comunidades ribeirinhas. E de exclusão: os indivíduos com déficit cognitivo, distúrbio psiquiátrico, ou que não assinem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados serão coletados por meio da aplicação pela equipe de entrevistadores de um instrumento estruturado (anexo ao projeto), organizado em três eixos: caracterização dos informantes e condições de moradia; situação de saúde e utilização dos serviços; e a prática da

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3081-7548 Fax: (11)3081-7548 E-mail: edipeq@usp.br



Continuação do Parecer: 744.119

automedicação. Para a análise dos dados, os medicamentos alopáticos serão classificados segundo a "Classificação Anatómico-Terapêutica-Química (ATC) adotado pela OMS; e os medicamentos fitoterápicos tradicionais serão analisados conforme o tipo de produto, sua indicação e forma de preparo. Os dados serão digitados no SPSS e serão submetidos à análise estatística.

A proposta apresenta o cronograma de execução com término previsto para dezembro de 2017. O orçamento detalhado perfaz um total de R\$ 29.960,00 e foi submetido para agência de financiamento.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Analisar a automedicação e fatores associados em indivíduos que vivem em comunidades ribeirinhas na região do Médio Solimões – Amazonas.

Objetivos específicos:

Sub-projeto 1

- Verificar a prevalência da automedicação em indivíduos que vivem em comunidades ribeirinhas.
- Investigar os fatores sociodemográficos e clínicos associados à automedicação.

Sub-projeto 2

- Identificar os principais motivos que levaram a automedicação.
- Identificar classes terapêuticas dos medicamentos alopáticos mais utilizados na automedicação.

Sub-projeto 3

- Identificar os fitoterápicos tradicionais utilizados com maior frequência pelos ribeirinhos.
- Comparar o uso efetivo da fitoterapia com o uso descrito na literatura.
- Analisar a capacidade resolutiva na utilização dos fitoterápicos segundo a percepção do ribeirinho.

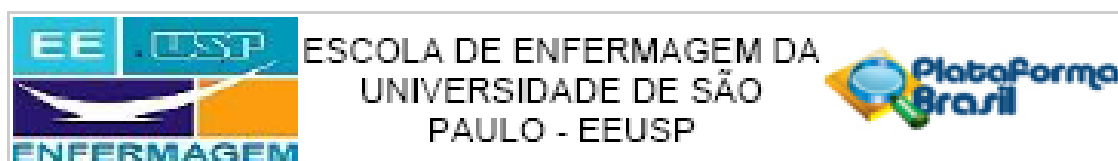
Sub-projeto 4

- Analisar o acesso e a utilização de serviços de saúde.
- Verificar a relação entre acesso aos serviços de saúde e automedicação.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O projeto apresenta baixo risco aos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios poderá contribuir para a produção de conhecimento sobre os fatores associados à automedicação em comunidades ribeirinhas, o que é também poderá ser estratégico para os demais municípios localizados na região da Amazônia Legal brasileira. No âmbito do Sistema Único de Saúde, os

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3081-7548 Fax: (11)3081-7548 E-mail: edipeesq@usp.br



Continuação do Parecer: 744.119

processos de educação permanente dos agentes comunitários de saúde e as orientações aos ribeirinhos sobre os riscos da automedicação também serão aperfeiçoados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está estruturado de forma adequada e contempla os aspectos éticos. O tema e objeto de Investigação são relevantes para o campo da Saúde Coletiva e poderão contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de saúde dos profissionais da Atenção Básica, em especial os agentes comunitários de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) está redigido em linguagem adequada e em formato de convite aos participantes da pesquisa. Informa o objetivo do estudo, assegura o anonimato e a liberdade de participação. Informa ainda os telefones de contato e e-mail do pesquisador e dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFAM e da EEUSP e que o mesmo será assinado em duas vias, sendo uma via para o pesquisador e outra para o participante. O tempo estimado para responder o questionário não foi informado.

Recomendações:

Incluir no TCLE o tempo estimado para a aplicação do questionário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está em consonância com a resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e não apresenta óbices éticos para sua realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

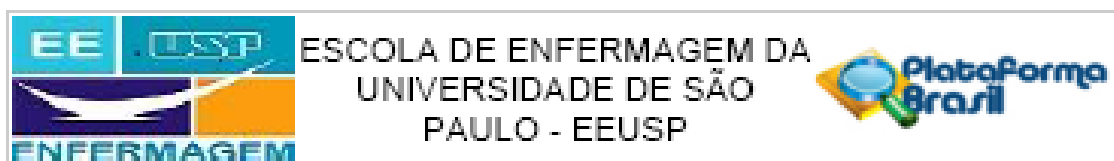
Não

Considerações Finais a critério do CEP:

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP não substitui a autorização da Instituição co-parceira para o início da pesquisa.

Reitera-se a necessidade de registro dos relatórios, parcial e final, na Plataforma Brasil.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
 Bairro: Cerqueira César CEP: 05.403-000
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3061-7548 Fax: (11)3061-7548 E-mail: edipeoz@usp.br



Continuação do Parecer: 744.119

SAO PAULO, 08 de Agosto de 2014

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar CEP: 05.403-000
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)3081-7548 Fax: (11)3081-7548 E-mail: edipeaq@usp.br

ANEXO B: CARTA DE ANUÊNCIA - SEMSA / COARI



Carta de Anuência

Autorizo o doutorando Prof. MSc. **Abel Santiago Muri Gama** a realizar o Projeto de Tese intitulado "**Automedicação em Comunidades Ribeirinha na região do Médio Solimões-Amazonas**", tendo como objetivo analisar a automedicação e fatores associados em indivíduos que vivem na zona rural (médio Solimões).



WALDIR DE MELLO PERES
Secretário Municipal de Saúde