



## Automedicação entre Adultos na Área de Abrangência de uma Unidade Saúde da Família

Milene Z. S. VOSGERAU\*, Darli A. SOARES & Regina K. T. SOUZA

Centro de Ciências da Saúde, Av. Robert Koch, 60, Vila operária,  
CEP: 86039-440, Londrina, Paraná, Brasil

**RESUMO.** Este artigo objetivou estimar a prevalência e os fatores associados à automedicação entre adultos de 20 a 59 anos residentes na área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa, Paraná, entre 2006 e 2007. A pesquisa consistiu em estudo transversal de base populacional. A seleção dos sujeitos realizou-se por amostragem sistemática. Entrevistou-se 374 pessoas. O período recordatório utilizado foi de 7 dias. Para a análise estatística utilizou-se os testes de qui-quadrado e razão de prevalência. Como resultado, a prevalência de automedicação foi de 24,9%. Foram consumidos 119 medicamentos entre aqueles que se automedicaram. Dos medicamentos citados, 43,7% eram analgésicos. A dipirona sódica foi o princípio ativo mais consumido sem prescrição. Na análise da razão de prevalência, somente o nível sócio-econômico associou-se à automedicação. A prevalência da automedicação neste trabalho foi baixa comparada com pesquisas realizadas no Brasil e semelhantes a resultados observados em outros países.

**SUMMARY.** "Self-medication among Adults in a Comprehended Area of one Family Health Unity". This article aimed to assess the prevalence and the factors related to self-medication among adults with ages ranging from 20 to 59 years old, living in an area attended by a Family Health Unit in Ponta Grossa, PR, between 2006 and 2007. The research consisted in a cross-sectional study in population basis. The selection of the subjects was performed according to systematic sampling. 374 people were interviewed. The recording used period was 7 days. For the statistics analysis the chi-squared test was performed and also prevalence rating. As a result, the prevalence of self-medication was 24.9%. It was consumed 119 medications among those who medicated themselves. About the cited medicines, 43.7% were painkillers. The sodic dypirone was the most consumed active principle with no prescription. In the analysis of the rate of prevalence, just the social economic level was related to self-medication. The prevalence of self-medication in this work was low when compared with researches performed in Brazil and similar to results observed in other countries.

### INTRODUÇÃO

A automedicação pode ser compreendida como o ato de consumir medicamentos sem prescrição médica, com o objetivo de tratar doenças auto-diagnosticadas ou aliviar sintomas <sup>1</sup>.

O consumo de medicamentos não-prescritos é um ato muito freqüente no Brasil e como não existem substâncias químicas totalmente seguras, considera-se que esta prática seja um processo potencialmente maléfico à saúde individual e coletiva <sup>2</sup>. Dados disponibilizados no Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas

revelam que 18,3% dos óbitos por intoxicação humana tiveram os medicamentos como agente causador, sendo que metade está relacionada à automedicação <sup>3</sup>.

Entretanto, a automedicação quando feita de forma racional pode trazer benefícios para a saúde, e no contexto dos países em desenvolvimento, pode ser considerada como uma necessidade, com função complementar ao sistema de saúde <sup>4</sup>. Sendo assim, dentro de certos limites, a prática da automedicação é aceita e estimulada pela Organização Mundial da Saúde

**PALAVRAS CHAVE:** Adulto, Automedicação, Farmacoepidemiologia, Prevalência, Programa Saúde da Família.

**KEY WORDS:** Adult, Family Health Program, Pharmacoepidemiology, Prevalence, Self-medication.

\* Autor a quem correspondência deve ser enviada: E-mail: milenezanoni@gmail.com, milenevosgerau@hotmail.com

(OMS) <sup>5</sup>. A automedicação racional é definida pela OMS como a prática pela qual indivíduos tratam seus problemas de saúde com medicamentos aprovados e disponíveis para serem adquiridos sem prescrição, e que sejam seguros e efetivos quando utilizados como indicado <sup>1</sup>.

