

USO DE MEDICAMENTOS EM CRIANÇAS DE ZERO A CINCO ANOS DE IDADE RESIDENTES NO MUNICÍPIO DE TUBARÃO, SANTA CATARINA

Use of drugs in children aged zero to five years old in Tubarão, Santa Catarina, Brazil

Hellen Karoline Maniero^a, Alexandre Alvares Martins^a, Angelita Cristine Melo^b, Leonardo Petrus da Silva Paz^a, Rosiane de Bona Schraiber^c, Dayani Galato^{a,*}

RESUMO

Objetivo: Analisar o perfil de utilização de medicamentos em crianças de zero a cinco anos de idade.

Métodos: Estudo transversal baseado em entrevistas realizadas em domicílio com cuidadores (pais, tios ou avós) das crianças cadastradas em dez unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas em diferentes pontos geográficos do município de Tubarão, Santa Catarina.

Resultados: Foram entrevistados 350 cuidadores, cujas crianças sorteadas possuíam, em média, 2,6 anos de idade. Destas, 56,9% utilizaram, pelo menos, um medicamento nos 15 dias anteriores à entrevista, sendo que 31,1% foram expostas à automedicação e 35,7% utilizaram, pelo menos, um medicamento obtido por prescrição atual. O uso de medicamentos foi associado à faixa etária de até 24 meses, consulta periódica com pediatra e diagnóstico de doenças agudas e doenças crônicas. Entre as crianças medicadas, 19,1% foram expostas a pelo menos um medicamento de forma inadequada (considerando dose, intervalo entre doses ou período de tratamento). Quanto ao armazenamento, 55,2% dos medicamentos estavam guardados em lugar inseguro, ou seja, ao acesso das crianças, e 32,0% em locais inadequados, por estarem expostos a luz, calor ou umidade. Ainda, 45,2% estavam sem bula, 38,9% sem embalagem secundária e 1,6% fora do prazo de validade.

Conclusões: As crianças estudadas apresentam uma frequência elevada de uso de medicamentos, devendo ser incentivadas ações que visem ao uso seguro e racional de fármacos nessa população.

Palavras-chave: Uso de medicamentos; Criança; Farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

Objective: To analyze the context of drug use in children aged zero to five years old.

Methods: Cross-sectional study based on interviews conducted at home with caregivers (parents, uncles or grandparents) of the children enrolled in ten Family Health Strategy units across different geographical points of the city of Tubarão, Santa Catarina, Brazil.

Results: A total of 350 caregivers were interviewed, whose children's mean age was 2.6 years. Of these, 56.9% had used at least one drug in the 15 days prior to the interview, 31.1% had been exposed to self-medication and 35.7% had used at least one medication obtained by current prescription. The use of medication was associated with the age range up to 24 months, periodic consultation with pediatricians and diagnosis of chronic and acute diseases. Among medicated children, 19.1% inappropriately had been exposed to at least one medication (considering dose, dose interval or period of treatment). Regarding medication storage, 55.2% of interviewees stored them in unsafe places that could be accessed by children and 32.0% in inappropriate places, with exposure to light, heat or humidity. Moreover, 45.2% of the interviewees stored drugs out of their packages, 38.9% without secondary packaging, and 1.6% of drugs had expired date.

Conclusions: Drug use is high among children in this age range, and actions aimed at the safe and rational use of these substances in this population should be encouraged.

Keywords: Drug use; Child; Pharmacoepidemiology.

*Autor correspondente. E-mail: dayani.galato@gmail.com (D. Galato).

^aUniversidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

^bUniversidade Federal de São João Del-Rei, Divinópolis, MG, Brasil.

^cUniversidade do Sul de Santa Catarina, Tubarão, SC, Brasil.

Recebido em 18 de abril de 2017; aprovado em 01 de outubro de 2017; disponível on-line em 31 de outubro de 2018.

