

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA
MESTRADO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FARMÁCIA CLÍNICA**

FRANCISCO FÁBIO OLIVEIRA DE SOUSA

**PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO COM
ANTIMICROBIANOS EM FARMÁCIAS DE
FORTALEZA**

**FORTALEZA
2006**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FRANCISCO FÁBIO OLIVEIRA DE SOUSA

**PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO COM
ANTIMICROBIANOS EM FARMÁCIAS DE
FORTALEZA**

Dissertação submetida à Coordenação do
Curso de Mestrado em Ciências
Farmacêuticas – Área de Concentração em
Farmácia Clínica da Universidade Federal
do Ceará, como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Ciências
Farmacêuticas.

Orientadora:

Profa. Mirian Parente Monteiro

**FORTALEZA
2006**

FRANCISCO FÁBIO OLIVEIRA DE SOUSA

**PERFIL DA AUTOMEDICAÇÃO COM
ANTIMICROBIANOS EM FARMÁCIAS DE
FORTALEZA**

Dissertação submetida à Coordenação do Curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas – Área de Concentração em Farmácia Clínica da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Aprovada em 26 de junho de 2006

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Mirian Parente Monteiro
(Orientadora)

Prof. Dr. Jorge Luiz Nobre Rodrigues

Prof. Dr. Paulo Sérgio Dourado Arrais

DEDICATÓRIA

À minha querida mãe, Maria Stela Alves Oliveira
por ser o que é.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar o meu caminho.

A minha querida mãe Maria Stela, pela sólida formação moral e humana que tem me dado e pelo exemplo de vida que representa.

A minha irmã Fabíola pelo apoio e compreensão.

A minha prima Regiane por toda a ajuda prestada.

À professora Mirian Parente Monteiro, pela orientação. Mais especificamente pela objetividade e praticidade na condução dos trabalhos.

Ao curso de Mestrado em Ciências Farmacêuticas, professores, funcionários e colaboradores por terem me proporcionado à oportunidade de crescer humanamente e profissionalmente como farmacêutico.

Ao GPUIM (Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos) da Universidade Federal do Ceará pelo excelente material bibliográfico e por toda ajuda oferecida.

As minhas estagiárias Vanessa de Souza, Parla Greta, Ludmila Chaves e Verônica Cândido pela ajuda na coleta de dados.

Aos colegas do Mestrado em Ciências Farmacêuticas pelas experiências que passamos juntos.

As Farmácias participantes do estudo e aos seus farmacêuticos por propiciar o local de coleta de dados.

As pessoas entrevistadas pelas valiosas informações prestadas e por cederem um pouco do seu tempo para colaborar com a pesquisa científica.

Aos amigos de longe ou de perto, que ao menos com palavras de incentivo tentaram me ajudar.

“Se eu fosse tão inteligente, a ponto de falar a língua dos homens e até mesmo a língua dos anjos, mas não soubesse amar a Deus e ao próximo, eu seria como o ruído de um gongo, ou o som de um sino.

Se eu tivesse o dom de falar como um profeta, e conseguisse entender todos os mistérios e eu fosse um cientista capaz de conhecer a ciência, mas não amasse a Deus e ao próximo, eu nada valeria.

Se eu fosse pessoa de tanta fé, a ponto de conseguir remover montanhas, mas não amasse a Deus e não amasse os outros, eu não seria nada. Se eu distribuísse aos pobres todos os meus bens e até entregasse meu corpo para ser queimado, mas não fizesse tudo isso por amor a Deus e ao próximo, todo esse sacrifício de nada me aproveitaria”.

Coríntios, 13, 1-8

Color Esperanza

*“Sé lo que ha en tus ojos con solo mirar
que estas cansado de andar y de andar
y caminar girando siempre en un lugar*

*Sé que las ventanas se pueden abrir
cambiar el aire depende de ti
te ayudará vale la pena una vez más*

*Saber que se puede querer que se pueda
quitarse los miedos sacarlos afuera
pintarse la cara color esperanza
tentar al futuro con el corazón*

*Es mejor perderse que nunca embarcar
mejor tentarse a dejar de intentar
aunque ya ves que no es tan fácil empezar*

*Sé que lo imposible se puede lograr
que la tristeza algún día se irá
y así será la vida cambia y cambiará*