Contudo, é importante ressaltar que automedicação é diferente de autoprescrição. A autoprescrição, ato condenado pela OMS, é o uso de medicamento de venda exclusiva sob prescrição médica por decisão autônoma de leigo <sup>6</sup>. Além disso, existem os medicamentos de venda livre popularmente conhecidos como OTC (*over-the-counter*), utilizados em larga escala no mundo todo. No Brasil, a produção de OTC já representa 30% do faturamento total do mercado farmacêutico brasileiro <sup>7</sup>, pois seu uso é estimulado indiscriminadamente pelas propagandas veiculadas na mídia.

Sabe-se que o consumo de medicamentos sem prescrição médica é crescente em todos os grupos populacionais e relaciona-se, entre outras questões, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde. Em outros países, pesquisas sobre a automedicação têm sido mais freqüentes. Nesses estudos, foram encontradas prevalências entre 12,7%, na Espanha <sup>8</sup> e 97%, na Colômbia <sup>9</sup>. Entretanto, no Brasil, pesquisas de base populacional sobre a prevalência e os fatores associados a esta prática são escassos <sup>10</sup>, sobretudo as que se referem às áreas prioritárias de implementação de políticas de universalização da atenção, entre as quais está o Programa Saúde da Família (PSF).

Considerando-se que a Política Nacional de Atenção Básica situa a Saúde da Família como estratégia prioritária para a organização da atenção de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) <sup>11</sup> e o fato de que 76,5% da população brasileira dependem exclusivamente do SUS <sup>12</sup>, pretendeu-se estimar a prevalência da automedicação e os fatores associados a esta prática entre adultos de 20 a 59 anos residentes na área de abrangência de uma unidade saúde da família.

## MATERIAIS E MÉTODOS

Realizou-se um estudo transversal de base populacional em área de abrangência de uma Unidade Saúde da Família de Ponta Grossa, PR. A estimativa populacional do município foi de 300 196 habitantes <sup>13</sup>, em 2006.

Os serviços de saúde de Ponta Grossa, na atenção primária, são formados por 46 unidades básicas de saúde. Destas, 40 estão na região ur-

bana que contam com 28 equipes saúde da família. O PSF está implantado desde 2001 e contava com farmacêutico como membro integrante da equipe mínima. Atualmente, somente a Unidade de Saúde da Família (USF) em estudo manteve a presença do farmacêutico.

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

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

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

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

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

As entrevistas foram realizadas entre dezembro de 2006 e janeiro de 2007 por uma das autoras juntamente com uma equipe previamente treinada, organizadas em 4 duplas, cada uma composta por um acadêmico do curso de farmá-

cia e outro de enfermagem. Dúvidas, inconsistências e itens não preenchidos foram devidamente discutidos com o(a) entrevistador(a) e averiguados por uma das pesquisadoras. Consideraram-se como perdas as pessoas não encontradas em até oito tentativas de contato, em horários e dias da semana diferentes.

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

Para a validação do uso de medicamentos, seguiu-se a metodologia padrão instituída por Landry *et al.*<sup>15</sup>, em 1988. Tal técnica consiste em solicitar aos entrevistados a embalagem, receita, bula e blister dos medicamentos utilizados visando evitar omissão, em geral por esquecimento, de medicamentos em uso, e, além disso, para assegurar a veracidade das especialidades farmacêuticas informadas<sup>16</sup>. Os nomes e laboratórios fabricantes foram devidamente registrados para posterior classificação em grupos farmacológicos.

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

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

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

Para o cálculo da prevalência da automedicação foi utilizado o número de indivíduos que consumiram, nos 7 dias anteriores à entrevista, medicamentos exclusivamente não-prescritos como também medicamentos prescritos e não-

prescritos. Empregaram-se, para análise estatística, somente os medicamentos não-prescritos que puderam ser averiguados por meio da bula, blister ou embalagem.

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

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

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

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

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

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

## RESULTADOS

Dos 434 indivíduos selecionados para o estudo, 36 (8,3%) foram excluídos da amostra principalmente em decorrência de mudanças de endereço (8,1%). Assim, das 398 pessoas restantes entrevistou-se 374 (94,0%). Foram registradas 24 perdas (6,0%). A média de idade foi de 39,5

anos (desvio padrão = 11,0). Quase metade dos entrevistados (47,6%) relatou ter alguma doença crônica, como hipertensão, diabetes mellitus, depressão, problemas respiratórios e cardíacos. A maioria das pessoas (62,3%) trabalhava no mercado formal ou informal e 49,7% dos participantes foram classificados no nível econômico C da ABEP.