INTRODUÇÃO

Os medicamentos exercem um papel fundamental na recuperação e manutenção da saúde, devendo ser seguros, eficazes, de qualidade e ao menor custo possível para o paciente e para a comunidade.¹ Seu uso incorreto pode oferecer riscos,² o que é ainda mais preocupante quando se trata de crianças, pois as etapas relacionadas à absorção, à metabolização, à excreção e mesmo ao efeito dos medicamentos sobre os aceptores desses pacientes são diferentes daquelas observadas nos adultos, tornando tal população especialmente vulnerável à utilização de fármacos.³

Além disso, os pacientes pediátricos são classificados como órfãos terapêuticos,³ ou seja, por motivos legais, éticos e econômicos as crianças não são incluídas em muitos ensaios clínicos,^{2,4,5} sendo o uso de medicamentos feito de modo empírico⁶ ou mesmo *off label*.⁷ O uso inadequado de medicamentos em crianças tem sido evidenciado em diversos estudos, principalmente quando é levada em consideração a automedicação.^{2,4,8-10} O elevado consumo de medicamentos na infância pode ser atribuído ao padrão de doenças e manifestações clínicas nessa faixa etária. Além do padrão de afecções, o estoque de medicamentos no domicílio pode ser mais um fator indutor da medicalização e também da automedicação,¹¹ principalmente no que se refere ao consumo de analgésicos, antipiréticos e antibióticos para uso sistêmico.^{9,11} Nesse contexto, a automedicação é uma prática bastante frequente nessa faixa etária,^{9,12} e é provável que perdure devido ao desejo e à conveniência de gerenciar as queixas comuns da infância sem a necessidade de uma consulta médica.^{4,11,13}

Considerando a alta prevalência do uso de medicamentos em crianças, assim como a prática da automedicação por seus cuidadores, reconhece-se a importância da promoção do uso racional de fármacos para essa população.^{12,14} Nesse contexto, o objetivo deste estudo foi analisar o perfil de utilização de medicamentos em crianças de zero a cinco anos residentes na cidade de Tubarão, Santa Catarina, e os fatores relacionados a esse uso.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de caráter observacional, com delineamento transversal, baseado em entrevistas com cuidadores (pais, tios ou avós) de crianças atendidas em dez unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF) do município de Tubarão, Santa Catarina, perfazendo aproximadamente 30% das crianças atendidas pela ESF no município, distribuídas geograficamente de forma que contemplassem os pontos cardinais (norte, sul, leste e oeste), além da região central, incluindo regiões rurais e urbanas. A seleção se deu por conveniência.

No período da pesquisa, Tubarão contava com 28 equipes de ESF, que possibilitavam a cobertura de 90% da população do município.

A cidade de Tubarão sedia a Associação dos Municípios da Região de Laguna (AMUREL) e representa uma referência para o comércio e os serviços de saúde na região sul de Santa Catarina, sendo a segunda cidade mais populosa no sul desse Estado, com 97.235 habitantes, de acordo com o Censo de 2010.

Para determinação do tamanho mínimo da amostra, foi considerado um total de 5.612 crianças de até cinco anos de idade moradoras do município, segundo o Censo de 2010. A partir desse dado, realizou-se um cálculo adotando a prevalência de 38,3%, referente ao uso de medicamentos nessa população,¹⁴ um erro de 5% e um intervalo de confiança de 95% (IC95%), o que corresponde a uma amostra mínima de 341 crianças.

Em relação à seleção dos indivíduos para a pesquisa, foi obtida para cada ESF a lista de crianças acompanhadas na referida faixa etária, seguindo-se de sorteio com a adoção de números aleatórios. O número de crianças sorteadas para entrevista em cada ESF foi proporcional ao número de crianças atendidas e, prevendo-se recusas e perdas, foi sorteada uma segunda lista de números aleatórios para os casos de substituição.

Consideraram-se como critérios de inclusão: ser criança entre zero a cinco anos; ser residente na cidade de Tubarão; ser atendida em uma das ESF no primeiro semestre de 2012; e ter sido previamente sorteada. Os critérios de exclusão foram: não ter sido localizada a residência; a criança ter se mudado; e ausência de cuidadores maiores de idade no domicílio para entrevista (mesmo após a terceira visita em horário distinto e agendado).

Na visita domiciliar, foram entrevistados os cuidadores, representados por pais, tios e avós, conforme apresentado anteriormente. No caso de a residência conter mais de uma criança na faixa etária investigada, foram coletados dados apenas daquela sorteada. Foram realizadas até três tentativas de entrevista com o cuidador, em dias e horários diferentes, antes de considerar a perda da criança sorteada. Quando não havia em casa um cuidador maior de idade, era acordado o melhor horário para retorno e entrevista.

