



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE FAMÍLIA
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



FRANCISCO PEREIRA JÚNIOR FEITOSA

**USO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO
DE BARBALHA-CE, COM ÊNFASE NOS ANTIMICROBIANOS**

FORTALEZA-CEARÁ

2014

FRANCISCO PEREIRA JÚNIOR FEITOSA

USO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO
DE BARBALHA-CE, COM ÊNFASE NOS ANTIMICROBIANOS

Dissertação apresentada à Coordenação do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família do Centro de Ciências da Saúde e Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Área de Concentração: Saúde da Família.

Orientadora: Prof.a Dr.a Maria Irismar de Almeida

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Júnior Feitosa, Francisco Pereira .
Uso de Medicamentos na Estratégia Saúde da Família
do Município de Barbalha-CE, com ênfase nos
antimicrobianos [recurso eletrônico] / Francisco
Pereira Júnior Feitosa. - 2014.
1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

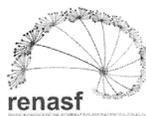
CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 103 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Mestrado Profissional em Saúde da Família, Fortaleza,
2014.

Área de concentração: Saúde da Família.

Orientação: Prof. Esp. Maria Irismar de Almeida.

1. Antimicrobianos. 2. Estudo da Utilização de
medicamentos. 3. Programa Saúde da Família. I. Título.



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA- Renasf
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ- UECE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – CCS
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – MPSF
Av. Paranjana, nº 1700 – Campus do Itaperi – CEP: 60740-000 Serrinha
Fortaleza – Ceará – Brasil. Fone: (85) 3292-7413



FOLHA DE AVALIAÇÃO

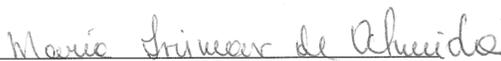
Título da dissertação: “USO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE COM ÊNFASE NOS ANTIMICROBIANOS.”

Nome da Mestranda: **Francisco Pereira Júnior Feitosa**

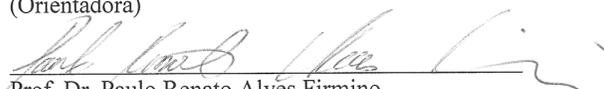
Nome do Orientador: **Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA- MPSF/Renasf, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA.

BANCA EXAMINADORA:



Profa. Dra. Maria Irismar de Almeida
(Orientadora)



Prof. Dr. Paulo Renato Alves Firmino
(1º membro)



Profa. Dra. Ana Paula Soares Gondim
(2º membro)

Prof. Dr. Maria de Fátima Antero Sousa Machado
(Suplente)

Data da defesa: 22/04/2014

À minha amada esposa Darcylene, ser humano iluminado, que foi a maior incentivadora e fonte de inspiração desse mestrado, não apenas por favorecer um aprendizado compartilhado em todos os momentos, mas também pela alegria, perseverança, companheirismo e entusiasmo.

Aos nossos filhos Mateus, Samuel e Davi, presentes de Deus em minha vida. Aos meus pais, Francisco Pereira Felizardo e Pedrina Alves Feitosa, pelo incentivo sempre constante.

À minha cunhada Ana Paula, pelo apoio incondicional durante todo o mestrado.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

À Prof.a Dr.a Maria Irismar de Almeida que me acolhendo como orientando, não apenas me conduziu na realização desse sonho, mas também me revelou o quanto podemos ser desprendidos e humanos com as pessoas e conosco. Além disso, na sua imensa simplicidade, ouvia-me atentamente e encoraja-me, revelando a sua grandeza como uma exímia orientadora.

AGRADECIMENTOS

A Deus que em nenhum momento esteve distante de mim e por me haver guiado durante toda minha caminhada.

À Universidade Estadual do Ceará (UECE), por ter possibilitado a concretização de um ideal.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação, Prof.a Dr.a Ana Patrícia Pereira de Moraes, pela atenção a mim dispensada.

Ao Prof. Dr. José Maria Ximenes Guimarães pelo encorajamento, presteza e ensinamentos.

Aos professores participantes da banca examinadora Prof.a Dr.a Ana Paula Soares Gondim, Dr. Paulo Renato Alves Firmino e a Prof. Dr.a Maria de Fátima Antero Sousa Machado, pelas valiosas colaborações.

À equipe de professores do Mestrado Profissional em Saúde da Família, pelo aprendizado.

Aos colegas da turma, pelas reflexões, críticas, sugestões, alegrias e partilhas tão ricas que me engrandeceram no decorrer do curso.

Ao irmão e mestrando Carlos Eduardo, a quem muito me inspirei, pelo seu espírito aguerrido em defesa da saúde pública. Seus pensamentos e ideias me foram basais, bem como os da sua adorável esposa, Carla Jane.

À secretária do mestrado, Cláudia Regina Freire, pela presença sempre presente, mesmo distante, o que possibilitou a resolução de muitas coisas.

À dona Maria, funcionária do mestrado, que sempre me acolheu com muita alegria e solicitude.

A seu Bili, pelo sorriso fácil, pelo incentivo e acolhida.

Aos amigos Zaryph e Cleverlânio, pelo incentivo e apoio.

Aos compadres Leonardo e Ariádne, pelas muitas partilhas e significativas contribuições no início do processo, mas também pelo apoio e incentivo para a conclusão do Curso.

Ao casal Adilfa Garcia e José Luna, pelo apoio e incentivo constantes.

Aos usuários que participaram da pesquisa, pela atenção e colaboração.

À equipe de servidores técnico-administrativos da Coordenação, da Biblioteca da UFC de Barbalha nas pessoas de Kécia Silva Damasceno e Diana, pela atenção demonstrada.

A Patrício, acadêmico de Farmácia e funcionário da UFC-Barbalha, pela disponibilidade e amizade.

Ao enfermeiro Ádamo Macedo, pela presteza e atenção oportunas.

Aos agentes comunitários de saúde de Barbalha, nas pessoas de Lúcia Lopes, Lídia Lopes, Kelly e Rita de Cássia.

A Daniele, da Central de Abastecimento Farmacêutico de Barbalha.

Ao casal Norberto Cruz e Zélia Maria.

Ao farmacêutico Pedro Alex Cruz, pelas contribuições iniciais.

Aos profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família de Barbalha- Patrícia Luna, Sheyla Pauline, Gledson, Bruno, Lúcia, Ítala, Ariza, Débora e Aníbal Tavares.

Aos amigos Dida, Bertié, Darcy e Luciano.

Ao casal Magno e Cláudia, por todo suporte no mestrado.

À minha sobrinha, Débora Patrícia.

Ao sobrinho Cícero Wagner Filho.

Ao enfermeiro, meu conterrâneo e amigo José Bento.

A Francisco Sávio, cunhado e amigo.

À Pollyanna Callou, pelo apoio e incentivo.

Aos compadres Edmilton Feitosa e Adailza Feitosa.

Aos funcionários da Farmácia Popular do Brasil, de Barbalha.

À enfermeira Sonara Tavares Caldas pelo incentivo e torcida permanentes.

À secretaria Municipal de Saúde de Barbalha, nas pessoas de Jaqueline Sampaio e Désirée Sá Barreto, pelo apoio.

Aos Padres Raimundo Elias e Aldízio Nunes, pelas orientações espirituais decisivas e muito pontuais para o êxito dessa empreitada.

Aos compadres Cícero Wagner e Ana Maria.

À enfermeira Aline Figueiras Cruz, pelo incentivo para a realização do mestrado.

À minha sobrinha, Denise Raquel.

À minha comadre Jane, pelas inúmeras vezes que cuidou das minhas jóias mais preciosas, meus filhos, quando estive ausente para cursar o mestrado.

Ao revisor de português, prof. Vianney Mesquita, pela revisão do trabalho.

A toda minha família, pelo incentivo incondicional.

RESUMO

Objetiva analisar a utilização de antimicrobianos pelos usuários da Estratégia Saúde da Família de Barbalha-Ceará. Trata-se de um estudo transversal, composto por uma amostra de 381 usuários das 22 unidades de atenção primária à saúde do Município de Barbalha. Foram levantados, por meio de formulário, dentre outros aspectos, os motivos para o não cumprimento do tratamento medicamentoso, medicamentos usados, indicação e orientação recebidos pelos usuários, bem como que fatores estiveram associados a automedicação. Resultados apontam que as mulheres fizeram maior uso de medicamentos e 237 (62%) dos usuários referiram problema de saúde que resultou em prescrição. As doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, foram as mais frequentes. A amigdalite (5,9%) foi a mais frequente das doenças infecciosas. Os medicamentos mais prescritos foram o ibuprofeno 300 mg e a cefalexina 500 mg (6,3% e 5,9%, respectivamente). A proporção de automedicação foi de aproximadamente 40%. Os anti-inflamatórios ibuprofeno 300 mg e o diclofenaco 50 mg comprimido (14,3% e 10,9%, respectivamente) foram os mais utilizados por automedicação, seguido da amoxicilina, que foi o antimicrobiano mais utilizado (6,1%). Usuários se medicam até melhorar os sintomas (90,7%) e o fazem no máximo por três dias. Algas e afecções relacionados às vias aéreas superiores foram as motivações mais frequentes para a automedicação. 36,7% dos usuários tiveram influência de prescrições médicas anteriores, 23,8% o fizeram por conta própria, 23,1% recorreram a vizinhos amigos/parentes, e 10,2% se medicaram por influência dos balconistas; 63,8% dos usuários referiram doar medicamentos. 90% não cumprem o tratamento medicamentoso porque acham que melhoram antes do seu término. A forma como o usuário avalia a sua saúde, gripe/resfriado, infecção intestinal, amigdalite, lombalgia e, sobretudo cefaleia estiveram associadas significativamente com a automedicação. De maneira geral, a classe terapêutica dos analgésicos foi a mais utilizada. Conclui-se que a utilização de medicamentos pelos usuários da ESF de Barbalha teve ênfase na automedicação, sobretudo de anti-inflamatórios e antimicrobianos. Esse uso esteve relacionado a afecções das vias aéreas superiores, como gripe, resfriado, amigdalite, assim como para cefaleias e lombalgias cujo uso deu-se até o desaparecimento dos sintomas, o que faz recrudescer a resistência bacteriana. Faz-se necessário, dentre outras ações, repensar as práticas educativas na ESF,

principalmente porque os índices de automedicação apontam para vulnerabilidades dessa estratégia na efetivação de ações de promoção da saúde no que se refere ao uso racional dos medicamentos.

Palavras-chave: Antimicrobianos. Estudo da utilização de medicamentos. Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

It aims to analyze the use of antimicrobials by users of the Family Health Strategy from Barbalha-Ceará. It is a cross-sectional study, consisting of a sample of 381 users from 22 primary care health Municipality Barbalha. Through form were raised, among other things, the reasons for non-compliance with medical treatment, medications used, indication and guidance received by users, as well as what factors were associated with self-medication. The results indicate that women have made greater use of medications and 237 (62%) of users reported health problem that resulted in prescriptions. Chronic diseases, such as hypertension and diabetes were the most frequent. Tonsillitis (5.9%) was the most common infectious diseases. The most commonly prescribed medications were ibuprofen 300 mg and cephalexin 500 mg (6.3% and 5.9%, respectively). The proportion of self-medication was approximately 40%. The anti-inflammatory ibuprofen and diclofenac 300 mg 50 mg tablet (14.3% and 10.9%, respectively) were the most used by self, followed by amoxicillin, which was used as antimicrobial (6.1%). Users medicate to improve symptoms (90.7%) and they do a maximum of three days. Pains and ailments related to the upper respiratory tract were the most common reasons for self-medication. 36.7% of users had influence from previous prescriptions, 23.8% did so on their own, 23.1% used neighbors friends / relatives, and 10.2% are medicated by the influence of clerks; 63.8% of users reported donating drugs. 90% do not meet the drug treatment because they think they improve before their completion. The way how the patient evaluates his health, flu / colds, intestinal infection, tonsillitis, and low back pain, especially headache were significantly associated with self-medication. In general, the therapeutic class of analgesics was most frequently used. It was concluded that the use of drugs by members of the Family Health from Barbalha-Ceará had an emphasis on self-medication, especially anti-inflammatory and antimicrobial. This use was related to disorders of the upper airways, such as flu, colds, tonsillitis, as well as headaches and back pain whose use was given until the symptoms disappear, which makes recrudescer bacterial resistance. It is necessary, among other actions, to rethink educational practices in the Family Health from Barbalha-Ceará , mainly because the rates of self-medication point to vulnerabilities that strategy in effective actions to promote health in relation to the rational use of medicines.

Keywords: Antimicrobial. Study of the use of drugs. Family Health Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1-Mapa da Região Metropolitana do Cariri

Quadro 1- Antimicrobianos orais disponíveis na Atenção Básica de Saúde *versus* principais eventos adversos

Quadro 2 - Cadeia do medicamento

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Dados referentes à amostra por unidade de saúde do estudo do uso de antimicrobianos nas unidades de saúde da família do município de Barbalha-CE.....	46
Tabela 2- Características pessoais dos usuários da ESF de Barbalha-CE.....	51
Tabela 3- Características clínicas dos usuários atendidos nas unidades de Saúde da Família do Município de Barbalha-CE.....	52
Tabela 4- Características comportamentais dos 237 usuários de antimicrobianos prescritos atendidos nas unidades de Saúde da Família do Município de Barbalha-CE.....	53
Tabela 5- Antimicrobianos- Tempo prescrito de tratamento <i>versus</i> tempo realizado pelos usuários da ESF Barbalha-CE.....	54
Tabela 6- Fatores associados à automedicação dos usuários atendidos nas unidades de Saúde da Família de Barbalha-CE.....	55
Tabela 7- Razões que levaram os usuários da ESF de Barbalha-CE a não cumprirem o tratamento medicamentoso, automedicação e outros aspectos.....	55
Tabela 8- Fatores associados à automedicação dos usuários da ESF de Barbalha-CE.....	57
Tabela 9- Antimicrobianos utilizados por automedicação pelos usuários da ESF de Barbalha-CE.....	59
Tabela 10- Fatores associados à aquisição de orientação dos usuários atendidos na ESF de Barbalha-CE.....	60
Tabela 11- Medicamentos mais utilizados pelos usuários da ESF de Barbalha-CE.....	61

LISTA DE SIGLAS E ABREVIÇÕES

APS- Atenção Primária à Saúde
ACS- Agente Comunitário de Saúde
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAF- Central de Abastecimento Farmacêutico
CEP- Comitê de Ética e Pesquisa
CIM- Centro de Informações de Medicamentos
CNS- Conselho Nacional de Saúde
CPD- Comprimido
CRES- Célula Regional de Saúde
DEF- Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
ESF- Estratégia Saúde da Família
EUM- Estudos de Utilização de Medicamentos
FDA- *Food and Drug Administration*
GPUIM- Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
OMS- Organização Mundial da Saúde
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PNM- Política Nacional de Medicamentos
PPI- Programação Pactuada Integrada
PSF- Programa Saúde da Família
RAM- Reação Adversa ao Medicamento
RDC- Resolução da Diretoria Colegiada
RENAME- Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RMC- Região Metropolitana do Cariri
SOBRAVIME- Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos
SUS- Sistema Único de Saúde
SVO- Serviço de Verificação de Óbitos
UBS- Unidade Básica de Saúde
UECE- Universidade Estadual do Ceará
UFC- Universidade Federal do Ceará
UFCA- Universidade Federal do Cariri

UTI- Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
2	OBJETIVOS.....	20
2.1	GERAL.....	20
2.2	ESPECÍFICOS.....	20
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	21
3.1	POLÍTICAS DE SAÚDE.....	21
3.2	POLÍTICAS FARMACÊUTICAS.....	24
3.3	FARMACOEPIDEMIOLOGIA.....	28
3.4	A EDUCAÇÃO EM SAÚDE E O USO DO MEDICAMENTO.....	38
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	43
4.1	NATUREZA DO ESTUDO.....	43
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	43
4.3	CÁLCULO E TAMANHO AMOSTRAL DO PROCEDIMENTO	44
4.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DOS DADOS.....	49
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	51
5	RESULTADOS.....	52
6	DISCUSSÃO.....	62
7	CONCLUSÕES.....	77
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICES.....	89
	APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	APÊNDICE B – FORMULÁRIO	
	APÊNDICE C – TERMO DE ANUÊNCIA (SECRETARIA MUNICIPAL DE	
	SAÚDE DE BARBALHA-CE)	

APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO DOS PESQUISADORES
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

ANEXOS

ANEXO I- PARECER CONSUBSTANCIADO. COMITÊ DE ÉTICA-UECE

ANEXO II - QUADRO DE ANTIMICROBIANOS ORAIS DA ESF
DE BARBALHA-CE

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado com princípios e diretrizes, visando a promover a integralidade da atenção à saúde. Um dos pressupostos para atingi-la significa também garantir o acesso dos usuários aos medicamentos essenciais. Com base nessa prerrogativa, destaca-se a assistência farmacêutica, entendida como o conjunto de atividades com o objetivo de garantir o acesso e o uso racional de medicamentos com vistas a apoiar ações de Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2001).

Nessa perspectiva, a Estratégia Saúde da Família(ESF) surge com o intuito de reorientar o modelo de atenção centrado, hospitalocêntrico e curativista para um modelo assistencial com ênfase na atenção primária à saúde, tendo como prioridades ações de recuperação, reabilitação, proteção e promoção da saúde de modo contínuo e integral(BRASIL, 2006).

No âmbito farmacêutico, numa perspectiva do acesso aos medicamentos e com vistas a atingir o uso racional, faz-se necessário conhecer o modo como as pessoas fazem uso deles. De tal modo, estudos sobre a utilização de medicamentos (EUMs) são fundamentais para se ter um panorama de como o sistema de saúde se mostra efetivo e de que maneira os usuários compreendem a importância da terapia à base de medicamentos. Nesse sentido, a farmacoepidemiologia desponta como o ramo científico que subsidia esse tipo de estudo.

Optou-se pela investigação do uso dos antimicrobianos, pois esses segundo Oliveira e Silva (2008), figuram entre os fármacos mais prescritos em atenção primária e sabidamente os que apresentam maiores equívocos na sua utilização, e ainda que o uso irracional desses conduz ao surgimento de sérios problemas de saúde, dentre os quais a resistência bacteriana (ABRANTES *et al.*, 2008).

Conforme relatam Nicolini *et al.* (2008) há um comprometimento dos tratamentos com antimicrobianos por uma série de fatores que vão desde o pouco tempo para se realizar consultas, falta de conhecimento dos prescritores e equipe de saúde. Aliado a tudo isso, há de se destacar a falta de conhecimento também da população acerca do uso correto dos medicamentos, especialmente os antimicrobianos.

O interesse pelo objeto de estudo, que é o uso de antimicrobianos na ESF, surgiu pela vivência que se tem em constatar que eles embora tenham surgido para solucionar agravos à saúde, se tornaram um problema, em face da sua má utilização, o que pode gerar sérios riscos à saúde dos usuários.

Este estudo visa, portanto, a analisar a utilização dos antimicrobianos pela população em áreas cobertas pela ESF de Barbalha-Ceará, assim como, quais fatores estão relacionados a essa utilização, considerando nessa perspectiva a importância da Educação em Saúde e que essas ações educativas nos territórios devam acontecer também numa perspectiva do uso racional de medicamentos para a promoção da saúde.

Nesse sentido, a Educação em Saúde na visão de Souza e Jacobina (2009) é compreendida como a transformação de saberes existentes. Significa dá autonomia aos usuários não mais através da imposição dos conhecimentos técnicos-científicos, mas sim levá-los a compreensão do processo saúde doença. Sugere-se, portanto, que a Educação em Saúde realizada na ESF possa impactar ações de saúde que conduzam ao uso racional dos medicamentos.

Mediante as considerações ora realizadas, algumas indagações se fazem necessárias: de que modo os usuários da Estratégia Saúde da Família utilizam os antimicrobianos? Quais fatores conduzem os usuários a fazerem uso desses medicamentos?