Dos 221 indivíduos que consumiram medicamentos nos últimos sete dias, 57,9% consumiram exclusivamente medicamentos prescritos, 28,1% consumiram apenas medicamentos sem prescrição e 14% utilizaram simultaneamente medicamentos prescritos e não-prescritos (dados não mostrados em tabela).

A prevalência de automedicação, no intervalo de sete dias, foi de 24,9% (IC95% 20,6 a 29,6), já a prevalência instantânea foi de 16,8% (n = 63).

A Tabela 1 mostra a relação entre o desfecho automedicação e as variáveis demográficas e sócio-econômicas. Como pode ser notado, a pre-

valência foi mais elevada entre os indivíduos com segundo grau completo e outros (29,1%) do que os de menor escolaridade. Os trabalhadores (formal e informal) utilizaram mais medicamentos sem prescrição médica (28,3%) do que os que não estavam trabalhando (19,1%). Entretanto, estas diferenças não foram estatisticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Com relação ao nível econômico, a razão de prevalência entre os estratos D+E e A+B foi de 0,53 (IC95% 0,32 – 0,89), o que reflete quase a metade de chance do grupo D e E se automedicar ao comparar com o estrato A e B (Tabela 1).

As análises do desfecho automedicação com as variáveis de saúde e de utilização dos serviços de saúde estão apresentadas na Tabela 2. Verificou-se maior prevalência de consumo de medicamentos não-prescritos entre os entrevistados que consideravam ruim sua condição de saúde (26,5%), os indivíduos filiados a plano de saúde (30,9%), àqueles que não se consultaram nos últimos três meses (28,6%) e não se interna-

Variável (n = 374)	Automedicação					RP	IC
	Sim		Não				
	total	nº	%	nº	%		
<i>Sexo</i>							
Masculino	174	41	23,6	133	76,4	1,00	Referência
Feminino	200	52	26,0	148	74,0	1,10	0,77 – 1,57
<i>Estado Civil</i>							
Com companheiro	294	73	24,8	221	75,2	0,99	0,65 – 1,52
Sem companheiro	80	20	25,0	60	75,0	1,00	Referência
<i>Idade (anos)</i>							
20 a 29	77	20	26,0	57	74,0	0,98	0,61 – 1,57
30 a 39	124	33	26,6	91	73,4	1,00	Referência
40 a 49	88	23	26,1	65	73,9	0,98	0,62 – 1,55
50 a 59	85	17	20,0	68	80,0	0,75	0,45– 1,26
<i>Número de residentes</i>							
1 a 3	140	36	25,7	104	74,3	1,58	0,76 – 3,29
4 a 5	191	50	26,2	141	73,8	1,61	0,78 – 3,30
6 ou mais	43	7	16,3	36	83,7	1,00	Referência
<i>Grau de escolaridade</i>							
1º grau incompleto	171	37	21,6	134	78,4	0,74	0,50 – 1,10
2º grau incompleto	69	17	24,6	52	75,4	0,85	0,52 – 1,38
2º grau completo e outros	134	39	29,1	95	70,9	1,00	Referência
<i>ABEP</i>							
A + B	87	29	33,3	58	66,7	1,00	Referência
C	186	46	24,7	140	75,3	0,74	0,50 – 1,09
D + E	101	18	17,8	83	82,2	0,53	0,32 – 0,89
<i>Situação de trabalho</i>							
Trabalha	233	66	28,3	167	71,7	1,00	Referência
Não trabalha	141	27	19,1	114	80,9	0,68	0,45 – 1,00

**Tabela 1.** Prevalência da automedicação, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC) segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas de adultos residentes na área de uma Unidade Saúde da Família, Ponta Grossa, PR, 2007.

ram nos últimos 12 meses (25,6%) comparativamente às categorias alternativas. Todavia, as diferenças observadas entre os grupos analisados não foram estatisticamente significativas.