Realizou-se um estudo piloto, em setembro de 2012, com 10% da amostra estimada com o objetivo de avaliar a aplicabilidade do roteiro de entrevista. A partir dele, foram realizados ajustes no instrumento para a coleta de dados. Como não houve mudanças substanciais, tais dados foram incluídos na pesquisa. A totalidade das entrevistas foi realizada até dezembro de 2012.

A abordagem da entrevista era iniciada pela apresentação da pesquisa e pela forma de seleção da criança, seguidas da confirmação da moradia da criança sorteada e do aceite em

participar da pesquisa, com a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Após essas etapas, seguia-se à coleta de dados com a aplicação do roteiro de entrevista, sendo solicitados apenas os medicamentos utilizados pelas crianças nos últimos 15 dias para o registro de informações como nome e concentração. Também foi solicitada a permissão para avaliar o local de guarda dos respectivos medicamentos. Considerou-se que, para a coleta de dados, não era necessária a presença da criança no domicílio. Todas as entrevistas foram realizadas por acadêmicos do curso de Farmácia previamente capacitados, sendo toda a coleta de dados monitorada por meio de reuniões periódicas.

O roteiro utilizado permitiu, no momento da entrevista, a coleta de informações dos cuidadores da criança (parentesco com a criança e remuneração), da família (escolaridade da mãe e do pai; renda; estado civil dos pais; outros filhos) e da criança (idade; sexo; idade gestacional ao nascer; amamentação até o sexto mês; frequente creche; possui plano de saúde; frequenta periodicamente o pediatra, ou seja, sempre com consultas marcadas a partir da consulta anterior; possui diagnóstico de doença crônica), além das condições de saúde e utilização de serviços de saúde pela criança nos 15 dias anteriores à entrevista (problemas de saúde agudos; consultas médicas; internações e uso de medicamentos por prescrição ou automedicação). Os problemas de saúde referidos pelos cuidadores como motivadores para o uso de medicamentos foram categorizados pela Classificação Internacional de Doenças – CID 10 (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde – OMS para a Classificação de Doenças em Português).¹⁵

Para todos os medicamentos utilizados (independentemente se sob prescrição médica ou por automedicação), foram questionadas a finalidade, a presença de alteração na dose ou na duração do tratamento, a existência de prescrição médica, a origem do medicamento (aquisição; acesso gratuito pelo Sistema Único de Saúde – SUS; estoque domiciliar e outra) e informações relacionadas ao armazenamento, como a presença de bula e de embalagem secundária e o local de guarda. Os medicamentos relatados como utilizados pelas crianças foram organizados segundo o primeiro nível da classificação *Anatomical Therapeutic Chemical* (ATC).¹⁶

Nas análises da adequabilidade da indicação de uso conforme a faixa etária, assim como da dose, do tempo de tratamento e do intervalo entre doses, foi utilizado como referencial teórico o *Pediatric & Neonatal Dosage Handbook*.¹⁷ A análise da adequabilidade e da segurança local de armazenamento foi verificada conforme descrito por Mastroianni et al.,¹⁴ sendo consideradas condições adequadas de armazenamento quando não havia indícios de calor, umidade ou claridade, e de segurança quando fora do alcance da criança.

O banco de dados foi constituído no programa EpiData versão 3.0 (EpiData Association, Odense, Dinamarca) e analisado no Epi-Info versão 6.0 (*Centers for Disease Control and Prevention* – CDC, Atlanta, Estados Unidos) e no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 (SPSS Inc., Chicago, Estados Unidos). As variáveis numéricas foram apresentadas em medidas de tendência central e de dispersão e as variáveis nominais, em números absolutos e proporções. Para a análise dos resultados, os dados foram distribuídos em dois grupos conforme a utilização de medicamentos nos últimos 15 dias (considerando o uso por prescrição, por automedicação ou por ambas as formas). As análises desse desfecho (uso de medicamento) foram comparadas com as outras variáveis do estudo por meio do teste do qui-quadrado. Posteriormente, as variáveis que, na análise univariada, apresentaram $p < 0,20$ foram selecionadas para a regressão logística do tipo *Forward Stepwise*. Estimou-se a *Odds Ratio* com IC95% e adotou-se como significante $p < 0,05$.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Sul de Santa Catarina (CEP-Unisul) sob o número 12.220.4.03.III.