Em razão desses questionamentos e em face da problemática, justifica-se a realização do estudo transversal, por possibilitar a investigação de como os antimicrobianos estão sendo utilizados nos diversos segmentos sociais, e quais determinantes estão envolvidos nesse processo, e ainda pelo fato de revelar se a população está tendo acesso aos serviços de assistência farmacêutica.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Analisar a utilização de antimicrobianos pelos usuários da Estratégia Saúde da Família.

2.2 Específicos

- Descrever as características socioeconômicas dos usuários que fazem uso de medicamentos.
- Investigar os fatores que influenciam o uso dos antimicrobianos.
- Descrever a proporção de automedicação dos sujeitos em estudo; bem como a proporção dos antimicrobianos mais utilizados.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Políticas de Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é tida como a mais importante reforma relacionada à saúde em curso no mundo, atualmente. O incremento da APS pelos governos mundiais destacou-se praticamente em 1978, com a Declaração de Alma-Ata (OPAS/OMS, 1978).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Primária à Saúde é definida como

Um conjunto de ações de saúde que abrangem promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e ainda a redução de danos numa perspectiva da integralidade da atenção. A APS deve também ser a porta de entrada do sistema de saúde, assim como, o centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (BRASIL, 2011).

De forma histórica, a terminologia APS surgiu no Reino Unido por meio do Relatório Dawson numa perspectiva de se organizar os sistemas de saúde em diversos níveis, os quais distinguiam os serviços de saúde em: centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais-escola (STARFIELD, 2002). Tal relatório, na verdade, era uma forma de contraposição ao modelo flexneriano, biologicista, e voltado para o atendimento individual que se mostrava a beira de um colapso ante os elevados custos e a baixa resolubilidade.

No cenário mundial havia, de um lado, os países desenvolvidos que contavam com sistemas de saúde mantidos a custos elevados por conta da alta tecnologia médica, porém ineficientes sobre o ponto de vista de atender às necessidades da população. Do outro lado, havia os países pobres e emergentes, que sofriam com tamanha iniquidade dos seus sistemas, sobretudo no tocante ao acesso da população aos serviços básicos (GIOVANELA; MENDONÇA, 2008).

De tal modo, o Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu na Constituição de 1988, trazendo princípios doutrinários, como a integralidade, universalidade e a equidade e como princípios organizacionais a regionalização, hierarquização, descentralização, comando único e participação popular (BRASIL, 1990).

Estudos revelam que sistemas de saúde que têm a APS como conformação são mais efetivos, têm maior qualidade, são mais satisfatórios para a população e ainda possuem menores custos (STARFIELD, 1994; OPAS/OMS, 2005).

Pesquisa realizada nos Estados Unidos em estados com maior número de médicos de família denotaram melhores indicadores de mortalidade geral, de mortalidade por câncer e doenças cardiovasculares e mortalidade neonatal quando comparados com estados em que o número desses profissionais era menor (STARFIELD, 2004).

Na Costa Rica, país com sistema baseado em APS, estudos apontam que houve uma melhora significativa nos índices de mortalidade infantil e adulta com redução de 13% e 4% respectivamente (MENDES, 2012). Estudo feito na Tailândia demonstrou que as ações prestadas por generalistas, são mais centradas nos usuários, bem como tem mais baixa tendência a medicalização elevada (PONGSUPAP; VAN LERBERGHE, 2006).

Destaca-se que para que a APS funcione com qualidade precisa ancorar-se em alguns atributos os quais são: o primeiro contato, a longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e a competência cultural (STARFIELD, 2002).

No Brasil, há anos, se fortalece a proposta de uma atenção primária à saúde como organizadora do sistema de atenção. Esses esforços podem ser evidenciados principalmente quando da implantação do Programa Saúde da Família-PSF pelo Ministério da Saúde, com vistas a ampliar a cobertura de ações primárias, sobretudo em regiões com intensa influência médico-hospitalar (ANDRADE; BARRETO, COELHO, 2013).

Deste modo, em face da importância que assumiu na realidade da saúde pública brasileira, o PSF se tornou estratégia, passando a ser denominado de Estratégia Saúde da Família-ESF, ficando assim evidente que a ESF se torna fundamental para a expandir e consolidar a APS no Brasil.

Dados de 2012 apontam que o Brasil já conta com 32 mil equipes de Saúde da Família, uma cobertura de aproximadamente 53,74% da população brasileira, o que favorece a melhora de muitos indicadores do País, tendo como um dos grandes diferenciais a inserção dos vários profissionais na ESF.

Conforme Mendes (2002), muitos são os desafios a serem enfrentados para a consolidação da ESF, sobretudo em face da subvalorização política dessa estratégia, assim como da insuficiência de recursos para operacionalizá-la. O mesmo autor destaca ainda a necessidade de garantir a coordenação das redes de atenção à saúde pela ESF, o que ocasionaria não apenas seu fortalecimento como estratégia prioritária da APS, sustentação do próprio SUS.

Portanto, a ESF deve ser o centro de comunicação das redes de atenção à saúde, viabilizando o acesso universal aos serviços de saúde atendendo critérios de risco e vulnerabilidade, numa perspectiva que as demandas ou sofrimentos dos usuários devam ser acolhidos.

Destaca-se o fato de que, no Decreto Federal 7.508, o qual regulamenta a Lei 8.080 que, dentre outras providências, organiza o SUS, o seu planejamento, a assistência à saúde, especificamente na seção II, encontra-se a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME, a qual norteia as ações de assistência farmacêutica no âmbito do SUS (BRASIL, 2011).

Desta forma, no conceito das redes de atenção primária, de modo transversal aos níveis de atenção à saúde, encontra-se a assistência farmacêutica, que segundo Mendes (2011) é parte integrante do componente sistema de apoio, o qual engloba atividades relacionadas aos medicamentos desde a programação, aquisição e seleção, como também ações de uso racional, mediante a elaboração de protocolos de medicamentos e dispensação farmacêutica, objetivando atender os usuários numa perspectiva longitudinal do cuidado.

Nesse sentido, a política de assistência farmacêutica é de suma importância para a consolidação de uma atenção primária muito mais resolutiva no que se refere à garantia do acesso aos medicamentos essenciais, bem como à segurança do seu uso racional pelos usuários atendidos no âmbito do SUS.

3.2 Políticas Farmacêuticas

Historicamente, a assistência farmacêutica surgiu no Brasil com a criação da Central de Medicamento-CEME por via do Decreto nº 68.806 de 1971. Dentre os principais objetivos da CEME, estavam a promoção e a organização dos serviços de assistência farmacêutica numa perspectiva de atender as demandas das classes sociais de menor poder aquisitivo, desenvolvimento do polo químico-farmacêutico, assim como a instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos (COSENDEY *et al.*, 2000).

A CEME representou, portanto, um limite no contexto da utilização de medicamentos. Uma das maiores contribuições deste órgão foi a elaboração de uma lista de medicamentos básicos, muito antes da OMS lançar a RENAME em 1977, por via da publicação, em 1972, do primeiro Memento Terapêutico (LIMA, 2003).

Outro destaque que a CEME teve no âmbito da assistência farmacêutica foi o Programa Farmácia Básica, o qual buscou uma padronização dos medicamentos utilizados no Brasil (PORTELA *et al.*, 2010). Essa pretensão não obteve êxito, entre vários motivos, por conta dos diversos perfis epidemiológicos de cada região brasileira.

A Lei 8.080/90, no seu art. 6º, menciona que estão incluídas no campo de atuação do SUS “a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive assistência farmacêutica, bem como a formulação de política de medicamentos” (BRASIL, 1990).

Alinhada a esse movimento, a OMS também recomendou que todos os países formassem e implementassem políticas de medicamentos. Com suporte nessas recomendações, foi instituída no Brasil a Política Nacional de Medicamentos (PNM) cuja normatização ocorreu pela Portaria nº 3.916/98 (BRASIL, 2001). Destaca-se, contudo, que todo esse movimento em torno da assistência farmacêutica foi iniciado na década de 1970 com a CEME.

A Política Nacional de Medicamentos constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde. Garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais constituem-se fundamentos dessa política (BRASIL, 2001). Neste entendimento, foi criada pelo Ministério da Saúde a

Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA, sendo premissa desse órgão garantir condições para a segurança e qualidade dos medicamentos consumidos no País.

Dentro da PNM, outro dispositivo criado para que a população fosse atendida nas suas necessidades numa perspectiva do uso racional de medicamentos foi a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais-RENAME, que pode ser compreendida como seleção e padronização de fármacos no âmbito do SUS.

Conforme diretrizes, a RENAME se estrutura com a Relação Nacional de Medicamentos componente básico da assistência farmacêutica, relação nacional de medicamentos estratégicos, relação nacional de medicamento do componente especializado, de insumos farmacêuticos e com a relação de medicamentos de uso hospitalar (BRASIL, 2011).

Historicamente, a primeira lista de medicamentos essenciais foi criada no Brasil em 1964, pelo Decreto nº 53.612, a qual foi denominada Relação Básica Prioritária de Produtos Biológicos e Materiais para Uso Farmacêutico Humano e Veterinário. A RENAME veio, anos mais tarde, pela Portaria MPAS nº 233, de 08/07/1975, atendendo a critérios da OMS.

De um modo geral, o acesso aos medicamentos essenciais ainda é precarizado. Estimativas da OMS revelam que dois bilhões de usuários não têm acesso regular a esses medicamentos (OPAS/OMS, 2005). Trata-se de um paradoxo em sistemas universais como o SUS, visto que a ESF veio fortalecer as ações de Atenção Primária à Saúde, destacando-se a disponibilização de forma correta e também racional desses medicamentos à população.

O uso racional dos medicamentos requer que haja a necessidade destes e a prescrição contenha forma farmacêutica, dose e período prescrito adequados, que o medicamento esteja disponível a um preço acessível e atenda critérios de qualidade, e com dispensação adequada devendo se ancorar em orientações corretas com a finalidade de assegurar a eficácia terapêutica (WHO, 1987).

Segundo Kar, Pradhan e Mohanta (2010), os medicamentos essenciais constituem poderosos instrumentos na promoção da saúde e que a utilização desses no âmbito da ESF, sobretudo, por meio de uma lista padronizada como a RENAME, e daí para as relações municipais de medicamentos -REMUMES, atende-se a critérios de racionalidade.

Laing, Hogerzeil e Ross-Degnan (2001) referem que quando se trabalha com uma lista de medicamentos essenciais, significa dizer, entre outras coisas, que está se atendendo a uma das dez recomendações da OMS que favorecem o uso racional. O precário acesso, entretanto, que se evidencia a esses medicamentos, enseja descrença no sistema de saúde e favorece também a automedicação.

A lista de medicamentos essenciais deve, portanto, orientar e racionalizar o suprimento de medicamentos no setor público, a produção local de medicamentos e as ações no âmbito da assistência farmacêutica (WANNMACHER, 2012 p.16). Entretanto, estudos revelam que embora se tenha avançado no que se refere à áreas cobertas da ESF, bem como se evidencia ao mesmo tempo um maior acesso aos medicamentos essenciais, encontra-se ainda dentro dos territórios a prática da automedicação.

Para Wannmacher (2012), o objetivo da RENAME, dentre outros, consiste em orientar o uso racional de medicamentos, ao privilegiar aspectos referentes à atenção à saúde, a exemplo da prescrição, dispensação, assim como seu acesso e uso.

A mesma autora refere ainda o argumento de que as listas de medicamentos essenciais, além de serem fundamentais para a tomada de decisões, ajudam também, de forma direta ou indireta, gestores, profissionais de saúde e usuários para a utilização segura e com um menor custo, sobretudo nos países em desenvolvimento.

Dessa forma, percebe-se que inúmeros e inquestionáveis são os ganhos em saúde pública quando se trabalha com uma lista de medicamentos essenciais. Hogerzeil (2004) refere que fazer clínica com medicamentos essenciais, em face do seu número reduzido, favorece melhor atenção à saúde, além de um melhor esclarecimento ao usuário quanto à utilização.

De acordo com Wannmacher (2012), para que haja o abastecimento devido, assim como o favorecimento do acesso aos medicamentos essenciais pelos usuários, faz-se necessária uma consistente decisão política da gestão para a ampliação do uso racional dos medicamentos essenciais no âmbito da ESF.

Em 2004, com a criação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica mediante a Resolução 338, do Conselho Nacional de Saúde, fica estabelecida a formulação de políticas regionais, que definiram o financiamento da AF como de responsabilidade das quatro esferas de governo.

O Ceará foi um dos pioneiros na organização de um novo modo de operar a assistência farmacêutica, o que lhe rendeu maior visão pública nacional, pela implementação da compra centralizada de medicamentos, denominada Programação Pactuada Integrada-PPI, sendo inclusive inspiração para o advento da Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Tal processo ocorre de forma descentralizada e espontânea pelos municípios, assim como a seleção dos medicamentos é orientada com origem no elenco da RENAME com contrapartida da união, estados e municípios (ASSISTÊNCIA, 2009).

Barbalha é um dos municípios cearenses que aderiu à PPI. De tal modo, os medicamentos ofertados nos serviços de atenção primária à saúde são adquiridos dessa pactuação. Vale ressaltar que o incremento da compra centralizada possibilitou não só maior acesso aos medicamentos essenciais, como também acurada racionalização dos custos, além de maior segurança já que todos os medicamentos adquiridos pela PPI são registrados na ANVISA.

Nesse aspecto, a reorientação da assistência farmacêutica, outra diretriz da Política Nacional de Medicamentos para a promoção do uso racional de medicamentos, aponta que deverão ser implementadas em todo o Território Nacional atividades de Educação em Saúde junto à população e aos profissionais com vistas a efetivar a utilização correta dos medicamentos.

A Política Nacional de Medicamentos, mediada pela reorientação dos serviços de assistência farmacêutica, possibilita maior acesso da população aos medicamentos essenciais. O aumento do acesso, contudo, não foi acompanhado de melhor utilização desses medicamentos, uma vez que as práticas educativas desenvolvidas na ESF ainda se distanciam do empoderamento aos usuários.

3.3 Farmacoepidemiologia

Conforme leciona Rozenfeld (1989), a farmacoepidemiologia é o estudo do uso e dos efeitos dos medicamentos. Para a Organização Mundial da Saúde-OMS, é o estudo da utilização e das reações adversas ao medicamento (RAM) em número significativo de pessoas, com o objetivo de obter o uso racional, o menor custo efetivo e melhorar os resultados da saúde(CASTRO, 2000).

Na década de 1930, a morte de mais de 100 pessoas provocada pelo uso de dietilenoglicol presente em xaropes de sulfanilamida despertou autoridades para problemas relacionados às RAM (MELO; RIBEIRO; STORPIRTIS, 2006). Após a Segunda Guerra Mundial, com o advento do uso de um maior arsenal de fármacos, houve no mundo maior ocorrência de acidentes produzidos pela utilização de medicamentos.

Somente na década de 1960, no entanto, com a *Food and Drug Administration* (FDA), surgiram as primeiras coletas de notificações de reações adversas a medicamentos. Em 1961, com a teratogenia ocasionada pela talidomida, a OMS criou um centro de monitoramento de medicamentos, que era responsável pelo recolhimento e monitoramento das notificações oriundas dos fármacos do mundo inteiro (CASTRO, 1999). Surgia a farmacoepidemiologia, que estava associada, portanto, à farmacovigilância.

Segundo essa autora, o drama ocasionado pela talidomida fez com que uma grande quantidade de fármacos sem eficácia comprovada fosse retirada do mercado. Esse evento fez surgir inúmeras publicações de vários estudos de utilização de medicamentos que inicialmente se detinham em analisar as prescrições médicas.

No Brasil, Lacaz, Colbert e Teixeira(1970) foram os pioneiros em alertar os profissionais de saúde a respeito dos riscos associados ao uso de medicamentos. Foi deles, inclusive, a primeira publicação sobre o assunto. Dos anos 1970 em diante, foram promovidos cursos cujo foco era o uso racional de medicamentos.

Somente nos anos 1990, entretanto, a farmacoepidemiologia passou a ampliar a sua linha de estudo sobre o aspecto dos impactos que os medicamentos tinham na vida dos usuários (STROM, 2005).

No campo da farmacoepidemiologia, destacam-se os estudos transversais, os quais fornecem informações acerca dos medicamentos utilizados, quem os utiliza, como e para que finalidade. São úteis para o planejamento da assistência farmacêutica e promoção do uso racional de medicamentos. Além disso, permitem identificar que grupos populacionais estão implicados no uso irracional e as classes terapêuticas empregadas de modo inadequado (ROZENFELD, 2004).

Klein (2002,p.125-150) acentua que os estudos transversais ou seccionais têm como grande vantagem

[...] a capacidade de inferência dos resultados observados para uma população definida no tempo e no espaço, uma possibilidade muitas vezes remota em estudos de que se utilizaram de outras estratégias de estudo epidemiológico.

Merece destaque, também, para o incremento da farmacoepidemiologia no Brasil, a criação da Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), em 1990. No Ceará, no mesmo período, foi instituído o Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM) da Faculdade de Farmácia e Odontologia da Universidade Federal do Ceará-UFC, que se tornou sem dúvida um marco em pesquisas no campo do uso racional de medicamentos (CASTRO, 1999).

A farmacoepidemiologia mostra-se uma área da ciência que auxilia os gestores, pesquisadores em saúde e toda a sociedade em relação aos riscos da utilização indevida dos medicamentos. Essa área do conhecimento não só possibilita uma utilização mais racional dos recursos públicos na assistência farmacêutica, como, o desenvolvimento de estudos sobre a temática focalizada.

De acordo com a Lei 5991/73, o medicamento é um produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins diagnósticos (BRASIL, 1973). Criou-se, no entanto, um simbolismo bastante perigoso com a figura do medicamento, o que estimula práticas como a automedicação (SILVA *et al.*, 2011).

Conforme os mesmos autores, todo medicamento ou substância que o contenha não é isento de inocuidade, assim como apresenta contraindicações e eventos adversos quer seja utilizado corretamente ou não.

Convertidos em elementos de primeira ordem, os medicamentos, portanto, constituem elementos poderosos para reduzir o sofrimento humano (LEITE; VIEIRA; VEBER, 2008 p. 794). Nessa perspectiva, no âmbito das

comunidades, criou-se a ideia de que eles, especialmente, os antimicrobianos, são instrumentos indispensáveis para a solução de muitos males.

Em se tratando dos antimicrobianos, Federico, 2006, aponta-os como

Substâncias químicas com a propriedade de inibir ou destruir, em pequenas concentrações, outros microorganismos. Quando provenientes de um microorganismo (fungo, bactéria, cogumelo), denominam-se antibióticos naturais, como a penicilina, produzida pelo fungo *Penicilliumnotatum* e, quando sintetizadas em laboratório a partir de um antibiótico natural, denominam-se antibióticos semi-sintéticos, como a ampicilina, derivada da penicilina. Se produzidas em laboratório são chamados de quimioterápicos, tais como as sulfas, quinolonas, metronidazol. (P. 21).

Os antimicrobianos são largamente prescritos, principalmente na atualidade, e, por essa razão, há necessidade de estudos de utilização desses medicamentos. Não se pode perder a noção de que vários determinantes estão implicados nesse problema e inquietam autoridades sanitárias do mundo inteiro, conforme citam Oliveira e Silva(2008, p. 55):

A Organização Mundial da Saúde aponta outros fatores que têm contribuído para o aumento da incidência da multirrestância microbiana: pobreza, acesso inadequado aos medicamentos, propaganda de novas drogas, falha terapêutica, medicamentos falsificados, preferência pelo antimicrobiano de largo espectro, deficiência na formação dos profissionais de saúde [...]