*Sentirás que el alma vuela
por cantar una vez más*

*Vale más poder brillar
Que solo buscar ver el sol”.*

Diego Torres

RESUMO

A automedicação em farmácias é um fenômeno vivenciado no mundo inteiro. A venda livre de medicamentos ocasiona uma vasta gama de problemas. Os pacientes, em geral, são incapazes de julgar os riscos potenciais do uso inadequado dos medicamentos, particularmente os antimicrobianos. Diversos estudos abordando o uso de antibióticos comprados em farmácias foram realizados em muitos países, contudo poucos realizados no Brasil. O objetivo principal do trabalho foi descrever o perfil de utilização de antimicrobianos na população de Fortaleza, através da prática da automedicação em farmácias comunitárias. Foi realizado um estudo descritivo, observacional, por inquérito, no município de Fortaleza. Foram selecionadas 83 farmácias distribuídas nos diversos bairros, alocadas através das seis secretarias executivas regionais. A população considerada para amostragem foi baseada no contingente de pessoas que buscaram a farmácia para comprar um medicamento antimicrobiano sem prescrição médica no momento da visita dos entrevistadores. A coleta de dados ocorreu entre os meses de novembro de 2005 a maio de 2006. Foram utilizados questionários com questões fechadas, pré-codificadas, e outras semi-abertas, que foram codificadas posteriormente. Os dados da pesquisa foram introduzidos em planilha do programa Excell (Microsoft®) e foram analisados no programa *SPSS for Windows*, versão 10.0. O projeto foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa obtendo parecer favorável à realização da pesquisa. O número total de entrevistados foi 129. A maioria destes foi preenchida por pessoas que adquiriram medicamentos para o uso de terceiros, familiares tratando-se de crianças e adolescentes. As mulheres foram a maioria das compradoras dos antimicrobianos. Quanto ao nível de escolaridade dos entrevistados as maiores frequências foram observadas nos níveis de escolaridade Ensino Médio completo n=38 (29,5%) e ensino Superior Completo/ Pós-graduação n=35 (27,1%). O perfil de renda familiar mensal da nossa amostra concentrou-se na faixa de R\$ 2001,00 – 4000,00. Foi constatado que n = 72 (55,8 %) dos usuários possuíam plano ou convênio saúde. Sobre o estado de saúde atual, os usuários, em sua maioria, definiram seu estado de saúde como muito bom. Afirmaram ainda em maior frequência não possuir doenças crônicas e não fazer uso crônico de medicamentos. Apenas 39% (n = 58) das pessoas entrevistadas definiram corretamente para que serve um antibiótico. Com relação ao motivo de uso do antimicrobiano, as doenças de pele foram apontadas como as mais frequentes. Dentre os entrevistados, n=99 (77%) armazenam medicamentos em suas residências. A neomicina n= 25 (11,7%) foi o princípio ativo mais utilizado. Os entrevistados n= 47 (36,4%) responderam que utilizariam o medicamento por 5 a 7 dias. A receita médica anterior n=55 (42,6 %) foi a

indicação mais pronunciada dentre os entrevistados. A compra sem receita médica foi motivada pelo fato das pessoas já terem sido curadas anteriormente pelo antimicrobiano n= 42 (25,9%). Apenas n= 25 (15,9%) dos entrevistados apontaram a resistência como consequência de não tomar um tratamento completo com antibióticos. A automedicação é uma prática em nosso meio, e continua contribuindo para o uso indevido de antimicrobianos. Contribuem para isso a falta de informação e a falta de observância da legislação sanitária vigente.

Palavras-chave: automedicação, antibióticos, farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