RESULTADOS

Para alcançar a amostra, foi necessário contatar 361 cuidadores de crianças sorteadas, das quais cinco foram excluídas por terem cuidadores menores de 18 anos e seis, pelo fato de os cuidadores não aceitarem participar da pesquisa, totalizando 350 crianças. A idade das crianças participantes variou de 21 dias a 5 anos de idade completos ($2,6 \pm 1,4$ anos), das quais 52,9% eram do sexo feminino. Quanto à utilização de medicamentos, 56,9% ($n=199$) das crianças fizeram uso de, pelo menos, um fármaco nos últimos 15 dias. Destas, 109 (54,8%) utilizaram a automedicação e 125 (62,8%), medicamentos provenientes de prescrição atual, sendo importante salientar que uma mesma criança poderia usar medicamentos das duas procedências. O perfil do cuidador entrevistado e o perfil familiar com relação ao uso de medicamentos pelas crianças estão apresentados nas Tabelas 1 e 2.

O número de medicamentos utilizados variou de um a oito ($2,0 \pm 1,4$) por criança, e a maioria (76,3%) foi adquirida em farmácia comercial. Conforme informado pelos entrevistados, 35,7% dos medicamentos foram prescritos por médicos, enquanto 31,1% foram ministrados por decisão do cuidador. Outros dados sobre o perfil da criança e da exposição aos medicamentos estão apresentados nas Tabelas 3 e 4, respectivamente. Os resultados da análise de regressão logística estão apresentados na Tabela 5.

Os medicamentos mais utilizados pelas crianças foram aqueles que atuam no sistema nervoso (24,8%), no sistema respiratório (20,5%), no aparelho digestivo e no metabolismo (12,8%), no sistema musculoesquelético (12,2%) e os antimicrobianos (8,8%). Entre os medicamentos mais citados estavam: paracetamol (15,6%), ibuprofeno (8,8%), *Hedera helix* (8,5%), dipirona (4,8%), amoxicilina (2,8%) e polivitamínicos (2,5%). Quanto à finalidade dos medicamentos, as mais comuns foram: problemas respiratórios (28,1%), febre (25,6%), sintomas gastrintestinais (10,0%), reposição de vitaminas e nutrientes (9,0%) e condições relacionadas à dor (8,3%).

Levando em conta as doses administradas, o intervalo entre as doses e a duração do tratamento, observou-se que 33,7%

(n=67) das crianças foram expostas a, pelo menos, um fármaco de forma inadequada, sendo que foram usados, pelo menos, 24 medicamentos em subdose e 20 em sobredose.

Ainda, para as entrevistas em que foi possível avaliar o armazenamento dos medicamentos (n=124), 55,2% estavam guardados em local onde a criança poderia ter acesso. Além disso, 32,0% foram armazenados em lugares considerados inadequados, ou seja, com condições impróprias de temperatura, umidade e luminosidade. Ainda em relação ao armazenamento, 45,2% das crianças utilizaram, pelo menos, um medicamento sem bula, 38,9% usaram, pelo menos, um medicamento sem embalagem secundária (caixa) e 1,6% das crianças usaram, pelo menos, um medicamento fora do prazo de validade.

Tabela 1 Perfil dos cuidadores segundo a exposição ao uso de medicamentos pelas crianças atendidas por equipes de Estratégia Saúde da Família residentes em Tubarão, 2012.

	Total n (%)	Usaram medicamentos* n (%)	Não usaram medicamentos* n (%)	p-valor
Parentesco com a criança				
Mãe	277 (79,1)	168 (60,6)	109 (39,4)	0,018
Outros	73 (20,9)	33 (45,2)	40 (54,8)	
Remuneração				
Possui	252 (72,2)	142 (56,3)	110 (43,7)	0,560
Não possui	97 (27,8)	58 (59,8)	39 (40,2)	

*nos últimos 15 dias.

Tabela 2 Perfil familiar segundo a exposição ao uso de medicamentos pelas crianças atendidas por equipes de Estratégia Saúde da Família residentes em Tubarão, 2012.