Portanto, fazem-se necessários estudos de utilização de medicamentos, por se constituírem instrumentos capazes de analisar tanto a história de utilização quanto o perfil da tendência de uso dos antimicrobianos. Uma vez se conhecendo esse perfil, pode-se empregar medidas que evitem gastos desnecessários por meio da utilização consciente desses fármacos e em atendimento a critérios terapêuticos (VAZQUEZ *et al.*, 2011).

Estudos de utilização de medicamentos

Os estudos de utilização de medicamentos- EUMs denotam, de forma global, o modo como as populações utilizam os medicamentos. Segundo a OMS (1977), esses estudos abrangem desde a comercialização até a dispensação e seu uso, por uma dada sociedade, com destaque para as consequências médico-sanitárias, sociais e econômicas.

Pelicioni (2005) lembra que estudos de utilização de medicamentos fizeram melhorar a qualidade da atenção em saúde, podendo descrever o perfil de sua utilização, demonstrar as diferenças do uso pelos variados grupos, e ainda evidenciar aspectos como a automedicação.

Desse modo, conhecendo como os medicamentos são utilizados pela população, possibilita-se aos profissionais um reconhecimento das situações que requerem uma intervenção, bem como isto os capacita melhor para intervir de forma adequada (LEITE, VIEIRA e VEBER, 2008).

A importância de estudos de utilização de medicamentos ancora-se na necessidade cada vez mais emergente da racionalização dos recursos. Esses ensaios evidenciam que a redução dos custos ocorre sem haver, necessariamente, a perda da qualidade dos tratamentos.

A OMS recomenda que, para a área de medicamentos, em todas as partes, os usuários tenham acesso aos essenciais de que necessitam, que seja promovido o seu acesso equitativo e sustentável, particularmente para os menos favorecidos (WHO, 2004).

A forma como o sistema de saúde se encontra organizado revela o quanto esse é resolutivo ou não. O acesso a medicamentos pode ser um indicativo da existência de qualidade, equidade e resolubilidade de um sistema. Possibilita, pois, a identificação do cumprimento de um tratamento prescrito. Segundo Paniz(2008), o retorno frequente dos pacientes aos serviços de saúde pode sugerir a falta de acesso a esses medicamentos.

Vários estudos apontam que o uso de medicamentos têm altas prevalências em todas as idades. Notadamente na população adulta e idosa, esse fato é mais constatado em face do surgimento das doenças crônicas. Recentemente, Leite, Vieira e Weber (2008) assinalaram que estudos realizados no

Brasil e América Latina apontaram altas prevalências em todas as faixas etárias e para as diversas classes de medicamentos.

Estudo com crianças e adultos, realizado por Simões e Farache (1998), encontraram prevalência para automedicação de 42,1% para ambos os sexos utilizando um período recordatório de 15 dias. Esses autores encontraram a predominância dos analgésicos (23%) para ambos os sexos na faixa etária de 20 a 49 anos.

Bertoldi *et al.* (2004), utilizando um período recordatório também de 15 dias com adultos acima de 20 anos em Pelotas-RS, verificaram prevalência de 65,9%. Nesse estudo, a prevalência de mulheres que referiram uso de algum medicamento foi de 78,5% e entre os homens o uso foi de 49,3%. Os analgésicos, seguidos de anti-inflamatórios, foram as classes mais utilizadas pelos usuários entrevistados.

Em estudo de Pelicioni (2005), encontrou-se um predomínio de utilização de medicamentos pelas mulheres de 40,2%, se comparado com os homens, 27,3% para todas as faixas etárias, utilizando um período recordatório de três dias. No que se refere à automedicação, o mesmo autor descobriu que tal prática foi realizada por 35% dos usuários; no entanto 41,3% ocorreram entre os homens e 31% entre as mulheres.

Em Fortaleza, Arrais (2004), utilizando também um período recordatório de 15 dias, a exemplo de autores citados anteriormente, encontrou uma utilização de medicamentos em torno de 49,7%, dos quais a automedicação foi de 29%.

Portanto, em face do exposto, mostram-se necessários estudos de utilização de medicamentos, uma vez que esses possibilitarão conhecer possíveis fragilidades no sistema, a exemplo da garantia e uso correto dos medicamentos essenciais, bem como da automedicação, levando a sugerir que intervenções são necessárias.

Automedicação

Como ensina a OMS, a automedicação é entendida como a utilização de medicamentos com o propósito de tratar sintomas ou agravos à saúde sem uma prescrição (WHO, 1998).

Outro conceito adotado e defendido pelo mesmo órgão é o da automedicação responsável, definida como a prática de cuidado de sintomas com medicamentos que sejam aprovados e disponíveis, sem a obrigatoriedade de uma prescrição, e que sejam seguros (WHO, 1998).

A própria OMS considera que a automedicação em determinado contexto, é uma prática de autocuidado. Para Vosgerau *et al.* (2011), tal prática beneficia os usuários de países mais pobres; no entanto, a automedicação responsável encontra um viés mercadológico em torno do medicamento, sendo visto que o mesmo é tido como um bem de consumo e não mais insumo de saúde. O desenvolvimento de iatrogenias, bem como o mascaramento de algumas enfermidades, estão entre as consequências dessa prática (ARRAIS *et al.*, 1997).

Para Bortolon *et al.*(2008), a automedicação é um evento generalizado em muitos países. Estudo de Qato *et al.*(2008), nos Estados Unidos revelam, que 42% dos usuários desse País praticam a automedicação. Sendo assim, a automedicação não é um sério problema apenas de países pobres ou emergentes.

Conforme a OMS, fatores como propaganda de medicamentos, venda indiscriminada, sobretudo aqueles de mercância livre, e ainda a baixa resolubilidade dos sistemas de saúde, influenciam e contribuem para incrementar a automedicação no mundo inteiro(WHO, 1998).

Destaca-se, também, que 50% dos medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos inadequadamente, e que metade da população mundial não os utiliza corretamente e ainda 15 a 20% dos gastos hospitalares do SUS ocorrem por complicações pela má utilização dos medicamentos e que 40% dos pacientes admitidos nos pronto socorros sucedem por intoxicação medicamentosa (WHO, 2004).

Um dos agravantes da má utilização dos medicamentos é o fato de que eles não são isentos de inocuidade (VILARINO *et al.*, 1998). Dentre as classes terapêuticas que tem chamado à atenção das autoridades do mundo inteiro,

entretanto, destaca-se a classe dos antimicrobianos, que se tornou um problema de saúde pública, em face do recrudescimento da resistência bacteriana (HART, 1998).

A automedicação com antimicrobianos leva à escolha equivocada do fármaco, à administração de doses inadequadas e, por conseqüência, ao surgimento da resistência antimicrobiana. Estudos realizados nos Estados Unidos e Europa apontam que a automedicação com essa classe de medicamentos acontece, sobretudo, para afecções das vias aéreas superiores (GRIGORYAN *et al.*, 2008).

O fenômeno da automedicação está associado a familiaridade, experiências, crenças, ao simbolismo que os usuários têm sobre o medicamento, assim como à dificuldade de acesso aos serviços de saúde, inclusive aos de assistência farmacêutica (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A automedicação pode ser configurada ainda de várias maneiras: adquirir o medicamento sem a prescrição, utilizar medicamentos de forma compartilhada, utilizar sobras de prescrições anteriores e ainda interromper ou prolongar o uso, desconsiderando as recomendações contidas na prescrição (VILARINO *et al.*, 1998). Outros fatores encontram-se também associados à automedicação. A influência de pessoas da família, amigos e vizinhos e ainda prescrições antigas são outros fatores que contribuem. Num estudo feito em Fortaleza, Belo Horizonte e São Paulo por Arrais *et al.* (1997), os usuários que se medicaram o fizeram em 51% dos casos por informações de pessoas não qualificadas e por prescrições médicas anteriores (40%).

O uso de medicamentos sem prescrição se tornou algo comumente praticado pela população brasileira (TELLES FILHO; ALMEIDA; PINHEIRO, 2013). Aproximadamente 80 milhões de pessoas no Brasil se medicam a si próprios. O descumprimento da prescrição médica e a falta de informações da população acerca dos medicamentos estão entre os fatores que impossibilitam que efetivas estratégias do uso racional dos medicamentos sejam implementadas (LIMA *et al.*, 2008).

De acordo com Telles Filho, Almeida e Pinheiro (2013), a automedicação ensejou à indústria farmacêutica um lucro em torno de oito bilhões de reais em 2008, o equivalente a 30% do mercado farmacêutico no Brasil. Desse modo, percebe-se que existe toda uma logística envolvendo o medicamento, levando este a ostentar a solução de todos os problemas de saúde.

Corroborando Oliveira *et al.* (2012) explicam que propagandas induzindo o uso indiscriminado de medicamentos, em atendimento aos interesses do mercado,

incentiva a prática da automedicação. Os mesmos autores referem ainda que essas propagandas não esclarecem aos usuários os riscos potenciais por trás desse uso.

Percebe-se, com efeito, que o medicamento é tratado como mercadoria qualquer, em face dos interesses da indústria farmacêutica, e isto distorce o verdadeiro valor do medicamento como insumo indispensável para a prevenção e recuperação da saúde.

Sendo assim, a busca imediata para o restabelecimento da saúde na figura do medicamento pode sugerir a subvalorização das questões sociais, comportamentais e psicológicas que permeiam as doenças (NAVES *et al.*, 2010). Ele ainda acrescenta que, em sistemas de saúde onde esses aspectos não são considerados, o medicamento passa a ocupar um lugar central na resolução de problemas.

Portanto, numa sociedade “medicalizada”, onde a saúde e a doença são reduzidas a questões orgânicas, o medicamento foi transformado em mercadoria à luz de uma lógica capitalista de mercado, numa perspectiva que diminui a importância do usuário no processo de cura (WHO, 2004).

Em face das inúmeras mudanças sociais e culturais ocorridas com a incrementação da “medicalização” social, os usuários cada vez mais estão estocando medicamentos nos domicílios, na ânsia de resolverem suas demandas de saúde. Outro agravante dessa estocagem refere-se ao compartilhamento de medicamentos, o que se tornou frequente nos domicílios.

Estudo de Telles Filho, Almeida e Pinheiro (2013) revela que 58% dos usuários estocam medicamentos em casa. Tal prática contribui para a automedicação, uma vez que, surgindo os sintomas, essa é a primeira medida adotada pelos usuários fazerem uso indiscriminado.

No Brasil, em face do elevado índice de usuários com baixa escolaridade, detentores de poucas informações acerca do uso correto dos medicamentos, a automedicação configura-se com um risco potencial para a sociedade (ARAÚJO-JUNIOR; VICENTINI, 2007).

Os estudos epidemiológicos evidenciam prevalências da automedicação e os fatores associados nos mais variados grupos populacionais. Essa prevalência varia de 30 a 90%(ARAÚJO-JUNIOR, VICENTINI, 2007). Saliente-se que essa variação ocorre por diversos motivos: períodos recordatórios variáveis, momento da realização da pesquisa, entre outros.

Em muitos países são mais comuns estudos que medem essas prevalências e fatores associados. Já no Brasil, as pesquisas são mais reduzidas, especialmente em sistemas universais como o SUS (VOSGERAU *et al.*, 2011).

De acordo com Naves *et al.* (2010), políticas públicas que regulamentam e disponibilizam os medicamentos essenciais para os usuários têm impacto positivo para seu uso racional. Por outro lado, o mesmo autor ainda refere que a ausência de barreiras, propagandas e ainda o *acesso precário aos serviços de saúde* (grifa-se) contribuem para práticas como a automedicação.

Ante expressa realidade, o modo de utilização dos medicamentos pela população torna-se elemento fundamental para que os gestores elaborem estratégias resultantes em melhorias das condições de saúde, não só no que refere à oferta dos medicamentos, mas, sobretudo, no que diz respeito à sua utilização correta (WHO, 2004).

Nesse entendimento, Telles Filho, Almeida e Pinheiro (2013) referem ser necessária a adoção de estratégias de Educação em Saúde, cujo foco sejam os motivos que conduzem à automedicação no seio familiar, assim como apontam a necessidade do acolhimento dos usuários. Esses autores ainda explicam que tais atitudes, a longo prazo, diminuiriam práticas como a automedicação.

Portanto, por ser um padrão de reorientação das práticas de saúde, bem como ter a premissa de ser um modelo com orientação comunitária, aliás, um dos atributos da APS, a ESF pode contribuir para minimizar os problemas relacionados ao mau uso dos medicamentos, especialmente no tocante à automedicação.

Na perspectiva de Schmid (2010), a ineficiência da gestão, assim como ações de assistência farmacêutica com foco apenas na distribuição de medicamentos, em detrimento das ações de Educação em Saúde junto à comunidade, também concorrem para o elevado índice de automedicação na ESF.

A ESF, pela capacidade que tem de estabelecer vínculo, acolhimento e responsabilização dentro dos territórios, assume o protagonismo para a promoção do uso racional de medicamentos. Essas aproximações, esses encontros profissional de saúde/usuário, certamente, podem ensinar, nesses espaços intercessores, a promoção da saúde no que se refere ao uso correto dos medicamentos.

Conforme a OMS, só haverá uma utilização correta dos medicamentos nos países com ênfase na atenção primária, se houver uma combinação de uma

educação voltada para profissionais e usuários, bem como a garantia do acesso adequado aos medicamentos (OMS, 1998).

Logo, dentre as estratégias necessárias para a efetivação desse uso racional no âmbito da ESF, está a Educação em Saúde, junto aos prescritores e usuários, como real potencializadora desse uso racional para melhoria da qualidade de vida.

3.4 A Educação em Saúde e o uso do medicamento

O medicamento sempre ocupou lugar de destaque no imaginário das pessoas. Para compreender a sua utilização, é necessário considerar aquilo que eles trazem consigo em termos de conhecimentos e expectativas. Neste sentido, dos vários aspectos que podem influenciar o uso de medicamentos, destaca-se a presença da propaganda, que influi no pensamento dos usuários, por meio de anúncios “milagrosos”. Considera-se também a influência de pessoas da família, redes sociais, igrejas, amigos e balconistas. Finalmente, soma-se, o fato do atendimento precário, em muitos casos, aos serviços de saúde consoante aos serviços de assistência farmacêutica (SILVA *et al.*, 2011).

Desse modo, os usuários vivem como “andarilhos”, num movimento multidirecional, ora sob o crivo do conhecimento científico dos profissionais de saúde, ora, pelo conhecimento popular, religioso e cultural que permeia e interfere no seu modo de lidar com o uso do medicamento assim com o processo saúde doença.

Há que se considerar, ainda, a predominância da baixa escolaridade de grande parte dos usuários, a não mobilização popular e atuação prescritiva dos profissionais, o que favorece uma medicina mercantilista, biologicista e, portanto, alinhada aos interesses de mercado da indústria farmacêutica.

Laporte e Tognoni (2007, p.13) ressaltam que

Formou-se um campo de pressão ao redor dos medicamentos como ferramentas terapêuticas, que teve sua origem na indústria farmacêutica; esta pressão tem afetado os responsáveis pela prescrição e os usuários dando lugar para que o setor farmacêutico se encontre em um dilema permanente entre uma necessidade sanitária real e assegurar uma expansão constante desse mercado.

A compreensão, portanto, desses fatores poderá subsidiar as equipes de saúde da ESF para que estas possam se utilizar da Educação em Saúde e logrem êxito na terapia medicamentosa em se tratando de uma abordagem efetiva aos usuários, estabelecendo parcerias com vistas à prevenção e à promoção da saúde (LEITE; VASCONELOS, 2010).

Nesse sentido, Andrade (2006) refere que a ESF constitui-se como uma reorientação do modelo das ações de saúde, centrada na família e, como tal, deve

estabelecer relações de vínculo com sua população adscrita, possuindo um papel fundamental na promoção da saúde, *dentre elas as ações que estão no escopo da assistência farmacêutica* (imprimiu-se realce).

Vale ressaltar que o vínculo estabelecido precisa também ancorar-se no acolhimento aos usuários naquilo que eles buscam e necessitam. Na compreensão de Guimarães (2012, p.230), o acolhimento é tomado como dispositivo político que fundamenta e, ao mesmo tempo, engendra novas sociabilidades, outras formas de interação, instaurando uma outra ética das relações no interior dos serviços de saúde.

Corroborando Franco, Bueno e Merhy (2006) referem que o lugar onde se dá esse encontro usuário e profissional de saúde é um espaço intercessor ancorado em tecnologias relacionais. Significa instituir momentos de escuta que se interligam à criação do vínculo e ao estabelecimento de compromissos advindos de projetos intervencionistas, com vistas a direcionar o fazer em saúde às necessidades do usuário (GUIMARÃES, 2012).

Já na inteligência de Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), o vínculo entre usuário e profissional de saúde acontece por via da aproximação de ambos. Acrescentam ainda que esse encontro é permeado de intenções, necessidades, razões e sentimentos. A Educação em Saúde, portanto, surge nesse panorama como um desencadeador desse encontro compreendido como vínculo.

Tais entendimentos são necessários visto que, na concepção de muitos usuários, o fato de utilizarem o medicamento consiste em aceitar a própria condição de vulnerabilidade. Trata-se de aceitar-se doente, o que na verdade para eles significa, em muitos casos, aceitar uma total incapacidade, necessitando, portanto, de ações educativas eficazes.

Logo, não se pode trabalhar ações de saúde, destacando apenas a perspectiva das doenças, das suas causas e seu tratamento de modo verticalizado e prescritivo, em que os usuários apenas recebem um tratamento, prescrição e conduta de maneira passiva. Há uma pluralidade, não só de fatores, como também de sentidos no processo saúde doença e vários são os seus significados (GUERIN; ROSSONI; BUENO, 2012).

Assim, os profissionais de saúde precisam compreender que a decisão dos usuários no enfrentamento do processo saúde doença e uso de medicamentos são intensamente influenciados por questões culturais, religiosas, sociais e

psicossociais, já explicitadas, e que estas podem determinar, entre outras coisas, a adesão ou não a um tratamento, e, portanto, o sucesso ou o insucesso de uma terapia a base de medicamentos.

Taddeo *et al.* (2012) referem que, para ocorrer uma maior adesão do usuário às recomendações e tratamentos terapêuticos propostos pelas equipes da ESF, faz-se necessário que elas sejam capazes de enxergá-lo além de qualquer queixa ou doença, dando-lhe a devida atenção. Tais atitudes favorecem o vínculo e a pactuação.

No sentido de ampliar a abrangência e resolubilidade da ESF, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família-NASFs. Essas equipes são compostas por profissionais de áreas diversas do conhecimento como farmacêuticos, psicólogos, educadores físicos, fisioterapeutas dentre outros (BRASIL, 2009).

Os NASFs atuam como retaguarda especializada da ESF, como apoio e sua atuação também remete à produção de um cuidado continuado e longitudinal, que esteja próximo dos usuários assim como suceda numa perspectiva da integralidade (BRASIL, 2014).

Permeia a ESF, no entanto, um modelo de cuidado fragmentado, pautado nas doenças e que desconsidera outros fatores que estão além da enfermidade, ultrapassam o orgânico e suas causas. Desse modo, as práticas operadas nesses territórios se realizam com foco não no paciente e sim na doença, como mencionado anteriormente, o que contribuí para a automedicação.

Nesse entendimento, Leite, Prado e Peres (2010) referem que a Educação em Saúde no âmbito dos territórios faz-se numa perspectiva de transmissão de informações com ações delineadas de forma impositiva. Além disso, o baixo protagonismo dos usuários e a ênfase na fragmentação das ações de saúde relega crenças, culturas e saberes com ênfase nas dimensões curativas.

Contraopondo-se a essa lógica, para Alves e Aerts(2010), a Educação em Saúde significa uma prática social, porquanto traz consigo visões culturais, valores e crenças de forma contextualizada. Acrescenta, ainda, que ela deve acontecer considerando o que as pessoas trazem como experiência do cotidiano e do entendimento acerca do seu modo de viver. Com efeito, pactuam-se negociações para que o usuário, autônomo e consciente, vislumbre a promoção da saúde.