Sessenta e duas (n = 62) pessoas referiram que estavam consumindo apenas medicamentos

não-prescritos, totalizando 82 especialidades farmacêuticas. A média de medicamentos não-prescritos consumidos por estes indivíduos foi 1,32 (dp 0,82). A maioria dessas medicações (62,2%) eram de similares e somente 12,2% de genéricos. Dos fármacos utilizados sem prescri-

Variável (n = 374)	Automedicação					RP	IC
	Sim		Não				
	total	nº	%	nº	%		
<i>Condição de Saúde</i>							
Boa	238	57	23,9	181	76,1	1,00	Referência
Ruim	136	36	26,5	100	73,5	1,11	0,77 – 1,58
<i>Presença de Doenças Crônicas</i>							
Sim	178	45	25,3	133	74,7	1,03	0,73 – 1,47
Não	196	48	24,5	148	75,5	1,00	Referência
<i>Plano de Saúde</i>							
Sim	94	29	30,9	65	69,1	1,35	0,93 – 1,96
Não	280	64	22,9	216	77,1	1,00	Referência
<i>Consulta no médico nos últimos 3 meses</i>							
Sim	192	41	21,4	151	78,6	0,75	0,52 – 1,07
Não	182	52	28,6	130	71,4	1,00	Referência
<i>Internação hospitalar nos últimos 12 meses</i>							
Sim	42	8	19,0	34	81,0	0,74	0,39 – 1,42
Não	332	85	25,6	247	74,4	1,00	Referência

**Tabela 2.** Prevalência da automedicação, Razão de Prevalência (RP) e Intervalo de Confiança (IC) segundo variáveis de saúde e uso dos serviços de saúde de adultos residentes na área de uma Unidade Saúde da Família, Ponta Grossa, PR, 2007.

Classe terapêutica	n	%
<i>N Sistema nervoso</i>	<b>52</b>	<b>43,7</b>
N02 Analgésicos	52	43,7
N05 Psicodélicos	-	-
N06 Psicoanalépticos	-	-
<i>M Sistema músculo-esquelético</i>	<b>21</b>	<b>17,6</b>
M01 Anti-inflamatórios e anti-reumáticos	19	16
<i>A Aparelho digestivo e metabolismo</i>	<b>17</b>	<b>14,3</b>
A02 Antiácidos, medicamentos para tratamento da úlcera péptica e da flatulência	7	5,9
A03 Agentes antiespasmódicos, anticolinérgicos e propulsivos	4	2,0
A11 Vitaminas	3	1,5
<i>G Aparelho genito-urinário e hormônios sexuais</i>	<b>5</b>	<b>4,2</b>
G03 Hormonais sexuais e moduladores do sistema genital	5	4,2
<i>J Antiinfeciosos gerais para uso sistêmico</i>	<b>3</b>	<b>2,5</b>
J01 Antibacterianos para uso sistêmico	3	2,5
<i>C Aparelho Cardiovascular</i>	<b>2</b>	<b>1,7</b>
C01 Terapêutica cardíaca	1	0,8
C03 Diuréticos	1	0,8
<i>Outros</i>	<b>19</b>	<b>16,0</b>
<b>Total *</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

**Tabela 3.** Distribuição dos medicamentos não-prescritos utilizados por pessoas que se automedicaram segundo a classe terapêutica em área de uma Unidade Saúde da Família, Ponta Grossa, PR, 2007.

\* 82 especialidades farmacêuticas foram consumidas por indivíduos que se automedicaram exclusivamente. Dos indivíduos que utilizaram medicamentos prescritos e não-prescritos, foi considerado somente os 37 que não tinham prescrição (n = 119).

	n	%
<i>Medicamentos Tarjados</i>		
Sim	41	34,5
Não	78	65,5
<i>Indicação</i>		
Iniciativa própria	88	74,0
Farmacêutico e/ou balconista	16	13,4
Amigos, parentes e/ou vizinhos	15	12,6
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100</b>

**Tabela 4.** Distribuição dos medicamentos consumidos sem prescrição médica segundo a classificação da tarja e indicação, em área de uma Unidade Saúde da Família, Ponta Grossa, PR, 2007.

ção, 25,6% (n = 21) faziam parte da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME).