The self-medication in pharmacies is a phenomenon lived in the whole world. The free sale of medicines causes a vast range of problems. In general, the patients are unable to judge the potential risks of the inadequate use of the medicines, particularly the antimicrobials. Several studies approaching the use of antibiotics bought at pharmacies were accomplished at many countries, however few were accomplished in Brazil. The main objective of this work was to describe the profile of antimicrobials use in the population of Fortaleza, through the practice of the self-medication in community pharmacies. A descriptive study, observational, was accomplished by inquiry in the city of Fortaleza. In this study, 83 pharmacies were selected and distributed in the several city zones, allocated through the six regional executives secretariats. The population considered for sampling was based in the people's contingent that went to the pharmacy in order to buy an antimicrobial without medical prescription, at the moment of the interviewers' visit. The collect of data was performed from November 2005 to May 2006. Questionnaires were used with closed questions, pre-codified, and other half-open ones, that were codified later. The data were introduced in the Excell software (Microsoft®) and then analyzed in the software SPSS for Windows, version 10.0. The project was submitted to the analysis by the human research ethics committee that approved the research for execution. The number of interviews was 129. Most of the questionnaires were filled out by people that purchased medicines for others usage, as for children and adolescents in the family circle. The women were most of the buyers of the antimicrobials. As for the respondents educational level the largest frequencies were observed for concluded High-school level $n=38$ (29,5%) and for graduate/pos-graduation $n=35$ (27,1%) level. The profile of monthly family income in our sample has been concentrated on the band of R\$ 2001,00-4000,00. It was noted that $n = 72$ (55,8%) of the interviewees had health insurance. In relation to health condition, the interviewees, in the majority, defined their health condition as very good. The respondents affirmed they hadn't chronic diseases and didn't use chronic medication. Only 39% ($n = 58$) of the interviewees defined correctly what's the use of an antibiotic. In regarding to the reason of use of an antimicrobial, the skin diseases were pointed as the answer most frequent. Among the interviewees, $n=99$ (77%), stored medicines in their homes. The neomicin $n = 25$ (11,7%), was the most used drug. The interviewees $n = 47$ (36,4%) answered that they would use the medicine for 5 to 7 days. The previous prescription $n=55$ (42,6%) was the indication most pronounced among the respondents.

The purchase without prescription was motivated by the fact that some of the respondents $n = 42$ (25,9%), had been cured by the antimicrobial before, only $n = 25$ (15,9%) of the interviewees pointed the resistance as a consequence of not taking a complete treatment with antibiotics. The self-medication is a practice in our environment, and it continues contributing to the improper use of antimicrobials. Facts that contribute to this is the lack of information and the non-observance of the sanitary legislation in force.

Keywords: self-medication, antibiotics, pharmacoepidemiology

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição da quantidade de questionários por Secretaria Executiva Regional - SER. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	65
Tabela 2 – Distribuição de farmácias visitadas por SER. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006	65
Tabela 3 - Distribuição dos questionários quanto ao usuário do(s) antimicrobiano(s). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006	66
Tabela 4 – Freqüência dos entrevistados quanto à faixa etária. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	69
Tabela 5 - Distribuição dos entrevistados quanto ao grau de instrução. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	69
Tabela 6 – Distribuição dos entrevistados segundo a faixa de renda familiar mensal. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	70
Tabela 7 - Distribuição do número de pessoas por domicílio do entrevistado. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	71
Tabela 8 - Freqüência das respostas para a pergunta “Para que serve um antibiótico?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	72
Tabela 9 - Freqüência da resposta “outra doença” para a pergunta “Para que serve um antibiótico?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	73
Tabela 10 - Motivos que levaram a compra de antimicrobianos sem prescrição, segundo os entrevistados. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	75
Tabela 11 – Conseqüências de não tomar um tratamento completo de antimicrobianos, segundo o entrevistado. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	77
Tabela 12 - Distribuição do usuário final (terceiros) do(s) antimicrobiano(s) quanto ao parentesco com o entrevistado. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	78
Tabela 13 - Distribuição da faixa etária dos terceiros (possíveis usuários). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	79
Tabela 14 – Freqüência de respostas para a pergunta “Para que (o usuário) usará o medicamento?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	87
Tabela 15 - Distribuição de “outros” para a pergunta “Para que (o usuário) usará o medicamento?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	87

Tabela 16 – Distribuição dos princípios ativos principais e classificação ATC quanto aos medicamentos antimicrobianos adquiridos em farmácias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	89
Tabela 17 - Distribuição das formas farmacêuticas quanto aos medicamentos antimicrobianos adquiridos em farmácias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	90
Tabela 18 - Duração do tratamento com antimicrobianos pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	93
Tabela 19 - Distribuição do número de administrações diárias do(s) antimicrobiano(s) aos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	94
Tabela 20 - Histórico do uso de antimicrobianos pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	95
Tabela 21 – Tempo de queixa pelos usuários dos sintomas que motivaram a compra do(s) antimicrobiano(s). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	96
Tabela 22 – Quem indicou o(s) medicamento(s) aos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	97
Tabela 23 - Motivo de uso do(s) antimicrobiano(s) por menos de 5 dias pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	98
Tabela 24 – Distribuição dos dias de tratamento dos usuários de antimicrobianos. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	99
Tabela 25 – Cruzamento entre as formas farmacêuticas e a duração do tratamento com antimicrobianos pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	100
Tabela 26 – Cruzamento entre os princípios ativos e o motivo de uso para os usuários de antimicrobianos com duração do tratamento entre 1 e 2 dias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Vendas globais de medicamentos por região em 2005.....	33
Quadro 2 - Vendas de medicamentos no varejo por países, de fevereiro de 2005 a março de 2006.....	34
Quadro 3 - Estratégias utilizadas pela indústria farmacêutica para promover os seus produtos.....	37