Nesse sentido, a pactuação profissional de saúde e usuário, poderá resultar numa autonomia dos últimos com vistas à utilização racional do medicamento, o que desencadeia melhores níveis de saúde. Surge desse pacto um sentimento de pertença e vínculo; movimentos que aproximam usuários e profissionais com um objetivo em comum, que é a melhoria da qualidade de vida.

Salienta-se, portanto, que os profissionais de saúde devem buscar essas parcerias a fim de fortalecer o empoderamento dos usuários. No estabelecimento destas, os usuários, encorajados pelos profissionais, deverão ter a possibilidade de realizar escolhas que tragam melhores resultados para suas demandas de saúde e não ser sujeitos passivos e alheios ao que acontece consigo e ao seu redor.

É necessário que esses profissionais desenvolvam práticas com foco nos determinantes sociais da saúde, uma vez que os impactos do sofrimento e da dor humana, correlacionados diretamente com o mau uso de medicamentos, ainda não foram completamente elucidados. Sendo assim, esses profissionais precisam estar atentos na condução de suas práticas, de modo a atingir os usuários que praticam a automedicação (LIMA; NUNES; BARROS, 2010). Os profissionais de saúde precisam, também, fortalecer a participação popular na busca pelo desenvolvimento pessoal e interpessoal (ALVES; AERTS, 2011).

Corroborando, Colomé e Oliveira (2008) relatam que, quando a Educação em Saúde é realizada de modo a capacitar os usuários, a solucionar problemas baseados em suas necessidades e vivências, há orientação e incentivo deles para se alcançar melhorias da saúde.

Ribeiro e Heineck (2010) constataram problemas relacionados ao uso de medicamentos em seus estudos, destacando a necessidade de capacitação dos profissionais envolvidos com o uso de medicamentos, assim como o incentivo à adesão terapêutica. Há de se destacar, também no entanto, a necessidade de se trabalhar na ESF com *práticas e hábitos saudáveis que se desvinculem dessa prática biologicista, unilateral e de “medicalização” social tão arraigada na nossa sociedade* (impôs-se destaque).

Numa perspectiva do desenvolvimento de ações educativas, consoante esposa Monteiro, Figueiredo e Machado (2009), a Educação em Saúde no âmbito da ESF, constitui-se componente indispensável para a concretude dessas ações e *principalmente acerca da utilização racional dos medicamentos* (grifa-se).

Logo, uma das formas de inibir a automedicação, acontece por via de ações educativas, e que essas ações devam acontecer de forma efetiva, desenvolvendo nos usuários uma aprendizagem que seja significativa, ou seja, que tenha sentido real para as pessoas.

Feitosa *et al.*(2013) explicam que na ESF, já existem avanços nas ações de Educação em Saúde, em que vislumbrem a valorização dos conhecimentos prévios dos usuários, sendo desenvolvidas com a interação de saberes.

Desse modo, é salutar investir cada vez mais em recursos humanos, com vistas a desenvolver capacitações, para que possam aprimorar ações educativas que sejam condizentes com as necessidades dos usuários e com o intuito de inibir a automedicação.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Natureza do Estudo

Este é um experimento transversal, composto por usuários das unidades de Atenção Primária à Saúde do Município de Barbalha-Ceará, compreendendo total de 22 unidades. As entrevistas foram realizadas no período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Flecher e Flecher (2006) referem que estudos transversais buscam delimitar parâmetros e estabelecer hipóteses sobre possíveis relações entre variáveis dependentes e independentes. Hully *et al.*(2008) acrescentam que o estudo transversal fornece uma estimativa da prevalência do fenômeno focalizado.

4.2 Local da pesquisa

O estudo ocorreu no Município de Barbalha, que se localiza na Região Metropolitana do Cariri-RMC, possuindo uma população de aproximadamente 55.000 habitantes (IBGE, 2010). Desse total, 38.000 usuários residem na zona urbana e 17.000 na zona rural. Faz parte da 21ª CRES de saúde do Ceará.

O município desponta como um daqueles com maior arsenal tecnológico de saúde do interior do Ceará. Possui uma rede de Atenção Primária à Saúde com cobertura de 100% da Estratégia Saúde da Família-ESF, a qual é composta por 22 equipes de saúde e dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família. É cobertura ideal significativa, haja vista que a cobertura da ESF no Estado do Ceará é de 77,93%, enquanto no Brasil é de 56,97%.

Possui uma rede de atenção terciária composta por três hospitais. Das especialidades médicas, destacam-se Cardiologia, Neurologia, Oncologia e Nefrologia. Barbalha conta ainda com o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), uma policlínica, além da instalação de uma unidade de pronto atendimento-UPA. Conta ainda com uma Central de Abastecimento Farmacêutico- CAF.

d= nível de precisão absoluta (5%)

Tamanho da amostra para a frequência em uma população

Tamanho da população (para o fator de correção da população finita ou fcp)(N):	42587
frequência % hipotética do fator do resultado na população (p):	50%+/-5%
Limites de confiança como % de 100(absoluto +/-%)(d):	5%
Efeito de desenho (para inquéritos em grupo-EDFF):	1

Tamanho da Amostra(n) para vários Níveis de Confiança

IntervaloConfiança (%)	Tamanho da amostra
95%	381

Equação

Tamanho da amostra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p*(1-p))]$

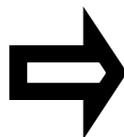
A amostragem partiu da seleção de usuários assistidos nas 22 unidades de Atenção Primária à Saúde das zonas urbana e rural. Os critérios de inclusão adotados foram: pessoas maiores de 18 anos, que estiveram em atendimento, que usaram ou não medicamentos nos últimos 15 dias e que fossem residentes na área de abrangência das unidades. Critérios de exclusão: pessoas menores de 18 anos, e que não fossem residentes da área de abrangência das unidades.

Esses usuários foram selecionados proporcionalmente de acordo com o número de atendimento nas unidades de Atenção Primária à Saúde. O cálculo do quantitativo da amostra de cada unidade de saúde foi realizado do seguinte modo:

Pt _____ At

P>18 _____ XX = 381/42 587 x P>18 anos

381/ 42 587= constante= 0,00894639



- Pt= População total= 42 587 pessoas
- At= Amostra total= 381 usuários

- $P > 18$ = População maior que 18 anos por unidade de saúde ($P > 18$): (1757, 1936, 1739...)
- Amostra por unidade de saúde = X

Ex 1: $P > 18 = 1757$

$$X = 0,00894639 \times 1757 = 15,71 = 16$$

Considerando p_i como sendo a proporção de pessoas acima de 18 anos atendidas pela unidade i , tem-se como o número de pessoas a entrevistar da unidade i : $n_i = p_i n$, onde n é o tamanho amostral total adotado para o estudo.

O Exemplo 1 se refere à unidade de saúde do Alto da Alegria 1. Nessa unidade, o número da amostra para o caso específico corresponde a 16 usuários. No final, o somatório de todas as unidades de saúde é de 381 usuários, correspondendo a amostra total.

Tabela 1. Dados referentes à amostra por Unidade de Saúde da Família do estudo do uso de medicamentos na Estratégia Saúde da Família do Município de Barbalha-CE com ênfase nos antimicrobianos.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	POPULAÇÃO > 18 ANOS	AMOSTRA
ALTO 1 **	1757	16
ALTO 2	1936	17
ARAJARA*	1739	15
BELA VISTA	1812	16
BARRO VERMELHO*	2809	25
BULANDEIRA	1901	17
CALDAS*	1442	13
CENTRO 1	668	6
CENTRO 2	1889	17
CIROLÂNDIA 1	2084	19
CIROLÂNDIA 2	2333	21
ESTRELA*	1530	14
LAGOA*	1782	16
MACAÚBA*	2164	19
MALVINAS *	2144	19
RIACHO DO MEIO*	1432	13
ROSÁRIO	1836	16
SANTANA*	2012	18
SANTO ANTÔNIO	1848	16
SANTA TEREZINHA	1996	18
SANTO ANDRÉ	3668	33
MATA*	1805	16
TOTAL	42587	381

*Zona Rural

** Zona Urbana

Descrição das variáveis do estudo

Variável dependente

Considerou-se como variável dependente a ocorrência ou não da automedicação. Relativamente aos antimicrobianos, apesar dos descritores em ciências da saúde indicarem como descritor mais forte o termo antimicrobiano, optou-se por adotar o vocábulo antibiótico, por ser uma linguagem mais acessível à população selecionada como participante do universo desta pesquisa.

Conforme encontrado com maior frequência na literatura, foi levada em consideração a automedicação ocorrida nos últimos 15 dias. Por último, foram analisados o número e o tipo de medicamentos utilizados, bem como o princípio ativo.

Pesquisou-se, portanto, a ocorrência ou não da automedicação nos últimos 15 dias que antecederam a pesquisa, os sinais, sintomas ou enfermidades que ocasionaram esse uso, os medicamentos usados, os informantes que influenciaram o uso, os motivos da utilização dos medicamentos, a existência ou não de orientações, o tempo de utilização e a verificação da validade. Para a identificação inicial, os medicamentos antimicrobianos foram separados dos demais e utilizou-se o DEF- Dicionário de Especialidades Farmacêuticas(DEF, 2013).

Para a classificação dos medicamentos, adotou-se a classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*). Essa taxonomia, mais completa, foi criada com base numa classificação anterior, Classificação Anátomo-Terapêutica da EPhMRAOs. De acordo com esse sistema de classificação, os medicamentos são divididos em grupos, conforme o local onde atuam e sua função no organismo. Existem cinco níveis de classificação, consoante exemplo abaixo, utilizando o medicamento metformina, que obtém o código A10BA02 ao final da classificação.

Variáveis independentes

As variáveis independentes foram analisadas do modo delineado na sequência.

- Condições socioeconômicas: sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar mensal, número de dependentes da renda, filhos, número de filhos; e
- condições de saúde: avaliação da própria saúde, internações e número de internações.

Em relação ao sexo, foram considerados os usuários do sexo feminino e masculino que fizeram uso de antimicrobianos e/ou outros medicamentos. Já em se tratando da faixa etária, utilizou-se a medida em anos. A variável escolaridade foi aplicada aos usuários sem escolaridade, com ensino fundamental completo e incompleto, ensino médio completo e incompleto, ensino superior completo e incompleto. Com relação ao estado civil, foram havidas como pessoas solteiras, casadas/com união estável, separadas e viúvas.

A renda familiar mensal foi indicada em reais, à época da pesquisa. No que se refere à variável condições de saúde, foi investigado o modo como os usuários consideram sua saúde como sendo ruim, boa, regular ótima ou péssima, se houve internações hospitalares ou não e quantas foram nos últimos 12 meses.

4.4 Procedimentos para a coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa-CEP, foram feitas visitas, no mês de outubro de 2013, à Secretária da Saúde do Município de Barbalha, à Coordenação da ESF e a cada coordenação das Unidades Básicas de Saúde, nas quais a pesquisa foi explicitada para a sua efetivação. No procedimento amostral, escolheram-se dias aleatórios do mês de outubro de 2013 e, nestes, entrevistaram-se as pessoas presentes em cada ESF. Assim, foi composta amostra-piloto com dez usuários para validação do formulário (Apêndice B). Os formulários foram aplicados mediante a presença e concordância dos usuários após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), conforme aspectos éticos. Buscou-se por intermédio destes, a obtenção de dados sobre a realidade dos usuários atendidos nas unidades de Saúde da Família do Município de Barbalha com foco no uso de medicamentos, principalmente em razão à escassez

de dados desta natureza. Deste modo procedeu-se à utilização do formulário, a fim de se obter dos usuários indicadores referentes às características socioeconômicas e condições de saúde.

O preenchimento dos formulários ocorreu nas unidades de saúde, de acordo com a amostra definida e o seu horário de funcionamentos. Vale destacar o fato de que parte dos formulários das ESFs Vila Santo Antônio e Vila Santa Terezinha foi feita após busca em prontuários em virtude da ausência da equipe completa em razão de mudança de profissionais quando de convocação de concurso público no Município. Nesse caso, recorreu-se aos ACSs para identificar os usuários que tinham sido atendidos no período anterior à ausência da equipe por meio dos prontuários.

Vale ressaltar que, na execução da pesquisa, não foi solicitada a apresentação da prescrição nem da embalagem dos produtos. Sendo assim, a expressão “medicamentos prescritos” é entendida como medicamentos autorreferidos como prescritos.

4.5 Análise dos dados

O processamento dos dados ocorreu por via dos programas estatísticos Epi Info 7 e Bioestat, que indicaram o perfil quantitativo da pesquisa. O Epi Info possibilitou a rápida criação de instrumentos de coleta dados e sua análise utilizando métodos epidemiológicos. Além disso, ofereceu também funcionalidade epidemiológica, sem a complexidade computacional de aplicativos corporativos de grande porte (CDC, 2014). O Bioestat é um software estatístico cuja entrada de dados é semelhante a planilha do Excel. Esse software realiza testes de hipóteses e intervalos de confiança para uma, duas ou mais amostras (AYRES *et al.*, 2007).

Os dados foram analisados, também, com o auxílio dos programas Epi-info 7 e BioEstat 5, que permitiram descrever a distribuição das características pessoais, clínicas e farmacológicas relacionadas ao uso de medicamentos. Os fatores que contribuíram para a automedicação e para a adoção de condutas foram determinados mediante os testes estatísticos Qui-quadrado e G para variáveis categóricas. Para as variáveis numéricas, procedeu-se à análise de variância e Kruskal Wallis, considerando um nível de significância de 0,05 em todos os testes.

4.6 Aspectos éticos

A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa-CEP da Universidade Estadual do Ceará e aprovada conforme Parecer nº 441.476(anexo 1). Os participantes foram esclarecidos a respeito do instrumento e dos procedimentos a serem realizados. Aqueles que se sentiram à vontade para participar, o fizeram após assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

Cumpriu-se os aspectos éticos contidos na Resolução nº 466/12, que regulamenta a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), uma vez que resguardaram a privacidade dos participantes, a não obrigatoriedade da participação, a não maleficência e que os participantes poderiam desistir da pesquisa a qualquer momento, se assim o desejassem, cumprindo-se com efeito, os ditames da Bioética estabelecidos para a chamada pesquisa *in anima nobili* - com seres humanos.

5 RESULTADOS

5.1 Caracterizando os sujeitos da pesquisa

Os dados referentes às características pessoais dos participantes da pesquisa estão dispostos na Tabela 2.

Dentre os 381 participantes do estudo, aproximadamente 81%(308) eram do sexo feminino. A média de idade foi de 42 anos($\pm 16,0$). A maioria dos usuários não havia concluído o ensino fundamental 40,2%(153). Com relação ao estado civil 61,4%(234)eram casados ou com união estável e 5,5%(21) eram viúvos.

A renda mensal autorreferida de 48,6%(185)dos usuários foi menor do que um salário-mínimo(R\$ 724,00) e apenas 1 %(4) recebia acima de cinco salários-mínimos. Quando indagados quantos usuários dependiam da renda, 59,4%(225)responderam que dois a quatro eram dependentes seus.

Os usuários com ocupações do lar 36,3%(138) foram a maior proporção. Do total, 86%(327) disseram que tinham filhos e 60,8%(199) tinham até três filhos.

Tabela 2 - Características No entanto socioeconômicas dos 381 usuários atendidos nas unidades de Saúde da Família do Município de Barbalha-CE.

Variável	Opções	Frequência de ocorrências	%
Sexo	Feminino	308	81,0
	Masculino	73	19,0
Faixa etária (em anos)	(0, 20]	8	2,1
	(20, 40]	180	47,0
	(40, 60]	128	34,0
	(60, 80]	63	17,0
	(80, 89]	2	0,5
Escolaridade	Sem escolaridade	31	8,1
	Ensino Fundamental Incompleto	153	40,0
	Ensino Fundamental Completo	50	13,0
	Ensino Médio Incompleto	28	7,3
	Ensino Médio Completo	78	21,0
	Ensino Superior Incompleto	19	5,0
	Ensino Superior Completo	22	5,8
Estado civil	Casado/junto	234	61,0
	Solteiro	86	23,0

	Separado	40	11,0
	Viúvo	21	5,5
Ocupação	Do lar	183	48,0
	Profissional da Saúde	29	7,6
	Profissional Comercial	27	7,1
	Profissional da Educação	24	6,3
	Profissional da Produção	24	6,3
	Outra	94	25,0
	Renda Familiar Autorreferida (R\$)	(0, 700]	185
(700, 2100]		169	44,0
(2100, 4200]		25	6,6
(4200, ∞]		4	1,0
Nº de Dependentes da renda	(0, 1]	21	5,5
	(1, 4]	225	59,0
	(4, 7]	113	30,0
	(7, ∞]	22	5,8
Se tem Filhos	Sim	328	86,0
	Não	53	14,0

Na Tabela 3, estão agrupadas as características clínicas dos usuários. Resultados revelam que 44%(169) dos usuários avaliaram sua saúde como razoável; e 12%(46) tinham sido internados nos últimos 12 meses. A maioria 82,6%(38) havia sido internada apenas uma vez.

Tabela 3 - Características clínicas dos usuários atendidos nas unidades de Saúde da Família do Município de Barbalha-CE.

Variável	Opções	frequência de ocorrências	%
Avaliação da própria saúde	Muito ruim	12	3,1
	Ruim	47	12,3
	Razoável	169	44,4
	Boa	125	32,8
	Muito boa	28	7,3
	Total	381	100,0
Internações hospitalares	Não	335	87,9
	Sim	46	12,1
	Total	381	100,0
Nº de internações hospitalares	(0, 1]	38	82,6
	(1,3]	6	13,0
	(3, ∞]	2	4,3
	Total	46	100,0

Na tabela 4, encontram-se distribuídas as características comportamentais dos 237 usuários que autorreferiram uso de medicamentos prescritos. As afecções das vias aéreas superiores responderam pelo maior uso.

Tabela 4 - Características comportamentais dos 237 usuários de antimicrobianos atendidos nas Unidades de Saúde da Família do Município de Barbalha-CE.

Variável	Alternativas	frequência de ocorrências	%
Sinais, sintomas ou enfermidades com indicação de medicamento	Amigdalite	14	5,9
	Resfriado	6	2,5
	Gripe	6	2,5
	Infecção urinária	4	1,7
	Cefaleia	4	1,7
	Pneumonia	3	1,3
	Enterite	2	0,8
	Outras	198	83,5
	Total	237	100,0
Medicamentos mais autorreferidos como prescritos	Ibuprofeno	15	6,3
	Cefalexina	14	5,9
	Amoxicilina	11	4,6
	Azitromicina	5	2,1
	Sulfa +trimetroprima	3	1,3
	Ciprofloxacino	2	0,9
	Diclofenaco	1	0,4
	Metronidazol	1	0,4
	Outros	185	78,1
	Total	237	100,0

Na tabela 5, estão expressos os antimicrobianos autorreferidos *versus* sinais, sintomas e enfermidades. Resultados apontam predominância da amigdalite e que amoxicilina e cefalexina foram os mais usados no combate à doença e a maior parte dos usuários não cumpriu o tratamento por achar que estava melhor antes do fim da terapia.

Tabela 5- Antimicrobianos autorreferidos como prescritos pelos usuários da ESF versus sinais, sintomas ou enfermidades. Barbalha-CE.

