

RESUMO

O objetivo desse estudo foi analisar as informações, a percepção de risco e as atitudes da população do Distrito Federal quanto ao uso de medicamentos. Trata-se de um estudo transversal realizado no período de outubro/2008 a outubro/2009 por meio da aplicação de questionário a 997 pessoas presentes em vinte drogarias, quatro hospitais e em outros locais de Brasília e oito cidades satélites do Distrito Federal. A população participante foi categorizada em 5 grupos: funcionários de drogaria (FD), funcionários de hospital (FH), pacientes/clientes de drogaria (PD), pacientes de hospital (PH) e Outros (OT). A maioria dos indivíduos entrevistados (51%) estava utilizando medicamento no período de aplicação do questionário. A presença do profissional farmacêutico na drogaria passa despercebida para 23,1% da população e 46,3% afirmaram que “às vezes” o farmacêutico está presente; 44,6 % consideram importantes as informações repassadas pelo farmacêutico. Os medicamentos considerados seguros para saúde sob a ótica perceptiva dos participantes foram as vitaminas (39,4%), xaropes (25,8%), analgésicos (22,9%) e fitoterápicos (21,2%). Dentre os considerados de maior risco estão os inibidores de apetite (44,2 %), ansiolíticos (36,9%) e os antibióticos (30,5%). Mais de 1/3 dos entrevistados consideram que todos os medicamentos “fazem mal a saúde”. Na análise isolada por grupo, os FH consideraram em maior proporção que os outros grupos que emagrecedores e laxantes são medicamentos seguros para a saúde. A maioria dos FD e dos FH disse ler todas as informações da bula, enquanto que somente 26% dos PH dizem fazê-lo. Esses, porém, são os que mais se preocupam com a dosagem, contra- indicações e reações adversas. A atitude e a percepção de risco do uso de medicamentos sem receita médica aumentam de acordo com a frequência da população de PH, e decresce com o aumento da frequência de FD. Entre 40 e 53% dos entrevistados disseram comprar medicamento sem receita médica pelo seu uso no passado, sendo essa a principal causa indicada pela maioria dos FH. A indicação do medicamento pelo farmacêutico foi apontada por 26 % dos FD, o maior percentual nessa opção entre todos os grupos avaliados. O estudo sugere que o ambiente de abordagem dos participantes reflete suas atitudes e percepções com relação ao uso de medicamentos e que as atitudes e percepções daqueles que trabalham na área da saúde não os isentam de estarem numa situação de risco com relação ao uso desses produtos.

Palavras chave: conhecimento, atitude, percepção de risco, uso de medicamento.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the knowledge, the attitudes and the risk perception of the population from Distrito Federal concerning the use of medication. It is a transversal study accomplished during the period from October/2008 to October/2009 through the application of a questionnaire to 997 individuals present in twenty drugstores, four hospitals and other places in Brasília and eight satellite cities in DF. The participating population was categorized into 5 groups: drugstore workers (DW), hospital workers (HW), drugstore patients/clients (DP), hospital patients (HP) and others (OT). Most of the interviewed individuals (51%) were using a medicine in the period of the questionnaire application. The presence of the pharmacist professional in the drugstore was not noticed by 23.1% of the population and 46.3% affirmed that “sometimes” the pharmacist is present; 44.6 % said to be important the information given by the pharmacist. Vitamins (39.4%), syrup (25.8%), painkillers (22.9%) and the herbal medicines (21.2%) were perceived as safe by the participants of the study. Among the medicines considered to be of health risk are the appetite suppressants (44.2%), ansiolitics (36.9%) and antibiotics (30.5%). More than 1/3 of the interviewers consider that all medication can harm the health. A higher proportion of HW considered that appetite suppressants and laxative are safe to health. Most DW and HW said to read all the information on the label, while only 26% of the HP said to do it. The HP, however, are the ones who worry the most about the dosage, contra-indication and adverse reactions. The attitude and the risk perception related to use of medication without a prescription increased according to the prevalence of population of HP and decrease with the prevalence of DW. Between 40 to 53% of the individuals said to buy medication without a medical prescription because they have used it in the past; this was the main reason indicated for most of the HW. The indication of the medication by the pharmacist was pointed out by 26% of the DW, the highest percentage in this option among all the evaluated groups. The study suggests that the ambient in which the participant were during the questionnaire application affects their attitudes and perception regarding the use of medicaments and that health professionals are not exempted from possible risks when they use by these products.

Key words: knowledge, attitude, risk perception, use of medicaments.

REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Medicamentos e Indústria Farmacêutica

A maioria dos medicamentos no início do século XIX era de origem natural, de estrutura química e natureza desconhecida (Laporte et al., 1989). Na década de 40, o desenvolvimento de novos fármacos proporcionou a possibilidade de cura para algumas doenças, sobretudo, infecciosas. O desenvolvimento de tecnologias permitiu avanços nas pesquisas de novos fármacos, que agregados à imagem comercial, permitiram à sociedade fixarem como crença o poder dos medicamentos.

As conquistas tecnológicas e econômicas pós Segunda Guerra Mundial possibilitaram avanços na área biológica que trouxeram melhor entendimento sobre os mecanismos da doença (Laporte et al., 1989). Como resultado, a indústria farmacêutica apresentou significativo crescimento econômico. Porém, um estudo da Administração de Alimentos e Medicamentos dos Estados Unidos (*Food and Drug Administration – FDA*) mostrou que, de um total de 348 novos medicamentos desenvolvidos por 25 corporações farmacêuticas americanas entre 1981 e 1988, apenas 3% (12 medicamentos) foram considerados importantes para os tratamentos existentes (Bermudez e Bomfim, 1999).

Segundo Nascimento (2002), a produção de medicamentos em escala industrial, segundo especificações técnicas e legais, fez com que esses produtos alcançassem papel central na terapêutica, deixando de ser considerado como mero recurso terapêutico. Sua prescrição torna-se quase obrigatória nas consultas médicas, sendo o médico avaliado pelo paciente por meio do número de formas farmacêuticas que prescreve. Assim, a prescrição do medicamento tornou-se sinônimo de boa prática médica, justificando sua enorme demanda.

Em 2002, a indústria farmacêutica mundial faturou 406 bilhões de dólares, (Panzetti, 2006). No Brasil, a expectativa de investimento para o ano de 2006 foi de aproximadamente R\$ 2,25 bilhões, sendo R\$ 302,5 milhões destinados à pesquisa e desenvolvimento, R\$ 716,4 milhões à modernização e ampliação das fábricas, R\$ 181,5 milhões para o lançamento de novos produtos e R\$ 979,0 milhões para as ações de publicidade e marketing (FEBRAFARMA, 2006). A publicidade de medicamentos agrega ao produto características e qualidades atrativas ao consumo (Panzetti, 2006). A

maioria das propagandas de medicamentos veiculadas nas principais rádios do Rio Grande do Sul, analisadas por Heineck et al., (1998), infringia a legislação vigente no país, a Lei nº 9.294/96, por omitir informações quanto ao nome genérico, composição, posologia e o fabricante do produto, além de induzir o uso irracional através de expressões manifestas de confiança para o usuário como “este medicamento não tem contra-indicações”.

Os gregos utilizavam o termo *phármakon* para designar tanto medicamento quanto veneno, duplo sentido que já demonstrava a sabia percepção desses povos quanto ao potencial efeito tóxico dessas substâncias. O termo medicamento provém do latim *medicamentum*, vocábulo que forma as palavras – médico e medicina, que tinha também o sentido de beberagem mágica, bruxaria ou feitiço. Remédio provém do latim *remedium* – aquilo que cura. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA, 2003) medicamento é “o produto farmacêutico, tecnicamente obtido ou elaborado, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnóstico. É uma forma farmacêutica terminada que contém o fármaco, geralmente em associação com adjuvantes farmacotécnicos”. Fármaco é o princípio ativo do medicamento (Portaria nº 3.916/98 do Ministério da Saúde). O termo remédio tem um significado mais amplo, envolvendo os recursos terapêuticos ao combater sintomas ou doenças, tais como repouso, fisioterapia, psicoterapia.

No que tange à comercialização, a ANVISA classifica os medicamentos conforme o grau de risco que pode oferecer à saúde do usuário, segundo o critério de tarjas ou faixas:

- a) Não tarjados, ou de venda livre; ou OTC (*over the counter*-sobre o balcão)
- b) Tarja amarela sem retenção da receita;
- c) Tarja vermelha sem retenção da receita;
- d) Tarja vermelha com retenção da receita;
- e) Tarja preta com retenção da receita;

Os medicamentos não tarjados estão isentos de prescrição médica porque a instância sanitária reguladora federal considerou que suas características de toxicidade apontam para inocuidade ou são significativamente pequenas. Têm poucos efeitos

colaterais ou contra-indicações, seus benefícios superam os riscos, o potencial de uso abusivo e incorreto é baixo e o consumidor tem possibilidade de se auto-diagnosticar, não sendo necessário acompanhamento médico para seu uso efetivo. Entretanto, isso não significa que estejam isentos de riscos, e sua utilização deve ser feita dentro de um conceito de automedicação responsável (ANVISA, 2005).

A tarja amarela consta na embalagem dos medicamentos genéricos e deve conter a inscrição **G** e Medicamento Genérico escritos em azul e “Medicamento genérico de acordo com a lei federal 9787/99”. Os genéricos foram regulamentados no Brasil em 1999 e de acordo com a ANVISA, é similar a um produto de referência, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção de patente ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade. A produção de medicamentos genéricos representa uma tendência observada tanto em países desenvolvidos, como também a Organização Mundial de Saúde - OMS recomenda sua implementação como espinha dorsal de uma política para os países em desenvolvimento (Bermudez, 1994). O uso do nome genérico oferece dois benefícios fundamentais: possibilita a todos os envolvidos, tanto profissionais quanto usuários, o acesso à informações isentas sobre os medicamentos, não se limitando ao material de propaganda; e possibilita ao usuário a identificação dos produtos disponíveis no mercado, favorecendo a concorrência e a redução dos preços dos produtos (Cunha et al., 2002; Leite et al., 2008).

Pesquisa desenvolvida em Portugal sobre as crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos mostrou que o crescimento do consumo destes medicamentos no país traduz um aumento de sua aceitação e uma menor percepção do risco associado à sua utilização, quer em leigos ou em profissionais de saúde (Figueiras et al., 2007). O estudo também mostrou que o grau de concordância com o uso do medicamento genérico diminui à medida que a gravidade da doença aumenta. Os consumidores que percebem a doença como mais grave apresentam uma menor probabilidade de aceitar um medicamento genérico (Gaither et al., 2001).

A literatura refere que as percepções de eficácia e segurança no uso dos genéricos podem depender da enfermidade. A percepção que alguns consumidores têm sobre os medicamentos genéricos é que eles podem apresentar mais riscos que os de marca, tendo assim expectativas que os genéricos provoquem mais efeitos adversos e possam ser menos eficazes no tratamento (Ganther e Kreling, 2000). O comportamento

dos consumidores frente aos medicamentos genéricos varia de acordo com a etnia, nível de escolaridade, idade, percepção do risco, conhecimentos e experiência passada (Gaither et al., 2001; Figueiras et al., 2007). Indivíduos mais velhos e com menos escolaridade têm crenças mais negativas sobre esses medicamentos (Figueiras et al., 2007).

O custo é um dos fatores que parece atrair mais a atenção dos consumidores no que se refere à escolha deste tipo de medicamento (Ganther e Kreling, 2000; Gaither et al., 2001). Com preços no mínimo 35% menores que os medicamentos de marca, são responsáveis por quase 14 % das vendas em unidades do mercado farmacêutico nacional, sendo que cerca de 80% são produzidos no país (Rocha, 2006).

Os medicamentos com tarja vermelha sem retenção de receita deveriam ser vendidos mediante a apresentação da receita. Na tarja vermelha está impresso "venda sob prescrição médica". Estes medicamentos têm contra-indicações e alguns podem provocar efeitos colaterais graves. Já os medicamentos tarja vermelha que necessitam retenção da receita são chamados de medicamentos psicotrópicos e necessitam retenção da receita no momento da dispensação. A receita também fica retida na farmácia/drogaria quando o medicamento for tarja preta pois exercem ação sobre o sistema nervoso central, portanto, o abuso deste medicamento pode causar dependência (ANVISA, 2005).

Por fim, ainda existem os medicamentos chamados similares (sem tarjas e com tarjas) que contêm o mesmo princípio ativo, apresentam a mesma concentração, forma farmacêutica, via de administração, posologia e indicação terapêutica do medicamento de marca, mas não são bioequivalentes, isto é, não apresentam a mesma velocidade e nem a mesma quantidade de absorção pelo corpo do usuário (Carneiro, 2005).

Automedicação: faz bem à saúde?

“Todos estão convencidos de que o mundo do medicamento... não é um mundo racional, senão um mundo que, mesmo não podendo ser chamado irracional, tem problemas de racionalidade”.

Gianni Tognoni

Para a Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição (ABIMIP, 2004), a automedicação pode ser caracterizada como sendo o uso de medicamentos livres de prescrição, também denominados de prateleira ou OTC (*over the counter*) disponibilizados ao consumidor nas farmácias, drogarias ou lojas de conveniência. A autoprescrição pode ser entendida como o uso de um medicamento que não se enquadra no grupo livre de prescrição. Essa distinção entre os termos é mais comumente observada nas publicações procedentes de entidades e organizações que representam os segmentos farmacêuticos de produtos não prescritíveis e serve, em geral, ao propósito de apoiar a automedicação enquanto prática consciente e responsável, para controle sintomático de quadros clínicos notadamente transitórios onde, *a priori*, pode-se dispensar prévia e específica avaliação médica ou odontológica (ABIMIP, 2004; WSMI, 2007).

Entretanto, a maioria da literatura não faz distinção entre esses termos. Para a OMS, a automedicação é conceituada como a prática de ingerir substâncias de ação medicamentosa sem aconselhamento ou acompanhamento de um profissional de saúde qualificado para tal (WHO, 2005). Esse entendimento por sua vez mais hegemônico engloba um conceito lato que inclui o oferecimento e a prescrição ou orientação para consumo de medicamentos por pessoas não habilitadas tais como pais, responsáveis, amigos, familiares, farmacêuticos ou balconistas da farmácia; o consumo de sobras de prescrições anteriores ou ainda, a alteração da prescrição profissional (Paulo e Zanine, 1988). O Ministério da Saúde (1998) define automedicação como sendo “o uso de medicamento sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do médico ou dentista”. Para Paulo e Zanine (1988) “a automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável,

em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas".

Em alguns países como no Peru e nos Estados Unidos, a frequência da automedicação pode chegar a 90% (Vilarino et al., 1998; Amoako et al., 2003). No Brasil, pelo menos 35% dos medicamentos são adquiridos por automedicação e cerca de 45% de brasileiros são adeptos dessa prática, sendo comum a reutilização de receitas (Barros, 1995). Segundo Arrais et al., (1997), em estudo sobre o perfil da automedicação no Brasil, existe má qualidade da escolha dos medicamentos em termos do valor intrínseco, o que reflete “plenamente o mercado farmacêutico brasileiro, caracterizado pela predominância de produtos desnecessários, intensamente propagandeados para o público em geral”.

Nascimento (2003) lista que os prejuízos e riscos mais frequentes da automedicação são: gastos supérfluos, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequada, reações alérgicas, intoxicação, agressões ao sistema digestivo, entre outros. Alguns desses efeitos podem ser mascarados, e outros podem ser confundidos com os sintomas e efeitos da doença, e assim ocasionar novos problemas. Cita também os erros mais comuns que podem causar reações de grandes proporções, como: medicamentos impróprios, dose errada, frequência inadequada, período insuficiente ou demasiado de consumo, combinação com outros fármacos ou com drogas.

A automedicação traz riscos que estão relacionados com a má qualidade da oferta dos medicamentos e dos serviços de saúde, incluindo o serviço prestado nas farmácias, o não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informações e instruções para o uso adequado de medicamento (Leite et al, 2008).

A velocidade da introdução de novos medicamentos no mercado (Lefèvre, 1991) condiciona rápida difusão de uso, comprometendo uma avaliação rigorosa sobre o impacto clínico real de tal adoção terapêutica (Wannmacher, 2004). A partir desse quadro, há uma evolução da farmacologia clínica, particularmente da farmacovigilância (Castro, 2000).

A farmacovigilância e os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUMs) são dois grupos importantes de ações que compõem a farmacoepidemiologia como instrumento de avaliação de riscos e benefícios oriundos do uso de medicamentos

garantindo a segurança do mesmo por meio do conhecimento, avaliação e impacto sobre a população humana (Strom, 1994). A farmacovigilância é a “identificação e avaliação dos efeitos do uso, agudo e crônico, dos tratamentos farmacológicos no conjunto da população ou em subgrupos de pacientes expostos a tratamentos específicos” (Laporte et al., 1989). Os EUMs servem de apoio para as políticas governamentais quando se originam de preocupações sanitárias, incorporam aspectos importantes no âmbito da saúde pública e informam sobre a realidade observada (Castro, 2000). Segundo Leite et al., (2008), a farmacoepidemiologia utiliza métodos quantitativos e qualitativos para compreender a utilização dos medicamentos e assim incidir em práticas como a prescrição médica e a atenção farmacêutica mais adequadas.

O uso racional de medicamentos compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (Brasil, 1998). A promoção do uso racional tem como meta “o processo de educação do usuário acerca dos riscos da automedicação, da interrupção do tratamento ou da troca dos medicamentos prescritos, bem como quanto à necessidade da orientação específica durante a dispensação, buscando o uso correto da farmacoterapia” (Marques, 2008). Num estudo sobre o uso de medicamentos no mundo conduzido em 1988, a OMS concluiu que havia pouca ou nenhuma organização quanto ao uso de medicamentos e políticas que garantissem a disponibilidade dos mesmos nos países em desenvolvimento (Crozzara, 2001).

Segundo Lunde (1980), não se demonstrou que um número elevado de medicamentos resulte em maiores benefícios para a saúde pública em relação a um número mais limitado de produtos, pelo contrário, pode dar lugar a confusão em todos os níveis da cadeia do medicamento e constituir desperdício de recursos humanos e financeiro (Laporte et al., 1989). No Brasil os medicamentos mais utilizados na automedicação são os analgésicos, antiácidos, antiinflamatórios, contraceptivos e antibacterianos (Castro, 2000; Loyola et al., 2002). Soma-se também que o medicamento faz parte da dinâmica capitalista que o afasta de sua finalidade de prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades (Leite et al, 2008). Nesse contexto, Lefèvre (1991) aponta para o consumo de medicamentos enquanto expressão social da hegemonia de mercadoria nas sociedades modernas:

"(...) sociedade de consumo de saúde é a sociedade onde a mercadoria saúde comanda. Nesta sociedade vive, hegemonicamente, a idéia de que a única possibilidade de ter saúde é consumir saúde.

(...) Isto implica consumir remédios, consultas, exames, entre outras tantas mercadorias que simbolizam a saúde do ponto de vista desta sociedade."

O Brasil é o país que tem o maior número de especialidades farmacêuticas, e sua população está excessivamente exposta à propaganda de medicamentos, sem ter acesso, na maioria das vezes, às informações sobre o risco associado ao uso indiscriminado de medicamentos (Osório-de-Castro, 2000). Por outro lado, mesmo com a figura do profissional de saúde participando da orientação ou mesmo utilizando tais medicamentos, não se sabe o quanto é dada a devida importância ao seu uso de forma correta.

Diante do grande desenvolvimento da área médica e farmacêutica nas últimas décadas, paralelamente tem-se observado um alarmante aumento no uso indiscriminado de medicamentos, consumo este que nem sempre é acompanhado de devida orientação médica podendo trazer como consequência o evento adverso. As intoxicações medicamentosas no Brasil resultam de fatores como a fragilidade da política nacional de medicamentos, marketing abusivo e utilização de embalagens inadequadas de acondicionamento (Margonato, 2005). Também os hábitos culturais e as percepções baseadas em crenças e valores podem estar associados às intoxicações.

Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX, 2010) apontam que o uso de medicamentos é responsável pelo maior número de intoxicações humanas no país, correspondendo a 26,6 % das intoxicações registradas em 2007. Nesse ano, 44,4 % das intoxicações com medicamentos envolveram tentativas de suicídio e 31,1 % acidentes individuais; 0,26 % foram letais, uma taxa relativamente baixa comparada com a de agrotóxicos (3,3% dos casos). O número de intoxicações com medicamentos reportados ao SINITOX tem aumentado nos últimos anos no país e no Distrito Federal (Figura 1). Este panorama traz uma preocupante indagação: O quanto as pessoas estão conscientes dos riscos que correm ao fazerem uso incorreto ou não orientado de medicamentos?

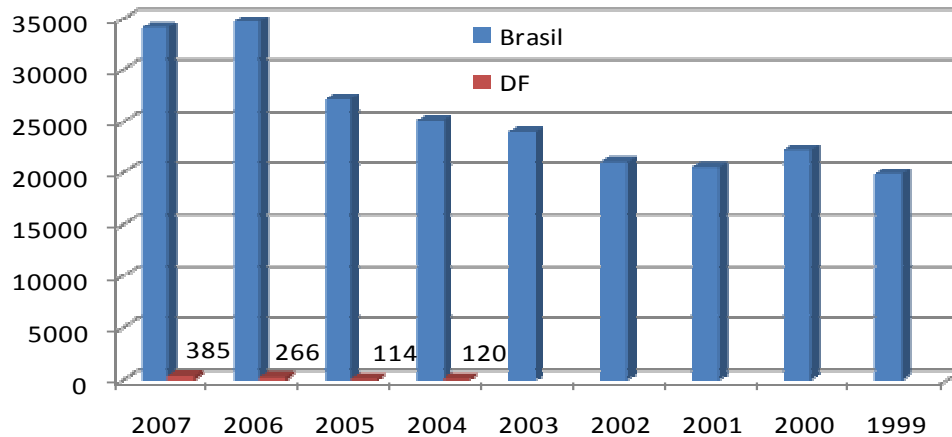


Figura 1. Intoxicações por medicamentos no Brasil reportados ao SINTOX (2007). Dados do Distrito Federal só estão disponíveis a partir de 2004.

Os caminhos para a automedicação: Farmácias e Drogarias

“A educação de pacientes – e médicos – é importante demais para ser deixada para a indústria farmacêutica, com suas campanhas pseudo-educacionais elaboradas, acima de tudo, para a promoção dos medicamentos.”

Sidney M. Wolfe

Nos termos do inciso X do art. 4 da Lei n 5.991 /73, farmácia é definida como “o estabelecimento de manipulação de drogas magistrais ou oficinais, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica”. De acordo com a mesma lei, drogaria é definida

como “o estabelecimento destinado à dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais”.

De acordo com o Conselho Regional de Farmácia do Distrito Federal (CRF-DF, 2010), a publicação da Lei 5.991/73, ainda em vigor, confere às atividades farmacêuticas um aspecto mercantilista, portanto voltado para a capitalização onde o medicamento é visto com uma solução “mágica” para todos os problemas humanos, assumindo o conceito de bem de consumo em detrimento ao de bem social. Transformadas em comércio que desconsidera a natureza do medicamento prestam um serviço de péssima qualidade com resultados que, apesar de não terem sido extensivamente avaliados, indicam sérios prejuízos para a economia e, principalmente, para a saúde dos indivíduos e da sociedade (Brasil, 2000). Conforme relatório da Comissão Parlamentar de Inquérito dos Medicamentos - CPI tais estabelecimentos agem dentro de uma lógica muito aquém do que preconiza a racionalidade da ciência e o compromisso social que sua atividade envolve:

“Com poucas exceções, as farmácias e drogarias transformaram-se em fonte de informações distorcidas sobre os medicamentos, palco de corrupções, por atuarem transgredindo a lei, fonte de disseminação de drogas e tóxicos, de riscos de acidentes farmacológicos e de banalização do consumo. O farmacêutico, profissional, que poderia fazer valer a visão sanitária e científica nesse tipo de comércio, não está presente ou não tem força para reverter o senso comercial predominante. Além disso, os balconistas e donos de estabelecimentos, ainda recebem toda a sorte de estímulos das indústrias e dos atacadistas para forçarem a venda de seus produtos. Os próprios estabelecimentos utilizam as mesmas estratégias de propaganda, sorteios e distribuição de brindes para atrair os clientes”.