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição dos entrevistados segundo o sexo. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	67
Gráfico 2 - Frequência dos entrevistados quanto ao estado conjugal. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	69
Gráfico 3 - Distribuição dos entrevistados segundo a estocagem de medicamentos nos seus domicílios. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	74
Gráfico 4 - Distribuição dos terceiros (possíveis usuários) quanto ao sexo. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	80
Gráfico 5 - Frequência dos possíveis usuários quanto à posse de plano ou convênio saúde. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	81
Gráfico 6 - Categorização de respostas sobre o estado de saúde atual dos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	82
Gráfico 7 - Categorização de respostas sobre a saúde atual comparada há de um ano atrás dos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	83
Gráfico 8 - Distribuição dos usuários quanto à presença de doenças crônicas. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	84
Gráfico 9 – Distribuição dos usuários quanto ao uso crônico de medicamentos. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	85
Gráfico 10 - Distribuição dos usuários quanto à presença de alergias a medicamentos. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	86
Gráfico 11 - Distribuição dos medicamentos antimicrobianos quanto a sua categoria. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	91
Gráfico 12 - Distribuição dos preços de antimicrobianos adquiridos em farmácias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	92
Gráfico 13 - Distribuição de respostas “como o usuário se sente após tratamento com antibiótico” (desfecho). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	101
Gráfico 14 - Cruzamento da faixa de renda <i>versus</i> o nível de escolaridade do entrevistado. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	102
Gráfico 15 - Cruzamento da faixa de renda <i>versus</i> tipo de medicamento (marca ou genérico). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	103
Gráfico 16 - Cruzamento da escolaridade <i>versus</i> a resposta da pergunta “para que serve um antibiótico?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	104

Gráfico 17 - Cruzamento do número de dias que deveriam utilizar o(s) antimicrobiano(s) <i>versus</i> escolaridade. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.....	104
Gráfico 18 - Cruzamento do conhecimento sobre os riscos de interromper o tratamento com antimicrobianos <i>versus</i> escolaridade.....	105

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO:	18
AUTOMEDICAÇÃO: _____	18
ASPECTOS GERAIS SOBRE A PROBLEMÁTICA NO BRASIL _____	32
ANTIMICROBIANOS: _____	38
ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS : _____	47
2. RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA:	48
3. OBJETIVOS:	51
OBJETIVO GERAL: _____	51
OBJETIVOS ESPECÍFICOS: _____	51
4. METODOLOGIA:	52
LOCAL DO ESTUDO: _____	52
DELINEAMENTO DO ESTUDO: _____	53
SELEÇÃO DA AMOSTRA: _____	53
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO: _____	54
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: _____	54
INSTRUMENTOS: _____	55
QUESTIONÁRIO: _____	55
PERÍODO DE ESTUDO: _____	58
ESTUDO PILOTO: _____	58
COLETA DE DADOS: _____	59
ANÁLISE DOS DADOS: _____	59
INFRA-ESTRUTURA DISPONÍVEL: _____	60
RECURSOS MATERIAIS: _____	60
RECURSOS HUMANOS: _____	60
BOLSISTAS: _____	60
RECURSOS FINANCEIROS: _____	61
ASPECTOS ÉTICOS: _____	61
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	62
6. CONCLUSÃO	107
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	111

APÊNDICE A:	119
APÊNDICE B:	127
ANEXO A:	128
ANEXO B:	129
ANEXO C:	130
ANEXO D:	131
ANEXO E:	132
ANEXO F:	133
ANEXO G:	134
ANEXO H:	135
ANEXO I	136

1. INTRODUÇÃO:

AUTOMEDICAÇÃO:

A automedicação em farmácias é um fenômeno vivenciado no mundo inteiro (CALVA, 1996, DUONG; BINNS; LE, 1997; KAMAT; NICTER, 1998; DEL ARCO; GARCIA; GOROTIZA, 1999; LLOR et al., 2005). Esse fenômeno é uma prática comum vivida por civilizações de todos os tempos, com características peculiares a cada época e a cada região (ARRAIS, 1994). Variações significantes existem nos tipos e na quantidade de antimicrobianos utilizados, até mesmo entre países com características políticas e econômicas semelhantes (CARS; MOLSTAD; MELANDER, 2001). A automedicação é uma prática bastante comum em nosso meio. No estudo de Fernandes (1998), realizado no município de Fortaleza, a automedicação atingiu 40,3% das pessoas entrevistadas como primeira opção de tratamento. Outro estudo, de Arrais et al. (1997), também apontou esse fenômeno.