Sinais/ Sintomas/ enfermidade	Antimicrobianos prescritos				
	Amoxicilina (11)* n (%)	TriSulfa (3)* n (%)	Cefalexina(14) n (%)	Cipro (2) n (%)	Azitro (5) n(%)
Amigdalite	5 (45,45)	-	4 (28,5)	-	1 (20,0)
Enterite	1 (9,0)	1 (33,3)	-	-	-
Infecção Urinária	-	1 (33,3)	1 (7,1)	2 (100,0)	-
Resfriado	-	-	1 (7,1)	-	-
Gripe	2 (18,1)	-	1 (7,1)	-	1 (20,0)
Cefaleia	-	1 (33,3)	-	-	-
Outra	7 (63,6)	1 (33,3)	7 (50,0)	-	3 (60,0)
Motivos de não cumprimento do tratamento					
Reação adversa a medicamentos	1 (9,0)	-	1 (7,1)	-	-
Melhora antes da conclusão	5 (45,4)	1 (33,3)	3 (21,4)	-	-
Não gosta	-	-	1 (7,1)	-	-
Não melhorou	-	-	1 (7,1)	-	-

*Considerando os sinais e sintomas supracitados, o número de pessoas tratadas com amoxicilina e trimetropim e sulfametaxozolultrapassa o indicado na tabela (11 e 3, respectivamente), porque algumas referiram múltiplos sinais e sintomas.

Na Tabela 6, distribuem-se o tempo prescrito dos antimicrobianos e o tempo realizado pelos usuários da ESF. Os dados mostram um desacordo posológico relacionado ao tempo de tratamento necessário para a eficácia medicamentosa. Explica-se que essa discordância entre o tempo prescrito e aquele utilizado pelos usuários favorece o aparecimento da resistência bacteriana.

Tabela 6- Antimicrobianos- Tempo prescrito de tratamento *versus* tempo (em dias) realizado pelos usuários da ESF de Barbalha-CE.

Antimicrobiano	Média (em dias)	T mínimo	T máximo
Amoxicilina	8,3	7,0	10,0
Trimetropim e sulfametaxozol	7,0	7,0	7,0
Cefalexina	9,0	7,0	15,0
Ciprofloxacino	8,5	7,0	10,0
Azitromicina	5,6	<5,0	7,0

Na tabela 7, delineiam-se as razões pelas quais os usuários não cumpriram o tratamento medicamentoso, automedicação, medicamentos usados, informantes que influenciaram o uso, bem como aspectos relacionados às sobras dos medicamentos, verificação da validade e destinos delas.

Tabela 7- Razões que levaram os usuários das ESFs de Barbalha-CE a não cumprirem o tratamento medicamentoso, automedicação, assim como outros aspectos.

Variável	Opções	Frequência de ocorrências	%
Motivos para o não cumprimento do tratamento(N=26)	Melhora antes de completar o tratamento	13	50,0
	Reação adversa ao medicamento	7	26,9
	Não gosto de tomar medicamento	5	19,2
	Não senti melhora e parei	1	3,8
	Total	26	100,0
Conduta adotada ao se esquecer de tomar o medicamento	Toma assim que se lembra	46	34,3
	Toma no horário em que acha conveniente	27	20,1
	Reinicia no dia seguinte	21	15,7
	Toma dobrado	21	15,7

	Toma a próxima dose no horário seguinte	19	14,2
	Total	134	100,0
Automedicação nos últimos 15 dias	Não	231	60,6
	Sim	147	38,6
	Não lembra	3	0,8
	Total	381	100,0
Sinais, sintomas ou enfermidades	Cefaleia	46	31,3
	Amigdalite	15	10,2
	Lombalgia	12	8,2
	Gripe/resfriado	10	6,8
	Diarreia	5	3,4
	Infecção intestinal	3	2,0
	Infecção urinária	1	0,7
	Infecção de ouvido	1	0,7
	Outra	54	36,7
	Total	147	100,0
	Medicamentos mais usados por automedicação		21
Ibuprofeno			
Diclofenaco		16	10,9
Amoxicilina		9	6,1
Cefalexina		7	4,8
Metronidazol		6	4,1
Azitromicina		2	1,4
		1	0,7
Trimetropimsulfametaxozol			
Outro		85	57,8
Total	147	100,0	
Informantes sobre o uso (N= 147)		54	36,7
	Médico		
	Por conta própria	35	23,8
		34	23,1
	Vizinho/Amigo/Parente		
	Balconista	15	10,2
	Propaganda TV/Rádio/Revista	6	4,0
	Dentista	2	1,4
	Enfermeiro	1	0,7
Total	147	100,0	
Por que motivo utilizou o medicamento (N=147)			39,5
	A melhora é rápida	58	
	A melhora ocorre somente com o medicamento	13	8,8

	Só alivia com ele	13	8,8
	Só acredita nele	6	4,1
			1,4
	Só passa a dor com ele	2	
	Outro motivo	55	37,4
	TOTAL	147	100,0
Foi orientado como usar o medicamento (147)		92	62,6
	Não		
	Sim	55	37,4
	TOTAL	147	100,0
Até quando costuma usar o antibiótico e/ou outro medicamento		132	89,8
	Até melhorar os sintomas		
	Até completar os dias indicados	15	10,2
	Total	147	100,0
O que o (a) senhor (a) faz com o que sobra do antibiótico e/ou outro medicamento que tomou. Verifica a validade		291	85,3
	Sim		
	Não	50	14,7
	TOTAL	341	100,0
Se verifica a validade do medicamento		266	45,7
	Reutiliza		
	Lixo comum	178	30,6
	Doa	138	23,7
	Total	582	100,0

Na tabela 8 estão apontados os fatores associados com a automedicação. Resultados apontam que a avaliação da saúde, gripe/resfriado, amigdalite, lombalgia e cefaleia estiveram associados significativamente com a automedicação, bem como a influência do médico é significativa para a ocorrência da medicação a si.

Tabela 8- Fatores associados à automedicação dos usuários atendidos nas unidades da ESF Barbalha-CE, 2013-2014.

Classe de variável	Preditores	Desfecho	Razão de proporção	Teste	p-valor
Socioeconômica	Sexo		0,898	Qui-quadrado	0,586
	Faixa etária	Automedicação	--	Teste-G	0,189

	Escolaridade		--		0,637
	Estado civil		--		0,436
	Ocupação		--		0,443
	Renda familiar		--	Anova	0,423
	Existência de filhos		1	Qui- quadrado	0,966
	Nº de filhos		--	Kruskal- Wallis	0,320
	Avaliação da saúde		--	Teste-G	0,0189
Clínica	Internações hospitalares		1,016	Qui- quadrado	0,932
Sinais, sintomas ou enfermidade com indicação medicamentosa	Gripe/resfriado		2,686		0,000
	Diarreia		1,55		0,329
	Otite		0		0,424
	Infecção intestinal		2,604		0,029
	Infecção urinária		2,582		0,209
	Amigdalite		2,75		0,000
	Lombalgia		2,711		0,000
	Cefaleia		3,287		0,000
	Outras		3,51		0,000
Medicamentos usados	Amoxicilina		2,673		0,000
	Trimetropim e sulfametaxozol		2,582		0,819
	Cefalexina		2,65		0,003
	Azitromicina		2,593		0,075
	Diclofenaco		2,763		0,000
	Ibuprofeno		2,833		0,000
	Outros		0,965		0,786
Informantes	Médico		3,383		0,000
	Dentista		2,593		0,075
	Enfermeiro		2,582		0,209
	Balconista		2,75		0,000
	Vizinho/amigo/parente		3,044		0,000
	Propaganda/TV/rádio/revista		2,626		0,004
	O próprio		3,062		0,000
	Aquisição de orientação		1,012		0,422

Na tabela 9 distribuem-se os antimicrobianos utilizados por automedicação no que se refere aos sinais, sintomas ou enfermidades, bem como os motivos para a escolha e o tempo de uso. Resultados apontam que a amigdalite ocasionou maior utilização.

Tabela 9- Antimicrobianos utilizados por automedicação pelos usuários da ESF Barbalha-CE. 2013-2014.

Sinais/sintomas ou enfermidade	Automedicação de antimicrobianos			
	Amoxicilina (9) n (%)	Sulfa+trim(1) n (%)	Cefalexina (7) n (%)	Azitromicina (2) n(%)
Amigdalite	5 (55,5)	-	4 (57,1)	2 (100,0)
Infecção Intestinal	-	-	-	-
Infecção Urinária	-	-	1 (14,2)	-
Infecção do ouvido	-	-	-	-
Gripe/Resfriado	-	-	1 (14,2)	-
Diarreia	1 (11,1)	1 (100,0)	-	-
Cefaleia	-	-	-	-
Lombalgia	-	-	-	-
Outra	3 (33,3)	-	1 (14,2)	-
*Motivos para escolha do antimicrobiano				
A Melhora é rápida	4 (50,0)	-	1 (16,6)	1 (100,0)
A melhora ocorre somente com ele	1 (12,5)	-	-	-
Só confia nele	-	-	2 (33,3)	-
Só alivia com ele	-	-	1 (16,6)	-
Só passa a dor com ele	-	-	-	-
Outro	3(37,5)	1 (100,0)	2 (33,3)	-
Tempo de tratamento adotado				
De acordo com o indicado	3 (33,3)	-	2 (28,5)	1 (50,0)

Até melhorar os sintomas	6 (66,6)	1 (100,0)	5 (71,4)	1 (50,0)
--------------------------	----------	-----------	----------	----------

Na Tabela 10, discorre-se sobre os fatores associados à tomada de orientação para uso dos medicamentos e outras variáveis implicadas com esse uso. Resultados revelam que a tomada de orientação não influenciou o desfecho tempo de uso. Percebe-se, no entanto, que a orientação esteve associada ao fato de o usuário verificar a validade assim como eles doarem as sobras de seus medicamentos.

Tabela 10- Fatores associados à aquisição de orientação dos usuários atendidos nas unidades de Saúde da Família de Barbalha-CE.

Preditor	Desfecho	Razão de proporção	Teste	P
Tomada de orientação	Tempo de uso	0,403	Qui-quadrado	0,082
	Verificação da validade	1,239		0,003
	Destino da sobra do medicamento			
	Reutiliza	0,990		0,907
	Joga fora	1,151		0,476
	Doa	0,6264		0,020
	Joga no lixo	1,2649		0,321
	Joga no vaso	0,391		0,375
	Joga na pia	1,566		0,457
	Queima	0,783		0,839
Enterra	1,566		0,747	

Na tabela 11, encontra-se a distribuição dos dez medicamentos mais utilizados pelos usuários da ESF de Barbalha. Resultados apontam que o analgésico dipirona foi o mais empregado, no entanto, os antimicrobianos cefalexina e amoxicilina aparecem também como os mais usados no estudo de maneira geral.

Tabela 11-Medicamentos mais utilizados pelos usuários da ESF de Barbalha-CE.

Medicamento	frequência	%
Dipirona	42	7,8
Ibuprofeno	40	7,4
Hidroclorotiazida	29	5,4
Omeprazol	26	4,8
Metformina	24	4,4
Cefalexina	21	3,9
Amoxicilina	20	3,7
Atenolol	19	3,5
Paracetamol	19	3,5
Amitriptilina	18	3,3
Outros	18	3,3
Diclofenaco	17	3,1
Sinvastatina	16	3,0
Losartana	16	3,0
Glibenclamida	12	2,2
Enalapril	9	1,7
Buscopam	8	1,5
Outros	187	34,6
TOTAL	541	100,0

*unidade de análise= medicamento

6 DISCUSSÃO

A utilização de medicamentos é de fato um elemento primordial para a conquista da saúde. Neste ensaio, essa utilização ocorreu mais entre os usuários do sexo feminino. Esse achado é consonante com a literatura, uma vez que as mulheres buscam mais os serviços de saúde (LYRA JR, D.P *et al.*, 2010; COSTA, 2010).

Dados do IBGE atestam que as mulheres desde os 14 anos já utilizam os serviços de saúde em busca de algum atendimento e denotam também mais queixas do que os homens na mesma faixa etária. Esses dados tomam dimensões significativas, porque as mulheres assumem a responsabilidade de seus lares, bem como os seus hábitos influenciam os outros membros de sua família, uma vez que essa influência tem reflexo nos demais componentes da comunidade. Aponta-se que tal fato pode ser rentável numa perspectiva da indústria farmacêutica, mas que do ponto de vista da saúde pública, é preocupante.

Com relação ao nível de escolaridade, na pesquisa de Lima (2010), os usuários com ensino fundamental incompleto representaram 30%, resultado próximo ao deste estudo, mostrando quão deficiente é o nível educacional dos usuários, repercutindo em questões pertinentes ao uso de medicamentos a exemplo da automedicação. Vale destacar, entretanto, o fato de que, ao contrário de outros estudos, a variável escolaridade não esteve influenciada pelo maior uso com prescrição, tão pouco pela frequência de automedicação da população estudada. Tanto os usuários com nível elevado de escolaridade quanto aqueles com ausência de escolaridade se medicam a si mesmos.

Outra variável analisada nesta pesquisa relaciona-se à renda mensal autorreferida, sendo expressa por 48,6%(185) dos usuários como menor do que um salário-mínimo(R\$ 724,00), o que também interfere no acesso ao medicamento, bem como leva esses usuários a buscarem mais os serviços de saúde. Nesta pesquisa, no entanto, não esteve associada à automedicação. Estudo feito mostra que o percentual de usuários com renda inferior a um salário-mínimo foi ainda maior(71%) (SILVA *et al.*, 2011).

Neste estudo, os usuários com ocupações do lar demonstram maior percentual 48% (183). Essas usuárias geralmente estão mais suscetíveis, também

por questões de gênero, a problemas de ordem física e emocional resultando em uma busca para tratamento de saúde. Ante, porém, a crescente “medicalização” social, em que a subjetividade é relegada a segundo ou terceiro plano, demandas socioeconômicas e psicossociais são desconsideradas e o resultado, muitas vezes, é encaminhamento desnecessariamente, havendo retornos freqüentes aos serviços de saúde num círculo vicioso.

Em estudo de Pereira *et al.*(2012), as ocupações do lar de uma unidade de saúde com 47,4%, também apresentaram maior proporção, o que está em consonância com este estudo.

A proporção de antimicrobianos prescritos de aproximadamente 9% também foi elevada, considerando, ainda, que o estudo ocorreu em período não sazonal. Em estudo de Berquó *et al.*(2004), a prevalência de antimicrobianos para tratamento das vias aéreas superiores foi de 6,3% e 8% para qualquer indicação.

A amigdalite foi o motivo mais referido para o uso de antimicrobianos. A associação de desconforto da garganta se tornou uma constante no cotidiano ao uso de antimicrobianos, o que está em consonância também com o estudo de Tavares, Bertholdi e Baisch (2008), que mostraram estes fármacos como os mais indicados e em sua maioria para enfermidades das vias aéreas superiores. Os usuários cada vez mais associam tal desconforto a problemas causados por “micróbios”. Pode-se dizer que esse movimento já se tornou evento comum nas comunidades. Esse processo tem ganhado corpo em muitas famílias que, ao menor sinal de incômodo, já se dirigem a farmácias e drogarias no intuito de obterem antimicrobianos ou anti-inflamatórios.

No estudo de Lima, Nunes e Barros (2010), foi encontrado elevado quantitativo de antimicrobianos armazenados em domicílio. Salienta-se que os usuários armazenam esses medicamentos de acordo com as infecções e os utilizam (59%) frequentemente, sem saberem sua indicação e posologia, sobretudo para amigdalites.

Os medicamentos mais prescritos na referida pesquisa foram o ibuprofeno 300 mg e a cefalexina 500 mg (6,3% e 5,9%, respectivamente). Aponta-se que as principais causas para o uso desses medicamentos estão relacionadas às algias e processos infecciosos, respectivamente.

Neste experimento, 45,7% dos medicamentos referidos como prescritos corresponderam aos de uso contínuo, destacando aqueles usados para as

condições crônicas. Assim, a hidroclorotizada 5,4%(29) e o atenolol 3,5% (19) foram os mais utilizados do aparelho cardiovascular.

Vale ressaltar que os sistemas de saúde sempre tiveram como foco o enfrentamento das condições agudas. Esse panorama se modificou, no entanto, há atualmente um predomínio das condições crônicas. Sendo assim, os profissionais e o próprio sistema de saúde precisam se adequar a essa nova realidade, o que exige um novo modo de agir em saúde. Eis que se desenham, portanto, um grande desafio e um novo paradigma. Nesse entendimento, as mulheres, os idosos, assim como os portadores de condições crônicas, deverão receber melhor atenção por se constituírem os grupos que mais utilizaram medicamentos.

Faz-se necessário um maior empenho dos profissionais da ESF/NASF no manejo dessas condições crônicas, em todas as abordagens, principalmente por se haver observado o fato de grande parte dos idosos viverem sós, terem baixa ou nenhuma escolaridade e estarem mais suscetíveis a eventos adversos relacionados aos medicamentos.

No concernente a automedicação, este estudo buscou demonstrar de que modo os usuários se utilizaram dessa prática. Aproximadamente 40%(147) dos usuários referiram que se medicaram nos últimos 15 dias que antecederam a entrevista um percentual significativo ao se considerar que a pesquisa sucedeu em áreas cobertas pela ESF.

A automedicação, sobretudo em idosos, precisa ser considerada com maior atenção, visto que há potenciais riscos de intoxicação pelo fato desses usuários, em muitos casos, serem portadores de doenças crônicas, como citado anteriormente e, portanto, fazerem uso de muitos medicamentos, o que favorece o surgimento de interações medicamentosas e a resistência bacteriana (OLIVEIRA *et al.*,2012).

Com relação aos motivos suspeitos que levaram os usuários a se medicarem, as algias surgem como principais motivações dessa realidade. Destacam-se a cefaleia e a lombalgia. A vida acelerada da sociedade, sinônimo de estresse e conflitos, desencadeia o aparecimento de cefaleias. Deste modo, considera-se preocupante a automedicação para as cefaleias no estudo ora relatado, uma vez que estas podem ser sintomas de várias etiologias.

Constatou-se neste estudo que muitos usuários, simplesmente, não cumprem sua terapia medicamentosa por achar que o medicamento causa

dependência. Para alguns usuários, os medicamentos representam algo que pode os fazer dependentes (SOARES, 2000).

Há uma visão mágica na concepção de muitos usuários, ao acreditarem que o uso de medicamentos acima de uma certa quantidade pressupõe que eles irão desenvolver certa dependência em relação a esses fármacos. Além disso, alguns usuários utilizam os antimicrobianos até o desaparecimento de sintomas, por acreditarem que supostamente já estejam curados. Desse modo, os profissionais da ESF/NASF precisam unir esforços para incentivar os usuários a fazerem uso dos medicamentos na observância da posologia para que haja uma eficácia terapêutica.

Nesta perspectiva, no referido estudo, a amoxicilina e a cefalexina foram os antimicrobianos mais usados por automedicação. Em decorrência de sua familiaridade, emprego, disponibilidade e baixo preço, esses fármacos são amplamente utilizados, tanto no sistema público quanto privado. O estudo de Tavares, Bertholdi e Baisch (2008) convergem com este experimento em que também foi a amoxicilina a mais utilizada.

Dentre os medicamentos usados por automedicação, que não eram do grupo dos antimicrobianos, destaca-se o ibuprofeno 300 mg, comprimido utilizado por 5,5% dos usuários, e o diclofenaco 50 mg, comprimido empregado por 4,2%. Ambos os medicamentos foram apontados de forma equivocada como antimicrobianos por muitos dos entrevistados.

Os anti-inflamatórios foram uma das classes de medicamentos mais utilizados também no estudo de Pelicioni (2005). Esses fármacos em razão do fácil acesso, são dos mais utilizados por automedicação. Esse uso é com frequência associado para algias como as lombares.

Na sociedade local, predominam a “medicalização” social. Esse conceito se ancora no uso por parte dos usuários de tecnologias centradas em procedimentos médicos, como exames, consultas e o uso de medicamentos numa perspectiva reducionista da saúde-doença.

A falta de dispositivos, como o acolhimento dentro das unidades de saúde, amplia o uso de tais práticas nos territórios da ESF. Filas intermináveis, assim como a ausência de agendas que privilegiem usuários da demanda espontânea, concorrem para que estes busquem meios inadequados de lidar com seus problemas de saúde.