Até o ano de 2005 o movimento financeiro de farmácias e drogarias no Brasil gira em torno de U\$\$ 8 bilhões/ano através da comercialização de medicamentos, produtos de higiene e limpeza pessoal, cosméticos, entre outros, para a população nacional (Carneiro, 2005).

No contexto atual a ANVISA, através da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 44/2009, proíbe a exposição de medicamentos ao alcance do consumidor, mesmo aqueles isentos de prescrição, além de proibir a comercialização em farmácias e drogarias de alguns produtos como sorvetes, balas, pilhas, cartões telefônicos, chinelos, etc.

Segundo Nascimento (2003) o excesso de medicamentos disponíveis para a venda prejudica a fiscalização, o controle de qualidade e dos preços, confunde os consumidores e também profissionais de saúde, o que dificulta um conhecimento suficiente dos produtos para promover uma utilização mais segura: muitos deles são considerados novidades, mas não diferem significativamente dos já existentes.

O uso sem necessidade de medicamentos pela população brasileira, já é considerado um problema de saúde pública. Nem sempre as farmácias e drogarias dispõem de equipe com formação específica e apropriada para aconselhar o uso adequado de medicamentos no momento da dispensação (Oshiro e Castro, 2002). Fato claramente comprovado pelas autoras quando discorrem sobre o fácil acesso que a população tem às farmácias que se tornam uma alternativa por estarem disponíveis em maior número que as unidades primárias de saúde, clínicas e hospitais. Concluem destacando que “a farmácia torna-se então um estabelecimento, não somente para prestação de serviços na venda de medicamentos, mas também um local de informação e educação em saúde, exigindo uma comunicação mais eficiente entre profissionais e usuários”.

Perfil Geral de Consumo

É possível encontrar registros de alguns autores acerca do consumo de medicamentos sob diferentes óticas no Brasil. Simões e Farache Filho (1988) analisaram na área urbana de Araraquara (SP), as características da população que consumiu pelo menos um medicamento nos quinze dias que antecederam a data da entrevista. Verificaram que 42,1% dos medicamentos utilizados foram adquiridos sem prescrição médica. Mulheres consumiram mais, em especial do grupo etário de 20 a 49 anos. Vilarino et al., (1998) observaram a frequência de uso de medicamentos em 69,9% dos entrevistados em Santa Maria, RS e dentre os que utilizaram, 76,1% praticaram a automedicação. Pelicioni (2005) encontrou na região metropolitana de São

Paulo nos anos 2001 e 2002 uma frequência de uso de medicamentos de 33,9%, dos quais, mais de um terço na forma de automedicação. O consumo mostrou-se maior entre os grupos de maior faixa etária, o gênero feminino, as famílias cujo chefe apresentava maior escolaridade e os que relataram maior renda familiar. Os analgésicos constituíram o grupo farmacológico mais prevalente a partir da idade de um a 49 anos.

Pacientes que fazem uso de vários medicamentos simultaneamente são particularmente vulneráveis à ocorrência de reações indesejáveis relacionadas às interações que ocorrem entre os fármacos utilizados. Dentro do grupo dos vulneráveis estão as gestantes, crianças e idosos. Segundo Osório-de-Castro et al., (2004), a ocorrência de efeitos adversos e possíveis intoxicações por medicamentos relacionam-se tanto às características da exposição quanto àquelas da população exposta. Um estudo francês mostrou que 99% das mulheres pesquisadas receberam prescrição de pelo menos um medicamento durante a gestação (Osório-de-Castro et al., 2004). Em questionário desenvolvido pela universidade de Oslo na Noruega, Nordeng et al., (2009) encontraram que mulheres com melhor percepção de risco estavam na primeira gestação, idade mais elevada, grau de formação superior. O estudo também mostra que mais de 80% das mulheres haviam usado medicamentos durante a gravidez, principalmente o paracetamol, penicilina e medicamentos para refluxo. As gestantes buscavam informações sobre os medicamentos por meio do médico, do farmacêutico e de folhetos. Nesse mesmo estudo os autores concluíram que as mulheres superestimam o risco sobre o uso de medicamentos durante a gravidez e ressaltam a importância que os profissionais de saúde têm em demonstrar informações sobre os riscos para reduzir a ansiedade desnecessária, e para garantir a segurança e tratamento adequado durante a gravidez. Estudo realizado no Brasil apontou a média de 4,2 medicamentos consumidos por gestante (Gomes et al., 1999). A gestante que recebe prescrições está também mais sujeita a automedicação usando medicamentos de venda livre (Buitendijk e Bracken, 1991). Antecedentes sobre a percepção de risco pode ter impacto na decisão de uma mulher em tomar um medicamento durante a gravidez (Nordeng et al., 2009).

O idoso é particularmente vulnerável às reações adversas aos medicamentos que utiliza, pois frequentemente apresenta acúmulo de morbidades, que o levam a utilizar várias especialidades farmacoterapêuticas ao mesmo tempo. Não raro, o idoso apresenta um estado nutricional ruim, o que contribui para o aparecimento de efeitos adversos relacionados aos medicamentos que ele utiliza. O risco desses eventos aumenta na

medida em que o número de medicamentos se eleva (Papaleo Netto, 1996). Lima-Costa et al., (2003) analisando dados publicados em 1998 onde participaram do estudo 28.943 idosos representativos da população brasileira com 60 ou mais anos de idade encontraram que o gasto médio de uso regular de medicamentos por esta população nos últimos trinta dias foi igual a 23% do valor do salário mínimo vigente na época. Em ambos os sexos, os gastos com medicamentos apresentaram tendência crescente com a idade.

A utilização de medicamentos pelos idosos tem uma particularidade entre o risco e o benefício. A elevada utilização de medicamentos pode afetar a qualidade de vida do idoso, mas são os mesmos que, em sua maioria, ajudam a prolongar a vida. Portanto, o problema não pode ser atribuído ao consumo de medicamentos, mas sim no uso irracional, que expõe o idoso a severos riscos (Le Sage, 1991). Oliveira (1994) comenta que os idosos constituem 50% dos multiusuários de medicamentos. Portanto, é comum encontrar, em suas prescrições, dosagens e indicações inadequadas, interações medicamentosas, utilização de medicamentos pertencentes a uma mesma classe terapêutica e medicamentos sem valor farmacológico.

Principalmente para o idoso, o aconselhamento sobre o uso racional de medicamento é muito importante. Rozenfeld (2003) reconhece que diagnósticos incorretos conduzem ao uso de medicamentos inadequados e que os corretos quase sempre levam à polimedicação. Nos dois casos, o idoso fica submetido aos riscos inerentes ao tratamento. Entre os problemas que costumam ocorrer nessa população estão inclusas falhas ao receber o medicamento, uso inadequado, esquecimento, dose menor e/ou maior que a recomendada, efeitos adversos, interações farmacológicas e automedicação (Peretta e Ciccía, 2000). Num estudo conduzido em Santa Rosa, RS, 82% dos idosos entrevistados havia feito uso de medicamentos na semana anterior ao estudo (Flores e Benvegnú, 2008), frequência comparável a 80% no ano de 2001 (Texeira e Lefèvre, 2001). Na região metropolitana de Belo Horizonte, esta frequência em 2005 foi reportada por Loyola Filho et al., (2005) como 72,1% da população avaliada.

Naves et al., (2008) avaliaram a qualidade do atendimento de balconistas e farmacêuticos de drogaria no Distrito Federal a indivíduos que simulavam serem portadores de DST. Observou-se alta porcentagem de indicação de medicamentos, baixa frequência de encaminhamento a um serviço de saúde e de orientações

preventivas, bem como melhora insignificante nos conhecimentos dos trabalhadores após um trabalho de intervenção. A indicação de antibióticos que só deveriam ser comercializados com a receita médica foi comparável ao estudo de Ajalla e Castro (2003) em farmácias de Campo Grande. Num estudo similar conduzido em Lima no Peru, os autores obtiveram resultados positivos, com grande aceitabilidade de um programa de formação para trabalhadores de farmácias sobre DST e reconhecimento de gestão no aconselhamento para a prevenção de DST (Garcia et al., 2003).

Padrões da Automedicação

Assim como em qualquer outro evento de risco, as buscas em conhecer as práticas da automedicação e as medidas preventivas a serem elaboradas transformam-se num desafio para a saúde pública. Por isso, questionamentos se fazem necessário: Por que a automedicação ocorre? O risco é conhecido pela população? As pessoas sabem como evitá-lo?

Lefèvre (1983) realizou análise dos fenômenos da simbolização da saúde, com ênfase no medicamento, discutindo as relações figuradas que são mantidas pelo médico e pelo usuário com o medicamento:

“...a saúde, para passar de desejo à realidade e, deste modo, gerar mercadorias (que são os instrumentos que operam esta passagem) precisa ser “biologizada”. A consequência disto é deixar no limbo (considerando por exemplo, em termos de alocação de recursos, a Saúde Pública como uma atividade menor em relação à atenção curativa de saúde) as esferas “nebulosas” e “acadêmicas” do social, do comportamental, as verdadeiras sedes da saúde/doença, privilegiando como terreno de jogo o universo concreto e seguro do organismo e da biologia”

Zackiewicz (2003) cita o relatório *Self-medication in health care* (1986:17), o qual diz que as principais razões para a prática de automedicação são o desejo popular

de aumentar o controle individual sobre as decisões pessoais de bem-estar e, possibilitar sua prática individualizada de acordo com as demandas de saúde específicas.

Segundo Vilarino et al., (1998), “a necessidade da prescrição para a obtenção do medicamento representa limitação pessoal de busca imediata do alívio da sintomatologia, o que impede que o indivíduo faça preponderar sua própria experiência e vontade”.

Barros (1995) compreende a automedicação como uma série de práticas que envolvem terapêutica diversa e que está presente em todas as civilizações e nas diversas etapas de sua evolução histórica e acrescenta que a automedicação é decidida pelo próprio indivíduo, ainda que a conduta frente à enfermidade sofra influências socioculturais e também de profissionais da saúde.

Zackiewicz (2003) em pesquisa com pacientes crônicos obteve relatos em que as principais práticas de automedicação, traduzem cada um a seu modo, a vontade ou o desejo e a necessidade que o usuário experimenta, de alterar o seu estado de saúde. Ao sentir uma destas necessidades, o paciente parte em busca de alternativas possíveis, baseando-se no diagnóstico médico que foi feito de sua doença (Arrais et al., 1997; Vilarino et al., 1998).

Por outro lado, a OMS presume a necessidade da automedicação, sobretudo complementando os sistemas de saúde, principalmente em países subdesenvolvidos (WHO, 2005). Entretanto pequena parte da população está preparada para sustentar essa prática com responsabilidade e segurança já que a automedicação implica suficiente preparo por parte do usuário ou do responsável. O conhecimento acerca da automedicação deve ser o suficiente para primeiramente interpretar os sintomas da enfermidade, e num segundo momento ter conhecimento satisfatório sobre o medicamento, suas indicações e contra-indicações (Haak, 1989).

Porém é necessário ampliar a discussão acerca da possibilidade real de se exercer a automedicação responsável. Segundo Zackiewicz (2003), aspectos mais diversificados que os conhecimentos técnicos sobre uma substância estão presentes no momento em que um indivíduo decide intervir por julgamento próprio em seu corpo. Segundo a autora, a automedicação age em apoio com o sistema de saúde, liberando-o de prestar atendimentos a pequenos problemas de saúde.

Moço, que remédio você tem aí ...prá.....

*“Esse remédio jamais vai curar
esse remédio eu conheço, é aspirina
isso só faz com que a cabeça descanse em paz
enquanto a confusão contamina
esse remédio jamais vai curar
esse remédio azul anfetamina
isso só faz do beijo o amor, e do amor a pastilha
que eu ponho na boca e termina
é como verso popular
chega nas nuvens, desmancha no ar
e sempre volta pro lugar...”*

Acústicos & Valvulados

Se por um lado, os medicamentos desempenham importante função nos sistemas de saúde, por outro, seu uso inadequado e sem acompanhamento gera perigos para a saúde. A sociedade cria situações e se deixa levar por circunstâncias presumindo a necessidade de obter um conforto por meio dos medicamentos. Numa abrangência capitalista, medicamentos e saúde seriam mercadorias disponíveis no mercado (Lefèvre, 1991). Essa cultura “regada” à carência de saúde distorce conceitos e possibilita atribuir aos medicamentos uma imagem de salvação. Nessa esfera o medicamento tematiza os contextos simbólicos, socialmente construídos, em que se dá o seu consumo.

Os motivos que levam à automedicação podem estar relacionados com as diferentes classes sociais. A baixa disponibilidade de recurso financeiro somada à dificuldade no atendimento médico público, motiva muitos indivíduos à busca de uma solução rápida e econômica para o alívio dos sintomas. Mesmo pessoas com disponibilidade em obter serviços médicos de saúde são adeptas da automedicação seja para não interromper atividades diárias, seja por uma mera prevenção da doença. Dessa forma, farmácias e drogarias, tornaram-se o local certo para a busca da saúde indiferentemente da posição social (Nascimento, 2003).

Zackiewicz (2003) discorre que indivíduos enfermos trazem percepções da doença que são modificadas pela sua nova condição. As percepções variam de acordo com a história de cada doença, que quando crônica traz para o paciente não só o agente causador e suas consequências fisiológicas, mas toda uma caracterização social que é dada a ela, e que pode ser incorporada ao indivíduo e à percepção de si mesmo. Uchôa e Vidal (1994) acrescentam que o comportamento frente a uma doença é influenciado por valores, percepções e sentimentos característicos do indivíduo.

Estudo desenvolvido em Paulínea, SP, no ano de 1988 analisou as representações e as práticas sobre saúde e doença entre famílias operárias. Para a grande maioria desta população, estar doente não significa um evento exclusivamente biológico, pois estar doente gera incapacidade de trabalhar e a consequente ameaça à subsistência familiar. Analogamente estar saudável significa ter disposição e capacidade de trabalho (Queiroz, 1993).

De acordo com Lefèvre (1983), os fatores de saúde e doença são entendidos no âmbito psíquico e social, dessa forma, a doença não é vista apenas pelo fator patológico ou fisiológico. O restabelecimento da saúde é um processo longo que abrange um contexto multidimensional, resultado de fatores biológicos, sociais, culturais e psicológicos, e não devem ser entendidos apenas pela ausência de sintomas clínicos e desconfortos fisiológicos.

O conhecimento sobre saúde e doença traduz fenômenos complexos inseridos num conjunto de fatores biológicos, sociológicos, econômicos, ambientais e culturais. Em uma abordagem antropológica, a saúde bem como o conhecimento do risco, idéias sobre prevenção, causalidade, tratamentos apropriados, são fatos construídos e interpretados dentro de uma cultura (Nichter, 1989). Esse entendimento mostra que o estado de saúde de um indivíduo ou comunidade está interligado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural.

Para os trabalhadores que atuam na área da saúde, a percepção do que é relevante e arriscado, das causas ou impedimentos de um problema, do tipo de ação que esse problema demanda é determinado pelos conhecimentos biomédicos, mas, para os indivíduos leigos inseridos nesse assunto, é determinada por símbolos biomédicos e culturais que influenciam o pensamento e a atitude diante de um problema de saúde.

Nessa abrangência o medicamento é tido como um dos meios e não o único meio de um processo longo a ser recuperado ou evitado no enfrentamento de situações nas quais ocorre um desequilíbrio no organismo do indivíduo (Lefèvre, 1987).

Risco e percepção de risco

Desde sua origem a humanidade esteve exposta a riscos, os quais com o decorrer do tempo deixaram de ser exclusivamente ligados a fatores naturais e de sobrevivência da espécie, evoluindo para questões mais complexas relativas à vida moderna. O processo de industrialização, acompanhado do desenvolvimento de áreas como a química e a farmacêutica, foram de contribuição impactante para o surgimento de novos tipos de riscos, dos quais significativa parcela da população não dispõe de instrução suficiente para decodificar esse tipo de informação (Haak, 1989).

O conceito de risco mais amplamente utilizado se aproxima a um perigo mais ou menos definido (Peres, 2002) ou a probabilidade de perigo, geralmente com ameaça física para o homem e/ou para o ambiente (Houaiss, 2001). Sua aceção mais fortemente aceita na literatura que trata dos problemas delimitados pelos campos da saúde, trabalho e ambiente inclui pelo menos dois dos três seguintes componentes (Yates e Stone, 1992): a) potencial de perdas e danos; b) a incerteza da perda/dano; e/ou c) a relevância da perda/dano.

O conceito de risco está presente em todas as atividades humanas, podendo também estar relacionado à saúde, no contexto da segurança. Na área da saúde, apresenta-se especialmente em situações que possam acarretar danos ao organismo humano (Grigoletto, 2007). Em termos epidemiológicos risco pode ser entendido como a “probabilidade de ocorrência de uma doença, agravo, óbito, ou condição relacionada à saúde (incluindo cura, recuperação ou melhora) em uma população ou grupo durante um período de tempo determinado” (Almeida Filho e Rouquayrol, 2002). De acordo com Backett et al., (1984), “uma medida de risco é um estimador de necessidade de assistência promotora e preventiva”.

Segundo Slovic (1999), não há risco real, ou seja, o risco não existe enquanto a realidade independente de nossas mentes e culturas. Ele só é possível de ser observado e mensurado dentro de um contexto. Enquanto Douglas et al., (1982) e Slovic (1999) reconhecem o risco e as respostas ao risco como construtores sociais, Smithson (1989)

diz que as teorias das probabilidades de risco são criações mentais e sociais definidas em termos de “graus de crença”. Slovic (1999) adota esta perspectiva e estabelece uma distinção entre a probabilidade de risco e a percepção do risco, partindo do ponto de vista de que risco “real” e risco “percebido” são duas dimensões diferentes.

A diversidade cultural de um grupo inclui todos os valores, crenças, normas e regras de comportamentos que orientam suas formas de pensar, decidir e agir com relação ao cuidado em saúde. O comportamento das pessoas é influenciado por fatores psicológicos, principalmente crenças e valores. As crenças envolvem opinião sobre as causas de eventos específicos e tem expectativas sobre a probabilidade de certos resultados; já os valores são avaliações sobre determinados resultados em maus ou bons, desejáveis ou não. As crenças são os valores cognitivos e os valores representam o componente afetivo das atitudes e nem sempre eles precisam ser mudados (Dickson e Abegg, 2000).

Na mesma abrangência, Gir (1997) em estudo publicado sobre portadores de HIV, cita Kirscht, que descreve que, conforme o Modelo de Crenças em Saúde (MCS), aplicado ao comportamento frente ao sintoma, o indivíduo tenta descobrir o que está errado consigo mesmo, fato que é caracterizado como a passagem entre o estado percebido e a tomada de alguma ação restauradora. Nesse período, ocorre a automedicação, a busca por terapias alternativas, a procura ou não pelo diagnóstico, episódios de não tratamento. O MCS tem como premissa básica que o mundo do percebido é que determinará o que ele fará. Embora o ambiente físico tenha significativo papel, somente na maneira como ele é configurado na mente do indivíduo, portanto, este modelo apresenta forte elemento de motivação do mundo perceptível do indivíduo (Sailer, 2004; Dela Coleta, 1995).

Nessa direção, a percepção é uma atividade cognitiva complexa e mediada (Luria, 1976). De acordo com Wejnert (1996), as características individuais, socioculturais e das práticas são aspectos da realidade que atuam como mediadores entre a percepção do risco e o comportamento. Outros autores, como Wolpert (1996) e Lion et al.,(2002), acrescentam que a discrepância entre a percepção do risco e o comportamento do indivíduo ou da coletividade pode estar também relacionada ao sentimento de controle sobre a realidade percebida. Com relação a este aspecto, Finuccane et al., (2000) afirmam que novos riscos tendem a ser percebidos como mais perigosos que riscos familiares. Outros estudos (Kouabenan, 1998; Wejnert, 2002;

Monteiro, 2002) sugerem que o risco só adquire significado em oposição a outros elementos que intervêm na sua construção e a partir da sua relação com o contexto cultural. O mais importante, então, não seria o risco em si, mas sim as percepções da situação de risco, as quais envolvem interpretações, avaliações e julgamentos em dois níveis, o subjetivo e o intersubjetivo.

Estudos sobre a percepção de risco surgiram entre as décadas de 70 e 80, como um contraponto à perspectiva utilitarista das análises técnicas de risco, que não contemplavam as crenças, os receios e inquietações das comunidades envolvidas (Starr, 1969; Slovic et al., 1979; Gómez e Freitas, 1997).

Wiedemann (1993) define percepção de risco como sendo a habilidade de interpretar uma situação de potencial dano à saúde ou à vida da pessoa, ou de terceiros, baseada em experiências anteriores e sua extrapolação para um momento futuro, habilidade esta que varia de uma vaga opinião a uma firme convicção. Fatores como grau de escolaridade, especificidade de atividades realizadas, experiência e informação cultural dão a base de sustentação de percepção de risco das pessoas.

A percepção de risco que o indivíduo tem sobre medicamentos está numa esfera relacionada à subjetividade. Estudos de percepção de risco examinam os julgamentos que as pessoas fazem quando são solicitadas a caracterizar e avaliar atividades e tecnologias de risco (Slovic, 1987), sendo uma excelente ferramenta para a avaliação do sucesso das informações que são disponibilizadas.

Na antropologia a perspectiva do doente sobre concepções das doenças e o comportamento frente a elas, orienta a percepção dos aspectos relacionados às intervenções em saúde. É evidente em dias atuais que os usuários de medicamentos tenham interesse em si mesmo através da autonomia para o reconhecimento e controle de suas condições de saúde (Arrais et al., 2007). Nesse contexto, conhecer a percepção de risco, o quanto de conhecimento é absorvido pela comunidade, assim como quais as atitudes mais comuns frente a um dado fenômeno, é fator fundamental para o planejamento de ações assistenciais em saúde, que visem o alcance de melhores resultados na adesão e condição de saúde.

Em estudo sobre utilização de medicamentos, Leite et al., (2008) relata que entre pacientes HIV positivos, o adiamento para o início do uso ou recusa do cumprimento da prescrição inicial de anti-retrovirais deve ser analisado à luz do

processo de aceitação pelo indivíduo de sua doença e a percepção de si como sujeito doente. Porém, essa percepção também pode levar o usuário a parar um tratamento quando este percebe efeitos colaterais e reações adversas (Acurcio e Guimarães, 1999).

A percepção de risco deve ser analisada para a decisão e definição das medidas preventiva a serem adotadas. A conscientização é um processo gradativo e nesse sentido, os indivíduos no direito de serem informados, estão buscando os Centros de Informações sobre Medicamentos (Cunha-da-Silva e Coelho, 1999). Também contribui para isso a possível inclusão de famílias em programas educativos direcionados à prevenção das intoxicações (Gibbs et al., 2005).

Percepção de Risco pelos Profissionais de Saúde

O profissional de saúde é tido como "o promotor da reflexão necessária que poderá motivar o paciente a buscar novamente a sua saúde" (Silva, 2002; Arrais et al., 2007).