O termo autocuidado, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde) (1985), inclui a automedicação, autotratamento e primeiros cuidados. Atualmente, é um fato admitido, que diante de um transtorno menor de saúde, os indivíduos tratem de solucioná-lo por si próprios, tendo papel ativo no cuidado de sua própria saúde (FIDALGO; LÓPEZ, 1995). A automedicação por sua vez é uma das formas de autocuidado mais realizadas.

Na página *web* da ABIMIP (Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição), faz-se referência as recomendações da OMS, fornecendo as definições de autocuidado e de automedicação (ABIMIP *apud* OMS, 2002):

Autocuidado - É um comportamento do indivíduo que atua de maneira autônoma para estabelecer e manter a própria saúde, prevenir e lidar com as doenças. Trata-se de um amplo conceito, que inclui:

- Higiene (geral e pessoal)
- Alimentação (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos)
- Estilos de vida (atividades desportivas, lazer, etc)
- Fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc.)
- Fatores sócio-econômicos (níveis de renda, níveis culturais, etc.)
- Automedicação

Automedicação - É a escolha e o uso de medicamentos, feitos pelos indivíduos, para tratar distúrbios e sintomas auto-reconhecíveis. A automedicação é um elemento do autocuidado.

Automedicação responsável - Trata-se da prática em que os indivíduos tratam os próprios distúrbios e sintomas com medicamentos que são aprovados para serem adquiridos sem prescrição: MIPS – Medicamentos Isentos de Prescrição - e que são seguros e eficazes quando usados segundo as instruções.

A automedicação responsável pede que:

- Os medicamentos tenham segurança, qualidade e eficácia comprovadas.
- Os medicamentos usados sejam indicados para condições facilmente autodiagnosticáveis e para algumas doenças crônicas (após um diagnóstico médico inicial). Em todo caso, estes medicamentos devem ser formulados especificamente

para este fim e deverão apresentar dosagem e apresentações adequadas. Além disso, tais medicamentos deverão ser suportados por informações apropriadas.

A autoprescrição, por sua vez, é descrita como o uso de medicamentos tarjados, ou seja de venda sob prescrição médica, sem a orientação de um médico (ABIMIP, 2002).

Na mesma página *web* ainda são mostradas as regras para o uso responsável dos MIPS:

- *Cuidar - Cuidar sozinho apenas de pequenos males ou sintomas menores, já diagnosticados ou conhecidos.*
- *Escolher - Escolher somente medicamentos isentos de prescrição médica, de preferência com a ajuda de um Farmacêutico.*
- *Ler - Ler sempre as informações da embalagem do produto antes de tomá-lo.*
- *Parar - Parar de tomar o medicamento se os sintomas persistirem. Neste caso, o Médico deverá ser consultado.*

Se por um lado as pessoas têm o direito legal de escolher por si só o(s) medicamento(s) que desejam comprar, por outro o risco se torna ainda maior quando o farmacêutico não participa ativamente dessa decisão. Desta forma, o Conselho Federal de Farmácia (CFF), de acordo com a resolução 357 (2001), define no seu artigo 55, que “a automedicação responsável é responsabilidade do farmacêutico relativamente a cada patologia que possa ser objeto de sua intervenção no processo saúde-doença”.

Outra definição de automedicação é aquela situação em que os pacientes obtêm e utilizam os medicamentos sem que estes tenham sido prescritos por um médico (DEL ARCO; GARCÍA; GOROSTIZA, 1999). Este fenômeno é legalizado e vem crescendo em todo o mundo (BLENKISOPP; BRADLEY, 1996a; BLENKISOPP; BRADLEY, 1996b). Paulo & Zanini (1988) definiram automedicação como “o uso de um medicamento para o tratamento de uma doença ou sintoma, ou ainda para a prevenção de doenças ou promoção de saúde

sem uma prescrição de um profissional habilitado”. A OMS (2000) definiu a automedicação como *“o uso de medicamentos para tratar doenças ou sintomas auto-diagnosticados ou o uso intermitente ou continuado de um medicamentos prescrito para tratar doenças ou sintomas recorrentes ou crônicos”*.