Trinta e um (n = 31) entrevistados referiram ter consumido tanto medicamentos prescritos como não-prescritos. Deste grupo, somente os medicamentos sem prescrição médica perfizeram 37 especialidades farmacêuticas.

Dos 119 medicamentos citados, 43,7% eram para o sistema nervoso, sendo todos da classe dos analgésicos (Tabela 3). Em seguida estiveram os medicamentos para o sistema músculo-esquelético e para o aparelho digestivo e metabolismo. Nenhum psicoléptico e psicoanaléptico foi utilizado sem prescrição médica. Somente 2,5% dos entrevistados utilizaram antiinfeciosos sem receita. A dipirona sódica foi o princípio ativo mais consumido sem prescrição entre os entrevistados (24,4%).

Entre os que se automedicaram, o consumo de medicamentos tarjados foi de 34,5% (Tabela 4). Com relação à indicação dos medicamentos não-prescritos, 74,0% (n=88) dos fármacos foram selecionados pelos próprios entrevistados. Na seqüência, encontraram-se, o farmacêutico e/ou balconista (13,4%) e por último, amigos, parentes e vizinhos (12,6%).

## DISCUSSÃO

Apesar de ser um tema de extrema relevância para a saúde pública, no Brasil, são escassos os trabalhos publicados acerca da automedicação. A prevalência de medicamentos não-prescritos no presente estudo (24,9%), no período recordatório de 7 dias, foi inferior àquelas encontradas em algumas pesquisas brasileiras<sup>19,20</sup> e semelhantes aos resultados observados em outros países<sup>21,22</sup>.

Vilarino *et al.*<sup>19</sup> verificaram a taxa de 53,3% de consumo de medicamentos não-prescritos,

considerando um mês de período recordatório, com todos os grupos etários da população urbana de Santa Maria/RS. Flores & Mengue<sup>20</sup> identificaram o índice de 33% entre idosos de Porto Alegre, ao considerar o consumo de medicamentos sete dias anteriores ao dia da entrevista.

O índice de automedicação observado nesta pesquisa foi semelhante ao constatado por Sans *et al.*<sup>21</sup>, em adultos da Cataluña (Espanha), que identificaram a prevalência de 34% nos homens e 25% em mulheres, todavia o período recordatório foi de 14 dias. Em outros países, as investigações apresentaram diferenças quanto ao grupo pesquisado e ao período recordatório. Estes estudos verificaram prevalências similares a este trabalho, como no caso de Portugal<sup>22</sup>, com 26,2% e como Hong Kong<sup>23</sup>, com prevalência de 32,5%.

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

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

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

Diferentemente de outras investigações, a maioria das variáveis analisadas não se associou significativamente à automedicação. Apesar deste fato, o número suficiente de participantes e a reduzida amplitude do intervalo de confiança das razões de prevalência indicam boa precisão nas informações aqui apresentadas. Além disso, o tamanho da amostra empregado neste estudo foi similar ao utilizado em outras pesquisas com o tema automedicação<sup>19</sup> e consumo de medicamentos<sup>20</sup>. Por isso, a ausência de significância estatística entre fatores e o desfecho sugere que não existem diferenças na prevalência da automedicação para quase a totalidade das variáveis

pesquisadas e que o consumo de medicamentos não-prescritos é uma prática indistinta na população estudada.

Quanto ao nível sócio-econômico, nesta investigação se identificou que o consumo de medicamentos não-prescritos foi quase 2 vezes maior entre as pessoas dos estratos A e B comparativamente aos estratos D e E. Os resultados de Johnson & Pope<sup>24</sup> foram semelhantes com o demonstrado neste estudo. Portanto, o poder aquisitivo mais alto surgiu como preditor importante para a automedicação.