A percepção de risco dos profissionais de saúde envolve práticas com os cuidados quanto aos possíveis erros profissionais. Nesse contexto, Guzatto e Bueno (2007), citando Blenkinsopp e Bradley (1996), discorrem que o erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar dano ao paciente ou dar margem a uma utilização inadequada dos medicamentos, quando estes estão sob o controle dos profissionais de saúde, do paciente ou do usuário. Winterstein et al., (2004) mostraram que 72% dos erros de medicação foram iniciados durante a prescrição, seguidos pela administração (15%), dispensação (7%) e transcrição (6%). Isso demonstra que esses incidentes podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos e aos procedimentos ou sistemas.

Falhas na qualidade da assistência médica e farmacêutica junto aos pacientes já foram discutidas em vários estudos (Correia, 2000; Cunha-da-Silva e Coelho, 1999). Médicos e farmacêuticos são os principais agentes responsáveis para o uso correto e racional dos medicamentos. Nesse sentido a OMS em 1998 propôs o *Guia Para a Boa Prescrição Médica* segundo o qual o médico deve informar o paciente sobre:

- (a) os objetivos do tratamento instituído;
- (b) como, quando e por quanto tempo deve tomar o medicamento;

- (c) seus benefícios e riscos como interações medicamento-medicamento ou medicamento-alimento, reações adversas, intoxicações;
- (d) procedimentos a seguir se surgirem alguns efeitos adversos;
- (e) como guardar os medicamentos;
- (f) o que fazer com as sobras.

O Conselho Federal de Farmácia aponta que o farmacêutico durante a dispensação tem por responsabilidades:

- a) respeitar o direito do usuário de conhecer o medicamento que lhe é dispensado,
- b) decidir sobre sua saúde e seu bem-estar,
- c) informar e assessorar o paciente sobre a utilização correta do medicamento .

O Decreto n°. 20.377, de 8 de setembro de 1931, regulamentou o exercício da profissão farmacêutica no Brasil. O farmacêutico é o profissional que tem como obrigação orientar, em determinada circunstância o meio mais adequado para que o paciente se sinta melhor com um tratamento estabelecido pelo médico (Aranda da Silva, 2007). Portanto, a ausência do farmacêutico principalmente no momento da dispensação, nas unidades públicas e privadas é um agravante que favorece a automedicação e, portanto, é um ponto crítico também para a implementação do uso racional de medicamentos (IBDC, 2003).

Segundo Arrais et al., (2007) o farmacêutico é o último elo de contato do sistema de saúde com o usuário. E cabe a ele, entre outras ações, coibir as práticas antiéticas do mercado, como a “empurroterapia” e as vendas comissionadas, controlar a venda indiscriminada de produtos de controle especial e de antibióticos e a automedicação. De acordo com Santos (2003), este profissional é o único legal, ética e academicamente capacitado para orientar o usuário do medicamento acerca do produto que está adquirindo. Portanto, o contato com o farmacêutico “é uma das últimas oportunidades de identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica” (Pepe e Castro, 2000). Diante disso, a atuação direta do farmacêutico durante a etapa de dispensação torna-se essencial, na tentativa de garantir um uso seguro e racional dos medicamentos. A dispensação farmacêutica objetiva preservar a integralidade da prescrição, disponibilizar medicamentos com qualidade, orientar

usuários sobre o uso de medicamentos (Marin et al., 2003). Para alguns autores a dispensação não tem sido realizada conforme desejado e o que ocorre é a entrega dos medicamentos aos usuários, porque o profissional farmacêutico não está preparado para cumprir seu papel. Diante disso, os cuidados necessários para a racionalidade da farmacoterapia ficam em segundo plano (Marin et al., 2003; Araujo e Freitas, 2006). Ações e intervenções farmacêuticas reduzem os erros de medicação e proporcionam melhores resultados clínicos aos usuários (Lyra Jr et al., 2004).

A medicina está intimamente ligada ao uso de medicamentos e o médico mantém uma delicada e estreita relação com a indústria farmacêutica. Porém, dele é esperado que coloque a necessidade do paciente antes de seu próprio desejo. Dessa forma, o medicamento toma papel relevante na consulta médica (Adamo e Necchi, 1991). Além da automedicação, boa parte da população que frequenta consultórios não é portador de doenças reais, mas imaginárias, que mesmo assim são tratadas erroneamente com drogas químicas. Dados da OMS (1999) mostram que cerca de 50% a 70% das consultas médicas geram prescrição de fármacos no mundo. Isso, de certa forma, evidencia não somente a prática profissional do médico nos atendimentos, mas também a própria relação que este estabelece com os sujeitos que atende e com o sistema de saúde do qual participa (Adamo e Necchi, 1991). A polimedicação foi demonstrada por Cunha et al., (2002): entre as receitas de uma rede municipal de saúde no Brasil, a média foi de 2,5 medicamentos/receita.

Em um estudo desenvolvido por Arrais et al., (2007) sobre os aspectos das prescrições e dispensações de medicamentos em Fortaleza, CE, questionamentos foram levantados como: o médico indaga a seu paciente sobre possíveis quadros "alérgicos" ou de hipersensibilidade e sobre o uso de outros medicamentos, antes de prescrever um tratamento medicamentoso?; o médico está orientando adequadamente seus pacientes sobre a terapêutica instituída, seus benefícios e riscos?; o farmacêutico está presente nas farmácias e/ou drogarias e executa adequadamente a dispensação?; qual a participação do paciente nesses processos? O estudo mostrou que existe pouca qualidade no atendimento por médicos e farmacêuticos, além de discordância sobre a correta prescrição, orientação e dispensação dos medicamentos ao paciente.

O risco existe ao prescrever incorretamente um medicamento ou de dispensá-lo erroneamente existe, mesmo que as formas mais estruturadas de consciência de prevenção sejam formadas a partir da bagagem de conhecimento. Aos profissionais

médicos, é evidente a necessidade da implementação de cursos sobre o ensino do uso racional de medicamentos e de boa prescrição médica (Arrais et al., 2007).

A busca da farmácia/drogaria como recurso de saúde tem motivações relacionadas às dificuldades de acesso ao sistema de saúde, bem como número reduzido de médicos nas unidades de saúde. Limitações na formação médica e na organização da assistência à saúde também contribuem na configuração deste perfil.

Um estudo feito por Queiroz (1993) em Paulínea, SP, mostra que a insatisfação da população gerada pelos serviços da rede pública de saúde está relacionada com a frustração em sua expectativa de uma intervenção ativa do médico no sentido de restabelecer a sua saúde como num passe de mágica. O uso de medicamentos gera confiança nas pessoas quando essas procuram uma solução rápida para suas enfermidades. O estudo feito em Paulínea, SP, mostra que providências tomadas nesse sentido põem o paciente de forma favorável diante da terapia e também mostrou que o principal ponto levantado para justificar uma avaliação negativa dos Postos de Saúde refere-se à tendência dos médicos em dizer que, na maior parte dos casos, o paciente não tem nada sério, evitando medicá-lo quando não considera necessário (Queiroz, 1993).

Cabe ao profissional de saúde a iniciativa de incentivar e promover a reflexão e discussão acerca do assunto, além de orientar a população sobre o medicamento visando à diminuição de risco e a maior eficácia possível (Bortolon et al., 2007). De acordo com Leite e Vasconcellos (2003), é responsabilidade do profissional de saúde direcionar as informações necessárias para que os pacientes compreendam o modo correto de utilizar os medicamentos bem como a importância de um tratamento racional.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Verificar as informações, percepção de risco e atitudes da população do Distrito Federal na utilização de medicamentos.

Objetivos específicos

- Traçar um perfil dos indivíduos entrevistados quanto ao sexo, idade, renda e escolaridade;
- Conhecer como os entrevistados percebem a presença do farmacêutico na drogaria e seu papel na orientação sobre medicamentos;
- Conhecer como os entrevistados obtêm informações da bula de medicamento e sua compreensão das informações;
- Conhecer as atitudes dos entrevistados relacionados à prescrição de medicamentos;
- Conhecer a percepção de risco dos entrevistados relacionada ao uso de medicamentos.

MÉTODOS

Aspectos Éticos

O protocolo de pesquisa para a realização do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) e aprovado pelo parecer nº 225/2008 em 10/09/2008 (Anexo 1). Visando trabalhar de acordo com os princípios éticos estabelecidos em lei, resguardando a identidade, privacidade e confidencialidade dos dados, este estudo foi realizado com a colaboração de instituições privadas e públicas do Distrito Federal. Foi solicitada a cada instituição a assinatura do Termo de Concordância onde as mesmas autorizam a aplicação de questionários para seus funcionários e usuários do serviço.

Todos os convidados a participar do estudo foram informados sobre a confidencialidade da sua identidade e a não obrigatoriedade de participação. Para tanto, receberam os devidos esclarecimentos acerca dos propósitos e dos meios utilizados em conformidade com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo 2), cuja aquiescência formal precedeu cada aplicação do questionário.

Instrumento da Pesquisa

O presente estudo, tipo transversal, tem caráter descritivo e exploratório. Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário (Anexo 3) com 27 questões aplicado pela pesquisadora aos participantes, ou respondido pelo próprio participante. Nos casos em que explicações foram requeridas, utilizou-se o mínimo de palavras para evitar a indução de resposta. Despenderam-se em média 15 minutos para o preenchimento de cada questionário.

A compreensão das questões do questionário é o ponto de partida para o processo de resposta que vai ser elaborado pelo entrevistado. É, portanto, desejável que haja um significado compartilhado entre o pesquisador e o participante do estudo, o qual depende, além de um entendimento do que é falado pelo pesquisador, da impressão que o entrevistado tem sobre os objetivos da pesquisa, do contexto em que as questões são

apresentadas e da própria conduta do pesquisador frente à explicação sobre o preenchimento.

Procurou-se elaborar um questionário que pudesse nortear as associações que auxiliassem na compreensão do padrão de uso de medicamentos pela população em estudo, seus conhecimentos e percepção de risco quanto ao uso de medicamentos. A elaboração do questionário foi baseada em pressupostos encontrados na literatura acerca do tema. O questionário contém questões fechadas e algumas questões abertas, que foram categorizadas operacionalizando a análise dos dados. O questionário utilizado nesse estudo foi elaborado após uma fase de pré-teste para verificar se a compreensão e a lógica das perguntas estavam adequadas. Os dados coletados durante a aplicação do pré-teste não foram incluídos no estudo.

Análise

Os registros constantes no questionário foram lançados no programa computacional Epi-Info 3.5 para análise dos dados objetivos e na exploração de possíveis associações entre variáveis através do cálculo do qui-quadrado (χ^2), do valor de p e para a obtenção do p pelo método exato de Fischer. Uma variável não foi incluída no teste qui-quadrado quando sua frequência absoluta foi menor que 5. Os testes estatísticos foram aplicados com nível de confiança (NC) ajustado em 95%.

A avaliação das questões abertas foi semelhante à técnica de Análise Temática, que pode ser desdobrada em três etapas: 1) pré-análise, 2) exploração do material e 3) tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2004). Nessa técnica, a Análise de Conteúdo consiste em descobrir os núcleos de sentido presentes numa comunicação, levando a uma contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. A fase de pré-análise desse estudo consistiu na leitura inicial das respostas e leitura para determinação das unidades de categorização. Na fase exploratória realizou-se a codificação de cada resposta e posterior agregação desses dados. Na fase de tratamento, os dados foram submetidos a operações estatísticas simples (frequências) e interpretados.

População do Estudo

A escolha das populações para o estudo surgiu durante o desenvolvimento da idéia inicial: estudar a percepção de risco quanto ao uso de medicamentos dos funcionários e usuários dos serviços de saúde da rede pública e privada do Distrito Federal. Foram conduzidas ao todo 997 entrevistas para participantes com idade igual ou superior a 18 anos sendo elegíveis indivíduos que consentiram em participar, após exposto entendimento e concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas ocorreram entre outubro de 2008 a outubro de 2009.

A população em estudo foi dividida em 5 grupos pré-definidos: 1) funcionários (FD) e 2) pacientes/clientes de drogarias (PD), 3) funcionários (FH) e 4) pacientes de hospitais (PH) e 5) indivíduos que não se enquadraram nos locais citados, denominados outros (OT). Funcionários e pacientes/clientes de drogaria, como balconista, perfumista, gerente, caixa e motoboy, foram abordados em vinte drogarias privadas distribuídas nas seguintes cidades do Distrito Federal: Guará I, Guará II, Núcleo Bandeirante, Plano Piloto, Taguatinga, Vicente Pires, Ceilândia, Sobradinho e Santa Maria. Dentro da categoria “Drogaria” participou do estudo funcionários sem distinção de cargo ou função bem como clientes que frequentavam o estabelecimento naquele momento.

Funcionários e pacientes de hospitais foram abordados em 4 hospitais da rede pública do Distrito Federal: Hospital Regional da Asa Norte (HRAN) e Hospital Universitário ambos localizados em Brasília, Hospital Regional do Gama e Hospital Regional de Taguatinga. Nessa categoria de “Hospital” os convidados a responder o questionário foram os funcionários públicos também sem distinção de cargo ou função bem como pacientes que estavam no local desde que tivessem condições para colaborar. Os participantes do grupo OT foram abordados em diferentes locais no DF, como supermercados, faculdades e lojas comerciais. O número de participantes distribuídos por grupo de acordo com o local da pesquisa não foi estimado estatisticamente e está mostrado na Tabela 1.

Tabela1: Distribuição dos sujeitos em estudo segundo o local de abordagem.

	Frequência absoluta	Frequência relativa (%)
Funcionário de Drograria (20 drogarias)	152	15,2
Paciente de Drograria	330	33,1
Funcionário de Hospital (4 hospitais)	110	11,0
Paciente de Hospital	169	17,0
Outros	236	23,7
Total	997	100

RESULTADOS E DISCUSSÕES

As variáveis do questionário foram categorizadas de acordo com as perguntas formuladas no questionário, com o objetivo de melhor apreensão acerca das respostas, direcionando assim os resultados:

- a) Descrição da população: inclui informações quanto ao sexo, faixa etária, renda, escolaridade e residência.
- b) Importância do farmacêutico: busca averiguar a percepção dos entrevistados sobre a presença do profissional na drogaria e a orientação do farmacêutico sobre o uso dos medicamentos.
- c) Importância da bula: visa conhecer as ações dos entrevistados quanto à frequência na leitura do conteúdo da bula, informações acerca desse conteúdo e compreensão das informações.
- d) Segurança das informações sobre os medicamentos: procura saber de quem os participantes recebem informações sobre medicamentos, o grau de confiança e satisfação das informações recebidas e quem eles consideram ser o responsável por informar sobre medicamentos.
- e) Prescrição médica: investiga se os participantes adquirem medicamentos com ou sem prescrição médica, quais medicamentos são adquiridos e a maneira pela qual a aquisição foi feita; se houve reação adversa e seguimento quanto aos horários prescritos.
- f) Percepção do risco: verificar a prática da indicação de medicamentos para outras pessoas, o uso de medicamentos durante gravidez, alteração da dose recomendada pelo médico, percepção quanto à validade e sobre interações medicamentosas.

Análise da População Total do Estudo

Descrição da população

No período do estudo, 51% das pessoas estavam fazendo uso de alguma classe de medicamentos.

A maioria dos entrevistados (n= 596; 59,8%) foi composta por indivíduos do sexo feminino e 58,3% declararam serem residentes nas cidades satélites do Distrito Federal. Em relação à faixa etária, foi observado que a população em estudo tinha em média 30,6 anos, estando a maior parte dos participantes situados nas faixas de 18 a 40 anos (Figura 2). Idade mais frequente (moda) foi 20 anos (5,6%).

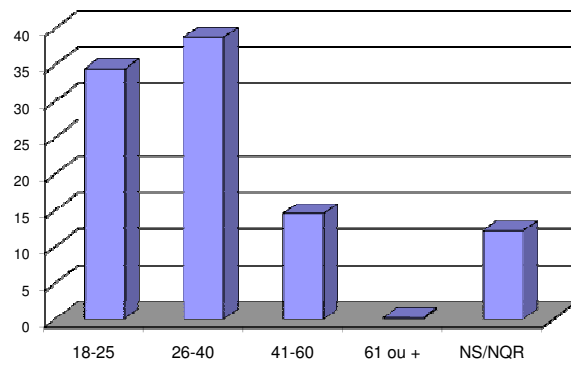


Figura 2: Frequência relativa da distribuição de idade da população estudada. NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder.

Quanto à escolaridade, 64,1% dos participantes tinha o ensino médio completo (Figura 3). A renda familiar mensal está na Tabela 2:

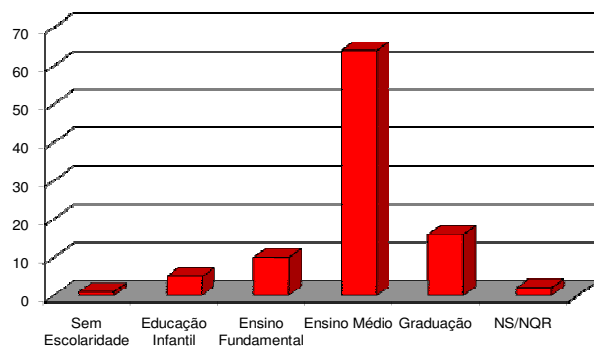


Figura 3: Frequência relativa da distribuição do nível de escolaridade da população estudada.

Tabela2: Renda familiar mensal entre os indivíduos do estudo^a.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Até R\$ 380,00	38	3,81
Entre R\$ 380,00 e R\$ 650,00	147	14,74
Entre R\$ 650,00 e R\$ 1.000,00	193	19,36
Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00	272	27,28
Maior que R\$ 2.000,00	324	32,50
NSR/NQR	23	2,31
Total	997	100

^aEm janeiro de 2008, o salário mínimo era de R\$ 380,00; NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder.

Importância do Farmacêutico

Com base nos resultados gerais produzidos foi possível verificar que a presença do profissional farmacêutico atuante na drogaria passa despercebida; 46,3% afirmaram que “às vezes” o farmacêutico está presente (Figura 4).

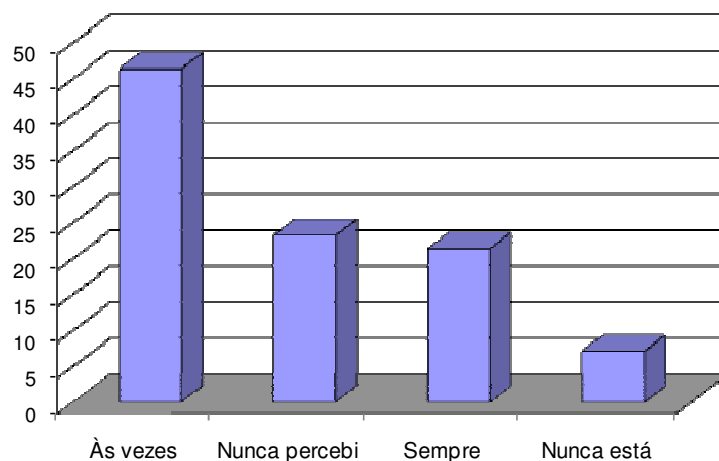


Figura 4: Frequência das respostas (%) quanto à percepção da população do estudo sobre a presença do farmacêutico na drogaria.

Dentro desse contexto buscamos verificar o interesse do entrevistado nas informações sobre saúde-doença-medicamento vindas do farmacêutico no instante da dispensação. Se no momento da aquisição, não houvesse transmissão de informações/orientações por parte do farmacêutico, 78,6% disseram que tomariam a iniciativa e perguntariam, porque a orientação é fundamental e também porque é dever do profissional orientar o uso correto de medicamentos (Tabela 3).

Tabela 3: Frequência das respostas sobre a importância das informações/orientações repassadas pelo farmacêutico.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim, orientação é fundamental	445	44,6
Sim, é dever de o profissional orientar	339	34,0
Não, por que ele nunca está lá	83	8,3
Não, porque eu entendo de medicamentos	73	7,3
Não, porque tenho vergonha	30	3,0
Não responderam	27	2,7
Total	997	100

Importância da Bula

Quase a metade dos entrevistados (45,9%) respondeu que sempre lêem a bula dos medicamentos (Tabela 4). Dos que lêem a bula, 44,0% direcionam a leitura para todas as informações contidas na bula (Tabela5) e 68,5% “entendem um pouco” do conteúdo da bula (Figura 5).

Tabela 4: Frequência da leitura da bula dos medicamentos.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim, sempre	458	45,9
Sim, às vezes	433	43,4
Não	92	9,2
NS/NQR	14	1,4
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder.

Tabela 5: Distribuição das respostas sobre o conteúdo da bula lido pelos participantes do estudo.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Todas	398	44,0
Contra-indicações	156	17,2
Indicações	144	15,9
Dosagem / modo de usar	112	12,4
Reações adversas	50	5,5
Informações	20	2,2
Outras	9	0,99
Nenhuma	2	0,22
NS/NQR	14	1,55
Total	905	99,96

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder.

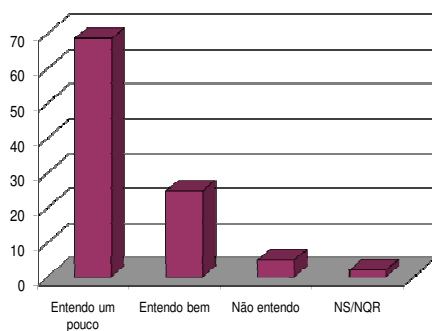


Figura 5: Frequência das respostas (%) sobre o entendimento do conteúdo da bula.

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Segurança das Informações sobre Medicamentos

Quando perguntado ao entrevistado de quem ele recebeu informações sobre medicamentos, 34,6 % afirmaram recebê-las do profissional médico (Figura 6), sendo que a maioria confiou e se mostrou satisfeita com a informação recebida (Tabela 6). Aproximadamente o mesmo percentual (17%) respondeu que recebia as informações do farmacêutico ou do balconista da farmácia/drogaria.

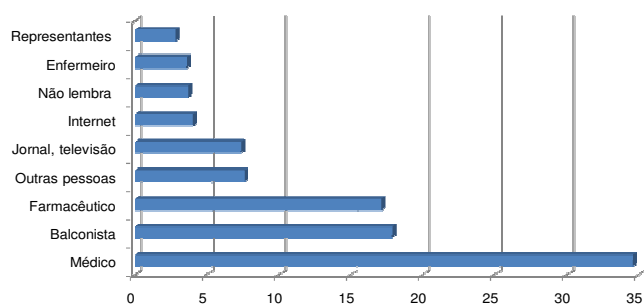


Figura 6: Frequência das respostas (%) sobre quem forneceu informações a respeito de medicamentos pela última vez. NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Tabela 6: Nível de confiança e satisfação nas informações recebidas sobre medicamentos.

	Frequência relativa para confiança (%)	Frequência relativa para satisfação (%)
Sim	54,4	65,5
Não totalmente	37,5	27,6
Não	4,5	3,4
NS/NQR	3,6	3,5
Total	100	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Porém, 40,7% dos entrevistados responderam que a responsabilidade de informar a população sobre o uso de medicamentos é do profissional farmacêutico (Figura 7), enquanto 34,1% disseram ser do médico essa atribuição.