A automedicação pode ocorrer de várias maneiras, com medicamentos manipulados ou industrializados, ou ainda com o uso de preparações caseiras (chás, ervas, etc.) e inclui algumas atitudes, tais quais: comprar medicamentos sem prescrição, reutilização de prescrições antigas, compartilhamento de medicamentos com parentes ou amigos, utilização de medicamentos estocados em casa, ou ainda descumprindo a prescrição médica, seja prolongando ou interrompendo o tratamento, aumentando ou diminuindo as doses prescritas, ou até modificando o horário (LOYOLA-FILHO, LIMA-COSTA, UCHOA, 2004; BARROS, 1997, LOYOLA-FILHO et al., 2002, ARRAIS et al., 1997, BI; TONG; PARTON, 2000, BLUNDELL et al., 2001, CEASER; WURTZ, 2000, FERNANDES, 1998).

No estudo de LOYOLA-FILHO et al. (2004), o qual foi feita uma abordagem qualitativa sobre a automedicação, observou-se que em geral, a automedicação parece ser vista e indicada para problemas percebidos pelas pessoas como transitórios ou não muito sérios. Os entrevistados classificaram tais problemas como sendo: passageiros, temporários ou banais. A automedicação também é percebida como substituta do serviço de saúde convencional quando esse é percebido como inacessível ou de acesso demorado, de custo elevado ou insatisfatório. Observa-se também a idéia de um primeiro passo para tentar solucionar o problema (LOYOLA-FILHO et al., 2004; PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002). Segundo matéria publicada pela revista brasileira “Terra” de junho de 2004, a questão cultural da automedicação do brasileiro é constatada pela OMS, pois ainda nos tempos atuais, em algum momento, as pessoas recorrem à prática de curar-se por meio de plantas medicinais. No norte e nordeste do país é comum a venda de “garrafadas” (feitas à base de plantas e

rezas) que prometem verdadeiros milagres. Em cada parte do país, seja por uma questão geográfica e até cultural, as pessoas encontram novas formas de se automedicar, seria assim um sintoma da cultura.

Já é bem conhecido que a escolha do medicamento pode ser influenciada por vários fatores. Algumas vezes o farmacêutico ou balconista recomenda o medicamento (BARROS, 1997), outras vezes, é o próprio médico quem autoriza o uso de um determinado medicamento se um dado sintoma aparecer ou persistir (BAUCHNER; WISE, 2000, BJORNSDOTTIR; HANSEN, 2001, GONZÁLES; SANDE, 1995). Entretanto, muitas vezes são pessoas leigas quem influenciam a escolha do medicamento, assim os medicamentos podem ser indicados pela família, amigos e até mesmo vizinhos (BI; TONG; PARTON, 2000). Algumas mães utilizam os medicamentos como verdadeiras “panacéias” (OKUMURA; SUSUMU; TAKUSEI, 2002).

Nos países pobres, este ato funciona como complemento aos sistemas de saúde, diminuindo a procura pelo médico e o custo financeiro do setor público com a saúde (HAAK, 1988), uma espécie de compensação de uma estratégia de saúde ineficiente (ARRAIS, 1994). Fatores como a precariedade da rede de serviços de atenção primária, hiper-valorização dos medicamentos e o investimento maciço com publicidade por parte das indústrias, vêm aumentando a automedicação nos países em desenvolvimento (BARROS, 1997).

A venda livre de medicamentos ocasiona uma vasta gama de problemas, os principais advindos do fato de que os pacientes, em geral, são incapazes de julgar os riscos potenciais do uso inadequado dos medicamentos (BARROS, 1997). Assim, mais atenção deve ser dada aos clientes e/ou pacientes como beneficiários do uso dos medicamentos para que eles possam buscar informações acuradas e perguntar as informações necessárias (OKUMURA; SUSUMU; TAKUSEI, 2002).

A transitoriedade e a persistência indicam, respectivamente, a possibilidade de automedicação e a busca por atendimento médico (LOYOLA-FILHO, LIMA-COSTA, UCHOA, 2004), em outras palavras, é de se esperar que a população procure automedicar-se quando os sintomas provêm de doenças de remissão espontânea e afecções paroxísticas e cíclicas, enquanto que os sintomas crônicos, de difícil controle, levam a maior procura pelo médico (VILLARINO et al., 1998).