Além disso, os meios de comunicação coletiva tem estimulado o enfrentamento de sintomas ou sinais de qualquer desconforto numa lógica “medicalizante”, ao ponto de banalizar os efeitos nocivos dos medicamentos. Portanto, predomina dentro de estabelecimentos de saúde, como farmácias, a indicação por parte de leigos, de medicamentos como anti-inflamatórios e antimicrobianos. Criou-se a ideia de solucionar sinais, queixas ou quaisquer outros sintomas de forma imediata, desconsiderando suas etiologias e posologia.

É importante compreender que o uso de medicamentos, em especial os antimicrobianos, não podem ser vistos apenas no campo biológico das enfermidades e dos agravos à saúde. Tal compreensão precisa se estender também aos determinantes sociais da saúde, hábitos e estilo de vida, aos conhecimentos prévios adquiridos e crenças religiosas.

No que se refere à influência dos informantes para a prática da automedicação, esta foi ocasionada pelo médico com relação a prescrições anteriores, vizinho/parente/amigo, propaganda/TV/rádio/revista, balconista e pelo próprio usuário. Importa referir que cada vez mais o maior protagonismo para a automedicação no país ocorre tipo de conduta e pelo comércio que se tornou farmácias e drogarias. Nesta pesquisa, 36,7% dos usuários atribuíram ao médico a influência da automedicação.

Em estudo de Braios *et al.*(2013) também foram encontrados resultados semelhantes. A influência do médico no contexto da automedicação é bastante significativa. O grande questionamento que vem à tona é o fato de algumas enfermidades possuírem sintomas semelhantes. Nesse sentido, o fato de ter usado anteriormente um certo medicamento, ainda que indicado por um médico, a repetição deste pode ocasionar o mascaramento ou agravamento das doenças. A automedicação também nesses casos se torna objeto de preocupação de profissionais e órgãos sanitários.

O assédio da indústria farmacêutica dava-se essencialmente com a classe médica, entretanto, proprietários de farmácia e balconistas são cada vez mais seduzidos. Conseqüentemente, a simples ida dos usuários a esses estabelecimentos faz com que eles sejam abordados de tal modo que dificilmente não saem com algum medicamento destes locais.

Os balconistas diante da procura desenfreada dos usuários, constituem **verdadeiros prescritores**, tamanha influência exercem no cotidiano das farmácias

(BARROS, 1997). A implicação desse ato assume relevância neste estudo, uma vez que aproximadamente 10,2%(15) recorrem a balconistas das farmácias a fim de obterem medicamentos. Em uma chamada “cidade satélite do DF”, 86% dos usuários buscam orientações prestadas pelo balconista (SIQUEIRA; SOUSA, 2009).

Os usuários do estudo também se medicaram com a influência dos vizinhos e amigos, o que constitui uma cultura comum em muitas comunidades. Na pesquisa, resultados apontam que 23,1%(34) dos usuários recorreram a vizinhos e amigos. É cada vez mais frequente o compartilhamento de medicamentos entre vizinhos e familiares. A crença de que o medicamento é capaz de solucionar todos os males faz pessoas, simplesmente, ignorarem a possibilidade das reações adversas provocadas pelo uso de medicamentos, de modo que estas realizam trocas, doam ou buscam continuamente os mais diversos medicamentos.

Outro agravante é que em grande parte dos estoques caseiros há uma multiplicidade de medicamentos e que estes em muitos casos estão com a validade expirada. Além disso, o mau acondicionamento dos fármacos também compromete a qualidade. Portanto, há que se intensificar grupos de Educação em Saúde cuja temática seja o uso de medicamentos, acondicionamento, bem como as implicações do uso compartilhado. Esses grupos podem e devem ser espaços constantes de debates sobre práticas conducentes ao uso racional de medicamentos.

A automedicação influenciada por indicação de amigos, parentes e vizinhos também foi identificada por vários autores (ALMEIDA; CASTRO; NUNES, 2011; NAVES *et al.*, 2010; VILARINO *et al.*, 1998; VITOR *et al.*, 2008; BERQUÓ *et al.*, 2004; OSHIRO ; CASTRO, 2002).

Um dado que chama atenção é o fato de os usuários se medicarem motivados pelos seus conhecimentos e avaliação do estado de saúde. No estudo sob relatório, 23,8%(35) motivados pelos conhecimentos e experiências adquiridos, assim como cerca de 44%(169) dos usuários que avaliaram sua saúde como razoável e que avaliaram como ruim se medicaram de maneira significativa.

Outros autores também viram em seus estudos que fatores culturais, comportamentais e avaliação da própria saúde influenciam a utilização de medicamentos (COSTA *et al.*, 2011; ARRAIS 2009; ARRAIS *et al.*, 2005; BERTOLDI *et al.*, 2004; LOYOLA FILHO *et al.*, 2002; PERINI *et al.*, 2001). Destaca-se o quanto a subjetividade dos usuários interfere na utilização de medicamentos, devendo essa ser considerada no contexto do cuidado integral da saúde.

Outra característica bastante associada com a automedicação é a propaganda, em que influencia significativamente o modo como os usuários se comportam ante a utilização de medicamentos. Ressalta-se que as propagandas veiculadas pela TV, rádio e internet são elaboradas com o intuito de atingir, além do usuário, os médicos, farmacêuticos e balconistas. Outro agravante é que elas disseminam, entre os usuários, a crença de curas rápidas. Vários outros estudos também identificaram a associação de maior uso de medicamentos em razão da influência da propaganda. Em pesquisa de Lyra Jr *et al.* (2010), aproximadamente 18% referiram utilizar medicamentos por influência de anúncios publicitários.

Destaca-se, portanto, a necessidade da limitação de propagandas no que diz respeito aos interesses da coletividade (BARROS, 2002), uma vez que essas têm estimulado cada vez mais a automedicação direta ou indiretamente, bem como tem influenciado prescritores e balconistas numa lógica de “medicalização” que banaliza os aspectos biopsicossociais envolvidos na saúde doença.

O mesmo autor refere ainda o argumento de que para a implementação da farmacovigilância, sobretudo na identificação de reações adversas após a aquisição do medicamento pelos usuários, é necessário que as informações que lhes chegam, como aos prescritores, sejam isentas de viés mercadológico, uma vez que o mercado farmacêutico pela propaganda e outros recursos de *marketing*, obtém lucros pela exploração do simbolismo criado na figura dos medicamentos (LIMA; NUNES ; BARROS, 2010).

No estudo, foi referido uso de um total de 541 medicamentos nos últimos 15 dias que antecederam a aplicação dos formulários. O medicamento dipirona 7,8 (42) foi o mais utilizado considerando tanto o uso por prescrição quanto por automedicação seguido pelo ibuprofeno 7,4% (40) algo que reflete bastante os dados da pesquisa, uma vez que os usuários referiram “algia” em vários sentidos como a queixa que mais aparece nas respostas.

Chama a atenção essa maior utilização do medicamento dipirona, uma vez que, em países mais desenvolvidos, esse fármaco já foi retirado do mercado farmacêutico, em razão de reações adversas de natureza grave, como é o caso de alguns tipos de agranulocitoses, trombocitopenias e ainda anemias aplásticas.

Salienta-se que o trabalho na atenção primária no âmbito da ESF, centra-se para questões curativas. A rapidez e o modo como os usuários são atendidos, impossibilitam um aprofundamento do verdadeiro significado desses sinais e

sintomas referidos. Maior humanização das ações de saúde, uma escuta mais ampliada do que permeia as variadas queixas referidas, decerto, minimizam essa crescente “medicalização”.

Historicamente, desde Alma-Ata, embora se tenha apregoado a necessidade do fortalecimento de ações preventivas e de promoção de saúde nos territórios, essas atividades não são valorizadas e acontecem de modo incipiente. Questões de cunho político colaboram para que os atendimentos na ESF aconteçam numa perspectiva do aumento de produção de consultas, exames e de procedimentos em detrimento das ações de prevenção e promoção.

Tal lógica, sob a qual o usuário cada vez mais é tratado apenas do ponto de vista das doenças, queixas, sinais e sintomas sem uma real abordagem do adoecimento, sem momentos de escuta e acolhimento, estimulam cada vez mais os usuários a se aventurarem no perigoso mercado do medicamento, ora sob o crivo de pessoas leigas, balconistas de farmácias e drogarias, ora de profissionais descomprometidos em relação às reais necessidades da população.

No estudo segundo a classificação ATC, houve uma grande utilização de medicamentos classificados como de 1º nível (antipiréticos), a exemplo do ocorrente com outras investigações verificou-se uma utilização elevada de analgésicos/antipiréticos, para algias. Estudos de utilização de medicamentos feitos no Brasil na década de 1980 já apontavam os analgésicos como os medicamentos mais utilizados pela população. Na década de 1990 continuam como os mais utilizados, sobretudo por crianças.

Neste estudo, as características sexo, faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação, renda familiar e a existência de filhos e internações hospitalares não influenciaram o hábito de se automedicar ($p > 0,05$). A forma, porém, como o usuário avalia a sua saúde ($p = 0,018$), as enfermidades gripe/resfriado, infecção intestinal, amigdalite, lombalgia e cefaleia também estiveram associadas significativamente com automedicação ($p < 0,05 \leq 0,05$).

O globalização crescente concede ênfase a uma sólida sociedade de consumo. Esse consumo estende-se não apenas para produtos comuns, mas também aos insumos farmacêuticos e medicamentos. A saúde tornou-se alvo das tramas capitalistas. Com isso, há uma banalização do real perigo ocorrente com a má utilização dos medicamentos. Frases com os dizeres “se não desaparecerem os sintomas, procure seu médico” são algumas das artimanhas usadas para incentivar

práticas como a automedicação. Neste tipo de publicidade, torna-se evidente que os usuários são estimulados a procurarem solucionar seus problemas de saúde por si e apenas se os sintomas persistirem é que devem procurar um médico.

Constatou-se nesta pesquisa que as características “doar as sobras de medicamentos” e “verificação da validade” encontram-se influenciadas significativamente à orientação adquirida, ou seja, caso os usuários sejam orientados acerca do uso dos medicamentos, eles possivelmente verificarão a validade e não irão doar as suas sobras para outros usuários.

No trabalho, os profissionais, muitas vezes, se limitam a dizer aos pacientes o que eles deveriam fazer em lugar de capacitá-los para o autocuidado. Logo, há uma dificuldade desses profissionais de darem direcionamento às suas atividades para as práticas de prevenção e promoção da saúde que possam conduzi-los para este fim (BEM ; GONDIM, 2006). Observa-se, portanto, é que muitos usuários procuram automedicação que nem sempre se dá de forma responsável.

Ante, porém, a complexa pluralidade de que é constituída a população, na qual há um predomínio de significativas desigualdades sociais e elevados índices de pessoas sem escolaridade, como também se reflete no Município de Barbalha, a automedicação responsável proposta pela OMS perde o sentido, uma vez que as informações sobre o uso dos medicamentos, muitas vezes, são inverídicas, cifradas numa linguagem inacessível e ancorando-se nos interesses da indústria farmacêutica.

Destaca-se, portanto, a necessidade de se implementar nos territórios da ESF, ações de Educação em Saúde, sobretudo, com vistas a empoderar os usuários. Na busca desse empoderamento, porém, é necessária a adoção, por parte dos profissionais da ESF, de práticas educativas alinhadas com os conhecimentos prévios dos usuários, não apenas acerca da figura do medicamento, mas também da saúde e da doença.

Uma vez feito esse reconhecimento gerado com base no encontro desses dois núcleos, deve nascer uma pactuação profissional de saúde e usuário por projetos comuns, para que haja a adesão terapêutica ao tratamento proposto, tendo em vista a recuperação ou cura. Segundo Taddeo *et al.*(2012), para que ocorra maior adesão às recomendações e tratamentos terapêuticos, faz-se necessário que os profissionais sejam capazes de enxergá-lo além de qualquer queixa ou doença,

dando-lhe a devida atenção. Tais atitudes favorecem o vínculo, pois há envolvimento de ambos.

Essa pactuação também precisa ser remetida na busca da autonomia dos usuários, de modo que ela potencialize, nesses últimos, a necessidade de incorporarem práticas e hábitos saudáveis conducentes à quebra de procedimento médico centrado que remetem, muitas vezes, à prescrição desnecessária de medicamentos, para um acolhimento que capture a subjetividade dos usuários. É preciso considerar todos esses fatores a respeito da compreensão daquilo que está presente na fala dos respondentes desta investigação.

Portanto, no interior das ESFs, há que se fazer espaços de escuta e de corresponsabilização, para que haja, de fato e de direito, a produção do cuidado mediante o compartilhamento e a troca de saberes, considerando todos os elementos já citados que colaboram inclusive, para práticas como a automedicação, que interferem na promoção do uso racional de medicamentos dentro desses territórios.

Com relação à variável qual motivo que tinha levado o usuário a utilizar aquele medicamento, 36,2%(51) tiveram como resposta: porque a melhora é rápida. Cada vez mais os usuários demandam solução imediata para suas demandas. No estudo, 90,7%(127) dos usuários, que utilizavam o medicamento por conta própria, o fizeram até melhorar os sintomas e por no máximo três dias.

A verificação da validade dos medicamentos quer fossem de uso sobre prescrição quer não, foi relatada por 85%(291). Grande parte dos usuários do referido estudo tinha baixa escolaridade e isso torna-se um fator agravante, visto que a utilização de medicamentos fora do período de validade, além de reduzida eficácia terapêutica, pode provocar sérios eventos adversos. Dentre os usuários que não verificavam a validade, a maior frequência deu-se mais com os usuários com idade superior a 60 anos, que abrange, portanto, a população idosa, a qual muitas vezes, vive sozinha, algo que certamente dificulta a administração correta dos seus medicamentos. Conforme estudo de Almeida, Castro e Caldas (2011), 74% dos usuários verificavam o prazo de validade dos medicamentos, resultados inferiores encontrados em relação a este estudo.

Em algumas unidades de saúde, vários usuários referiram o uso excessivo de medicamentos, o que foi observado em muitos momentos na aplicação dos formulários. Nesses casos, percebeu-se um número elevado de fármacos, o que

pode ocasionar falhas terapêuticas e o surgimento de eventos adversos. A ocorrência de possíveis falhas, entretanto poderia ser minimizada mediante uma rede de apoio da ESF, das ações da assistência farmacêutica, dentre elas, a realização de oficinas para cuidadores, a família e voluntários.

No tocante ao destino concedido às sobras de medicamentos, 36,8%(140) responderam que o lixo era o lugar para o descarte, 3,9%(15) realizavam a queima desses produtos e 1%(4) dos usuários relatou que as enterrava. Verificou-se ainda que, no tocante ao destino dos medicamentos vencidos, é realizado no lixo comum, embora o referido Município à época da pesquisa, possuísse contrato com uma empresa especializada no recolhimento desses resíduos, logo, o manejo adequado dos resíduos provenientes dos serviços de saúde, a exemplo dos medicamentos, ainda não é uma realidade.

Os impactos ambientais causados pelos medicamentos lançados no meio ambiente ainda são incalculáveis. Por certo, são preocupantes, visto que os possíveis efeitos implicados com a disposição destes, seja no solo ou na água, acontecem a longo prazo (EICKHOFF.; HEINECK .; SEIXAS.; 2009; KUMMERER, 2001).

Destaca-se, portanto, a necessidade de maior informação e efetivação de práticas educativas, junto à população, para que os usuários tomem conhecimento desse dispositivo e possam realizar práticas sustentáveis no tocante ao manejo correto dos resíduos de serviços de saúde dentro dos territórios, especialmente dos medicamentos.

A reutilização de sobras de medicamentos é outro ponto deveras preocupante. Dos respondentes do estudo, aproximadamente 70% relataram que reutilizavam as sobras. Essa reutilização é bastante significativa, fato sugestivo de que a população estudada costuma estocar medicamentos em casa. Margonato *et al.*(2008) apontam que os usuários estocam medicamentos em seus domicílios pelo fato de esses faltarem nas unidades de saúde e por desconhecerem os perigos de uma armazenagem incorreta. As intoxicações resultantes da má utilização dos medicamentos correspondem a um terço das intoxicações registradas (BRASIL, 2009).

Na pesquisa, dentre as várias razões que contribuem para o não cumprimento da terapia à base de medicamentos, foram encontrados 90% de respostas para a variável “melhora antes de completar o tratamento”. Corroborando,

Silva *et al.*(2011) revelam no seu estudo que os usuários utilizam os medicamentos até o desaparecimento dos sintomas.

A baixa adesão a tratamentos medicamentosos é algo muito observado. Tal fenômeno pode ter várias explicações. O reconhecimento dos limites ante fenômeno patológico é algo que angustia o ser humano e o remete à busca do restabelecimento de sua saúde. Nesse sentido, muitos usuários creem que quanto menos medicamento usar, quanto menos sintomas ele apresentar, implica interromper o tratamento. De tal modo, o medicamento é suspenso sem o devido conhecimento dos prescritores e, além do mais, em muitos casos, as sobras são doadas para outros usuários. De acordo com Cornélio *et al.*(2009), não há na literatura estudos tidos como padrão, com vistas a elucidar as causas da não adesão ao tratamento medicamentoso.

No estudo de Pereira *et al.* (2012), os usuários desconheciam o tempo ou a duração do seu tratamento farmacológico. Do total, 40% não souberam informar a dose ou a concentração do seu medicamento e 10% não souberam informar o intervalo de uso das doses. O uso incorreto dos medicamentos além de levar ao descumprimento do tratamento terapêutico, pode ocasionar danos irreversíveis à saúde dos usuários, quando não o seu óbito. No estudo, 34,3%(46) tomam o medicamento assim que se lembram. Confirmando o achado, Almeida, Castro e Nunes (2011) referem que aproximadamente a metade (49%) dos usuários faz uso assim que se lembram.

Vale ressaltar o fato de que na pesquisa foi encontrada a automedicação do psicotrópico “bromazepam” 3mg, referido por dois usuários e da “sibutramina” referida por um deles. Segundo Lima *et al.*(2011) e Mastroiani *et al.*(2011), a automedicação acontece não apenas com medicamentos isentos de prescrição, mas também por medicamentos sujeitos a prescrição e controle especial, a exemplo dos psicotrópicos e antimicrobianos.

Obreli Neto, Vieira e Cumam (2011) também enfatizam ainda que através de ações educativas junto aos profissionais e usuários, houve uma redução do uso irracional dos antimicrobianos, bem como uma redução dos eventos adversos. Tal fato reduziu gastos desnecessários decorrentes do surgimento de problemas relacionados aos medicamentos a exemplo de intoxicações e internações hospitalares.

Taddeo *et al.*(2012) referem que a educação deficiente é o fator principal que dificulta o empoderamento dos usuários, visto que a falta de conhecimento acerca de sua doença faz com que eles não sigam as orientações dos profissionais. Salieta-se, portanto, a necessidade premente de práticas educativas efetivas na atenção dispensada ao usuário. Essas práticas devem permear não apenas as orientações e tirar dúvidas, mas também fortalecer o vínculo profissional-usuário e estimular o usuário a ampliar o conhecimento do processo saúde doença numa perspectiva da promoção da saúde. Feitosa *et al.*(2013) enfatizam que o aprendizado deve ser significativo, ou seja, que valorize o conhecimento dos usuários por via da interação de saberes.

Muitos pacientes esperam o momento da consulta para poderem expressar medos e dúvidas acerca da sua enfermidade. Raros são, no entanto, esses momentos em que ocorre de fato o diálogo profissional-usuário. Desse modo, a continuidade do tratamento fica comprometida (TADDEO *et al.*,2012).

Os profissionais da ESF deverão realizar práticas humanizadas com foco nos determinantes sociais que possibilitem ao usuário exercer seu protagonismo. Eles deverão realizá-las numa perspectiva intersetorial e interdisciplinar, no sentido de conhecer os usuários e seu contexto, considerando suas vulnerabilidades e potencialidades.