	Total n (%)	Usaram medicamentos* n (%)	Não usaram medicamentos* n (%)	p-valor
Escolaridade da mãe				
Até 11 anos	266 (76,7)	154 (57,9)	112 (42,1)	0,709
12 anos ou mais	81 (23,3)	45 (55,6)	36 (44,4)	
Escolaridade do pai				
Até 11 anos	245 (82,2)	146 (59,6)	99 (40,4)	0,503
12 anos ou mais	53 (17,8)	29 (57,7)	24 (45,3)	
Estado marital				
Com companheiro	300 (85,7)	174 (58,0)	126 (42,0)	0,596
Sem companheiro	50 (14,3)	27 (54,0)	23 (46,0)	
Outros filhos				
Sim	204 (58,3)	114 (55,9)	90 (44,1)	0,489
Não	146 (41,7)	87 (59,6)	59 (40,4)	
Renda <i>per capita</i> da família				
Até R\$ 550,00	172 (50,1)	100 (58,1)	72 (41,9)	0,876
Superior a R\$ 550,00(**)	171 (49,9)	98 (57,3)	73 (42,7)	

*nos últimos 15 dias; **cotação do dólar em 01 de agosto de 2012: R\$ 2,04 equivale a US\$ 1,00.

Tabela 3 Perfil da criança segundo a exposição ao uso de medicamentos pelas crianças atendidas por equipes de Estratégia Saúde da Família residentes em Tubarão, 2012.

Variáveis de exposição	Total n (%)	Usaram medicamentos* n (%)	Não usaram medicamentos* n (%)	p-valor
Idade				
Até 24 meses	130 (37,1)	92 (70,8)	38 (29,2)	<0,001
Mais de 24 meses	220 (62,9)	109 (49,5)	111 (50,5)	
Sexo				
Feminino	186 (53,1)	112 (60,2)	74 (39,8)	0,262
Masculino	164 (46,9)	89 (54,3)	75 (45,7)	
Idade gestacional ao nascer				
Pré-termo (até 36 semanas)	57 (16,6)	32 (56,1)	25 (43,9)	0,829
A termo (37 ou mais)	286 (83,4)	165 (57,7)	121 (42,3)	
Foi amamentada ≥6 meses				
Sim	318 (90,9)	178 (56,0)	140 (44,0)	0,083
Não	32 (9,1)	23 (71,9)	9 (28,1)	
Frequente creche				
Sim	213 (60,9)	110 (51,6)	103 (48,4)	0,006
Não	137 (39,1)	91 (66,4)	46 (33,6)	
Consulta periódica ao pediatra				
Sim	220 (62,9)	142 (64,5)	78 (35,5)	0,002
Não	130 (37,1)	59 (45,4)	71 (54,6)	
Diagnóstico de doenças crônicas				
Sim	104 (37,3)	75 (72,1)	29 (27,9)	<0,001
Não	246 (62,7)	126 (51,2)	120 (48,8)	
Costuma ser automedicada pelo cuidador				
Sim	306 (87,4)	180 (58,8)	126 (41,2)	0,164
Não	44 (12,6)	21 (47,7)	23 (52,3)	
Percepção de saúde				
Excelente ou boa	297 (89,2)	156 (52,5)	141 (47,5)	<0,001
Regular ou ruim	36 (10,8)	30 (83,3)	6 (16,7)	
Plano de saúde da criança				
Possui	147 (42,0)	93 (63,3)	54 (36,7)	0,060
Não possui	203 (58,0)	108 (53,2)	95 (46,8)	

Tabela 4 Perfil da saúde das crianças segundo a exposição ao uso de medicamentos pelas crianças atendidas por equipes de Estratégia Saúde da Família residentes em Tubarão, 2012.

	Total n (%)	Usaram medicamentos* n (%)	Não usaram medicamentos* n (%)	p-valor
Diagnóstico de doenças agudas*				
Sim	184 (52,6)	160 (87,0)	24 (13,0)	<0,001
Não	166 (47,4)	41 (24,7)	125 (75,3)	
Consultou médico*				
Sim	115 (32,9)	99 (86,1)	16 (13,9)	<0,001
Não	235 (67,1)	102 (43,4)	133 (56,6)	
Esteve internada*				
Sim	5 (1,4)	4 (80,0)	1 (20,0)	0,304
Não	345 (98,6)	197 (57,1)	148 (42,9)	

*nos últimos 15 dias.