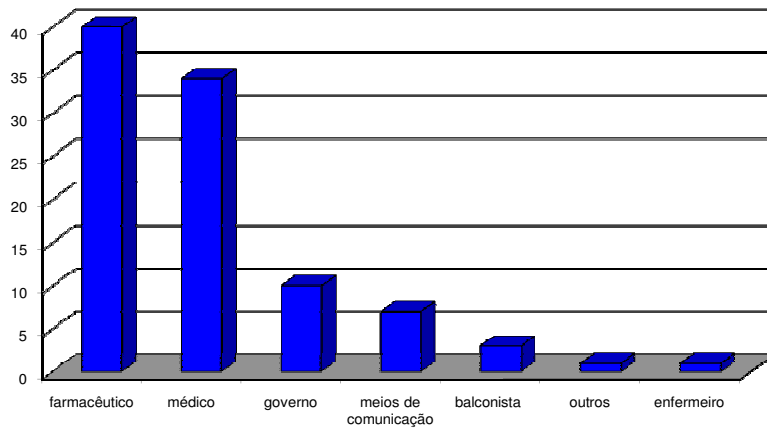


Figura 7: Frequência sobre quem deve ser o responsável por informar a população sobre o uso de medicamentos. NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Prescrição Médica

Quando o questionamento se fez sobre a compra de medicamentos sem receita, 37,9% declararam ter feito essa aquisição de vez em quando e 9,9% “sempre” compram medicamentos sem receita médica, conforme Tabela 7.

Tabela 7: Frequência das respostas (%) sobre a aquisição de medicamentos sem prescrição médica.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
De vez em quando	378	37,9
Na maioria das vezes	278	27,9
Raramente	137	13,7
Sempre	99	9,9
Nunca	79	7,9
NS/NQR	26	2,6
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Cerca de 1/3 dos respondentes disseram que compram qualquer tipo de medicamento sem o receituário do médico. A Figura 8 mostra que a motivação principal para este comportamento foi seu uso no passado. O percentual de entrevistados que compram medicamentos por indicação de outras pessoas foi similar ao percentual daqueles que o fazem por indicação de farmacêuticos e balconistas. Isto demonstra que para estes indivíduos, o conhecimento dos trabalhadores de drogaria e de outros tem o mesmo valor.

Quando questionados sobre o aconselhamento a terceiros sobre o uso de medicamentos, 65,6% dos entrevistados disseram que já indicaram ou indicam medicamentos para outras pessoas.

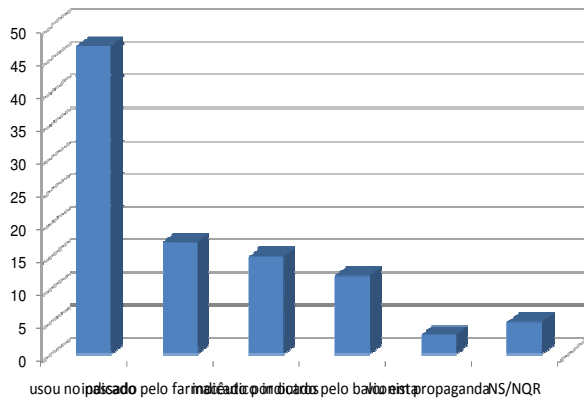


Figura 8: Frequência das respostas (%) quanto à maneira como adquiriu o medicamento sem receita médica. NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Uso de medicamento e percepção de risco

Quando se esquecem de tomar o medicamento no horário certo, quase a metade dos entrevistados (48,6%) afirmou que tomam a dose esquecida no horário em que lembram (Tabela 8).

A Tabela 9 mostra que quando se sentem mal durante o uso do medicamento, 1/3 dos entrevistados disseram que a medida imediata a ser tomada é parar de tomá-lo e 26%, busca informação com profissionais de saúde. Cerca de 18% dos entrevistados disseram nunca terem se sentido mal devido ao uso de medicamentos.

Tabela 8: Atitude tomada frente ao esquecimento quanto ao horário de administrar o medicamento.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Quando lembrar e no próximo horário	485	48,6
Espera o próximo horário marcado	319	32,0
Nunca se esquece de tomar na hora certa	80	8,0
Toma duas doses no próximo horário	50	5,0
Outros	33	3,3
NS/NQR	30	3,0
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Tabela 9: Frequência sobre qual decisão deve ser tomada mediante um mal estar devido ao uso do medicamento.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Pára de tomar o medicamento	304	30,5
Fala com médico ou outro profissional da saúde	267	26,8
Nunca se sentiu mal	183	18,4
Lê a bula e busca alguma informação	148	14,8
Fala com o balconista da farmácia/drogaria	37	3,7
Não presta atenção se sente alguma reação	31	3,1
NS/NQR	27	2,7
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Foram questionados sobre quais os medicamentos não fazem mal à saúde e em seguida sobre quais os medicamentos que poderiam fazer mal à saúde. Fizeram parte da lista classes farmacológicas como antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, laxantes, ansiolíticos, xaropes, fitoterápicos e inibidores do apetite.

A Figura 9 faz um comparativo entre essas duas questões e mostra que dentre os medicamentos que são considerados seguros para a saúde estão as vitaminas (39,4%), os xaropes (25,8%), os analgésicos (22,9%) e os fitoterápicos (21,2%). Os considerados de maior risco para a saúde então os emagrecedores (44,2 %), ansiolíticos (36,9%) e os antibióticos (30,5%). Mais de um terço dos entrevistados consideram que todos os medicamentos fazem mal a saúde.

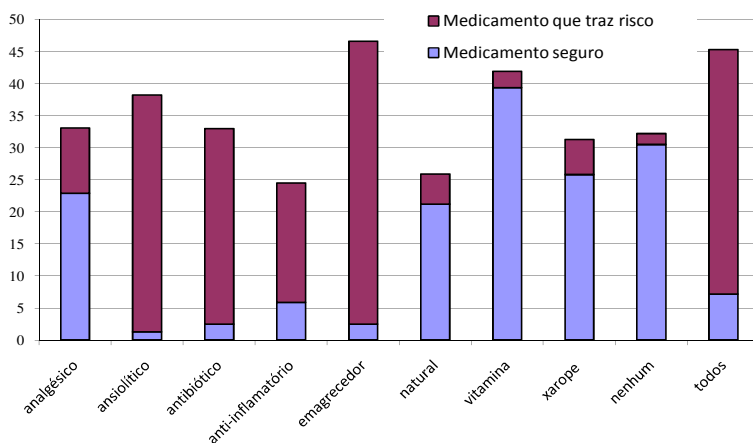


Figura 9: Frequência das respostas (%) sobre quais medicamentos são seguros e quais podem trazer riscos à saúde.

Rozemberg (1994) no Espírito Santo descreve que em 88% dos casos de "problemas de nervos" houve o consumo de pelo menos um medicamento de ação no Sistema Nervoso Central. Entre as prescrições de unidades de saúde pesquisadas por Santos e Nitrini (2004) em São Paulo, os antibióticos constavam em 21,3% e os

antimicrobianos foram utilizados por 6,3% da amostra populacional no Rio Grande do Sul estudada por Berquó et al., (2004).

A Tabela 10 mostra a percepção da população em estudo quanto ao risco do uso de medicamentos por gestantes. Mais de 80 % dos indivíduos disseram que alguns medicamentos não devem ser utilizados ou que é arriscado o seu uso no período gestacional. Um estudo publicado por Nordeng et al., (2009) na Noruega mostra que mais de 80% das mulheres gestantes haviam usado medicamentos durante a gravidez.

Tabela 10: Percepção de risco quanto ao uso de medicamentos durante a gravidez.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Alguns medicamentos não devem ser utilizados	438	43,9
É arriscado	430	43,1
É arriscado nos três primeiros meses	96	9,6
Não é arriscado	7	0,70
NS/NQR	26	2,6
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Cerca de um quarto dos entrevistados afirmaram que alteram a dose recomendada pelo médico, sendo que a modificação para doses maiores foi apontada por 17,9% deles. Mais de 70% dos entrevistados não souberam ou não quiseram responder a esta questão (Tabela 11).

Tabela 11: Comparativo entre as modificações da posologia determinada pelo médico.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim, em dose maior	178	17,8
Sim, em dose menor	72	7,2
Não	34	3,4
NS/NQR	713	71,6
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

A maioria dos entrevistados disse que costumam verificar o prazo de validade dos medicamentos conforme (Tabela 12) e 66,7% disseram não tomar medicamento com o prazo de validade vencido (Tabela 13).

Tabela 12: Percepção quanto ao prazo de validade do medicamento.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Sim	509	51,0
Às vezes	155	15,5
Não	97	9,7
NS/NQR	236	23,6
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Tabela 13: Atitude frente ao consumo de medicamento vencido.

	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Não tomo medicamento vencido	666	66,7
Não me lembro se já tomei	165	16,5
Sim, faço uso	89	8,9
Às vezes faço uso	58	5,8
NS/NQR	19	1,9
Total	997	100

NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

A questão aberta permitiu ao respondente descrever em qual local da sua casa os medicamentos eram armazenados. A análise das respostas foram enquadradas em 3 sub categorias pré estabelecidas na formulação da questão (Tabela 14).

Tabela 14: Locais da residência onde os entrevistados armazenam os medicamentos

Local	Frequência Absoluta	Frequência Relativa (%)
Caixa, armário e gaveta da, cozinha, guarda roupa ou banheiro	455	45,6
Alto e longe das crianças	31	3,2
Longe da umidade e arejado	29	3,0
NS/NQR	482	48,2
Total	997	100

Mais de 80 % dos entrevistados disseram não saber o que significava interação medicamentosa ou não quiseram responder. Dos que responderam que sabiam (184 indivíduos) 150 descreveram o significado. As respostas foram agrupadas conforme o Quadro 1 como sendo respostas aproximadas/completas e respostas incompletas,

quando comparadas com a definição dada por Oga e Basile, (1994). A maioria dos indivíduos definiu interação medicamentosa de maneira incompleta (Quadro 1).

Quadro 1: Conhecimento dos participantes sobre o significado de Interação Medicamentosa

Definição segundo Oga e Basile, (1994)	Interações medicamentosas são respostas farmacológicas, onde os efeitos de um ou mais medicamentos são alterados pela administração simultânea ou anterior de outros medicamentos, ou através da administração concorrente com alimentos.
Respostas aproximadas/completas (37,3%)	“a combinação de outros medicamentos, alimentos, bebidas e agentes químicos que pode interferir na ação do medicamento”
Respostas incompletas (51,3%)	“associação de medicamentos”
Respostas erradas/sem sentido (11,3 %)	“Colateral”, “organismo”, “associação”, “minha própria administração”, etc

Os achados descritos acima fornecem apenas uma visão geral daquilo que a maioria dos entrevistados apresentaram com suas respostas. Dando prosseguimento, analisaremos os resultados encontrados para cada grupo, acompanhados de discussões e hipóteses quando for possível.

Análise dos Grupos do Estudo

Antes de passar aos resultados encontrados em cada grupo cabe ressaltar que as relações encontradas e sugeridas pelos resultados aqui apresentados não pretendem ser considerações definitivas, ao contrário, a proposta do trabalho é fornecer subsídios para o levantamento de hipóteses que poderão ser discutidas e posteriormente testadas em estudos desenhados especificamente para se empregar ferramentas estatísticas e analíticas mais refinadas e apropriadas a cada tipo de análise requerida.

Fator preocupante foi a provável heterogeneidade dos participantes do estudo, preocupação confirmada ao longo das entrevistas. Desse tipo de situação decorre uma interação cognitiva diferenciada quando se aplica o mesmo questionário a pessoas com graus de escolaridade que vão do nenhum à pós-graduação. Assim, é desafiante propor questões que possam ser compreendidas de maneira adequada por todos aqueles que participam da entrevista. Mais do que isso, é aceitável que, mesmo sendo entendida a questão, esse entendimento nunca se dê da mesma forma em todos os participantes, tendo como resultado respostas coletadas que nem sempre se referem a uma perspectiva comum. Entretanto, este tipo de dificuldade é próprio do instrumento, e que, no caso específico da presente pesquisa, se ameniza ao se tratar de pessoas inseridas em um processo que visa o consumo de medicamentos.

É cômodo que o participante responda de forma a escolher respostas que representem uma característica socialmente desejável dentro da interação individual e social que fica estabelecida no momento, local e situação da entrevista. Porém, no caso específico dessa pesquisa, os participantes foram abordados em ambientes distintos. Estabeleceu-se uma condição onde o participante estava ao longo da entrevista em ambientes cercado por sentimentos como acolhimento, confiança e cuidado com a saúde e também em ambientes que não inspiravam tais sentimentos (grupo Outros).

Descrição da população

A Tabela 15 mostra o perfil dos entrevistados de cada grupo do estudo. O teste de Barlett revelou que a distribuição da idade das populações não é homogênea ($p=0,0405$), isto é, não representa uma distribuição normal. A análise não paramétrica (Mann-Whitney/Wilcoxon) mostrou que as idades médias das cinco populações foram significativamente diferentes ($p<0,05$) (Tabela 15). Não houve diferença estatística entre a idade dos residentes no Plano Piloto e nas Regiões Administrativas (Cidades-Satélites) entre as cinco populações do estudo ($p=0,0990$).

Tabela 15: Perfil de cada grupo^a dos entrevistados que responderam as questões do estudo de acordo com idade, sexo, renda familiar^b e escolaridade, em % de resposta.

Grupo	FD	PD	FH	PH	Outros
Idade, média de anos	29,4	34,8	28,1	32,5	30,2
Feminino, %	54,0	68,0	67,5	59,0	61,0
Renda					
Até R\$ 650,00	16,3	18,2	20,2	26,1	16,8
Entre R\$ 650,00 e 1.000,00, %	25,1	15,8	23,0	24,0	17,5
Entre R\$1.000,00 e 2.000,00, %	31,4	28,5	31,2	31,3	20,9
Mais que R\$ 2.000,00, %	27,2	37,5	25,6	18,6	44,8
Escolaridade					
Sem escolaridade/1º grau incompleto, %	3,5	3,3	2,7	19,4	5,0
Primeiro grau completo, %	1,4	2,3	3,7	8,0	4,0
Segundo grau completo/incompleto, %	49,6	35,4	38,2	38,8	28,4
Superior incompleto, %	34,9	47,8	32,7	22,4	33,4
Superior completo, %	9,8	6,2	19,0	7,8	19,9
Pós graduação, %	0,8	5,0	3,7	3,6	9,3

FD= funcionário de drogaria; PD= paciente de drogaria; FH= funcionário de hospital; PH= paciente de hospital. ^a percentual relativo aos indivíduos que responderam a questão; ^b. Em janeiro de 2008, o salário mínimo era de R\$ 380,00.

Em todos os grupos houve frequência para o sexo feminino, e esta pode ser uma variável confundidora no estudo. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) a população no Distrito Federal no ano de 2007 era de 2.606.885 habitantes. A carga exaustiva de trabalho e múltiplas funções desempenhadas pelas mulheres levam a vários sintomas e ao consumo de medicamentos desde idades

muito jovens (Mengue et al., 2001; Mengue et al, 2004; Giugliani e Silva, 2004). Mosegui et al (1999) encontraram uma média de quatro medicamentos consumidos por mulher, entre eles uma série de produtos inadequados para uso.

Cerca de um terço dos entrevistados nas drogarias e hospitais apresentam renda familiar entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00. Paciente de drogaria (PD) e indivíduos do grupo Outros (OT), foram os que apresentaram o menor percentual de indivíduos com menor renda e o maior com renda familiar acima de R\$ 2.000,00. A maior renda apresentada pelo grupo Outros pode representar um viés no estudo, possivelmente devido aos locais de abordagens feitas para esse grupo (supermercados, comércio, universidade). O grupo PH foi o que apresentou o menor percentual de indivíduos com renda familiar na faixa superior (18,6%).

Pode-se destacar que a maior frequência para a escolaridade de ensino médio completo está representada pelos funcionários de drogarias (49,6%). O fato de muitas drogarias trabalharem em regime exaustivo de atendimento e proporcionarem comissões salariais sobre as vendas de medicamentos provavelmente são fatores atrativos para que o balconista permaneça o máximo de tempo possível no local de trabalho e não destine uma parte do seu dia para cursar uma graduação, mesmo porque não se exige nível superior para as atividades desenvolvidas em uma drogaria exceto para o profissional farmacêutico. Mesmo assim, 34,9% dos funcionários de drogaria declararam ter curso superior incompleto e 9,8% têm a formação superior. No que se refere aos funcionários de hospitais 32,7% trás consigo o curso superior incompleto e ainda uma significativa parcela é provida de uma graduação completa. Os pacientes de drogarias são os que mais apresentam graduação incompleta (47,8%), ao passo que pacientes de hospitais são os que menos estão frequentando a graduação (22,4%). Alguns estudos no Brasil (Arrais et al., 1997; Lyra Jr et al., 2003; Daniel e Guarido, 2009) mostram uma relação crescente entre o consumo de medicamentos e o grau de formação dos usuários.

Importância do Farmacêutico

Consoante à importância do farmacêutico, procuramos saber como os indivíduos dos grupos percebiam a figura desse profissional no ambiente onde os medicamentos eram adquiridos, ou seja, no caso particular desse estudo, na drogaria. Quando perguntados se o farmacêutico estava presente na drogaria no momento em que

adquiriam a medicação, temos que em todos os grupos a resposta “às vezes” sobressai frente outras respostas. Os pacientes entrevistados em hospitais foram os que mais perceberam a ausência do profissional. Uma parcela considerável aponta que nunca percebeu a presença de um farmacêutico na drogaria. Essa informação foi mais marcante para dois grupos: FH (31,8%) e OT (31,4%) (Figura 10). Homens e mulheres percebem a presença ou ausência do farmacêutico de forma semelhante ($p = 0,5504$).

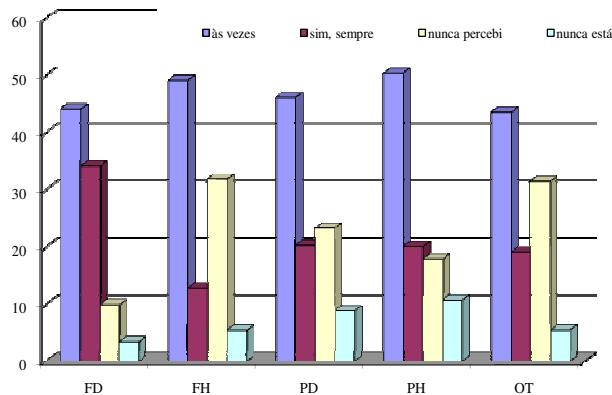


Figura 10: Frequência das respostas (%) sobre a percepção da presença do farmacêutico na drogaria. FD= funcionário de drogaria; PD= paciente de drogaria; FH= funcionário de hospital; PH= paciente de hospital; OT= outros

Como seria esperado, funcionários de drogaria (FD) são os que mais percebem a presença do farmacêutico nesse estabelecimento (Figura 10). Esse grupo percebe essa presença de forma diversa dos outros grupos ($p=0,0000$), com razão de frequência (RF) de 0,3631 (0,2175-0,6060) para aqueles que nunca perceberam e de 1,3743 (0,9012-2,0959) para aqueles que sempre perceberam a presença do farmacêutico.

Os funcionários de hospital e os indivíduos do grupo OT também percebem a presença do farmacêutico de forma diversa dos outros grupos ($p= 0,03080$ e $0,0111$, respectivamente). As diferenças de frequência da presença do farmacêutico entre as populações de paciente drogaria (PD) e paciente hospital (PH) e as demais populações não diferiu significativamente ($p=0,5277$ e $0,0747$, respectivamente).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2009) a população brasileira no ano de 2007 era de 183 987 291 habitantes e no Distrito Federal era de 2.606.885 habitantes. O Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2010) estimou que em 2008, o número de farmácias e drogarias no Brasil era de 72.480 e o número de farmacêuticos somava 122.915. No Distrito Federal, 1.993 farmacêuticos estavam inscritos no Conselho Regional de Farmácia em 2007 e a região possuía 1.635 farmácias e drogarias. Considerando que alguns profissionais no país não trabalham em farmácias e drogarias e uma relação de um farmacêutico por estabelecimento, existe uma farmácia/farmacêutico para cada 2.538 e 1.595 habitantes no Brasil e no DF, respectivamente. Estes números estão acima do recomendado pela OMS, uma farmácia para 8.000 a 10.000 habitantes (Zubioli, 1992).

As farmácias e drogarias desempenham um papel importante de ligação que integra a cadeia de produção e a utilização dos medicamentos. Sendo responsáveis pela dispensação e comercialização, a drogaria transformou-se em serviço substitutivo ao atendimento médico e à própria unidade de saúde (Barros, 1997). Paralelamente, esses estabelecimentos deixam de ser um simples estabelecimento comercial e transformam os medicamentos em fonte de saúde. As farmácias e drogarias estimulam a comercialização de medicamentos de maneira indiscriminada através da dispensação ao consumidor por balconistas despreparados, e a venda de medicamentos sem receita médica é mais significativa do que a dispensação prescrita.

A Figura 11 mostra todos os grupos em concordância sobre a orientação por parte do farmacêutico no momento da dispensação. Também concordam que é dever do profissional orientar quanto ao uso correto do medicamento. Os motivos que levam homens e mulheres a solicitarem orientação para o uso de medicamentos foram significativamente diferentes. Os homens não pedem orientação por acreditarem entender de medicamentos com maior frequência que as mulheres (diferença entre as frequências = 6,5% e $p= 0,0033$).

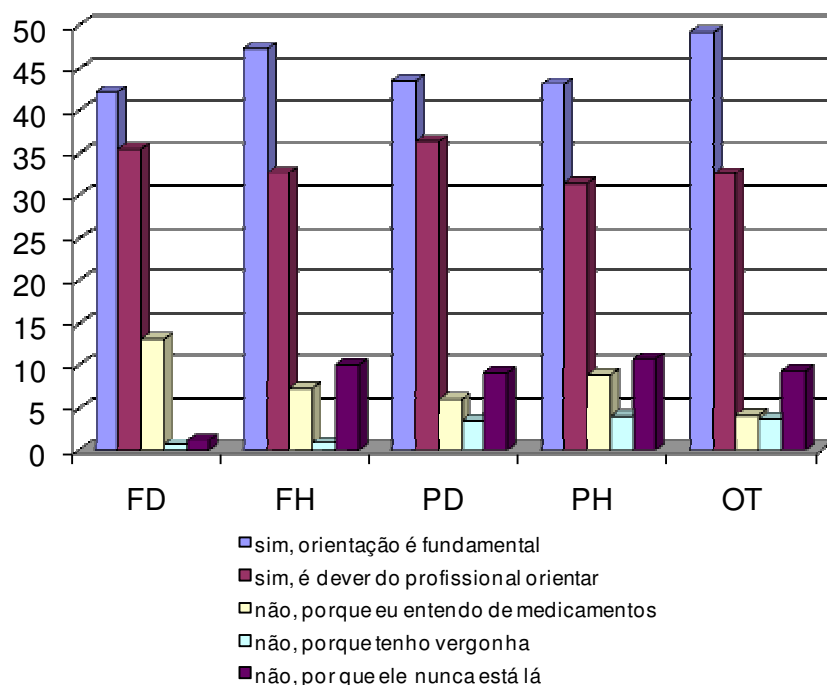


Figura 11: Frequência das respostas (%) sobre a atitude dos grupos em obter informações/orientações através do farmacêutico. FD= funcionário de drogaria; PD= paciente de drogaria; FH= funcionário de hospital; PH= paciente de hospital; OT= outros

Quanto à orientação do farmacêutico, inicialmente analisamos essa variável em dois grupos: (1) os que solicitavam e (2) os que não solicitavam a orientação. Foi considerado na análise o sexo como variável confundidora. Nenhuma das populações foi estatisticamente diferente ao nível de significância 0,05.

Considerando-se o sexo na análise da variável “orientação do farmacêutico” e as 5 respostas possíveis, não houve diferença significativa quanto a orientação do farmacêutico e as populações, exceto para a população funcionário drogaria (FD- $p=0,000$) (Tabela 16).