Esse conhecimento, feito numa perspectiva dialógica, precisa ser compreendido com suporte em negociações partilhadas entre profissional de saúde e usuário, para que as ações de promoção da saúde dentro dos territórios tenham êxito. Estas deverão ocorrer mediadas pela interação e a troca de saberes de profissionais das equipes da ESF/NASF e com os usuários na busca da autonomia destes (FEITOSA *et al.*, 2013). Soma-se a isso a necessidade do apoio da gestão, no que se refere às práticas educativas libertadoras, incluindo o incentivo à participação popular.

Cabe aos profissionais de saúde a identificação das razões que conduzem os usuários a não cumprirem o tratamento medicamentoso, *bem como terem o suporte da assistência farmacêutica para a utilização de estratégias*, dentre elas da Educação em Saúde, a fim de que possam utilizar seus medicamentos de maneira racional e segura (LEITE ; VASCONCELOS, 2008).

Chama bastante atenção no estudo um elevado uso de antimicrobianos, considerando o uso com prescrição e por automedicação. Essa classe de medicamentos, se considerar o uso por automedicação, só foi inferior ao dos antiinflamatórios ibuprofeno e diclofenaco, aliás medicamentos muitas vezes identificados pela população como antimicrobianos. Outro dado também significativo na pesquisa é o fato de esse uso ser influenciado por queixas relacionadas às vias aéreas superiores e a época da pesquisa não haver sido razão de tais queixas.

É necessário portanto, repensar as questões relacionadas ao uso de medicamentos na ESF. Pode-se afirmar que existência de avanços que garantiram maior acesso aos medicamentos por parte da população, após a Constituição de 1988, com o advento do SUS e o surgimento da ESF. A “medicalização” social e todos os outros fatores elencados anteriormente tem influenciado o uso incorreto dos fármacos.

Portanto, mais do que acesso é preciso investir na qualificação profissional e empoderamento dos usuários. É necessário trabalhar ações educativas junto à população que estimulem práticas saudáveis desvinculadas da ideia da “medicalização” e de que o medicamento é a cura de todos os problemas e males, pois, na maioria das vezes, mudanças de hábitos e adoção de estilos de vida saudáveis, configuram-se importantes, igual do que acontece com a terapêuticas medicamentosas.

Destaca-se ainda, a necessidade de capacitação dos prescritores numa lógica que privilegie a racionalização dos medicamentos com ênfase na RENAME, mas, sobretudo, que haja acolhimento por parte deles, por meio de uma escuta ampliada das reais demandas, em detrimento de uma visão reducionista para aspectos orgânicos. Para tanto, fazem-se necessárias a realização de oficinas.

Essas oficinas com abordagens que beneficiem o uso racional de medicamentos na ESF, automedicação numa perspectiva de incentivar o usuário para o autocuidado de maneira responsável. Nesse entendimento, trata-se de realizar práticas educativas contextualizadas. Significa ainda situar o usuário como agente principal do seu processo saúde doença.

Faz-se urgente, portanto, rever se o modo como as orientações dadas aos usuários têm sentido para eles, sendo necessário que as práticas educativas desenvolvidas pelos profissionais considerem o que cada indivíduo traz consigo sobre o seu significado de saúde e doença.

Partindo dessa premissa, os profissionais de saúde podem elaborar um conhecimento compartilhado e significativo com os usuários, uma vez que este pode ser formulado considerando e respeitando os saberes. Assim, o usuário, sentindo-se valorizado e acolhido com tudo aquilo que lhe é peculiar, poderá compreender a importância de hábitos saudáveis no que se refere, especialmente, à utilização correta dos medicamentos, e possa de tal modo assumir atitude proativa com vistas a alcançar níveis desejáveis de saúde.

Em adição a tudo isso, torna-se imprescindível maior participação dos usuários com a investigação dos conselhos locais de saúde, para que esses tenham voz e decidam de maneira mais ativa escolhas saudáveis numa perspectiva do empoderamento e autonomia desses agentes.

7 CONCLUSÕES

Estudos de utilização de medicamentos são elementos importantes, por permitirem identificar pontos favoráveis e, sobretudo, os que estão fragilizados nos sistemas de saúde, no que refere ao acesso e ao uso dos medicamentos, assim como podem fornecer subsídios para incremento das políticas de medicamentos no País, que possam assegurar aos usuários a garantia dos direitos adquiridos na Constituição no concernente à saúde, portanto, justifica-se a realização de ensaios de tal natureza.

Esta investigação permitiu analisar a utilização de medicamentos na ESF de Barbalha-CE, com ênfase nos antimicrobianos da população acima de 18 anos e os fatores associados a esse uso, segundo as condições socioeconômicas, clínicas e comportamentais relacionadas à saúde.

A utilização dos medicamentos nesta pesquisa deu-se mais em usuárias. Percebeu-se que essa utilização é precária, pois se evidenciou desconhecimento dos riscos potenciais da utilização incorreta dos fármacos. A precariedade pode evidenciar-se ainda, pelo fato de essa utilização ocorrer até o desaparecimento dos sintomas, pelo uso influenciado de prescrições médicas anteriores, pelo conhecimento e experiência com uso de medicamentos, induzido na maioria das vezes pela influência do vizinho/amigo/parente, balconistas e propaganda, bem como pela reutilização das sobras.

Chamou bastante atenção no estudo um elevado uso de antimicrobianos, considerando o uso com prescrição e por automedicação, sobretudo dos medicamentos cefalexina e amoxicilina, que, se considerar o uso por automedicação, só foi inferior ao dos anti-inflamatórios ibuprofeno e diclofenaco, o que merece toda a atenção do pessoal de saúde para essa problemática.

Dentre as muitas potencialidades que se tem na busca do uso racional de medicamentos, destaca-se o sistema de atenção a saúde com forte ênfase em atenção primária, e, portanto, com maior vinculação para minimizar problemas como a automedicação. Neste contexto, o desenvolvimento de ações farmacêuticas, no sentido de uma efetivação da Educação em Saúde, pode transformar essa realidade, se realizada numa dimensão que empodere os usuários para que estes optem por estilos de vida e hábitos saudáveis na busca pelo autocuidado e no

enfrentamento de fenômenos como a “medicalização” social que culmina em muitos momentos na automedicação.

Espera-se ainda que os dados da pesquisa possam ser usados para o planejamento de ações que possibilitem a tomada de decisão perante as a atuação da gestão, atitude profissional e comportamento dos usuários em relação ao emprego do medicamento.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, P.M. et al. A qualidade da prescrição de antimicrobianos em ambulatorios públicos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, MG. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(Sup):711-720, 2008.

ALMEIDA, M.R; CASTRO, L.L.C; CALDAS, E.D. Conhecimentos, práticas e percepção de risco do uso de medicamentos no Distrito Federal. **Ciênc. Farm. Básica Apl.**, Araraquara, 32(1):225-232 ISSN 1808-4532. 2011

ALVES, G. G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 319-325, 2011.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M.C.S; AKERMAN, M; DRUMOND JÚNIOR, M; CARVALHO, Y.M. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

ANDRADE, L.O.M; BARRETO, I.C.H.C; COELHO, L.C.A (2013). A Estratégia Saúde da Família e o SUS. In: Rouquayrol, Zélia & Gurgel, Marcelo(Orgs.). **Epidemiologia & Saúde** (pp. 601-622). Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

ARAÚJO-JÚNIOR, J. C.; VICENTINI, G. E. Automedicação em adultos na cidade de Guairaca - PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, Umuarama, v. 11, n. 2, p. 83-88, maio/ago. 2007.

ARRAIS, P.S.D et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 31(1):71-77. 1997

ARRAIS, P.S.D. **Epidemiologia do Consumo de Medicamentos e Eventos adversos no município de Fortaleza**. Bahia; 2004. Tese [Doutorado] Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codarquivo= 489. Acesso em: 26 jun. 2014.

ARRAIS, P.S.D. **Medicamentos**: consumo e reações adversas– um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC; 2009.

ARRAIS, P.S.D; BRITO, L.L; BARRETO, M.L; COELHO, H.L.L. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21:1737-46. 2005

AYRES, J.R.C.M. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface - Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v.6, n.11, p.11-24, 2002.

AYRES, M. et al. BioEstat 5.0 – Aplicações Estatísticas nas Áreas das Ciências Biológicas e Médicas: **Sociedade Civil Mamiará**, Belém. Brasília: CNPq; 2007. 290 p.

ASSISTÊNCIA Farmacêutica no Ceará: entenda por que o Estado é referência nessa área e como ele tem enfrentado os principais desafios do setor. **Revista Sustentação**, Fortaleza, n.25, ano 11, p.17-23, 2009.

BARROS, J. A. C. **Propaganda de medicamentos**: atentado à saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 1995.

_____. J.A.C. A atuação dos balconistas de farmácia: ajudando a promover à saúde? **JBM**, 73(2):120-7, 1997.

_____. J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 11(1):67-84, 2002.

BEM, J.A.C; GONDIM, A. P. S. Cárie dentária nos escolares de 6 a 12 anos do Município de Chorozinho-Ceará: uma descrição. In: **Temas em saúde da família**: diversidades de saberes e práticas profissionais fundamentadas na pesquisa. Fortaleza: Ed UECE, 2006. p.57-78.

BERQUÓ, L.S. et al. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 38(3):358-64, 2004.

_____. L.S. et al. Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 38(2), 2004.

BERTOLDI, A.D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 38:228-38, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do ser humano. Compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.

BORTOLON, P.C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13:1219-26, 2008.

BRAIOS, A. et al. Uso de antimicrobianos pela população da cidade de Jataí (GO), Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 18(10):3055-3060, 2013.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: [s.n], 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 14 dez. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 20 out.2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (**Cadernos de Atenção Básica**, n. 39)

_____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

_____. Ministério da Saúde, Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas — SINITOX. Registro de intoxicações. Dados nacionais. Casos registrados de intoxicação e/ ou envenenamento. 2009. Disponível em: http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=8. Acessado em 15 de setembro de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**-Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44 de 26 de Outubro de 2010**. ANVISA. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001, 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME**. 8. ed. Brasília, 2013. 200 p.

_____. Ministério da Saúde (BR). Portal eletrônico do Ministério da Saúde. Brasília; 2004. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saude da família](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#saude%20da%20familia). Acessado em: 15/10/2014.

_____. Decreto 7508 de 2011. Regulamentação da Lei 8.080 para Fortalecimento do Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 45(6): 1206-7, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1973; 17 dez.

CASTRO, L.L.C. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 4(2): 405-410, 1999.

_____, L.L.C. **Fundamentos de Farmacoepidemiologia**. [S.l.]: AG Gráfica e Editora Ltda, 2000, 180p.

Center for Disease Control and Prevention. Epi Info 7. Disponível em <http://wwwn.cdc.gov/epiinfo/>. Acesso em: 15 out. 2014.

COLOMÉ, J.S; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de enfermagem. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 29,(3): 347-53, 2008.

CORNELIO, R.C.A.C, et al. Não-adesão ao tratamento em pacientes com doença de Crohn:prevalência e fatores de risco. **Arq. Gastroenterol.** [online]., vol.46, n.3, pp. 183-189, 2009.

COSENDEY, M.A.E. et al. Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde: a experiência de três estados brasileiros. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16(1):171-82, 2000.

COSTA, K.S. **Perfil epidemiológico do uso de medicamentos em estudos de base populacional em Campinas-SP**. Campinas, 2010. 99f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP, 2010.

COSTA, K.S. et al. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, São Paulo, 27:649-58, 2011.

DEF. **Dicionário de Especialidades Farmacêuticas**. 41. ed. Rio de Janeiro. Publicações Científicas; 2013.

EICKHOFF, P; HEINECK, I; SEIXAS, L.J. Gerenciamento e Destinação Final de Medicamentos: uma discussão sobre o problema. **Rev. Bras. Farm**, São Paulo, 90(1): 64-68, 2009.

FEDERICO, M.P. **Avaliação das prescrições médicas de antibióticos para pacientes pediátricos em um hospital público na Bahia**. Feira de Santana, 2006.111f. Dissertação [Mestrado em Saúde Coletiva]. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana-BA, 2006.

FEITOSA, M.D.S. et al. Revisão bibliográfica da Educação em Saúde desenvolvida na Estratégia Saúde da Família. **Encontros Universitários**. Juazeiro do Norte, UFCA, 2013.

FLETCHER, R.H; FLETCHER, S.W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FRANCO, T. B; BUENO, W.S; MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso Betim (MG). In: MERHY, E.E.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; FRANCO, T.B.; BUENO, W.S. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 37-54.

GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M.H.M. Atenção primária em saúde. In: GIOVANELLA, L; ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C; CARVALHO, A.I,

organizadores. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p. 575-626.

GUERIN, D.G; ROSSONI, E; BUENO, D. Itinerários terapêuticos de usuários de medicamentos de uma unidade de estratégia saúde da família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 3003-3010, 2012.

GRIGORYAN, L. et al. Determinants of self-medication with antibiotics in Europe the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system. **Journal of Antimicrobial Chemotherapy**, 61, pp.1172-1179, 2008.

GUIMARÃES, J.M.X. **Inovação e gestão em serviços de saúde mental: incorporação de tecnologias e reinvenção no cotidiano dos centros de atenção psicossocial**. Fortaleza-CE, 2012, 286f. Tese [Doutorado] Programa de Doutorado em Saúde Coletiva, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2012.

HART, C.A. Antibiotic resistance: an increasing problem? **BMJ**, [S.I.], v.316, p.1255-1256, 1988.

HOLLOWAY, Y. **WHO** activities to contain antimicrobialresistance and promote Drug and Therapeutic Committees. Geneva: World Health Organization, Department of Essential Drugs and Medicines Policy; 2003. [palestra].

HOGERZEIL, H. V. The concept of essential medicines: lessons for rich countries. **BMJ**, London, v. 329, p. 1169-1172, 2004.

HULLEY, S.B. et al. **Delineamento a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades**: Barbalha Ceará, 2010. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?uf=ce> Acesso em: 14 fev. 2014.

IPECE- INSTITUTO DE PESQUISA E ESTRATÉGIA ECONÔMICA DO CEARÁ. **Perfil Básico Municipal de Barbalha, 2011**. Disponível em: <<http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/139x.htm>>Acesso em: 26 de mar.2014.

KAR, S. S; PRADHAN, H. S; MOHANTA, G. P. Concept of essential medicines and rational use in public health. **Indian. J. Community. Med.**, [S.I.], v. 35, n. 1, p. 10-13, 2010.

KOROLKOVAS, A. **Dicionário Terapêutico Guanabara**. Edição 1999/2000. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 1999.

KLEIN, C.H; BLOCH, K.V. Estudos seccionais. In: Medronho R, **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002. p. 125-150.

KUMMERER, K. Drugs in the environment: emission of drugs, diagnostic aids and disinfectants into wastewater by hospital in relation to other sources in relation to other sources – a review. **Chemosphere**, 45(6): 957-69, 2001.

- LACAZ, C. S; COLBERT, C. E; TEXEIRA, P. A. **Doenças Iatrogênicas**. São Paulo: Sarvier, 1970.
- LAING, R; HOGERZEIL, H. V; ROSS-DEGNAN, D. Ten recommendations to improve use of medicines in developing countries. *Health Policy and Planning*, Oxford, Inglaterra, v. 16, p. 13-20, 2001. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- LAPORTE, J.R; TOGNONI, G. **Princípios de epidemiologia**. 2.ed. Masson-Salvat Medicina. Disponível em www.icf.aub.es em 31.05.2007. Acessado em 15.04.2013.
- LEFÈVRE F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez; 1991.
- LEITE, S. N; VIEIRA, M; VEBER, A.P. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro,13 (Sup): 793-802, 2008.
- LEITE, S.N; VASCONCELOS, M.P. Os diversos sentidos presentes no medicamento: elementos para uma reflexão em torno de sua utilização. **Arquivos catarinenses de Medicina**, Florianópolis, 39(3):18-23, 2010.
- LEITE, M. M. J; PRADO, C; PERES, H.H.C. **Educação em Saúde: desafio para uma prática inovadora**. São Caetano do Sul: Difusão, 2010.
- LEOPARDI, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2. ed. Florianópolis: Soldasoft; 2006.
- LIMA, M.A. A saúde entre o Estado e a sociedade. **Hist. Ciênc. Saude-Manguinhos**, 10(2):743-70, 2003.
- LIMA, G. B;NUNES, L.C.C;BARROS,J.A.C.Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 5(Supl. 3):3517-3522, 2010.
- LYRA JR, D.P. et al. Influência da propaganda na utilização de medicamentos em um grupo de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil). **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. 15(Supl. 3)3497-3505, 2010.
- LOYOLA FILHO, A.L. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 36:55-62, 2002.
- MARGONATO, F.B; THOMSON, Z; PAOLIELLO, M.M.B. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(2):333–41, 2008.

MASTROIANNI, P.C. et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Rev. Panam Salud Publica**, Washington, 29(5):358-64, 2011.

_____. P.C. et al. Acesso, segurança e uso de medicamentos por usuários. **Rev. Ciênc. Ext.**, São Paulo, v.8, n.2, p.6-24, 2012.

MELO, D.O; RIBEIRO, E; STORPIRTIS, S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** [online]., vol.42, n.4, pp. 475-485, 2006.

MENDES, E.V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Escola de Saúde Pública do Ceará, Fortaleza: [s.n], 2002. Não paginado.

_____. E.V. **Redes de atenção à saúde**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

MONTEIRO, M.M; FIGUEIREDO, V.P; MACHADO, M.F.A.S . Formação do vínculo na implantação do Programa Saúde da Família numa Unidade Básica de Saúde. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 43(2): 358-64, 2009.

NAVES, J.O.S. et al. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Supl. 1):1751-1762, 2010.

NICOLINI, P. et al. Fatores relacionados à prescrição médica de antibióticos em farmácia pública da região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(Sup) : 689-696, 2008.

OBRELI NETO, P.R; VIEIRA, J.C; CUMAN, R.K.N. Impacto da atenção farmacêutica no uso racional de antimicrobianos em uma unidade básica de saúde no interior do Estado de São Paulo. **Acta Scientiarum. Health Sciences**, Maringá, v. 33, n. 2, p. 159-164, 2011.

OLIVEIRA, C. A; SILVA, R.S. Desafios do cuidar em saúde frente à resistência bacteriana: uma revisão. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, 10(1): 189-197, 2008.

OLIVEIRA, M.A. et al. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):335-345, fev, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMÉRICA DA SAÚDE/OMS. **Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas**. Washington: OPAS, 2005.

OPAS/OMS. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde. 1978. Disponível em <http://www.opas.org.br>. Acesso em: 13 ago. 2014.

OSHIRO, M.L; CASTRO, L.L.C. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,18(1):287-97, 2002.

PANIZ, V.M. V. **Acesso a medicamentos em população assistida por diferentes modelos de atenção básica no sul e sudeste do Brasil**. Pelotas, 2008.224p.Tese [Doutorado em Ciências]. Programa de Pós Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-RS, 2008.

PELICIONE, A.F. **Padrão de Consumo de Medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002**, São Paulo, 2005. 112f. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo-SP, 2005.

PEREIRA, M.O. et al. Perfil dos usuários de serviços de Saúde Mental do município de Lorena – São Paulo. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, 25(1):48-54, 2012.

PERINI, E, et al, organizadores. **Ciências farmacêuticas: uma abordagem em farmácia hospitalar**. São Paulo: Atheneu; 2001.

PONGSUPAP, Y; VAN LERBERGHE, W. Choosing between public and private or between hospital and primary care? Responsiveness, patient-centredness and prescribing patterns in out patient consultations in Bangkok. **Tropical Medicine and International Health**. 2006; 11:81-89.

PORTELA, A.S. et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Rev. Ciênc. Farm Básica Apl.**, São Paulo, 31(1):09-14 ISSN 1808-4532, 2010.