Tabela 5 Fatores associados à exposição ao uso de medicamentos pelas crianças atendidas por equipes de Estratégia Saúde da Família residentes em Tubarão, 2012, de acordo com modelo de regressão logística.

	Odds Ratio	IC95%	p-valor
Diagnóstico de doenças agudas	19,6	10,7–35,8	<0,001
Diagnóstico de doenças crônicas	2,4	1,2–4,8	0,011
Idade (até 24 meses)	2,4	1,2–4,5	0,006
Consulta periódica ao pediatra	2,6	1,4–4,8	0,003

IC95%: intervalo de confiança de 95%.

DISCUSSÃO

Alguns trabalhos foram desenvolvidos sobre o perfil do uso de medicamentos em crianças no Brasil, contudo a maior parte está relacionada a crianças que procuram serviços de saúde¹⁸ ou que estão matriculadas em instituições de ensino.⁶ Este trabalho, além de abordar esse público em seu domicílio, investigou o consumo de medicamentos em uma faixa etária específica. Nesse contexto, os resultados ora apresentados trazem importantes aspectos para a compreensão do consumo desses fármacos e, portanto, auxiliam na definição de ações para a promoção do seu uso racional e seguro. A maioria das crianças participantes foi exposta a medicamentos nos últimos 15 dias por prescrição ou automedicação.

Quanto à idade, crianças com até 24 meses foram significativamente mais medicadas do que aquelas mais velhas. Isso possivelmente está associado à menor capacidade do sistema imunológico, o que predispõe a um maior número de doenças, em especial as infecciosas, bem como à maior frequência de visita aos consultórios médicos, mesmo que apenas para acompanhamento do desenvolvimento das crianças.¹⁵⁻¹⁷

Não foi encontrada associação entre uso de medicamentos e sexo, conforme descrito por Hameen-Anttila et al.¹⁸ Contudo, outros estudos mostraram que o uso de medicamentos é significativamente maior em meninos.^{19,20}

O diagnóstico prévio de problemas crônicos de saúde e o hábito de consultar o médico periodicamente também se associaram ao maior uso de medicamentos. Esses resultados são semelhantes aos encontrados por outros estudos^{9,18} e sugerem que o acompanhamento médico frequente garante a manutenção dos tratamentos já iniciados, bem como pode gerar novas prescrições de medicamentos. Por outro lado, esse uso prevalente de medicamentos também pode estar relacionado à medicalização na infância.

A análise do perfil dos cuidadores entrevistados mostrou que características como escolaridade, renda e estado civil, além da cobertura de plano de saúde, não influenciaram no uso de medicamentos, tal como descrito em outro estudo.²¹ Outra pesquisa encontrou associação positiva entre essas variáveis, mostrando que o uso de medicamentos é maior nas crianças com plano de saúde.²² Contudo, deve-se levar em consideração as diferenças culturais e socioeconômicas entre a população deste estudo e a de pesquisas internacionais, bem como entre a organização dos sistemas de saúde de cada país, uma vez que esses fatores têm impacto no acesso e no uso de medicamentos. A distribuição gratuita pelo SUS e pelo Programa Farmácia Popular amplia o acesso da população a medicamentos e reduz o impacto no orçamento familiar.

De modo semelhante, não foi encontrada associação para a variável idade gestacional, embora as morbidades sejam comumente maiores entre as crianças nascidas prematuras.²³ As variáveis amamentação e número de filhos também não apresentaram associação, apesar de estudos anteriores mostrarem o contrário.²⁴ Além disso, outro estudo mostrou que crianças que vivem em famílias com outras crianças fizeram menos visitas ao consultório médico e apresentaram menor probabilidade de usar medicamentos prescritos.²¹

A automedicação, muitas vezes, foi oriunda da reutilização de antigas prescrições e relacionada aos medicamentos sem tarja. Contudo, isso não torna seu uso mais seguro nessa população.²⁵ Segundo Beckhauser et al., essa prática geralmente acontece por praticidade, sendo a reutilização mais frequente em crianças menores.⁹

Neste estudo, 33,7% das crianças foram expostas a, pelo menos, um medicamento de modo inadequado. Esse uso pode estar relacionado à escolha de: tratamento ineficaz, medicamentos com os mesmos princípios ativos, dose inadequada, entre outros.²⁶ Por esse motivo, pacientes devem ser orientados quanto aos possíveis danos decorrentes dessa prática.