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

Em relação aos medicamentos dos grupos anátomo-terapêuticos mais utilizados sem prescrição por adultos, os resultados foram semelhantes ao descrito por Danheir *et al.*<sup>25</sup>, no Chile. A dor é a queixa mais freqüente que leva as pessoas a se automedicarem 19,20 e, por isso, os analgésicos/antitérmicos são as classes terapêuticas mais consumidas (43,7%). Nesta pesquisa, a dipirona sódica foi o medicamento mais utilizado, como também foi observado por Domingues *et al.*<sup>26</sup>; entretanto, em outros estudos o ácido acetilsalicílico foi descrito como o principal fármaco usado<sup>19,27</sup>. Talvez a redução no consumo de especialidades farmacêuticas que contém este princípio ativo esteja relacionada com o aumento expressivo no número de casos de dengue notificados no Brasil e com as propagandas veiculadas na mídia, que desde 2002, com a Resolução 83/02 da ANVISA, são obrigadas a advertir que medicamentos à base de ácido acetilsalicílico são contra-indicados em casos de suspeita de dengue.

O baixo consumo de antibióticos (2,5%) e medicamentos para o sistema respiratório pode estar relacionado com o período do ano em que a pesquisa foi realizada (dezembro e janeiro). O clima influencia no tipo de medicamento a ser consumido e por se tratar de um estudo desenvolvido no sul do Brasil, possivelmente, no outono e inverno, a quantidade de utilização destes grupos terapêuticos seriam maiores. Na Espanha, Figueiras *et al.*<sup>8</sup> observaram, no inverno, a prevalência de 19,5% de consumo de antimicrobianos sem prescrição em indivíduos  $\geq$  16 anos.

O fato de não ter sido identificado o uso de

medicamentos como esteróides anabolizantes e abortivos pode não representar a ausência de consumo, principalmente pela população de estudo incluir mulheres em idade fértil e homens adultos jovens. Iriart & Andrade<sup>28</sup>, verificaram, na Bahia, que a faixa etária dos usuários de anabolizantes variou de 17 a 37 anos. Normalmente os usuários conhecem a ilegalidade da utilização destes grupos farmacológicos, o que torna justificável a omissão desta informação aos entrevistados.

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

Entre os medicamentos utilizados sem prescrição médica, 34,5% eram tarjados. Este resultado foi inferior em comparação ao encontrado por Arrais *et al.*<sup>4</sup> (44,1%). Esta situação merece preocupação, visto que a dispensação de produtos farmacêuticos com tarja vermelha ou preta exige obrigatoriamente a apresentação da receita de profissional habilitado. Este caso representa infração às normas que regulamentam a comercialização de medicamentos no Brasil<sup>4</sup>, por parte de balconistas e farmacêuticos.

Em relação aos aspectos metodológicos, algumas situações foram controladas para garantir a validade interna da pesquisa. A seleção da amostra foi sistemática, a carga horária de treinamento foi suficiente para as equipes de campo e a participação da população foi ampla. Vale lembrar que a maioria das entrevistas foi realizada por uma das autoras, além de todas terem sido revisadas, o que assegurou a padronização dos procedimentos. Para evitar o viés de memória, que são freqüentes em estudos farmacoepidemiológicos, utilizou-se o período recordatório de sete dias que é o preconizado pela OMS<sup>31</sup>.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho podem estar relacionados à atuação das equipes Saúde da Família no uso racional de medicamentos, pois, na área de abrangência estudada, observou-se prevalência da automedicação abaixo das taxas encontradas em outros estudos nacionais. Ressal-

tam-se, ainda, como pontos positivos, a ausência de consumo de medicamentos controlados sem prescrição médica, o baixo uso de antibióticos sem receita e o maior consumo de analgésicos, medicamentos classificados como de venda livre.