QATO, D.M. et al. Use of prescription and over-the-counter medications and dietary supplements among older adults in the United States. **JAMA**, 300:2867-78, 2008.

RIBEIRO, M. Â; HEINECK, I. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.3, p.653-663, 2010.

ROZENFELD, S. O uso de medicamentos no Brasil. In: LAPORTE, JR.; TOGNONI, G.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia de medicamentos**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1989. p. 21-39.

SCHMID, B; BERNAL, R; SILVA, N.N. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 44(6): 1039-45, 2010.

SILVA, I.M. et al. Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(Supl. 1):1651-1660, 2011.

SIMÕES, M.J.S; FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo(Brasil), 1985. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 1988; 22:494-9. 43-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v22n6/05.pdf>. Acesso em: 16 set. 2014.

SIQUEIRA, A.J; SOUSA, E.A. **O conhecimento do cliente / paciente de drogarias em relação à atenção farmacêutica**, 2009. Disponível em: http://www.unieuro.edu.br/downloads_2005/farmacia/cenarium_03_03.pdf. Acesso em: 25 ago. 2014.

SOARES, J.C.R.S. **A autonomia do paciente e o processo terapêutico**: uma techedura complexa. Rio de Janeiro, 2000. Tese [Doutorado] - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

STARFIELD, B. **Primary care**: is it essential? *Lancet*. 1994; 344: 1129-33.

_____. **B. Atenção Primária**: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, UNESCO/ Ministério da Saúde, 2002. 726p.

_____. **B. Deconstructing primary care**. In: SHOWSTACK J, ROTHMAN AA, HASSMILLER (Editors). **The future of primary care**. San Francisco: CA Jossey-Bass; 2004.

STROM, B. L. What is pharmacoepidemiology? In: _____. **Pharmacoepidemiology**. 4 th. Chichester: John Wiley & Sons, 2005. p. 4-15.

SOUZA, I.P.M; JACOBINA, R.R. Educação em Saúde e suas versões na história brasileira. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.618-627 out./dez. 2009.

TADDEO, P.S. et al. Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17 (11):2923-2930, 2012.

TAVARES, N. U. L.BERTHOLDI, A. D; BAISCH, A. L. M. Prescrição de antimicrobianos em unidades de saúde da família do sul do Brasil. **Cad. de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(8): 1791-1800, 2008.

TELLES FILHO, P.C.P; ALMEIDA, A.G.P; PINHEIRO, M.L.P. .Automedicação em idosos: um problema de saúde pública. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 21(2):197-201, 2013.

VAZQUEZ, F.M.E. et al. Gasto farmacéutico derivado de laprescripción de antibióticos a La población pediátrica de Castilla y León em los últimos diez años. **Rev. Pediatr. Aten Primaria**, 13 (52):531-41, 2011.

VOSGERAU, M.Z.S. et al. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 16(Supl. 1):1629-1638, 2011.

VILARINO, J.F. et al. Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, 32:43-9, 1998.

VITOR, R.Z. et al. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 13(suppl):737-43, 2008.

WANNMACHER, L. Importância dos Medicamentos Essenciais em Prescrição e Gestão Racionais. Tema 2 in: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos**: temas selecionados / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. : il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

World Health Organization. **The rational use of drugs**: report of the conference of experts. Nairobi 1985 jul 25-29. Geneva: WHO; 1987.

World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4 th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Netherlands: **WHO**; 1998.

WHO. **WHO Medicines Strategy 2004-2007**: countries at the core. Geneva: WHO; 2004. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/who_EDM_2004.2.pdf>. Acesso em: 03 maio 2013.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Desenvolvemos no momento uma pesquisa intitulada **Uso de Medicamentos na Estratégia de Saúde da Família do município de Barbalha-CE, com ênfase nos antimicrobianos**. Essa pesquisa tem como objetivo geral analisar a utilização de antimicrobianos em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Barbalha. Os resultados da referida pesquisa poderão beneficiar o grupo estudado, como também servirá para subsidiar o planejamento e/ou aprimoramento dos gastos com medicamentos, sobretudo dos antimicrobianos no Município, por meio do uso racional. Convidamo-lo(a) a **participar**, respondendo a um questionário com perguntas abertas e fechadas sobre o tema referido. Enfatizamos que o(a) senhor(a) terá a liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa, podendo desistir no momento em que decidir, sem que isso lhe acarrete qualquer penalidade. Será assegurado o sigilo das informações colhidas e seu anonimato será preservado.

Em caso de dúvida, entrar em contato com Francisco Pereira Júnior Feitosa, pelo telefone (88) 3532-2077. Endereço: Rua Projetada, A2 329 Bulandeira. Barbalha-Ceará. CEP: 63.180-000. Se quiser obter mais informações sobre os aspectos éticos da pesquisa, poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa-CEP, da Universidade Estadual do Ceará, pelo telefone (85) 3101-9890. Endereço: Av. Paranjana, 1700, Bairro Itaperi. Fortaleza-Ceará. CEP: 60.714-903.

E, por estar de acordo em participar da pesquisa, assina o presente termo. _____, _____ de _____ de 2013.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

Apêndice B– Formulário

Data ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO(ESF): _____ N.º _____

Dados relacionados às condições socioeconômicas e saúde.

1-Sexo: M () F ()

2-Idade: _____anos

3-Escolaridade:

Ensino Fundamental incompleto() Ensino Fundamental completo ()

Ensino Médio incompleto() Ensino Médio completo ()

Ensino Superior incompleto () Ensino Superior completo () () Sem Escolaridade

4-Estado civil: Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a) () Viúvo(a) ()

Desquitado(a) () Divorciado(a) ()

5-Ocupação:

Do lar () Aposentado () Profissional da área de saúde ()

Profissional da área de educação () Profissional da área comercial ()

Profissional da área de produção (construção, indústria etc.)()

outra () Se outra, cite-as: _____

6-Renda familiar (em reais): _____

7-Quantas pessoas dependem dessa renda? _____

8-Tem filhos? Sim() Não()

Se sim, quantos ? _____

9-De uma maneira geral de que modo considera sua saúde nos últimos quatro meses?

Muito boa () Boa () Razoável () Ruim () Muito ruim ()

10-Houve internações hospitalares nos últimos 12 meses?

Sim () Não ()

Se sim, quantas vezes foi internado? _____

Utilização dos medicamentos

11-Nos últimos 15 dias, algum médico ou outro profissional de saúde disse que tinha algum problema de saúde que precisasse fazer uso de medicamentos?

Sim () Não () Não lembro () * Se não/não lembra vá pra questão 23

Se sim qual problema de saúde?() Infecção de garganta () infecção intestinal ()
infecção urinária () resfriado () gripe () pneumonia () dor de cabeça outra ()

Se outras, cite-as: _____

12-Qual medicamento foi utilizado?

Amoxicilina () Trimetropim e sulfametaxozol () Cefalexina () Ciprofloxacino ()
Eritromicina () Azitromicina () () Diclofenaco () Ibuprofeno () Metronidazol ()
Buscopam () Outro ()

Se usou outro, cite-o: _____

13-Forma farmacêutica (de um dos medicamentos): () Comprimido () Cápsula
() drágea () injeção () xarope () colírio

14-Tempo de tratamento receitado: () <5 dias () 5 dias () 7 dias () 10 dias
() 14 dias () 15 dias () 30 dias () contínuo

15-Por quantos dias tomou? _____

Se foi diferente do tempo receitado, por que não cumpriu o tratamento?

() Tive reação ao medicamento () Melhorei antes de terminar o tratamento () Não
gosto de tomar medicamento () Não senti melhora e parei () Tomei mais por
minha conta

16-Quando esquece o horário da dose recomendada, como procede?

Toma assim que lembra () Toma dobrado () Toma a próxima dose no horário seguinte () Toma no horário que acha conveniente () () Reinicia no dia seguinte

17- Fez uso de antibiótico e/ou outro medicamento por conta própria, para si ou para os filhos nos últimos 15 dias?

Sim () Não () () não me lembro * se não/não lembra vá pra questão 23

(especificar) _____

Se sim, para quais sinais e sintomas suspeitos?

() Gripe/resfriado () Pneumonia () Sinusite () Diarreia
 () Infecção de ouvido () Infecção intestinal () Infecção urinária
 () Infecção de garganta () Dor na coluna () Dor de cabeça () Outras

Se outras, cite-as: _____

18- Qual(is) medicamento(s) utilizou?

() Amoxicilina () Trimetropim e sulfametaxozol () Cefalexina () Ciprofloxacino

() Eritromicina () Azitromicina () Diclofenaco () Ibuprofeno () Buscopam

() Metronidazol () Outro

Se usou outro, cite-o: _____

19- Quem informou sobre o uso do antibiótico e/ou outro medicamento para esses sinais e sintomas?

() Médico () Dentista () Enfermeiro () Farmacêutico () Balconista

() Vizinho/Amigo/Parente () Propaganda TV/Rádio/Revista () Internet

() o(a) mesmo (a)

20- Por que motivo utilizou esse medicamento?

() A Melhora é rápida () A melhora ocorre somente com o medicamento

() Só alivia com ele () Só passa a dor com ele () Só acredita nele () Outro motivo

Se outro, cite-o: _____

21- Foi orientado(a) sobre como usar o medicamento?

() Sim () Não

Se sim, quais foram as orientações fornecidas?

() Usar só se incomodar () Usar 1 x dia () Usar 2x dia () Usar 3 x dia

() Parar se sentir alguma reação () Procurar o médico se não melhorar

22- Até quando costuma usar o antibiótico e/ou outro medicamento?

() Até melhorar os sintomas () Até completar os dias indicados

23-O que o senhor(a) faz com o que sobra do antibiótico e/ou outro medicamento que tomou?

verifica a validade não verifica a validade(se sim:

guarda pra utilizar se sentir sintomas parecidos com os de antes joga fora

doa pra parentes/vizinhos

Se joga fora, onde joga? no lixo no vaso sanitário pia

APÊNDICE C–Termo de Anuência (Secretaria Municipal da Saúde)**TERMO DE ANUÊNCIA**

À Coordenação da Atenção Básica Municipal

Estabelecida na Av. Coronel João Coelho, Centro, Barbalha-CE.

Será desenvolvida a pesquisa: **USO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA, COM ÊNFASE NOS ANTIMICROBIANOS**. Neste estudo, pretende-se analisar a utilização de medicamentos na Estratégia Saúde da Família com destaque, para os antimicrobianos.

Assim, venho solicitar a autorização para utilizar formulários no total de 381 aos usuários atendidos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, sendo 22 equipes no total desse município.

Esclareço, igualmente, que as informações coletadas somente serão utilizadas para os objetivos da pesquisa destinada à elaboração de dissertação do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará.

Em caso de mais esclarecimentos, entrar em contato com o pesquisador responsável: Francisco Pereira Júnior Feitosa. Endereço: Rua Projetada A2, 329 Bairro Bulandeira, Barbalha-CE. Telefones: (88) 8809-2498.

Assumo perante a Secretaria Municipal de Saúde de Barbalha a responsabilidade pelo presente termo.

Barbalha-CE, ____ / _____ / 201_.

Francisco Pereira Júnior Feitosa

Pesquisador

De acordo:

Dayselane Maria Garcia Araújo Tavares

Coordenadora da Atenção Básica

APÊNDICE D – Termo de Compromisso dos Pesquisadores

Por este termo de responsabilização, nós, orientando Francisco Pereira Júnior Feitosa e orientadora Maria Irismar de Almeida da pesquisa intitulada – **“USO DE MEDICAMENTOS NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE, COM ÊNFASE NOS ANTIMICROBIANOS”**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde e suas complementares, visando a assegurar os direitos e deveres que se referem à comunidade científica, aos participantes do estudo e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas por parte de cada sujeito nela envolvido. Apresentaremos sempre que nos for solicitado pelo CEP da UECE ou ainda a Secretaria da Saúde do Município participante, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando, ainda qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Fortaleza, CE - _____ de _____ de 201__.

Maria Irismar de Almeida

(Orientadora)

Francisco Pereira Júnior Feitosa

(Orientando)

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Pós-Esclarecido

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o Sr.(a) _____ portador (a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicadas pelas pesquisadoras, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a despeito do que foi lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo em participar da pesquisa, assina o presente termo.

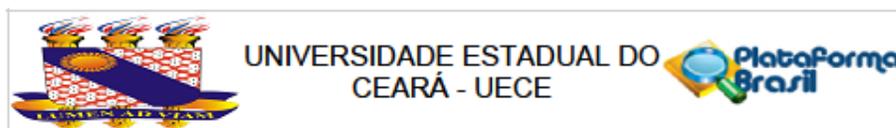
_____, _____ de _____ de 201_.

Assinatura do participante

Assinatura do Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A- CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: USO DE ANTIMICROBIANOS ENTRE USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE.

Pesquisador: FRANCISCO PEREIRA JÚNIOR FEITOSA

Área Temática: Área 3. Fármacos, medicamentos, vacinas e testes diagnósticos novos (fases I, II e III) ou não registrados no país (ainda que fase IV), ou quando a pesquisa for referente a seu uso com modalidades, indicações, doses ou vias de administração diferentes daquelas estabelecidas, incluindo seu emprego em combinações.

Versão: 1

CAAE: 18930413.1.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 441.476

Data da Relatoria: 30/09/2013

Apresentação do Projeto:

O estudo questiona como a população em áreas cobertas pela Estratégia de Saúde da Família do Município de Barbalha-CE vem utilizando os antimicrobianos. Trata-se de um projeto de dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará. O estudo será transversal de caráter quantitativo composto por usuários das unidades de atenção primária de saúde do referido município, compreendendo um total de 22 unidades. Para o cálculo da amostra aleatória estratificada foi levado em consideração os seguintes critérios: tamanho da população (42.587 usuários acima de 18 anos acompanhadas nas unidades de atenção primária); efeito do desenho igual a 1; população estimada de 50% do efeito e, precisão de 5%, o que resultou numa amostra constituída por 381 pessoas. Os critérios de inclusão a serem adotados são: pessoas maiores de 18 anos, que tenham feito uso de antibióticos (antimicrobianos) nos últimos sete dias e que sejam residentes na área de abrangência das unidades. Critérios de exclusão: pessoas menores de 18 anos, que não estejam fazendo uso de antibióticos e que não sejam residentes da área de abrangência das unidades. Será considerada como variável dependente o uso de antimicrobiano, sendo levado em consideração o uso desses

Endereço: Av. Paranjana, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9906 E-mail: diana.pinheto@uece.br

ANEXO B

QUADRO 1- Antimicrobianos orais disponíveis na Atenção Básica de Saúde *versus* principais eventos adversos. Barbalha-CE.

Antimicrobianos	Reações adversas
Amoxicilina 250 mg/ 5 ml Amoxicilina 500 mg Amoxicilina +clavulonato de cálcio	Reações de hipersensibilidade, anemia, trombocitopenia, eosinofilia, leucopenia, agranulocitose, náusea, vômito e diarreia
Azitromicina 500 mgcpd	Cólicas abdominais, náuseas, vômitos e diarreias
Cefalexina 250 mg/5ml Cefalexina 500 mgcpd	Reações de hipersensibilidade, pirose, anorexia, náusea, vômito, diarreia, glossite, dor abdominal, eosinofilia e febre
Claritomicina 500 mgcpd	Cólicas abdominais, náuseas, vômitos e diarreias
Ciprofloxacino 500mg cpd	Anorexia, náuseas, vômitos e desconforto abdominal, cefaléia, tontura, insônia e alterações do humor alergias e reações cutâneas (em 0.4 a 2.2% dos casos). Sendo o <i>rash</i> cutâneo o mais comum. Fototoxicidade pode ocorrer com exposição à luz ultravioleta.
Eritromicina 250 mg/ 5ml	Cólicas abdominais, náuseas, vômitos

Eritromicina 500 mg cpd	e diarreias
Espiramicina 500 mg CPD	Cólicas abdominais, náuseas, vômitos e diarreias
Sulfamatoxazol + trimetroprima	As manifestações mais comuns são sintomas digestivos e farmacodermias como erupção morbiliforme e prurido cutâneo. Febre, cefaleia, tremores, nefrotoxicidade, flebite, vasculite, hipercalemia, doença do soro e anafilaxia. Os efeitos colaterais com maior risco de vida incluem anormalidades hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, agranulocitose, anemia hemolítica e supressão da medula óssea) e reações cutâneas graves, como a dermatite exfoliativa, síndrome de Steven-Johnson e a necrólise epidérmica tóxica.

Fonte: Anvisa

ANEXO C

QUADRO 2- A cadeia do medicamento

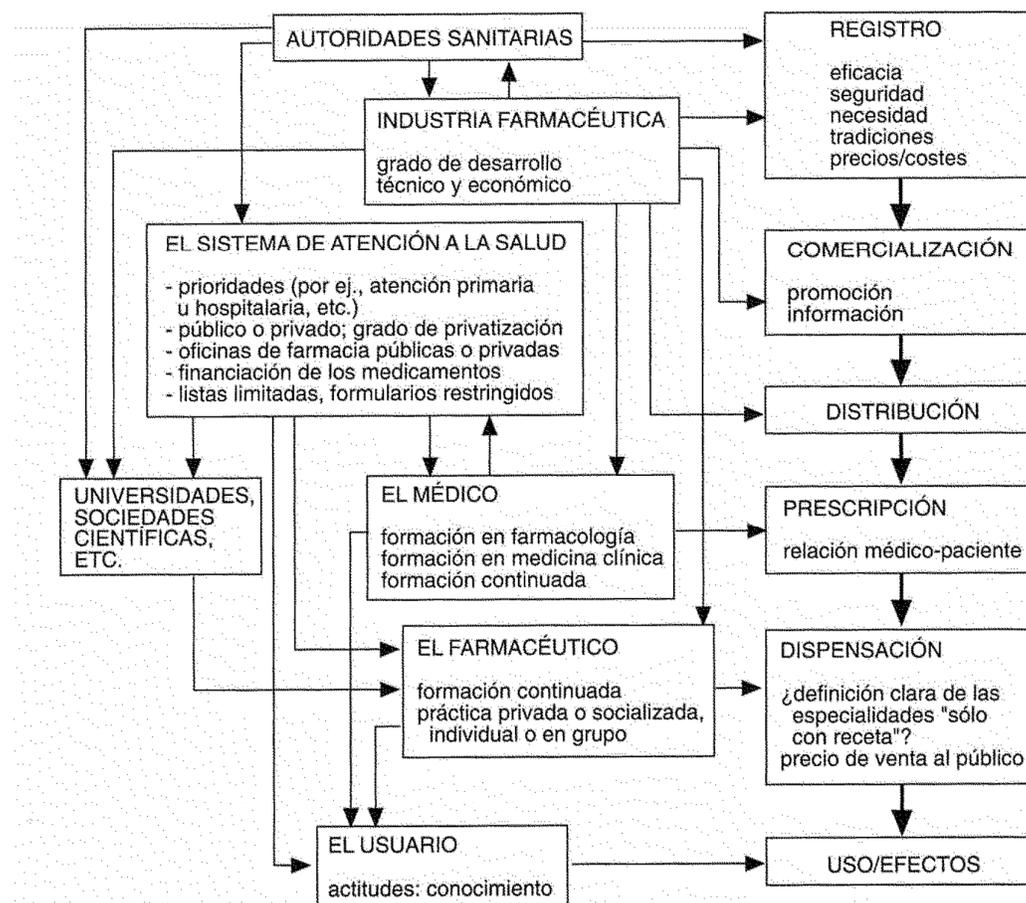


Fig. 3-1. Se denomina «cadena del medicamento» al conjunto de los sucesivos eslabones desde su registro hasta su empleo por el usuario. Cada uno de estos eslabones es un determinante —de importancia variable— de los efectos finales del fármaco sobre la salud del paciente en particular y de la comunidad en general.

Fonte: Laporte & Tognoni, 1993