Tabela 16: Comportamento do grupo funcionário de drogaria (FD) frente à iniciativa em perguntar ao farmacêutico sobre medicamentos:

	p	RF
Não, porque entende de medicamentos (homens)	0,0010	2,337 (1,449-3,769)
Não, porque entende de medicamentos (mulheres)	0,4890	-
Não, porque o farmacêutico nunca está lá (mulheres)	-	n <5
Não, porque o farmacêutico nunca está lá (homens)	0,0380	0,1848 (0,0266-1,2827)

RF=Razão de Frequência

Estudo feito no DF por Siqueira e Sousa (2009) mostrou que 26% dos entrevistados procuram o farmacêutico ao irem à drogaria e 86% disseram saber que a presença do farmacêutico é obrigatória. A Lei nº 5.991, de 17 de Dezembro de 1973, no Capítulo IV que trata da Assistência e Responsabilidade Técnica, estabelece a obrigatoriedade da presença do técnico responsável durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento (Brasil, 1973).

Sobre o perfil do farmacêutico, a literatura traz recente pesquisa do profissional farmacêutico atuante em drogarias do Plano Piloto, Brasília – DF, onde 77% eram do sexo feminino, 70% estavam na faixa etária entre 20-25 anos, 30% tinham especialização, 31% participaram de atualizações profissionais através de congressos, simpósios e outros eventos, 100% dos entrevistados eram funcionários e não proprietários das drogarias onde trabalhavam, 92% disseram saber conceituar Atenção Farmacêutica e 86% disseram que o proprietário apóia essa prática (Sousa e Lima, 2009).

Outro estudo também realizado no Distrito Federal em 2008 aponta que 56 % dos clientes/pacientes entrevistados disseram que o tempo que o farmacêutico dispõe para esclarecer as dúvidas é insuficiente, 72% disseram que as dúvidas não são esclarecidas e 56% disseram que têm um farmacêutico acompanhando seu tratamento (Siqueira e Sousa, 2009).

Importância da Bula

Desde a regulamentação da profissão Farmacêutica no Brasil em 1931, a bula foi considerada pela primeira vez como um documento sanitário necessário para avaliação do registro do medicamento. A obrigatoriedade de inclusão da bula na embalagem de medicamentos é regulamentada pela Portaria 110/97 da ANVISA (Brasil, 1997) e constitui o principal material informativo fornecido aos usuários de medicamentos (Silva et al., 2000).

No presente estudo, a variável leitura da bula foi ordenada conforme a frequência de leitura da bula, considerando-se o valor numérico “1” para aqueles que nunca lêem a bula e “3” para aqueles que sempre lêem a bula; a frequência de leitura de bulas está em razão direta com o sexo feminino, segundo a relação $y=0,5396x-0,8370$. Para o sexo masculino a leitura da bula: $y= -0,5539x+0,6955$.

A Figura 12 mostra que existe frequência na leitura das bulas dos medicamentos por parte de todos os grupos entrevistados. A RDC n°. 47, de 8 de setembro de 2009 aponta direcionamentos distintos nos conteúdos das informações dispostas nas bulas para profissionais da saúde e para pacientes.

É muito comum balconistas lerem bulas, pois é ela sua única fonte de informação, principalmente relacionado à identificação do medicamento, informações técnicas e dizeres legais. Apesar de ser elaborada pela indústria farmacêutica é importante enfatizar que a bula não é um instrumento científico e é essencial que farmacêuticos busquem outras informações adicionais sobre medicamentos na literatura científica. Nesse estudo, o grupo que menos lê a bula são os pacientes de hospitais. Talvez a maior frequência dessa variável para esse grupo esteja relacionada com a confiança que os indivíduos depositam nas informações recebidas pelos médicos.

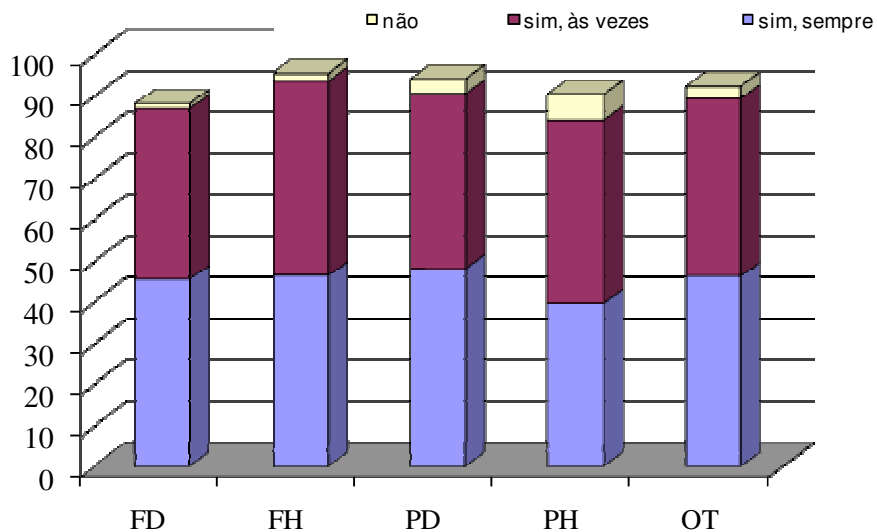


Figura 12. Atitude dos grupos quanto à frequência de leitura da bula dos medicamentos (%). FD= funcionário de drogaria; PD= paciente de drogaria; FH= funcionário de hospital; PH= paciente de hospital; OT= outros

A maioria dos funcionários de drogaria e de hospital disse ler todas as informações da bula, enquanto que somente 26% dos pacientes de hospitais dizem fazê-lo. Esses, porém, são os que mais se preocupam com a dosagem, contra indicações e reações adversas (Tabela 17).

Sobre o entendimento a respeito do conteúdo da bula, os funcionários de drogarias foram os que mais responderam que entendem bem, porém a maioria ainda considera entender um pouco. Mais de 70 % dos entrevistados dos outros grupos disseram entender pouco o conteúdo da bula (Tabela 18).

Tabela 17: Frequência das respostas (%) sobre as informações mais lidas na bula, em % da população.

	FD	FH	PD	PH	Outros	Total
Todas	52,1	50,5	46,3	26,0	44,3	44,0
Contra-indicações	15,3	11,6	15,7	21,2	20,8	17,2
Indicações	13,2	17,5	16,0	17,1	16,0	15,9
Dosagem / modo de usar	6,9	12,6	10,3	21,9	12,3	12,4
Reações adversas	4,9	6,8	6,0	7,5	3,3	5,5
Informações	1,4	0,97	3,3	2,7	1,4	2,2
Outras	1,4	0,0	1,3	0,0	1,4	0,99
Nenhuma	0,0	0,0	0,0	0,68	0,47	0,22
NS/NQR	4,9	0,0	1,0	2,7	0,0	1,6
Total	100	100	100	100	100	100

FD= funcionário de drogaria; PD= paciente de drogaria; FH= funcionário de hospital; PH= paciente de hospital. NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

Tabela 18. Frequência das respostas (%) sobre percepção acerca do entendimento do conteúdo da bula, em % da população

	FD	FH	PD	PH	Outros	Total
Entendo um pouco	55,6	71,8	73,0	71,9	67,0	68,5
Entendo bem	34,0	25,2	22,3	17,1	26,9	24,7
Não entendo	4,9	1,9	4,0	7,5	5,7	4,9
NS/NQR	5,6	0,97	0,67	3,42	0,47	1,9
Total	100	100	100	100	100	100

FD= funcionário de drogaria; PD= paciente de drogaria; FH= funcionário de hospital; PH= paciente de hospital. NS=Não souberam; NQR=Não quiseram responder

De acordo com a RDC n°. 47 de 2009, a bula para uso do paciente deve ter linguagem acessível, e organizar o texto em forma de perguntas e respostas com as informações sobre a identificação do medicamento, informações ao paciente e dizeres legais. Para os pacientes e consumidores, a bula é utilizada como fonte de informação (Silva et al., 2000) num processo educativo conforme o intento da Política Nacional de Medicamentos (Brasil, 1998) quando alerta sobre os riscos da automedicação, da interrupção do tratamento, bem como quanto à necessidade da prescrição, no tocante à dispensação de medicamentos tarjados.

O tamanho da letra foi o motivo alegado por cerca de 10% dos funcionários de hospitais para não lerem a bula, e 70% dos indivíduos desse grupo têm dificuldade em entender seu conteúdo. Os pacientes entrevistados nos hospitais, além de serem os que menos lêem a bula, são os que mais acham desnecessária sua leitura (Figura 13).

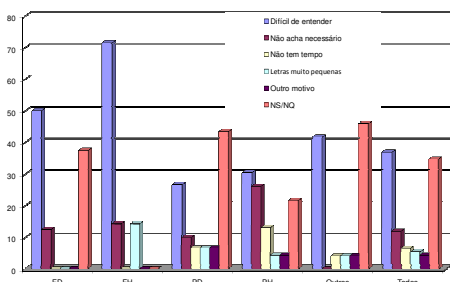


Figura 13: Frequência das respostas (%) sobre os motivos pelos quais as populações não lêem a bula dos medicamentos. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

É importante destacar que a RDC n.º. 47 de 2009 determinou que as bulas dos medicamentos devem apresentar texto com espaçamento entre letras de no mínimo 10%, e entre linhas de no mínimo doze pontos; e para destacar as perguntas e os itens de bula sugere caixa alta e negrito. Acrescenta também regras para a impressão de bulas em formato especial, em Braille, bem como orienta sobre a disposição de bulas em meio eletrônico, além de diferenciar o conteúdo e as prioridades para as bulas destinadas ao profissional de saúde e para os pacientes.

Segurança das Informações sobre o Medicamento

A informação no momento da dispensação é a continuidade de um processo multiprofissional que visa alcançar os objetivos para a implementação do uso racional de medicamentos. Consoante a essa importância, nesta etapa do estudo, procuramos verificar (1) a fonte de informações sobre os medicamentos, (2) confiança e satisfação nas informações recebidas e, (3) responsável por informar sobre o uso dos medicamentos.

O perfil de respostas dos funcionários de drogaria (FD) no que se refere à fonte de informações sobre os medicamentos foi diferente dos outros grupos do estudo. A razão de frequência de informações recebidas por FD de balconistas ou por médicos foi respectivamente, 1,6710 (1,2623-2,2131) e 0,4420 (0,3120-0,6263), ambos com $p=0,0000$. A Tabela 19 mostra que 24,3 % dos funcionários de drogaria afirmaram terem recebido informações sobre medicamentos do médico, enquanto esse percentual foi de 40-50 % para os outros grupos do estudo. Num estudo feito por Daniel e Guarido (2009) em Marília (SP), 83,7% dos participantes relataram ir ao médico regularmente, porém sem nenhum tipo de informação do médico quanto ao uso do medicamento. O grupo denominado funcionários de drogarias (FD) destacou que as informações foram fornecidas por colegas de profissão (30,3%) e por farmacêuticos (27,6%) (Tabela 19).

Tabela 19: Frequência das respostas (%) sobre as fontes de acesso às informações sobre medicamentos

	FD	FH	PD	PH	Outros
Médico	24,3	49,1	43,9	50,3	41,9
Balconista	30,3	18,2	18,2	15,4	19,9
Farmacêutico	27,6	12,7	23	16	18,2
Outras pessoas	11,2	4,5	8,8	7,7	8,9
Representantes	8,6	6,4	1,8	1,8	2,5
Enfermeiro	3,3	7,3	4,8	4,1	3,4
Jornal, televisão, revistas	5,3	11,8	8,5	5,9	8,9
Internet	5,3	2,7	3,6	3,6	4,7
Não lembra	3,3	2,7	4,2	1,8	5,1

FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

A variável “confiança nas informações recebidas” para as cinco populações apontou $p=0,1353$, o que mostra que todos os grupos têm atitudes semelhantes quanto a confiar nas informações que receberam (ver Tabela 6).

O funcionário de drogaria quando comparado as demais populações sente-se muito satisfeito com as informações recebidas de acordo com a razão de frequência 1,3551 (1,0012-1,8339), $p=0,0472$. A razão da frequência daqueles que não se sentem satisfeitos foi de 0,2821 (0,0722-1,1020), $p=0,039$. Como o limite superior ultrapassou o valor 1, não podemos relacionar a não satisfação nas informações com a população de funcionário de drogaria (FD).

No Distrito Federal um estudo em 2008 mostrou que por falta de informações 24% dos pacientes abandonaram o tratamento, 23% tomaram o medicamento errado e 25% tiveram dúvidas quanto ao tratamento terapêutico (Siqueira e Sousa, 2009). Baos (1999) adverte que as poucas informações transmitidas pelo médico ao paciente,

inclusive sobre reações adversas, influenciam na adesão ao tratamento ou no abandono do mesmo.

Referindo-se a quem é atribuída a responsabilidade por informar a população sobre o uso de medicamentos, cerca da metade dos indivíduos dos grupos de drogaria disseram que esse papel cabe ao farmacêutico, enquanto que mais da metade daqueles dos grupos de hospitais e de outros concordam que essa é uma atribuição do médico (Tabela 20). Não houve diferença estatística, porém, entre as respostas a esta questão entre os cinco grupos avaliados ($p=0,1705$).

Tabela 20. Frequência das respostas (%) sobre o principal responsável por informar a população sobre o uso de medicamentos.

	FD	FH	PD	PH	Outros
Médico	46,7	59,1	43,3	54,4	53,4
Farmacêutico	49,3	48,2	52,7	35,5	48,3
Governo	9,2	9,1	9,7	14,2	11,4
Balconista	7,2	1,8	3,6	2,4	4,2
Meios de comunicação	6,6	3,6	10	11,2	10,2
Enfermeiro	2,6	4,5	2,1	1,2	2,1
Outros	0,7	1,8	0,9	0,6	0,8

FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

No tocante a esse assunto cabe destacar a Portaria do Ministério da Saúde nº 3.916, de 30 de Outubro de 1998 que esclarece sobre a dispensação de medicamentos:

“é o ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos a um paciente, geralmente como resposta a apresentação de uma receita elaborada por um profissional autorizado. Neste ato o farmacêutico informa e orienta o paciente sobre o uso adequado do medicamento. São elementos importantes da orientação, entre outros, a

ênfase no cumprimento da dosagem, a influência dos alimentos, a interação com outros medicamentos, o reconhecimento de reações adversas potenciais e as condições de conservação dos produtos”.

A dispensação é o momento em que o farmacêutico interage diretamente com o usuário, no âmbito da atenção farmacêutica, por meio da orientação sobre o uso correto do medicamento e esclarecendo eventuais dúvidas.

Prescrição Médica

A prescrição médica é um instrumento de comunicação entre médico/paciente e médico/profissionais de saúde, devendo conter o máximo de informações possíveis para que ocorra compreensão de modo a favorecer o entendimento daqueles que a manuseiam (Brasil, 1973). A prescrição envolve as características próprias de cada usuário, onde o prescritor médico ou dentista, após avaliar as necessidades de um indivíduo, determina o medicamento, a dose e a duração do tratamento. Em geral, esse ato é expresso mediante a elaboração de uma receita médica, um documento técnico-legal que, necessariamente, implica na aquisição de medicamento seguro e eficaz, devendo ser inteligível e legível (Brasil, 1998).

O resultado apresentado na Figura 14 mostra que nesse estudo, de uma maneira geral, todos os grupos admitem comprar medicamentos sem receita médica esporadicamente sendo que há frequência significativa de todos os grupos para a compra de remédios sem prescrição médica “na maioria das vezes”. Casos específicos ocorreram para paciente de hospital que teve a maior frequência para a resposta “nunca compra medicamento sem receita”, para funcionário de drogaria que teve a maior frequência para a resposta “sempre compra medicamento sem receita”. Esse resultado já era esperado pela fácil acessibilidade aos medicamentos que eles têm.

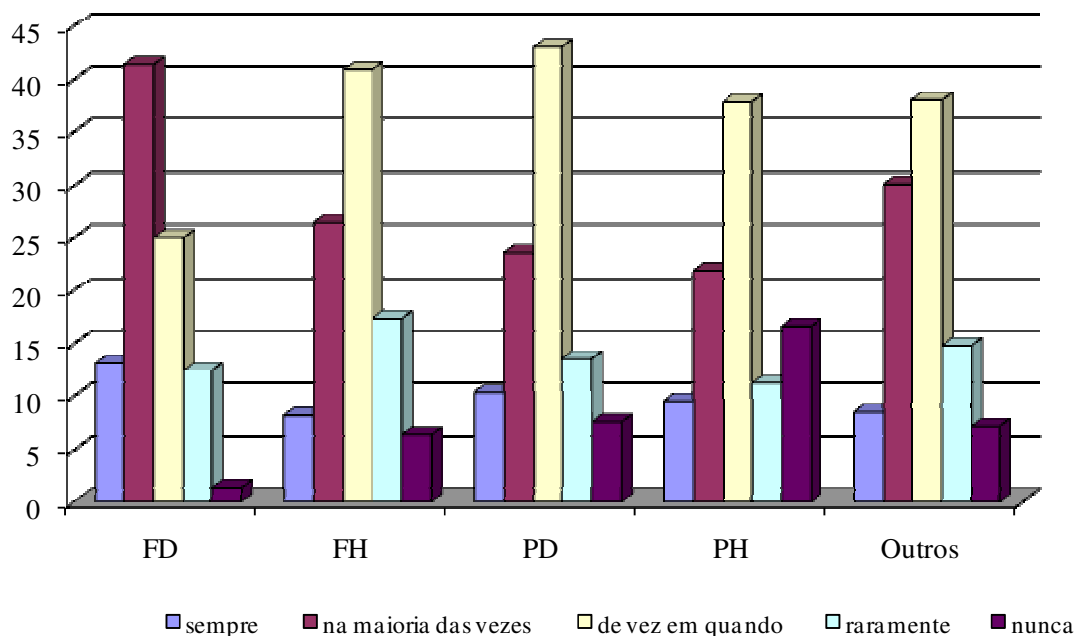


Figura 14: Frequência das respostas (%) a respeito da aquisição de medicamentos sem receita médica. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

A frequência do uso de medicamentos sem receita médica foi diferente entre as cinco populações ($p=0,0000$). Na análise isolada para cada população, a frequência do uso de medicamentos sem receita médica estatisticamente diferente dos outros grupos somente para funcionários de drogaria, com RF de 0,5845 (0,4053-0,8430); $p=0,0031$ e paciente de hospital, com RF de 1,6304 (1,2383-2,1466); $p=0,0005$.

A fim de verificarmos se o uso sem receita médica cresce de acordo com a população estudada, as respostas foram ordenadas de um a cinco, considerando-se “1” o uso “sempre sem receita médica” e “5” para aqueles que responderam “nunca”. O uso de medicamentos sem receita médica aumenta de acordo com a frequência da população de pacientes hospital, segundo a relação $y=0,2353x - 2,2761$ ($p=0,0033$) e decresce com o aumento da frequência de funcionários drogaria, segundo a relação $y=-0,4198x - 0,6511$ ($p=0,000$).

A Tabela 21 mostra que ao adquirirem medicamentos sem receita médica, todos os grupos e em sua maioria optam por algum medicamento que já tenha sido usado no passado. Vilarino et al., (1998) mostrou que o consumo de medicamentos ocorre por

meio da reutilização de prescrições antigas, favorecendo o uso irracional. A experiência anterior com o medicamento também lidera as motivações para o uso sem receita no estudo publicado por Adamo e Necchi (1991). De acordo com Barros (1995), pelo menos 35% dos medicamentos no Brasil, são adquiridos por automedicação, sendo comum a reutilização de receitas. Simões e Farache (1988) em estudo em Araraquara, SP, observaram que a forma de automedicação mais encontrada pela população estudada foi pelo uso de receitas antigas.

Tabela 21: Frequência das respostas (%) sobre a maneira pela qual o entrevistado compra o medicamento sem prescrição médica.

	FD	FH	PD	PH	Outros	Total
Usou no passado	41,3	52,4	43,6	49,6	52,0	47,2
Indicado pelo farmacêutico	26,0	12,6	19,3	12,1	15,5	17,6
Indicado por outros	6,7	18,4	16,7	19,9	13,7	15,0
Indicado pelo balconista	15,3	9,7	13,1	11,4	9,6	12,0
Viu em propaganda	0,0	2,9	3,9	2,84	2,7	2,7
NS/NQR	10,7	3,9	3,3	4,26	6,4	5,4
Total	100	100	100	100	100	100

NS= não sabe; NQR = Não quis responder. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

Leite et al., (2008) citam que uma das formas mais relatadas pelos usuários de "indicação" do medicamento para sua utilização é uma prescrição médica para um episódio anterior, com 47% das prescrições atendidas em farmácias na Argentina.

A aquisição de medicamentos sem receita médica pode ser influenciada por fatores como a condição econômica limitante para consultas médicas, a propaganda da mídia que pode incentivar o uso e direciona o usuário a procurar uma farmácia ou drogaria ao serviço de saúde e aconselhamentos com parentes e vizinhos.

No presente estudo, entre 40 e 53% dos indivíduos disseram comprar sem receita médica pelo uso no passado, sendo a principal causa indicada pela maioria dos funcionários de hospital (FH). A indicação do medicamento pelo farmacêutico foi apontada por 26 % dos funcionários de drogaria, o maior percentual nessa opção entre todos os grupos avaliados.

Um estudo qualitativo feito no estado do Mato Grosso por Andrade e Pinho (2008) traz depoimentos acerca desse assunto:

“Uma vez eu senti uma dor de garganta, eu procurei o médico e ele me orientou, aí eu comprei o remédio certo né. E sempre que me dá aquela dor de garganta novamente eu vou e compro o mesmo remédio, porque aí eu já gravei o nome, eu já sei né o que que é...”

“Eu sempre guardo os medicamentos que o médico passou, e quando sinto a dor de novo aí eu vou e repito outra dose de novo”.

Medicamentos indicados por balconistas foram relatados com maiores frequências para o grupo funcionário e paciente de drogaria. Funcionários (FH) e pacientes de hospitais (PH) foram os que mais adquirem medicamentos indicados por outras pessoas. Nesse contexto, os balconistas atuam como verdadeiros prescritores e agem favorecendo o uso inadequado dos medicamentos (Barros, 1997). No Distrito Federal em 2008, 86% dos clientes entrevistados disseram que buscariam orientação com o balconista se não encontrassem o farmacêutico e 67% não souberam responder o que era atenção farmacêutica (Siqueira e Sousa, 2009).

Vários autores já verificaram diferentes situações que envolvem a automedicação, onde as mais citadas foram aquelas feitas por indicação de amigos, parentes, vizinhos e balconistas de farmácias (Rozemberg, 1994; Mosegui et al., 1999; Oshiro e Castro, 2002; Berquo et al., 2004).

A Comissão Parlamentar de Inquérito dos Medicamentos em 2000 apresentou dados onde os medicamentos sob prescrição são vendidos, frequentemente, sem apresentação de receita médica. Esses medicamentos representam a maior fatia do

mercado farmacêutico nacional com cerca de 92% do faturamento total e de 88% das unidades vendidas (Brasil, 2000).

A maioria dos agravos relacionados ao uso de medicamentos ocorre devido às perspectivas e indução ao consumo originado e sustentado pelo modelo de percepção e comercialização vigente no país. No entanto, falhas no tratamento farmacoterapêutico também comprometem seu uso adequado: automedicação, não adesão à terapia medicamentosa, armazenamento incorreto dos produtos, não observância dos efeitos adversos ou falha terapêutica. (Leite e Cordeiro, 2008).

Dos medicamentos adquiridos sem receita, a Tabela 22 mostra que funcionários e pacientes de drogarias representam os grupos que mais admitem a compra de “qualquer tipo de medicamento”, isso se justifica pela facilidade em obtê-los. Os demais grupos entrevistados optam por fazerem aquisições dos medicamentos OTC. Paciente de hospital foi o que mais adquiriu essa classe de medicamentos com frequência de 40,4% provavelmente por dois fatores associados; o primeiro, pela percepção que são seguros para uso na automedicação, uma vez que são classificados com tal; e o segundo, que esse tipo de usuário de medicamento é fiel à prescrição médica.