O hábito de se automedicar pode trazer situações nocivas à saúde, tanto individual quanto coletiva, pois nenhum medicamento apresenta inocuidade (ARRAIS et al., 1997; TAVARES, 2000 *apud* LYRA Jr, 2003; LYRA Jr. et al. 1999). Contudo, o ato de se automedicar não pode ser condenado, pois seria sócio-economicamente inviável para o sistema de saúde pública solucionar todos os sintomas da população. Além disso, parece haver uma tendência mundial para maior aceitação da automedicação (VILLARINO et al., 1998). Por isso, está havendo atualmente a procura por formas alternativas de medicamentos não orientados por profissionais de saúde, tais quais o uso de ervas, infusões, misturas de substâncias naturais e industrializadas (RIBEIRO et al., 2004).

Em um estudo realizado no sudeste do Brasil, verificou-se que a influência do balconista da farmácia, familiares e amigos, a percepção do problema de saúde como transitório e sem gravidade, a familiaridade e facilidade de acesso a certos medicamentos, bem como a disponibilidade e a percepção do atendimento médico recebido como de pior qualidade sendo os fatores determinantes da automedicação (LOYOLA-FILHO, LIMA-COSTA, UCHOA, 2004).

Outro trabalho de ARRAIS et al. (1997), que estudou a automedicação no Brasil, mostrou que a escolha de medicamentos é baseada principalmente na recomendação de pessoas leigas (51,0%), sendo também relevante a influência de prescrições anteriores (40,0%). Ainda no mesmo estudo, observou-se que os problemas que geraram a

automedicação de um modo geral não justificariam o uso de medicamentos, tratando-se de doenças autolimitadas ou supostas carências nutricionais, por exemplo, o uso inadequado de medicamentos de valor intrínseco elevado, onde se pode citar a alta frequência do emprego de antibióticos no tratamento de tosses e viroses respiratórias. Uchôa & Vidal (1994) relataram que políticas adequadas somente podem ser obtidas quando se considera a maneira de agir e pensar das pessoas, mediadas pelo contexto social e cultural no qual elas estão inseridas. Em síntese, é importante compreender que o uso de medicamentos, na grande maioria das vezes, está interligado aos problemas sociais, ambientais e ao modo de vida das pessoas (ARRAIS et al., 2005).

O problema surge quando a automedicação não se pratica adequadamente, tal como ocorre com os antibióticos. É um fato bem conhecido que o uso inadequado de antibióticos, no qual a automedicação tem grande contribuição (DUONG, BINNS; LE, 1997, SARADAMMA; HIGGINBOTHAM; NICHTER, 2000, AUSTIN; KRISTINSSON; ANDERSON,1999) leva a uma série de riscos e inconvenientes (REEVES et al., 1999; BLUNDELL et al., 2001; ARRAIS, 1994; MENEZES et al., 2004; BORTOLETTO; BOCHNER, 1999, BRONZWAER; BUCHHOLZ; KOOL, 2001, DIAS, 2006, GONZÁLES; SANDE, 1995, HART; KARIUKI, 1998, JONES, 1998, JONES; PFALLER, 1998, KUNIN, 1993, SADER et al., 2001, SOMBRERO et al., 1999, STURM et al., 1999), tais quais:

- Surgimento de reações adversas (incluindo alergias)
- Interações medicamentosas
- Efeitos colaterais
- Doenças iatrogênicas
- Intoxicações
- Aumento de co-infecções por fungos
- Atraso na assistência médica adequada para um diagnóstico correto
- Mascaramento de doenças evolutivas
- Consumo desnecessário por uma escolha incorreta do medicamento, por exemplo: as infecções virais (autolimitadas), que muitas vezes são tratadas com um antibiótico e não com um tratamento sintomático, levando também a um desperdício financeiro.
- Surgimento de resistência bacteriana, sendo um problema de grandes implicações clínicas, pois obriga o desenvolvimento e utilização de novos agentes antimicrobianos, às vezes mais caros e tóxicos do que os empregados habitualmente.

Outro aspecto importante, é que a recomendação de tratamentos com antibióticos sem receita em farmácias, além de agudizar o problema das resistências bacterianas, reforça a percepção do paciente de que os antibióticos podem ser adquiridos sem receita médica e que são medicamentos que podem futuramente ser reutilizados ao observar problemas de saúde semelhantes. O impacto econômico do consumo excessivo e inapropriado de antibióticos é também relevante, pois paralelo aos recursos financeiros do governo serem esgotáveis, famílias carentes gastam seus recursos já escassos com medicamentos que não são indicados ou posologicamente inadequados (SARADAMMA; HIGGINBOTHAM; NICHTER, 2000).