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

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

#### REFERÊNCIAS

- World Health Organization (1998) *The role of the pharmacist in self-medication and self-care*. Geneva: WHO.
- Rozenfeld, S. (1998) *Cad. Saude Publ.* **14**: 237-63.
- Brasil. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. *Evolução dos casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico, Brasil, 2004*. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/sinitox/2004/tab\\_brasil10.pdf](http://www.fiocruz.br/sinitox/2004/tab_brasil10.pdf)>. [Aceso em 01 mar. 2007].
- Arrais, P.S.D., H.L.L. Coelho, M.C.D.S. Batista, M.L. Carvalho, R.E. Righi & J.M. Arnau (1997) *Rev. Saude Publ.* **31**: 71-7.
- Paulo, L.G. & A.C. Zanini (1988) *Rev. Assoc. Med. Bras.* **34**: 69-75.
- Marin, N., V.L. Luiza, C.S. Osório de Castro & S.M. Santos (2003) *Assistência farmacêutica para gerentes municipais*. OPAS/OMS, Rio de Janeiro.
- Brandão, A. (2002) *Infarma.* **33**: 4-8.
- Figueiras, A., F. Caamaño & J.J. Gestal-Otero (2000) *Eur. J. Epidemiol.* **16**: 19-26.
- Marulanda, F.A.T. (2002) *Iatreia Nacional* **15**: 242-7.
- Loyola Filho, A.I., E. Uchoa, H.L. Guerra, J.O.A. Firmo & M.F. Lima-Costa (2002) *Rev. Saude Publ.* **36**: 55-62.
- Brasil. Ministério da Saúde (2006) *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Brasília.
- Brasil. Banco de Dados do Sistema Único de Saúde. *Percentual da população beneficiária de planos e seguros de saúde segundo Região e UF Brasil, 1998, 2003*. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2005/f15uf.htm>>. [Acesso em 02 mar. 2007].
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Estimativa da população*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005/estimativa.shtm?c=1>>. [Acesso em 30 ago 2006].
- Arrais, P.S.D, Brito L.L., M.L. Barreto & H.L.L. Coelho (2005) *Cad. Saude Publ.* **21**: 1737-46.
- Landry, J.A., M.A. Smyer, J.G. Tubman, D.J. Lago, J. Roberts & W. Simonson (1988) *Gerontologist.* **28**: 672-6.
- Rozenfeld, S. & J. Valente (2004) *Epidemiol. Serv. Saude.* **13**: 115-23.
- Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (2000) *Critério de classificação econômica Brasil*. Disponível em: <http://www.abep.org.br/codigosguias/ABEP-CCBE.pdf>. Acesso: 19 jun 2006.
- Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2003) *Resolução – RDC nº 138 de 29 de maio de 2003*. Ministério da Saúde, Brasília.
- Vilarino, J.F., I.C. Soares, C.M. Silveira, A.P.P. Rodel, R. Bortoli & R.R. Lemos (1998) *Rev. Saude Publ.* **32**: 43-9.
- Flores, L.M. & S.S. Mengue (2005) *Rev. Saude Publ.* **39**: 924-9.
- Sans, S., G. Paluzie, T. Puig, L. Balañá & I. Balanguer-Vintró (2002) *Gac. Sanit.* **16**: 121-30.
- Mendes, Z., A.P. Martins, A.C. Miranda, M.A. Soares, A.P. Ferreira & A. Nogueira (2004) *Rev. Bras. Cienc. Farm.* **40**: 21-5.
- Lam, C.L.K., Catarivas MG, C. Munro & I.J. Lauder (1994) *Soc. Sci. Med.* **39**: 1641-7.
- Johnson, R.E. & C.R. Pope (1983) *Med Care.* **21**: 225-33.
- Danhier, C.A., A.J. Brieva, M.G. Villegas, K.T. Yates, C.H. Perez & Z.G. Boggiano (1991) *Rev. Med. Chile.* **119**: 334-7.
- Domingues, R.B., G.W. Kuster, L.A. Dutra & L.G. Santos (2004) *Arq Neuro-psiquiat.* **62**: 588-91.
- Lima, C.S., B.D.P. Descovi, A.L.K. Chaves, M.G. Lima, F. Gargano & E.J. Freisleben (1992) *Saude.* **18**: 69-74.
- Iriart, J.A.B. & T.M. Andrade (2002) *Cad. Saude Publ.* **18**: 1379-87.
- Wortmann, A.C., M.C. Grüdtner, A.F. Fialho, J.C. Jardim Neto, L.G. Schaefer & F. Sehn (1994) *Rev. Assoc. Med. Bras.* **40**: 265-70.
- Rodrigues, M.A.P., L.A. Facchini & M.S. Lima (2006) *Rev. Saude Publ.* **40**: 107-14.
- World Health Organization (2004) *How to investigate the use of medicines by consumers*. Suíça: WHO/ Univ. Amsterdam.