Tabela 22: Frequência das respostas (%) sobre a classe de medicamentos adquiridos sem prescrição médica.

	FD	FH	PD	PH	Outros	Total
Qualquer medicamento	37,3	32,0	35,1	29,8	29,7	33,0
OTC	26,0	33,0	28,8	40,4	36,1	32,4
Fitoterápico	14,0	12,6	14,1	13,5	11,0	13,1
Outros	10,0	10,7	12,5	7,8	11,4	10,9
NS/NQR	12,7	11,6	9,5	8,5	11,89	10,7
Total	100	100	100	100	100	100

NS= não sabe; NQR = Não quis responder. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

A automedicação pode ser praticada de diversas maneiras: aquisição de medicamentos sem receita, compartilhamento de medicamentos com outros membros da família/amigos, utilização de medicamentos considerados sobras de prescrições antigas, reutilização de receitas antigas e descumprimento da prescrição médica, prolongamento ou interrupção precoce da dosagem e do período de tempo indicados na receita. Os prejuízos mais frequentes decorrentes da automedicação incluem, entre outros, gastos supérfluos, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequada, reações adversas ou alérgicas, e intoxicação (Paulo e Zanine, 1988).

Todos os grupos afirmam que quando se esquecem de tomar um medicamento no horário marcado, o fazem no momento em que lembram e depois no próximo horário marcado, conforme mostra a Figura 15. Não houve diferença estatística quanto aos hábitos de horário para o uso de medicamentos entre as cinco populações do estudo ($p=0,5760$).

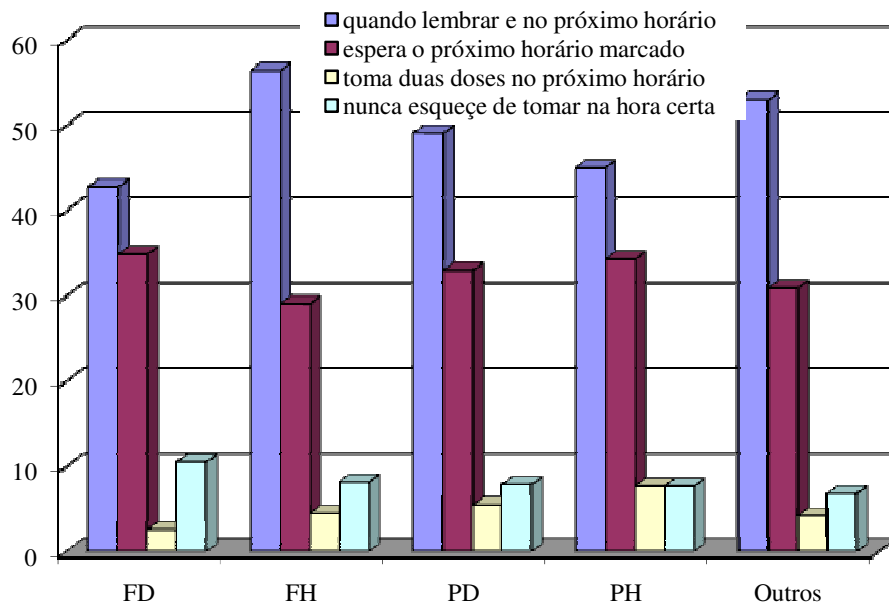


Figura 15: Frequência das respostas (%) sobre a atitude exercida mediante esquecimento em tomar o medicamento no horário prescrito pelo médico. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

Não houve divergência quanto à atitude em casos de reação adversa aos medicamentos entre as diversas populações do estudo ($p=0,4454$). As ações escolhidas por todos os grupos entrevistados estão na Tabela 23. No momento em que o uso de um medicamento traz um desconforto fisiológico ou um evento adverso, as principais práticas são: falar com o médico ou com outro profissional da saúde, cessar o uso do medicamento e ler a bula. De 17 a 19,4 % dos entrevistados em todos os grupos afirmaram nunca ter sentido mal estar com o uso de medicamentos. Alguns efeitos adversos podem ser mascarados, enquanto outros se confundem com os da doença que motivou o consumo e criam novos problemas (Paulo e Zanine, 1988).

Tabela 23: Frequência das respostas (%) sobre as práticas tomadas frente ao uso de um medicamento que fez mal.

	FD	FH	PD	PH	Outros
Fala com médico/outro profissional	26,3	35,5	37,0	29	37,7
Pára de tomar o medicamento	28,3	31,8	33,3	31,4	27,1
Lê a bula	24,3	23,6	19,4	17,8	18,2
Nunca se sentiu mal	17,8	17,3	19,4	17,2	18,6
Fala com o balconista	6,6	0,9	4,2	4,1	3,4
Não presta atenção	2,6	0,9	2,1	4,1	5,1

NS= não sabe; NQR = Não quis responder. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

Percepção de Risco

Conforme comentado anteriormente as variáveis que enquadram essa categorização procuram buscar enfoques que possibilitem incorporar manifestações sociais sobre o conceito de percepção de risco. As variáveis escolhidas para caracterizar a percepção de risco foram as seguintes questões:

- a) Você indica ou já indicou medicamento para outras pessoas?
- b) Quais os medicamentos que você considera seguros para a saúde?

- c) Quais medicamentos que você considera que trazem riscos à saúde?
- d) O uso de medicamentos durante a gravidez é arriscado?
- e) Já tomou medicamento em quantidade diferente da recomendação médica?
- f) Costuma verificar o prazo de validade dos medicamentos?
- g) Faz uso de medicamento com o prazo de validade vencido?

Araujo e Günther (2009) mencionam uma obra publicada em 1982 com o título *Risk and culture: an essay on the selection of technical and environmental dangers*, e que ficou conhecido como teoria cultural dos riscos na qual “os processos culturais e as formas de organização de uma sociedade seriam fatores mais significativos, na percepção dos riscos e na identificação das situações de perigo por membros dessa comunidade, do que os perigos objetivos a serem identificados em tais sociedades”.

Os comportamentos são associados às representações, formadas pela interação entre pessoas, diferindo de uma simples perspectiva cognitiva (Fonseca et al., 2007). Estas representações são mediadas por um complexo cultural que influencia a maneira pela qual os indivíduos percebem o risco, podendo levá-los a ações específicas, entre as quais a de ignorar sua probabilidade de ocorrência. (Douglas, 1985; Fonseca et al., 2007).

Consoante a essa abordagem comportamental verificamos neste estudo que a prática de indicar medicamento para outras pessoas é praticada por todos os grupos, com ligeiro destaque para os funcionários de drogarias onde com a frequência de 71,7% conforme se observa na Tabela 24. Estatisticamente, os FD e os PH se comportaram de maneira diferente aos outros grupos na prática de indicarem medicamento. O grupo FD não está associada com a não indicação de medicamentos, segundo a $RF= 0,5845 (0,4053-0,8430)$, $p=0,0031$. De modo contrário, aqueles que não indicam medicamento na população de PH são 1,63 vezes maior do que aqueles que indicam, com $RF=1,6304 (1,2383-2,1466)$, $p=0,0005$.

Tabela 24: Frequência de respostas (%) dos grupos quanto à prática de indicarem medicamentos para outras pessoas

	FD	FH	PD	PH	Outros
Sim	71,7	63,6	65,8	53,3	65,7
Não	21,7	31,8	33,3	45	33,1
NS/NQR	6,6	4,6	0,9	1,7	1,2
Total	100	100	100	100	100

NS= não sabe; NQR = Não quis responder. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

Os questionamentos: “*Quais medicamentos você acha que não fazem mal à saúde?*” e “*Quais medicamentos você acha que podem fazer mal à saúde?*” foram elaborados de modo a criar um alicerce para as hipóteses que deram início à idéia central da pesquisa.

Foi considerado como alta percepção de risco à saúde com relação ao uso de medicamento aqueles que responderam que “*todos*” os medicamentos podem fazer mal a saúde. Uma baixa percepção de risco significa que o indivíduo considerou que “*nenhum*” medicamento faz mal, ou seja, traz risco à saúde. Quando essas duas respostas foram consideradas em relação às populações em estudo, houve diferença significativa entre as populações que responderam que todos os medicamentos podem fazer mal a saúde ($p=0,0063$), mas não houve diferença significativa para aqueles que responderam que nenhum faz mal a saúde ($p=0,1318$).

As Figuras 16 a 20 mostram a frequência de quais medicamentos trazem riscos e quais são seguros indivíduos dos grupos do estudo. As percepções de risco para cada grupo do estudo com relação a cada classe de medicamento foram avaliadas para se identificar diferenças significativas. Somente foram discutidos os casos onde essa diferença foi detectada ($p<0,05$). A Figura 16 mostra a frequência de quais medicamentos trazem riscos e quais são seguros para a saúde pelos funcionários de drogaria. Consideram seguros para a saúde as vitaminas (30,9%), nenhum (29,6%) e fitoterápicos (21,1%) e consideram de maiores riscos: todos os medicamentos (38,2%), emagrecedores (34,2%), ansiolíticos (28,9%) e antibióticos (26,3%).

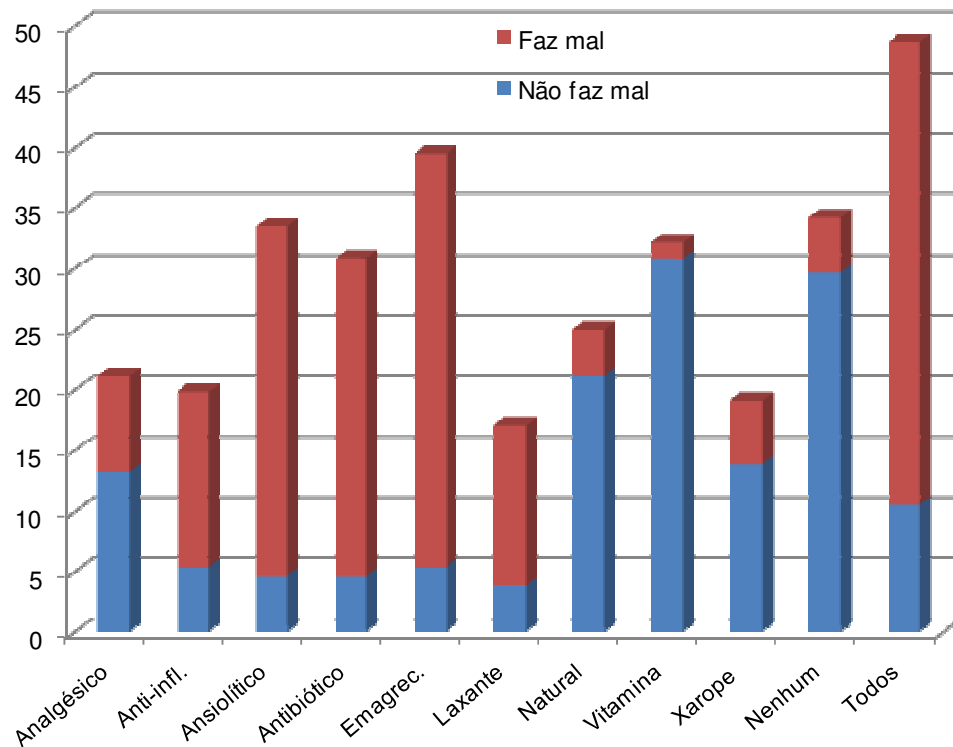


Figura 16: Frequência das respostas (%) sobre quais medicamentos trazem riscos para a saúde e quais são seguros na opinião do grupo funcionário de drogaria (FD).

A Figura 17 mostra a frequência de quais medicamentos trazem riscos e quais são seguros pelos funcionários de hospital. Consideram seguros para a saúde: nenhum (26,4%), fitoterápicos (19,1%) e analgésicos (14,5%) e consideram de maiores riscos: todos (40%) ansiolíticos (33,6%), emagrecedores (28,2%), e antibióticos (23,6%).

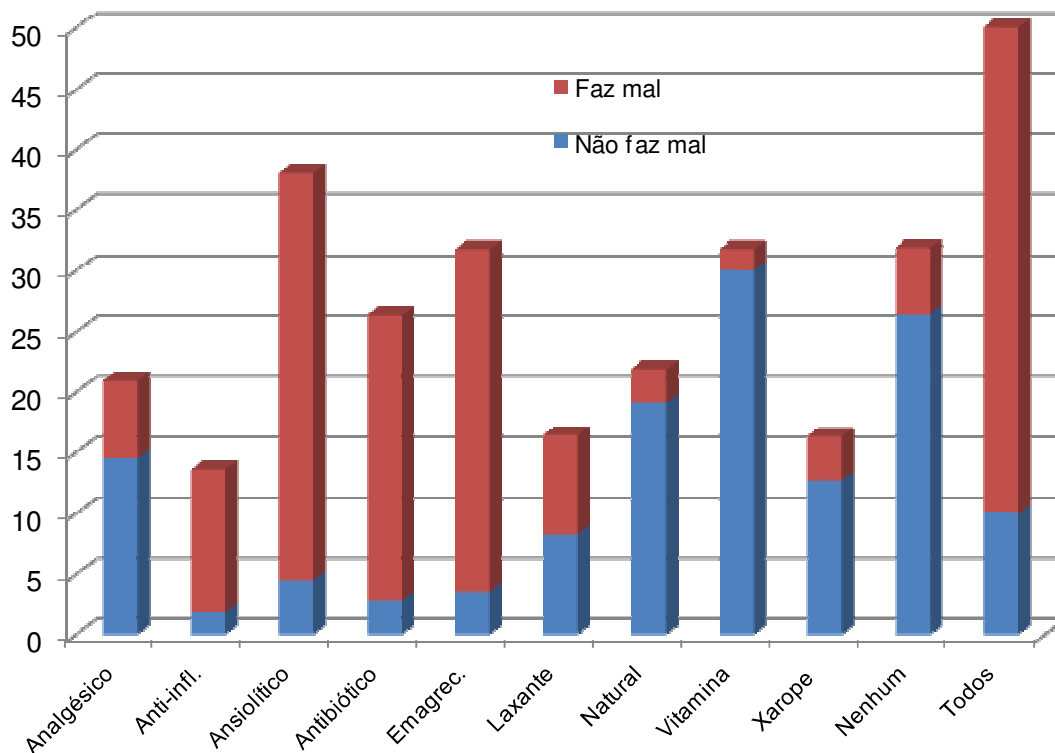


Figura 17: Frequência das respostas (%) sobre quais medicamentos trazem riscos para a saúde e quais são seguros na opinião do grupo funcionário de hospital (FH).

Os funcionários de hospital consideram que os emagrecedores (RF= 0,6291 (0,4237-0,9341), $p=0,0193$) e laxantes (RF=0,5032 (0,2602-0,9729), $p=0,02328$) são mais seguros para a saúde que os outros grupos avaliados.

A Figura 18 mostra a frequência de quais medicamentos trazem riscos e quais são seguros pelos pacientes/clientes de drogaria. Consideram seguros para a saúde as vitaminas (32,4%), nenhum (24,2%) e fitoterápicos (19,4%) e consideram de maiores riscos: todos (43,9%), emagrecedores (40,3%), ansiolíticos (30,6%) e antibióticos (24,8%).

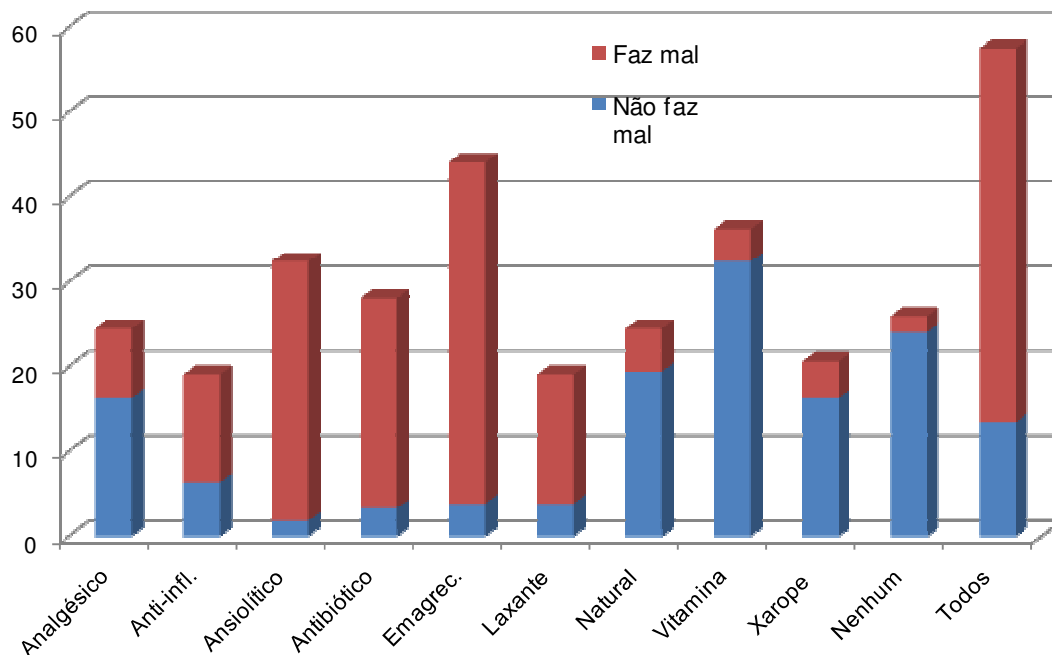


Figura 18: Frequência das respostas (%) sobre quais medicamentos trazem riscos para a saúde e quais são seguros na opinião do grupo paciente/cliente de drogaria (PD).

A Figura 19 mostra a frequência de quais medicamentos trazem riscos e quais são seguros pelos pacientes entrevistados em hospital. Consideram seguros para a saúde as vitaminas (33,1%), fitoterápicos (23,7%) e xaropes (23,1%) e consideram de maiores riscos: ansiolíticos (37,9%), emagrecedores (37,3%), todos (26,6%) e antibióticos (26%).

A Figura 20 mostra a frequência de quais medicamentos trazem riscos e quais são seguros pelo grupo outros. Consideram seguros para a saúde: vitaminas (39,4%), nenhum (30,5%), xaropes (25,8%) e analgésicos (22,9%) e consideram de maiores riscos: todos (38,1%) ansiolíticos (36,9%), emagrecedores (44,1%), e antibióticos (30,5%).

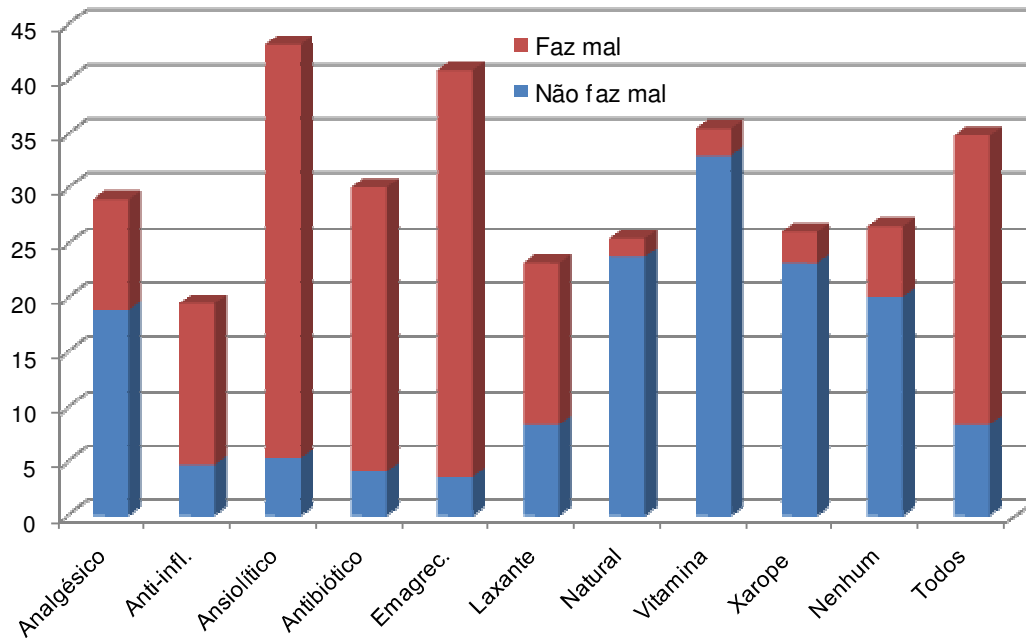


Figura 19: Frequência das respostas (%) sobre quais medicamentos trazem riscos para a saúde e quais são seguros na opinião do grupo paciente de hospital (PH).

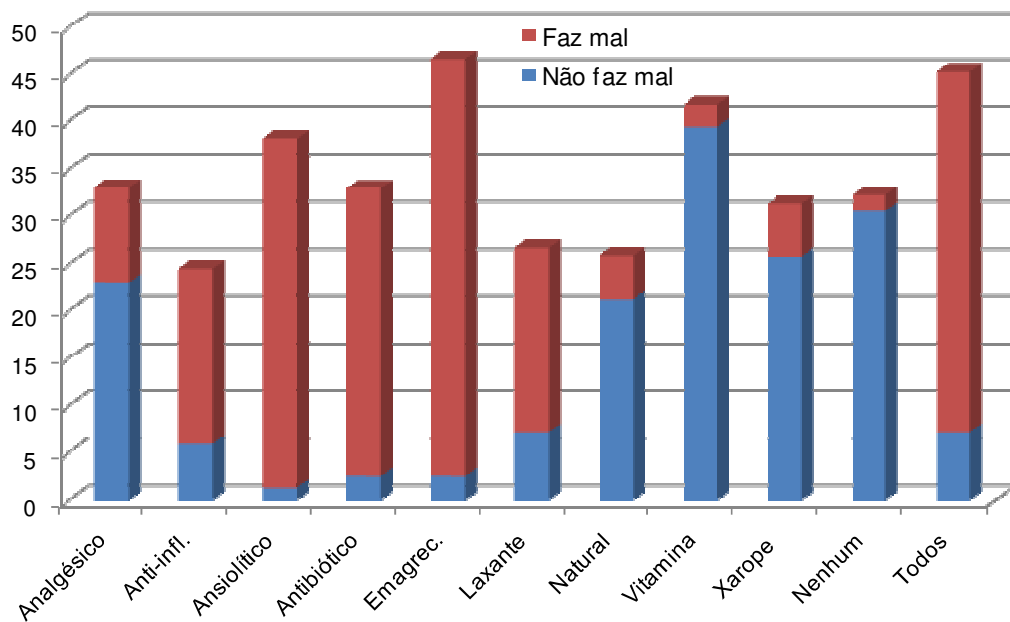


Figura 20: Frequência das respostas (%) sobre quais medicamentos trazem riscos para a saúde e quais são seguros na opinião do grupo outros (OT).

O grupo Outros considera que os analgésicos (RF=1,6304 (1,2383-2,1466), p=0,0154), as vitaminas (RF=1,2794 (1,0209-1,6033), p= 0,0338) e os xaropes (RF=1,4902 (1,1668-1,9032). P=0,002) são mais seguros para a saúde do que os outros grupos da população. Esse grupo também considera que os emagrecedores (RF= 1,2631 (1,0105-1,5787), p=0,041), laxantes (1,3671 (1,0423-1,7931), p=0,0287) e anti-inflamatórios (RF= 1,3358 (1,0130-1,7613), p=0,0466) são menos seguros para a saúde que os outros grupos avaliados.

Todos os grupos concordaram que durante o período gestacional alguns medicamentos não devem ser usados e que é arriscado tal procedimento (Tabela 25). Não houve diferença estatística quanto à percepção de risco para uso de medicamentos na gestação entre as diferentes populações analisadas (p=0,1426).

Tabela 25: Frequência das respostas (%) sobre a percepção de risco do uso de medicamentos durante a gravidez.