Observou-se predominância no uso de medicamentos do grupo dos analgésicos/antitérmicos, resultado semelhante ao encontrado por Pereira et al.²⁷ As indicações para o manejo da febre geralmente estão relacionadas ao desconforto vivido pela criança. Entretanto, na visão dos cuidadores, a febre é sempre considerada um problema sério que deve ser combatido.⁶ Corroborando esses dados, o paracetamol foi o medicamento mais utilizado neste e em outros estudos,^{20,21} destacando-se o risco de eventos adversos relacionado ao seu uso.^{25,28} Os problemas respiratórios foram os mais evidenciados na pesquisa e podem estar associados a doenças agudas (87%), o que corrobora o consumo de *Hedera helix*.

Os resultados evidenciam o acesso da população aos medicamentos, porém foram observados problemas na adequabilidade de uso. A utilização inadequada foi identificada em 33,7%

das crianças, o que pode gerar gastos aos serviços de saúde em decorrência de eventos preveníveis, com aumento no número de atendimentos hospitalares, internações e óbitos.²⁹ Outro estudo já mostrou que cerca de 15% das internações hospitalares no Brasil estão relacionadas a reações adversas a medicamentos.³⁰ Além disso, essa situação predispõe à possibilidade de intoxicações,²⁶ falhas terapêuticas ou mesmo abandono de tratamento. Isso se dá por conta da pouca informação dos cuidadores, de divergências no processo de orientação ou mesmo da prática da automedicação. Cabe destacar também o potencial da ESF, que, em razão da contínua interação entre diferentes profissionais de saúde e da diversidade de conhecimentos e habilidades, pode trabalhar esse problema e reduzir as consequências do uso irracional de medicamentos.

Em relação ao armazenamento, observou-se que parte importante dos fármacos é guardada em lugares inseguros e inadequados. Esse achado é comparável ao dos estudos de Tourinho et al.¹¹ e Mastroianni et al.¹⁴ e sugere a necessidade de intervenções que busquem promover o uso racional de medicamentos nessa população, em especial pelos profissionais que atuam na ESF, incluindo os agentes comunitários de saúde.

O perfil do uso de medicamentos deve ser utilizado como indicador dos problemas de saúde de uma população, podendo

também identificar as deficiências e qualidades do sistema de saúde, a regulação de medicamentos, a educação médica, os hábitos culturais, a composição do mercado farmacêutico, entre outros fatores.²

O desenho do estudo e a seleção das unidades de ESF por conveniência podem ser citados como limitações da pesquisa. Cabe destacar que essas limitações podem comprometer a validade externa da pesquisa, ou seja, sua capacidade de extrapolação dos achados.

A importância deste estudo consiste em demonstrar a necessidade do desenvolvimento de políticas públicas voltadas para ações na Pediatria. O cuidado da criança começa com a orientação efetiva de seus cuidadores, o que pode ser atingido por meio de um sistema de saúde comprometido com a eficiência e a qualidade.