	FD	FH	PD	PH	Outros
É arriscado	48,7	44,5	44,8	45,6	48,7
É arriscado nos três primeiros meses	8,6	14,5	13,9	10,7	8,1
Alguns medicamentos não devem ser utilizados	42,1	45,5	46,4	38,5	44,9
Não é arriscado	0	0	0,6	2,4	0,4

FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

As respostas dos entrevistados mostram que todos os grupos modificam em alguma proporção a dose do medicamento prescrita pelo médico, não havendo diferença significativa de comportamento entre eles (p= 0,5940). A Tabela 26 indica que, para todos os grupos, a maior frequência de resposta foi a alteração da dose acima daquela recomendada pelo médico. No entanto, a maioria dos participantes disse não alterar a dose prescrita. O entendimento da prescrição pelo paciente é fundamental, pois se este

apresentar dúvidas com relação ao que foi prescrito irá sentir-se desmotivado com o tratamento, podendo alterar a prescrição segundo seu critério ou até deixar de realizá-la (Carvalho et al., 1999).

A literatura mostra que, além de as pessoas usarem medicamentos em excesso, esse consumo ocorre independentemente da prescrição médica, num ato involuntário e até mesmo voluntário (Acurcio e Guimarães, 1999; Teixeira e Lefèvre, 2001). Esses resultados corroboram aqueles encontrados no presente estudo.

Tabela 26: Frequência das respostas (%) sobre o comportamento quanto a modificar a dose prescrita pelo médico.

	FD	FH	PD	PH	Outros
Sim, em dose maior	17,8	20,9	18,8	21,3	18,2
Sim, em dose menor	5,3	8,2	7,9	8,9	8,1
Não alteram a dose	70,4	70,0	71,5	65,1	72,5

FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

A análise de conteúdo para essa questão permitiu agrupar as respostas de acordo com palavras-chave pré estabelecidas na formulação do questionário (Quadro 2).

Quadro 2: Motivo pelo qual a dose prescrita era alterada pelo usuário participante do estudo.

	Porque tomava dose maior	Porque tomava dose menor
	Para melhorar rápido; sabia do	
Funcionário drogaria	risco que estava correndo	Pensou que funcionava
	A dor não passava; não estava	A dose era muito alta;
Paciente drogaria	fazendo efeito	náuseas
	Para ter efeito mais rápido; a dor	Passou mal; na bula estava
Funcionário hospital	demorava passar	menor
	A dose recomendada não fazia	Medo de fazer mal; gosto
Paciente hospital	efeito; para ter efeito mais rápido	amargo
	Falta de informação; para ter efeito	Pára quando se sente melhor;
Outros	mais rápido	achou dose muito alta

A outra questão abordando a percepção de risco estava relacionada à atenção em verificar o prazo de validade dos medicamentos e se havia consumo de medicamentos vencidos. Todos os grupos afirmaram que verificam costumeiramente o prazo de validade dos medicamentos e não consomem medicamento com o prazo de validade expirado. A frequência daqueles que já tomaram medicamentos fora do prazo de validade está associada ao grupo de funcionário drogaria (RF=2,2037, 1,5460-3,1411; p=0,000), e decresce com o aumento da frequência de paciente hospital (RF=0,3755, 0,1713-0,8235). Quase 18 % dos indivíduos do grupo funcionário de drogaria usam medicamentos fora do prazo de validade. Essa prática é comum em alguns estabelecimentos, uma vez que a maioria dos medicamentos que vencem nas prateleiras não são trocados por mercadorias novas. Antes de serem entregues à Vigilância Sanitária local, os medicamentos vencidos passam por uma verdadeira disputa entre os funcionários das drogarias que selecionam aqueles que, provavelmente, eles e as suas famílias farão uso, mesmo estando fora do prazo de validade. Cabe destacar que nas drogarias informatizadas e de grandes redes, devido ao rigoroso controle de estoque essa prática é menos provável. Para os outros grupos, o uso de medicamentos vencidos talvez seja justificado pela desatenção e falta de hábito em verificar a data de validade.

A Tabela 27 traz importantes informações sobre a percepção de risco, acima de tudo, por se tratar da segurança familiar. Essa questão aberta abordou o local da casa onde os medicamentos eram armazenados e permitiu identificar os cuidados que os entrevistados reservam com os medicamentos.

Tabela 27: Frequência das respostas (%) sobre local da residência onde os entrevistados armazenam os medicamentos.

	FD	FH	PD	PH	Outros
Armário, gaveta, cozinha, guarda roupa, banheiro	70,2	72,9	79,3	83,1	79,0
Alto e longe das crianças	15	16,2	14	7,9	12,2
Longe da umidade e local arejado	8,1	2,2	5,6	0	2

FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

Mais de 70 % dos entrevistados em todos os grupos afirmarem que os locais onde guardam os medicamentos são, principalmente, armários e gavetas da cozinha, guarda roupa e banheiro. Esses resultados mostram pouca percepção de risco da população do estudo. Guardar medicamentos em casa induz à automedicação e este fator pode representar um agravante na possibilidade de ocorrência de interação medicamentosa principalmente com os medicamentos de venda livre.

Em geral, existe uma necessidade em armazenar medicamentos em casa pela população como se fossem mantimentos alimentícios. Em 98% das residências visitadas em 2006 por Daniel e Guarido (2009) em Marília (SP) havia algum tipo de medicamento, sendo a média de 5,83 medicamento/residência. Fahani et al., (2006) encontraram medicamentos em 83,2% dos domicílios visitados em Umuarama (PR). Possivelmente essa grande quantidade de medicamentos nos domicílios, deve-se à propaganda, ao livre comércio e ao fácil acesso da população às farmácias e drogarias.

Os hábitos de vida dos indivíduos, aliado à falta de informação sobre a farmacoterapia e sobre o medicamento em si, bem como o acúmulo destes nas

residências, são apontados na ocorrência de possíveis interações medicamentosas, podendo resultar na alteração da ação terapêutica da terapia proposta, tornando-se um risco permanente para a saúde dos usuários (Daniel e Guarido, 2009).

O estudo procurou avaliar se os entrevistados sabiam sobre o significado do termo “interação medicamentosa”. A frequência de resposta positiva dos grupos FH (RF = 1,5784 (1,0988-2,2674); p=0,0138), FD (RF = 2,009 (1,5036-2,6840); p=0,0000) e PH (RF = 0,3919 (0,2537-0,6055); p= 0,0000) foi estatisticamente diferente em relação aos outros grupos. Os grupos FD e de hospitais FH possuem associação com os indivíduos que afirmaram saber o que é interação medicamentosa. Interessante observar que um maior número de indivíduos do grupo FD não sabe do significado do termo do que aqueles que o sabem (Tabela 28). Já os pacientes de hospitais (PH) não se associam a indivíduos com esse conhecimento, dado confirmado com aqueles da Tabela 28, onde esse grupo foi o que mais desconhece o termo. Isso pode ser explicado pelo fato de esses indivíduos serem frequentadores de unidades de saúde e trazem consigo a prescrição médica, o que lhes dá um conforto e segurança no uso do medicamento.

Tabela 28: Frequência das respostas (%) sobre o conhecimento do significado de interação medicamentosa.

	FD	FH	PD	PH	Outros
Sim	42,1	36,4	24,2	12,4	25,4
Não	46,7	59,1	72,4	84,6	71,6
NS/NQR	11,2	4,5	3,4	3,0	3,0
Total	100	100	100	100	100

NS= não sabe; NQR = Não quis responder. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

As interações envolvendo medicamentos produzem resultados indesejáveis ou tornam menos eficazes as suas ações terapêuticas, embora isso aconteça em menor grau. Os medicamentos podem interagir com alimentos e bebidas, bem como com as

condições de saúde como diabetes, insuficiências hepáticas, renais, pressão arterial elevada (ANVISA, 2005).

Uma das principais causas das interações medicamentosas é a prescrição simultânea de vários fármacos para um mesmo paciente (Cadieux, 1989; Weideman et al., 1999; Merlo et al., 2001). Um estudo feito em Marília, SP, aponta que 65,7% de todas as interações entre medicamentos foram decorrência de prescrição médica (Daniel e Guarido, 2009).

A utilização simultânea de vários medicamentos é muito comum (Gennaro, 2004; Brunton, et al., 2007) seja para controlar efeitos indesejáveis ou para potencializar um efeito farmacológico (Marcolin, et al., 2004). As interações favoráveis podem aumentar a eficácia terapêutica, diminuir efeitos tóxicos, e prolongar a duração do efeito (Sehn et al., 2003). No entanto, as interações indesejáveis decorrem no aumento da incidência de efeitos adversos (Lazarou et al., 1998; Pfaffenbach et al., 2002).

A dor, assim como a doença, são experiências subjetivas de caráter psicológico individual com variáveis comportamentais e psicossociais que submetem o indivíduo à busca, mesmo que momentânea, da ausência daquele incômodo através da utilização de medicamentos. Bertoldi et al., (2004) encontraram que 65,9% da população adulta estudada consumiram medicamentos nos últimos quinze dias anteriores à entrevista. A Tabela 29 mostra as frequências sobre o consumo de medicamentos pelos grupos do estudo no período da entrevista.

Tabela 29: Frequência de resposta (%) sobre o consumo de medicamentos pelos grupos no período da entrevista.

	FD	FH	PD	PH	Outros
Sim	42,8	46,4	60,9	42,0	50,8
Não	52,0	53,6	38,5	55,6	47,9
NS/NQR	5,2	0	0,6	2,4	1,3
Total	100	100	100	100	100

NS= não sabe; NQR = Não quis responder. FD= funcionário de drogaria; FH= funcionário de hospital; PD= paciente de drogaria; PH= paciente de hospital.

Houve diferença significativa entre a frequência de consumo de medicamentos entre os grupos ($p=0,0004$). Na análise isolada para cada população, a razão de frequência foi estatisticamente diferente para os grupos FD (RF= 0,7192 (0,5347-0,9673), $p= 0,0282$), PH (RF= 0,6974 (0,5276-0,9319), $p= 0,0107$) e PD (RF=1,4999 (1,2491-1,8010), $p= 0,000$). Como era de se esperar, o grupo de pacientes/clientes de drogaria era o que mais usava medicamentos no momento da entrevista para o estudo.

Esse estudo apresentou algumas limitações que podem restringir a abrangência de suas conclusões. Alguns questionários aplicados a funcionários de drogaria e de hospitais (FD e FH) não foram respondidos na presença da pesquisadora, já que algumas vezes era inoportuno ao funcionário preenchê-lo naquele instante. Nesses casos, os questionários foram deixados com os participantes e o pesquisador retornou ao local posteriormente para coletá-lo. Fatores que podem ter influenciado as respostas dos questionários nesses casos incluem a compreensão das perguntas, tempo mais longo para avaliar as perguntas e responder e maior confiabilidade das respostas.

Uma limitação importante relacionada à população do estudo se refere ao número de indivíduos de cada grupo. Esse número não foi estimado estatisticamente e não representa estatisticamente toda a população do DF. O número de farmácias visitadas representa um pouco mais de 1% do número total de farmácias do DF e quatro dos 15 hospitais públicos foram visitados durante o estudo. O percentual maior de pacientes/clientes de drogaria com relação ao número de indivíduos nos outros grupos foi proposital, e apresentou a relação de 2 pacientes para cada funcionário de drogaria visitada. O número total de indivíduos entrevistados não foi estimado inicialmente, mas foi definido pelo tempo disponível para a realização do estudo, um ano.

Outro aspecto importante a ressaltar se refere ao grupo OT, cujos indivíduos foram entrevistados em locais não relacionados a questões de saúde como supermercados, faculdades e lojas comerciais. Faixas específicas da população, principalmente relacionados ao aspecto sócio-econômico, frequentam esses locais, o que pode ter sido um viés nas conclusões relacionadas ao grupo.

CONCLUSÕES

No presente estudo foram avaliados 997 questionários respondidos por indivíduos abordados em drogarias, hospitais e outros estabelecimentos do Distrito Federal não relacionados à atividade de saúde. O objetivo final foi conhecer as informações, atitudes e percepção de risco dessa população quanto ao uso de medicamentos. As frequências das repostas dos entrevistados, em cada grupo avaliado, permitiram evidenciar alguns aspectos relacionados aos objetivos do estudo:

Funcionários de drogaria

- Usam medicamento fora do prazo de validade,
- Lêem todas as informações da bula, entendem o conteúdo,
- Recebem informação sobre o medicamento do balconista e farmacêutico, reconhecem o farmacêutico como responsável por informar sobre o uso de medicamento,
- Compram qualquer tipo medicamento sem receita,
- Conhecem sobre interação medicamentosa,
- Apresentam baixa percepção de risco do uso de medicamentos sem receita médica.

Funcionários de hospital

- Lêem todas as informações da bula,
- Recebem do médico as informações sobre medicamentos e o consideram ser o responsável por essa função,
- Conhecem sobre interação medicamentosa,
- Consideram inibidores de apetite e laxantes como de menor risco.

Pacientes de drogaria

- Cerca da metade considera que o farmacêutico é o responsável por informar a população sobre o uso de medicamentos,
- Admitem a compra de “qualquer tipo de medicamento” sem receita.

Pacientes de hospital

- Grupo com menor renda e menor escolaridade,

- Os que mais percebem a ausência do profissional farmacêutico nas drogarias,
- Os que menos lêem todas as informações da bula,
- Foram os que mais admitiram nunca comprar medicamento sem receita,
- Tem maior percepção de risco do uso de medicamentos sem receita médica.

Outros

- 1/3 nunca percebeu a presença de farmacêutico nas drogarias,
- Entendem pouco o conteúdo da bula,
- Recebem informação sobre medicamento do médico, de quem consideram ser a atribuição,
- Consideram que analgésicos, vitaminas e xaropes são os medicamentos mais seguros para a saúde e inibidores de apetite, laxantes e anti-inflamatórios os menos seguros.

Em comum, todos os grupos aumentam a dose do medicamento prescrita pelo médico; mais de 70% armazenam medicamentos em armários e gavetas da cozinha, guarda roupa e banheiro; concordam sobre a importância da orientação farmacêutica; a maioria considera entender um pouco o conteúdo da bula; confiam nas informações que recebem sobre medicamentos e admitem comprar medicamentos sem receita médica esporadicamente que já tenha sido usado no passado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo mostrou que funcionários das drogarias e de hospitais têm informações, atitudes e percepções semelhantes à população leiga quanto ao uso de medicamentos. Os pacientes entrevistados em hospitais mostraram conduta que difere daquela dos pacientes que foram entrevistados nas drogarias refletindo a possível influência do ambiente sobre esses indivíduos. O uso de medicamentos sem receita médica é um hábito que reflete o cenário nacional e aponta lacunas que necessitam soluções, já que esta prática pode significar um risco para a saúde da população.

O trabalho teve como propósito entender alguns fatores que cercam os usuários de medicamentos analisando os aspectos sociais, culturais e comportamentais que influenciam essa realidade. Dessa forma sugere-se que sejam proferidas ações visando à promoção do uso correto e racional de medicamentos entre leigos, trabalhadores e profissionais da saúde.

REFERÊNCIAS

- ABIMIP – Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição. Código de ética e auto-regulamentação publicitária para medicamentos isentos de prescrição. 2004. Disponível em: URL: www.abimip.org.br/codigo.htm. [2009 mar 23].
- Acurcio FA, Guimarães MDC. Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: uma abordagem qualitativa. **Revista de Saúde Pública**, v.33, n.1, p.73-84, 1999.
- Adamo MT, Necchi S. La automedicación: um fenômeno complejo. **Med Soc** , v.14, p.17-21, 1991.
- Ajalla MEA, Castro LLC. Contribuição para melhoria da prática farmacêutica no atendimento de pacientes com queixas referentes a DST, em Campo Grande-MS. **Revista de Ciências Farmacêuticas**, v. 24, n. 2, p.121-130, 2003.
- Almeida Filho, N, Rouquayrol, MZ. **Introdução à Epidemiologia Moderna**. Rio de Janeiro, MEDSI, 2002.
- Amoako E, Richardson-Campbell L, Kennedy-Malone L. Self-medication with over-the-counter drugs among elderly adults. **Journal of Gerontological Nursing**. v.29, n 8, p.10-15, 2003.
- Andrade AR, Pinho LB. Fatores socioculturais associados à prática da automedicação em uma cidade do interior do estado de Mato Grosso, Brasil. **Revista de Enfermagem**, v2, n.2, p.121-9, 2008.
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 138, de 29 de maio de 2003. Medicamentos isentos de prescrição. 2003. Disponível em: URL: <http://www.anvisa.gov.br/profissional/medicamentos/venda.htm>. [2009 ago 22].
- ANVISA Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resultado de Pesquisas: 2005 [online]. Disponível em URL:<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/genéricos/>> [2009 out 27].
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resultado de Pesquisas: 2005 [online]. Disponível em URL: <http://www.anvisa.gov.br/profissional/medicamentos/introducao.htm> [2010 jan 18].
- ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 44, de 17 de agosto de 2009. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências. Disponível em: URL: (http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2009/pdf/in9_170809.pdf), [2009 dez 02].

- Aranda da Silva JA. "**Existe uma ligação directa entre a qualidade de vida e a automedicação**" Entrevista concedida PRISFAR News, 2007. Disponível em: URL: <http://www.prisfar.pt/news/news-n9-f.asp>. [2008 ago 12].
- Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.42, p.137-46, 2006.
- Araujo JM, Günther WMR. **Health risk in contaminated area: social theoretical contributions**. Saúde soc.v.18, n.2, 2009.
- Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCD. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.31, n.1, p.71-7, 1997.
- Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, p.927-37, 2007.
- Backett M. The risk approach in health care: with special reference to maternal and child health including family planning, by E. Geneva. **World Health Organization**, 1984. 113 p. (OMS - Publ. health papers, 79).
- Baos VV. La calidad en la prescripción de medicamentos. **Inf Ter Sist Nac Salud**, v.23, p.45-54, 1999.
- Barros JAC. **Propaganda de Medicamentos: atentado à saúde?** Hucitec/Sobravime: São Paulo; 1995.
- Barros JAC. A atuação dos balconistas em farmácia. **Jornal Brasileiro de Medicina**, v.2, n.1, p.120-4, 1997.
- Bermudez, JAZ. Generic drugs: an alternative for the brazilian market. **Cadernos de Saúde Pública**, v.10, n.3, 1994.
- Bermudez, JAZ; Bonfim, JRA. Medicamentos e a reforma do setor saúde. São Paulo: Sobravime; 1999. 239p.
- Berquó LS, Barros AJD, Lima RC, Bertoldi AD. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.3, p.358-364, 2004.
- Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.2, p.228-238, 2004.
- Blenkinsopp A, Bradley C. The future for self medication. **BMJ**, v.312, p.835-7, 1996 .
- Bortolon PC, Karnikowski MGO, Assis M. Self-medication versus Pharmaceutical indication: the pharmacy professional in the Primary Care Health of elderly. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.10, n.2, p.231, 2007.

- Brasil. Decreto nº. 20.377, de 8 de setembro de 1931. Aprova a regulamentação do exercício da profissão farmacêutica no Brasil. Coleção de Leis do Brasil 1931; 31 dez.
- Brasil. 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; 21 dez.
- Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Pesquisas com seres humanos. Resolução 196/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. 26p.
- Brasil. Secretaria de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Portaria nº. 110, de 10 de março de 1997. Institui roteiro para texto de bula de medicamentos, cujos itens devem ser rigorosamente obedecidos quanto à ordem e conteúdo. Diário Oficial da União 1997; 8 mar.
- Brasil. Portaria n. 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial. Disponível em: <<http://e-legis.bvs.br/leisref/public/search.php>>. [2009 ago 12].
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário oficial da republica federativa do Brasil, Brasília, 10 de novembro de 1998.
- Brasil. Ministério da Saúde. Medicamento genérico. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei_fed_9787-99.pdf> [2009 set 16].
- Brasil. Ministério da Saúde. Câmara dos Deputados, Relatório da CPI dos medicamentos, Centro de Documentação e Informação; Coordenação de Informações, Brasília, 2000, 279p.
- Brasil Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Ministério da Saúde. Resolução da Diretoria Colegiada nº 140, de 29 de maio de 2003. Institui roteiro para texto de bula de medicamentos quanto à forma e conteúdo e publica a lista de medicamentos padrão para texto de bula. Diário Oficial da União 2003; 24 set.
- Brunton LL, Lazo J, Parker KL. Goodman & Gilman. **As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2007.
- Buitendijk S, Bracken MB. Medication in early pregnancy: prevalence of use and relationship to maternal characteristics. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* v.165, p.33-40, 1991.
- CFF. Conselho Federal de Farmácia – CFF. Estatísticas sobre o número de farmácias e drogarias em dezembro de 2008. Comissão de fiscalização do CFF. Disponível em <http://cff.org.br/estatisticas>. [2010 jan 22].
- CRF-DF. Conselho Regional de Farmácia/Distrito Federal. Notícias disponível em: <http://www.crfdf.org.br/internas.php?id=37/>

- Cadieux RJ. Drug interactions in the elderly. **Postgraduate Medicine**, v.86, n.8, p.179-186, 1989.
- Carneiro, TCJ. **Integração organizacional e tecnologia da informação: um estudo na indústria farmacêutica**. Rio de Janeiro, 2005. Tese (Doutorado em administração), Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Carvalho VT, Cassiani SHB, Chiericato C, Miasso AI. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Revista Latinoamericana de Enfermagem**, v.7, p.67-75, 1999.
- Castro, LLC (Org.). **Fundamentos de Farmacoepidemiologia**. Campo Grande: Ag Gráfica e Editora, 2000.
- Correia LL. Atenção em saúde e equidade: uma análise de duas microrregiões assistenciais de saúde do Estado do Ceará. **Rev Med Univ Fed Ceará**, v.40, p.57-76, 2000.
- Crozara MA. **Estudo do consumo de medicamentos em hospital particular**. São Paulo, 2001. 133 p. Dissertação (Mestrado), Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade de São Paulo.
- Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de medicamentos na Rede Pública Municipal de Saúde de Campo Grande/MS. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.38, n.2, p.217-27, 2002.
- Cunha-da-Silva CD, Coelho HLL. Centro e informações sobre medicamentos: auxiliando a decisão terapêutica. **Giornale Italiano di Farmacia Clinica**, v.13, p.93-102, 1999.
- Daniel EF, Guarido CF. Occurrence of possible drug interactions in homes at Marília-SP, city district part, Brazil. **Rev. Bras. Farm**, v.1, n.1, 2009.
- Dela Coleta MF. **O modelo de crenças em saúde: uma aplicação a comportamentos de prevenção e controle da doença cardiovascular**. Brasília, 1995. 334f. Tese (Doutorado). Universidade de Brasília, 1995.
- Dickson M, Abegg C. Desafios e oportunidades para a promoção de saúde bucal. In: Buischi, Y.P. (Org.) **Promoção de saúde bucal na clínica odontológica**. São Paulo: Artes médicas/EAP-APCD, 2000.
- Douglas M, Wildavsky A. Risk and culture an essay on selection of technological and environmental dangers. Berkeley: University of California Press; 1982.
- Douglas M. Risk acceptability according to the social sciences. New York: Russell Sage Foundation; 1985.
- Fahani HR. et al. Avaliação domiciliar da utilização de medicamentos por moradores do Jardim Tarumã, município de Umuarama - PR. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar**, v.10, n.3, p.127-31, 2006.
- FEBRAFARMA. Federação Brasileira da Indústria Farmacêutica. Indústria Farmacêutica- previsão de investimentos para 2006 [on line]. Disponível em:

URL:

<http://www.febrafarma.org.br/divisoes.php?area=co&secao=visulaiza&modulo=clipping&id=6199> [2009 jun 26].

- Figueiras MJ, Marcelino D, Cortes MA, Horne R, Weinman J. Crenças de senso comum sobre medicamentos genéricos vs. medicamentos de marca: Um estudo piloto sobre diferenças de gênero. **Análise Psicológica**, v.3, p. 427-37, 2007.
- Finuccane ML, Slovic P, Mertz CK, Flynn J, Satterfield TA. Gender, race, perceived risk: The "white male" effect. **Health, Risk & Society**, v. 2, p. 159-72, 2000.
- Flores VB, Benvegnú LA. Use of medicines by the elderly in Santa Rosa, Rio Grande do Sul State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.6, p.1439-46, 2008.
- Fonseca MGU, Peres F, Firmo JOA, Uchôa E. Risk perception: *thinking and acting modes* in pesticide management. **Ciência e saúde coletiva**, v.12, n.1, p 39-50, 2007.
- Gaither CA, Kirking DM, Ascione FJ, Welage LS. Consumers' views on generic medications. **Journal of the American Pharmaceutical Association**, v.41, n.5, p. 729-736, 2001.
- Ganther JM, Kreling DH. Consumer Perceptions of Risk and Required Cost Savings for Generic Prescription Drugs. **Journal of the American Pharmacist Association**, v.40, n.3, p. 378-83, 2000.
- Garcia PJ, Gotuzzo E, Hughes JP, Holmes KK. Formação dos trabalhadores de farmácia, em reconhecimento, gestão e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis: Distrito de-ensaio clínico randomizado. *Bull World Health Organ Genebra* vol.81 n.11, 2003.
- Gennaro AR. **A ciência e a prática da farmácia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.
- Gibbs L, Waters E, Sherrard J, Ozanne-Smith J, Robinson J, Young S, Hutchinson A. Understanding parental motivators and barriers to uptake of child poison safety a qualitative study. **Injury Prevention**, v.11, p.373-77, 2005.
- Gir E. **A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1)**. Ribeirão Preto, 1997. 201f Tese (Livre docência). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Giugliani ER, Silva CH. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. **Jornal de Pediatria**, v.80, n. 4, p. 326-32, 2004.
- Gomes KR, Moron AAF. Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relação com as características maternas. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 3, p. 246-254, 1999.
- Gomez CM, Freitas CM. Análise de riscos tecnológicos na perspectiva das ciências sociais. **Hist Ciênc Saúde Manguinhos**, v.3, p.485-504, 1997.

- Grigoletto JC. **Percepção de risco em relação à saúde bucal de indivíduos cadastrados em um núcleo de saúde da família de Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, 2007. 197f. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo.
- Guzatto P, Bueno D. Analysis of drug prescriptions dispensed by a pharmacy in a basic health unit in Porto Alegre, Brazil. **Rev HCPA**, v.27, n.3, p.20-6, 2007.
- Haak, H. Padrão de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia. **Revista de Saúde Pública**, v.23, p.143-51, 1989.
- Heineck I, Gallina SM, Silva T, Dal Pizzol F e Schenkel EP. Análise da publicidade de medicamentos veiculada em emissoras de rádio do Rio Grande do sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n.1, p.193-8, 1998.
- Houaiss A. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- IBDC. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor. **Faltam remédios essenciais no SUS.** v.69, p.14-9, 2003.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística, 2009. Contagem da população. Disponível em: URL: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. [2010 jan 26].
- Kouabenan DR. Beliefs and the perception of risks and accidents. **Risk Analysis**, v.18, n.3, p.243-52, 1998.
- Laporte JR, Tognoni G, Rosenfeld S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais.** HUCITEC-ABRASCO, 1989. 293p
- Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a metaanalysis of prospective studies. **Journal of American Medical Association**, v 279, p. 1200-1205. 1998.
- Le Sage J. Polipharmacy in geriatric patients. *Nursing Clinics of North America*, Philadelphia, v.26, p.273-290, 1991.
- Lefèvre F. A função simbólica dos medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v.17, p.500-3, 1983.
- Lefèvre F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. **Revista de Saúde Pública**, v.21, p.64-7, 1987.
- Lefèvre F. **O Medicamento como Mercadoria Simbólica.** São Paulo: Ed. Cortez, 1991. 159 p.
- Leite SN, Vasconcelos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência e Saúde Coletiva** v.8, n.3, p.775-782, 2003.
- Leite SN, Vieira M, Veber AP. Drug utilization studies: a synthesis of articles published in Brazil and Latin America. **Ciência e Saúde Coletiva** v.13, p.793-802, 2008.
- Leite SN; Cordeiro BC. A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos. **Cienc Cuid Saude**, v.7, n.3, p.399-403, 2008.

- Lima-Costa MF, Barreto S, Giatti L, Uchoa E. Desigualdade social e saúde entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, p.745-57, 2003.
- Lion R, Meertens RM, Bot I. Priorities in information desire about unknown risks. **Risk Analysis**, v.22, n.4, 2002.
- Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados a automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v.36, n.1, p.55-62, 2002.
- Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Caderno de Saúde Pública** 2005; 21:545-53.
- Lunde PKM. Drug and product selection – in essential part of the therapeutic benefit/risk ratio strategy? Apud: Laporte JR, Tognoni G, Rosenfeld S. **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. HUCITEC-ABRASCO, 1989. 293p.
- Luria AR. Cognitive development: Its cultural and social foundations. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1976.
- Lyra Jr DP, Prado MCTA, Abriata JP, Pelá IR. As prescrições médicas como causadoras de risco para problemas relacionados com os medicamentos. *Seguim Farmacoter*, v.2, n.2, p.86-96, 2004.
- Lyra Jr DP. Perfil da automedicação na farmácia-escola da UFPE. **Infarma**, v.15, n.1/3, p.72-4, 2003.
- Marcolin MA, Cantarelli MG, Garcia Junior M. Interações farmacológicas entre medicações clínicas e psiquiátricas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.31, n.2, p.70-81, 2004.
- Margonato, FB. **Intoxicações medicamentosas agudas notificadas em Maringá, Paraná**. 2005. 109 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, Paraná, 2005.
- Marin N, Luiza VL, Osório-de-Castro CGS, Machado dos-Santos S (orgs). Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
- Marques TC. **As atividades de agentes comunitários de saúde e a promoção do uso correto de medicamentos em unidades do Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto**. Ribeirão Preto, 2008. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt MI. Drug use by pregnant women in six Brazilian cities. **Revista de Saúde Pública**, v.35, p.415-20, 2001.
- Mengue SS, Schenkel EP, Duncan BB, Schmidt MI. Factors related to use of medication during pregnancy in six Brazilian cities. **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1602-08, 2004.

- Merlo J, Liedholm H, Lindblad U, Björck-Linné A, Fält J, Lindberg G, Melander A. Prescriptions with potential drug interactions dispensed at Swedish pharmacies in January 1999: cross sectional study. **British Medical Journal**, v.323, p.427-28, 2001.
- Minayo, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. **Ciência e Saúde coletiva**. v.9, n.1, p.17-20,2004.
- Monteiro S. Qual Prevenção? **Aids, sexualidade e gênero em uma favela carioca**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Mosegui GBG, Rozenfeld S, Veras RP, Vianna CMM. Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. **Revista de Saúde Pública**, v. 33, p.437- 44, 1999.
- Nascimento AC, Sayd JD. Ao persistirem os sintomas, o medico deverá ser consultado: Isto é regulação? *Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(2):305-328, 2005.
- Nascimento, MC. **A centralidade do medicamento na terapêutica contemporânea**. Rio de Janeiro, 2002. 138 p. Tese (Doutorado), Instituto de Medicina Social - Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Nascimento, M.C. **Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?: vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos no Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2003, 200p.
- Naves, JOS; Castro, LLC; Melo, GF; Giavoni, A; Edgar Merchán-Hamann, E. Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: um estudo de intervenção. **Cadernos de Saúde Pública**, 24(3):577-586, 2008.
- Nichter M. *Anthropology and International Health: South Asian Case Studies*. Dordrecht: **Kluwer Publications**, 1989.
- Nordeng H, Ystrøm E, Einarson A. Perception of risk regarding the use of medications and other exposures during pregnancy. **Eur J Clin Pharmacol**, 2009.
- Oga S, Basile AC. **Medicamentos e suas interações**. São Paulo, Atheneu, 1994
- Oliveira GG. A base farmacocinética da abordagem terapêutica nos idosos. *Folha Médica*, Rio de Janeiro, v.109, n.2, p.77-81, 1994.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia para a boa prescrição médica**. Porto Alegre: Editora Artmed; 1998. p.73-78.
- OMS. Organização Mundial de saúde. **WHO drug information**. v.13,n.2, p.61-64, 1999.
- Oshiro ML, Castro LLC. Avaliação dos efeitos de uma intervenção educativa para promoção do uso da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em trabalhadores de farmácias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 1, p. 287-97, 2002.

- Osorio-de-Castro CGS. **Estudos de Utilização de Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.
- Osorio-de-Castro CGS; Paumgartten FJR; Silver LD. The use of drugs in pregnancy **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.4, 2004.
- Panzetti VI. **Com licença, Doutor - a publicidade da indústria farmacêutica**. São Paulo, 2006, Dissertação (Mestrado), Faculdade Cásper Líbero.
- Papaléo Netto, M. - Envelhecimento: desafio na transição do século. In: Papaléo Netto, M. (Coord.) Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo, Atheneu, 1996, pp.3-12.
- Paulo LG, Zanine AC. Automedicação no Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v.34, p.69-75, 1988.
- Pelicioni AF. **Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002**. São Paulo, 2005. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo.
- Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, p.815-22, 2000.
- Peres F. Onde mora o perigo? Percepção de riscos, ambiente e saúde. In: Minayo MCS, Miranda AC. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.
- Peretta M, Ciccica G. **Reengenharia farmacêutica: guia para implementar a atenção farmacêutica**. Brasília: Ethosfarma, 2000.
- Pfaffenbach G, Carvalho OM, Bergsten-Mendes G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Revista Associação Med. Bras.**, v. 48, n.3, p. 237-41, 2002.
- Queiroz MS. Strategies for Consumption of Health Care by Working-Class Families. **Cad.Saúde Públ.**, v.9, n.3, p.272-82, 1993.
- Rocha BP. Farmacêutico: Fórum de tendências Aliança do Brasil 06 de dezembro 2006. Disponível em: URL: http://www.aliancadobrasil.com.br/navitacontent/userfiles/file/conteudo/quimico_e_farmaceutico_1pprs#1. [2009 mar 12]
- Rozemberg B. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. **Revista de Saúde Pública**, v.28, p. 300-8, 1994.
- Rozenfeld S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.712- 724, 2003.

- Sailer GC. **Adesão de trabalhadores de enfermagem ao tratamento com anti-retrovirais pós-exposição ocupacional a material biológico**. Ribeirão Preto, 2004. Dissertação (Mestrado), Universidade de São Paulo.
- Santos JS. **Farmácia brasileira : utopia e realidade**. Brasília: Wmoura Editora, 2003. 260 p.
- Santos V, Nitrini SMOO. Prescription and patient-care indicators in health care services **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p.819-26, 2004.
- Sehn, R..Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes hospitalizados. *Pharmacia Brasileira* 16(44), 2003. In: **Infarma**, 15(9/10): 77-81, 2003.
- Silva AS. **Cotidiano médico. Verso e reverso da relação médico-paciente**. São Luís: Eudfma, 2002.
- Silva T, Dal-Pizzol F, Bello CM, Mengue SS, Schenkel EP. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. **Rev Saúde Pública**, v.34, p.184-9, 2000.
- Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo. **Rev Saúde Pública**, v.22, n.6 p. 494-499, 1988.
- SINITOX. Sistema Nacional de Informação Tóxico-Farmacológica. Disponível em <http://www.fiocruz.br/cict/informacao/intoxicacoeshumanas/index.htm>. [2010 jan 05].
- Siqueira AJ, Sousa EA. **O conhecimento do cliente/paciente de drogarias em relação à atenção farmacêutica**, 2009 online. Disponível em URL: http://www.unieuro.edu.br/downloads_2005/.../cenarium_03_03.pdf - [2010 jan 28].
- Slovic P, Fischhoff B, Liechtheisntein S. Rating the risks. **Environment**, v.21, p.36-9, 1979.
- Slovic, P. Perception of risk. *Science*, 1987 Apr 17;236(4799):280-5.
- Slovic P. Trust, emotion, sex, politics, and science: Surveying the risk assessment battlefield. **Risk Analysis**, v. 19, n.4, p.689-701, 1999.
- Smithson, M. Ignorance and uncertainty: emerging paradigms. Springer-Verlag: New York; 1989.
- Sousa GA, Lima GFL. **O perfil do farmacêutico no plano piloto em Brasília-DF quanto à atenção farmacêutica**. 2009 on line. Disponível em URL:http://www.unieuro.edu.br/downloads_2005/farmacia/cenarium_03_04.pdf - [2010 jan 26]
- Starr C. Social benefit versus technological risks. **Science**, v.165, p.232-8, 1969.
- Strom BL. *Pharmacoepidemiology*. 2nd. Ed. Chichester: John Wiley & Sons; 1994
- Teixeira JJ, Lefèvre F. A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso. **Rev Saúde Pública**, v.35, n.2, p.207-13, 2001.

- Uchôa E, Vidal JM. Medical Anthropology: Conceptual and Methodological Elements for an Approach to Health and Disease. **Cad. Saúde Públ.**, v.10, n.4, p. 497-504, 1994.
- Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.32, n.1, p.43-49, 1998.
- Wannmacher L. Uso indiscriminado de antibióticos e resistência bacteriana: Uma guerra perdida? Uso Racional de Medicamentos: Temas Seleccionados. Brasília, vol 1, n°4, 2004. Disponível em: URL: http://www.opas.org.br/medicamentos/docs/HSE_URM_ATB_0304.pdf>. [2009 jul 06].
- Weideman RA, Bernstein IH, Mckinney WP. Pharmacist recognition drug interaction. **Am J Health-Syst Pharm**, v.56, p.1524-1529,1999.
- Wejnert B. Family studies and politics: the case of Polish sociology. **Marr. Fam. Rev.**, v.22, p.233-57 1996.
- Wejnert B. Integrating models of diffusion of innovation: a conceptual framework. **Annual Review of Sociology**, v.8, p.297-326, 2002.
- WHO.Department of Essential Drugs and other Medicines. **The role of Pharmacist in self care-medication, 2005.** http://www.who.int/medicines/library/docseng_from_a_to_z.shtml [2009 abr 15]
- Wiedemann PM. Introduction risk perception and risk communication. Jülich: Programme Group Humans; Environment, Technology (MUT), **Research Centre Jülich**; 1993.
- Winterstein, AG, Johns TE, Rosenberg EI, Hatton RC, Gonzalez-Rothi R, Kanjanarat P. Nature and causes of clinically significant medication errors in a tertiary care hospital. **Am J Health Syst Pharm.**, v.61, n.18, p.1908-16, 2004.
- Wolpert L. Risk. University College, MRC National Institute For Medical Research, London, 1996. Disponível em: URL: <http://www.nimr.mrc.ac.uk/MillHillEssays/1996/risk.htm> [mai 2008 29].
- WSMI – World Self Medication Industry. Automedicação: perguntas frequentes. [on line] 2007. Disponível em:URL: <http://www.wsmi.org/faqs.htm#q1>. [2009 nov 12].
- Yates F. & Stone E. The Risk Construct. In: Yates F, organizador. Risk-taking behaviour. Chichester: Wiley; 1992.
- Zackiewicz C. Investigação das práticas de automedicação em pacientes crônicos sob terapia medicamentosa. 2003. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública Escola Nacional de Saúde Pública Rio de Janeiro fundação Oswaldo cruz
- Zubioli, A. **Profissão farmacêutico: e agora?** Curitiba: Lovise, 1992.

ANEXO 1 – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER Nº 225/2008

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 118/08 – Percepção de risco da população do Distrito Federal quanto ao uso de medicamentos.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde;

Validade do Parecer: 09/09/2010

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO**.

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. **Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes.**

Brasília, 09 de setembro de 2008.

Atenciosamente.

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AMS/CEP/SES-DF

Maristela Raquel de Almeida 10/09/2008

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone: 325-4955 - Fone/Fax: 326-0119 - e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP.: 70.710-904

BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE

ANEXO 2 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Pesquisadora responsável: Maristela Raquel de Almeida Fone: (61) 9652-5012
Comitê de Ética em Pesquisa/SES/DF Fone: 3325-4955

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada "Percepção de risco da população do Distrito Federal quanto ao uso de medicamentos" tem por objetivo avaliar se a população do Distrito Federal percebe a existência de riscos na utilização de medicamentos. Para tanto, convidamos você a participar da mesma através do preenchimento de um questionário que contém questões sobre temas relacionados ao uso de medicamentos pelas pessoas.

Não há risco no que se refere à sua participação neste estudo, tendo em vista que o único procedimento previsto será o preenchimento de um questionário. Fica garantido, também, o sigilo sobre a origem dos dados e não sendo possível identificá-la(o) no momento da divulgação dos resultados.

Não haverá benefícios imediatos, mas as suas respostas são importantes porque os resultados encontrados poderão auxiliar as autoridades de saúde na elaboração de ações que possam orientar a população quanto aos riscos da automedicação.

A sua participação é voluntária, não haverá qualquer forma de pagamento, mas você poderá se recusar a responder uma ou mais perguntas do questionário, sem penalidade ou prejuízo alguns. Também poderá efetuar questionamentos quanto a qualquer dúvida que possa ter a respeito desta pesquisa e questionário.

A sua participação nesta pesquisa durará apenas o tempo de preenchimento do questionário, estimado em aproximadamente 15 minutos.

O pesquisador tem a responsabilidade de trabalhar com os dados obtidos, mantendo o sigilo sobre a origem dos dados, conforme citado anteriormente.

Este termo foi emitido em 2 (duas) vias, ficando a primeira com o pesquisador e a segunda com o participante da pesquisa.

De acordo com a explicação efetuada, concordo em participar do estudo.

Brasília DF, _____ / de 2008.

Assinatura do participante ou responsável

Maristela Raquel de Almeida

ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO

Conhecimento, atitudes e práticas quanto ao uso de medicamentos.

Identificação _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Idade: _____

Residência: Plano Piloto () Cidade Satélite () _____

1. Renda familiar mensal:

- até R\$ 380,00
- entre R\$ 380,00 e R\$ 650,00
- entre R\$ 650,00 e R\$ 1.000,00
- entre R\$ 1.000,00 e R\$ 2.000,00
- maior que R\$ 2.000,00

2. Formação:

- sem escolaridade
- 1º grau incompleto
- 1º grau completo
- 2º grau incompleto
- 2º grau completo
- superior incompleto
- superior completo
- pós graduação

Profissão: _____

3. Quando você precisa adquirir um medicamento, o farmacêutico está presente na drogaria ou farmácia?

- a. sim, sempre
- b. às vezes
- c. nunca percebi
- d. nunca está

4. Quando não há repasse de informações/orientações por parte do farmacêutico, você toma a iniciativa e pergunta?

- a. Sim, afinal a orientação é fundamental
- b. Sim, pois é dever do profissional orientar quanto ao uso correto do medicamento
- c. Não, porque eu entendo de medicamentos
- d. Não, porque tenho vergonha
- e. Não, por que ele nunca está lá

5. Você tem o costume de ler a bula dos medicamentos?

- a. Sim, sempre
- b. Sim, às vezes
- c. Não (vá para a questão nº 8)

6. Que informações na bula você lê?

- a. Todas
- b. Dosagem / modo de usar
- c. Reações adversas
- d. Indicações

e. Informações

f. Contra-indicações

g. Outras

h. Nenhuma

7. Você entende o conteúdo da bula?

a. Entendo bem

b. Entendo um pouco

c. Não entendo

8. Por que não lê a bula dos medicamentos?

(Se você lê, não precisa responder esta questão)

a. As letras são muito pequenas

b. É difícil de entender

c. Não tenho tempo

d. Não acho necessário

e. Outro motivo:

9. A última vez que recebeu informações sobre medicamentos, foi por meio:

a. do médico

b. do farmacêutico

c. do enfermeiro

d. do balconista da farmácia

e. de representantes de medicamento

f. outras pessoas

g. jornal, televisão ou revistas

h. internet

i. não me lembro de ter recebido

informações sobre medicamentos

10. Você confiou nas informações que recebeu?

a. Sim

b. Não totalmente

c. Não

11. Você ficou satisfeito com estas informações?

a. Sim, muito

b. Não totalmente

c. Não

12. Quem você considera que deve ser o principal responsável por informar a população sobre o uso de medicamentos?

a. O médico

b. O farmacêutico

c. O enfermeiro

d. O balconista da farmácia

e. Os meios de comunicação

f. O governo

g. Outros

13. Você compra medicamentos sem receita médica?

a. Sempre

b. Na maioria das vezes

c. De vez em quando

d. Raramente

e. Nunca (vá para a questão n 16)

14. Você compra medicamentos sem receita:

- a. Que já tenha usado no passado
- b. Por indicação do balconista da farmácia
- c. Por indicação do farmacêutico responsável pela farmácia
- d. Por indicação de outras pessoas
- e. Que tenha visto em propaganda

15. Que tipos de medicamentos você compra ou já comprou sem receita:

- a. Qualquer medicamento
- b. Medicamentos derivados de plantas
- c. Os que não contêm a faixa vermelha ou preta
- d. Outros: _____

16. Você indica ou já indicou algum medicamento para outras pessoas?

- a. Sim
- b. Não

17. Quando você esquece de tomar um medicamento no horário marcado, o que faz?

- a. Toma no horário que lembrar e depois no próximo horário marcado
- b. Espera o próximo horário marcado
- c. Toma duas doses no próximo horário marcado, para compensar o esquecimento
- d. Outro: _____
- e. Nunca esqueço de tomar o medicamento na hora certa

18. Quando toma um medicamento e sente-se mal:

- a. Fala com o médico ou outro profissional de saúde
- b. Fala com o balconista da farmácia
- c. Lê a bula para procurar alguma informação
- d. Pára de tomar o medicamento
- e. Nunca se sentiu mal com o uso de medicamentos
- f. Não presto atenção se já me senti mal com o uso de medicamentos

19. Quais medicamentos você acha que não fazem mal à saúde?

- a. Analgésicos
- b. Emagrecedores
- c. Vitaminas
- d. Laxantes
- e. Antibióticos
- f. Anti-inflamatórios
- g. Xarope para tosse
- h. Pomada
- i. Derivados de plantas
- j. Remédios para dormir
- l. Outros: _____
- m. Nenhum
- n. Todos

20. Quais medicamentos você acha que podem fazer mal à saúde?

- a. Analgésicos
- b. Emagrecedores
- c. Vitaminas
- d. Laxantes
- e. Antibióticos
- f. Anti-inflamatórios
- g. Xarope para tosse
- h. Derivados de plantas
- i. Remédios para dormir
- j. Outros: _____
- k. Nenhum
- l. Todos

21. O uso de medicamentos durante a gravidez:

- a. É arriscado
- b. É arriscado nos três primeiros meses
- c. Alguns medicamentos não devem ser utilizados
- d. Não é arriscado

22.. Já tomou medicamento em quantidade diferente da recomendada pelo médico?

- a. Sim, em dose maior.
Por quê? _____
- b. Sim, em dose menor.
Por quê? _____
- c. Não

23. Você costuma verificar o prazo de validade dos medicamentos?

- a. Sim
- b. Não
- c. Às vezes

24. Você toma ou já tomou medicamento com o prazo de validade vencido?

- a. Sim
- b. Não
- c. Às vezes
- d. Não me lembro

25. Na sua casa onde você guarda os medicamentos? Informe o local.

26. Você sabe o que é interação medicamentosa?

- a. Não
- b. Sim

Descreva:

27. Você está tomando algum medicamento atualmente?

- a. Sim
- b. Não