Financiamento

Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC) do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Organización Mundial de la Salud [homepage on the Internet]. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS - Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales 2002. [cited on 2017 May 10]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>.
2. Cruz MJB, Dourado LFN, Bodevan EC, Andrade RA, Santos DF. Medication use among children 0-14 years old: population baseline study. *J Ped*. 2014;90:608-15.
3. Meiners MMMA, Bergstein-Mendes G. Prescrição de medicamentos para crianças hospitalizadas: como avaliar a qualidade? *Rev Assoc Med Bras*. 2001;47:332-7.
4. Telles Filho PCP, Pereira Júnior AC. Self-medication in children from zero to five years: farmacos managed, knowledge, statement and background. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2013;17:291-7.
5. Moraes CG, Mengue SS, Tavares NUL, Dal Pizzol TS. Drug use among children between zero and six years old: a population baseline study in the south of Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2013;18:3585-93.
6. Carvalho DC, Trevisol FS, Menegali BT, Trevisol DJ. Drug utilization among children aged zero to six enrolled in day care centers of Tubarão, Santa Catarina, Brazil. *Rev Paul Pediatr*. 2008;26:238-44.
7. Costa PQ, Rey LC, Coelho HLL. Lack of drug preparations for use in children in Brazil. *J Pediatr (Rio J)*. 2009;85:229-35.
8. Pereira FSVT, Bucarety F, Stephan C, Cordeiro R. Self-medication in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2007;83:453-8.
9. Beckhauser GC, Souza JM, Valgas C, Piovezan AP, Galato D. Medication use in Pediatrics: the practice of self-medication in children by their parents *Rev Paul Pediatr*. 2010;28:262-8.
10. Du Y, Knopf H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). *Br J Clin Pharmacol*. 2009;68:599-608.
11. Tourinho FSV, Bucarety F, Stephan C, Cordeiro R. Home medicine chests and their relationship with self-medication in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2008;84:416-22.
12. Oliveira EA, Bertoldi AD, Domingues MR, Santos IS, Barros AJD. Medicine use from birth to age two years: the 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort Study. *Rev Saúde Pública*. 2010;44:591-600.
13. Santos DB, Barreto ML, Coelho HLL. Drug use and associated factors in children living in poor areas. *Rev Saúde Pública*. 2009;43:768-78.
14. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2011;29:358-64.

15. Thrane N, Sorensen HT. A one-year population-based study of drug prescriptions for Danish children. *Acta Paediatr.* 1999;88:1131-6.
16. Pedraza DF, Queiroz D, Sales MC. Infectious diseases among Brazilian preschool children attending daycare centers. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19:511-28.
17. Overturf GD. Editorial Response: Endemic giardiasis in the United States--role of the daycare center. *Clin Infect Dis.* 1994;18:764-5.
18. Hameen-Anttila K, Lindell-Osuagwu L, Sepponen K, Vainio K, Halonen P, Ahonen R. Factors associated with medicine use among children aged under 12 years--a population survey in Finland. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2010;19:400-7.
19. Cazzato T, Pandolfini C, Campi R, Bonati M. Drug prescribing in out-patient children in Southern Italy. *Eur J Clin Pharmacol.* 2001;57:611-6.
20. Straand J, Rokstad K, Heggedal U. Drug prescribing for children in general practice. A report from the More & Romsdal Prescription Study. *Acta Paediatr.* 1998;87:218-24.
21. Chen AY, Escarce JJ. Effects of family structure on children's use of ambulatory visits and prescription medications. *Health Serv Res.* 2006;41:1895-914.
22. Pizzol TSD, Tavares NUL, Bertoldi AD, Farias MR, Arrais PSD, Ramos LR, et al. Use of medicines and other products for therapeutic purposes among children in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2016;50(Suppl 2):12s.
23. Ramos HAC, Cuman RKN. Risk factors for prematurity: document search. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2009;13:297-304.
24. Oddy W, Sly P, de Klerk NH, Landau L, Kendall G, Holt P, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch Dis Child.* 2003;88:224-8.
25. Trajanovska M, Manias E, Cranswick N, Johnston L. Use of over-the-counter medicines for young children in Australia. *J Paediatr Child Health.* 2010;46:5-9.
26. Montastruc JL, Bondon-Guitton E, Abadie D, Lacroix I, Berreni A, Pugnet G, et al. Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. *Therapie.* 2016;71:257-62.
27. Pereira GL, Tavares NU, Mengue SS, Pizzol Tda S. Therapeutic procedures and use of alternating antipyretic drugs for fever management in children. *J Pediatr (Rio J).* 2013;89:25-32.
28. Barzaga Arencibia Z, Choonara I. Balancing the risks and benefits of the use of over-the-counter pain medications in children. *Drug safety.* 2012;35:1119-25.
29. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Aspects of self-medication in Brazil. *Rev Saúde Pública.* 1997;31:71-7.
30. Mastroianni PC, Varallo FR, Barg MS, Noto AR, Galduróz JCF. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. *Braz J Pharm Sci.* 2009;45:163-70.