O uso de antibióticos sem prescrição não é restrito aos países em desenvolvimento ocorrendo, por exemplo, nos Estados Unidos (RICHMAN, 2001).

No Reino Unido, atenção tem sido dada à mudança de categoria de antimicrobianos de uso tópico e oral, “*prescription-only medicine*” (que são dispensados somente com prescrição habilitada) para a categoria “*pharmacy medicine*” (os quais farmacêuticos podem dispensar sem a necessidade de prescrição médica) (REEVES et al., 1999). Vale salientar que no Reino Unido existem três categorias de medicamentos, além das duas citadas anteriormente, ainda existe a categoria de OTCs (*Over-the-counter*), a qual não necessariamente o farmacêutico necessita dispensar, mas o próprio cliente tem acesso livre a eles.

Por outro lado, é largamente conhecido que os antimicrobianos podem ser obtidos em farmácias sem a apresentação de prescrição, e farmacêuticos e auxiliares de farmácia simplesmente dispensam esses medicamentos atendendo ao pedido dos clientes (PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002; BORG; SCICLUNA, 2002; STURM et al., 1999) ou em muitos casos até os indicando por conta própria, o que traz como consequência direta um alto nível de automedicação e abuso.

A automedicação com antibióticos também pode resultar de prescrições anteriores, particularmente para doenças do trato respiratório, que são mundialmente responsáveis pelo uso irracional de antibióticos (GONZÁLES; SANDE, 1995), o que indica que os médicos compartilham a responsabilidade com os pacientes por tal comportamento (PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002), seja encorajando o público a utilizar antibióticos ou ao tentar evitar gastos com análise laboratorial, tentam adivinhar uma infecção bacteriana suspeita, tratando-a de maneira a obter recuperação supostamente rápida, ou ainda assegurando aos pacientes que eles estão recebendo medicamentos super-potentes (PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002).

No Brasil, as prescrições de antimicrobianos não são retidas e, portanto podem ser reutilizadas quando os pacientes desejarem, o que reforça ainda mais essa prática. Assim, o uso de antibióticos sem consulta médica, mostra que a população não está adequadamente informada sobre o uso apropriado desses medicamentos. Além disso, segundo Arrais et al. (1997) em seu estudo realizado no Brasil, a compra sem prescrição de medicamentos, para os quais a dispensação teria obrigatoriedade da receita médica (44%), se por um lado demonstra o pouco caso ou desconhecimento em relação às normas regulamentares, por outro evidencia as dificuldades de acesso a uma atenção médica e farmacêutica adequadas. Em um outro estudo de Arrais et al. (2005), encontrou-se uma prevalência do consumo de medicamentos em Fortaleza de 49,7% nos últimos 15 dias anteriores a entrevista. No mesmo estudo, foram apontados como prováveis fatores determinantes do consumo de medicamentos a renda familiar mensal, o sexo, a idade, a presença de doença crônica, a cobertura por plano de saúde, além da realização de consultas médicas nos últimos três meses.

No estudo de Hart & Kariuki (1998), os autores sugeriram para os países subdesenvolvidos estratégias de barrar o avanço da resistência bacteriana, tais qual a melhoria do acesso aos diagnósticos laboratoriais e da regulação do uso de antibióticos, além de intervenções educacionais para o público em geral, médicos e outros profissionais de saúde, além dos demais grupos relevantes, onde os programas de educação continuada poderiam provocar essa mudança de comportamento (PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002).

A disseminação de dados baseados em evidência, de programas nacionais de controle sobre os benefícios de “*no treatment*”, onde não é necessária a terapêutica medicamentosa ou “*watchful waiting*”, que seria uma espera segura pela resolução do problema de saúde, auxiliariam os consumidores em fazer uma melhor opção de autotratamento.

Segundo o DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP – LATIN AMERICA (1997), a dispensação de medicamentos sem prescrição é um fato particularmente problemático na América latina, onde as pessoas aproveitam as poucas regulamentações ou a ausência destas para se auto-diagnosticar, comprando com frequência antimicrobianos em doses sub-terapêuticas. Aspectos culturais orientam essas atitudes e idéias. Tais crenças e comportamentos foram demonstrados no estudo de Mainous III et al. (2005), onde ele relacionou o padrão de uso de antimicrobianos sem prescrição, particularmente para infecções respiratórias do tipo viral, à comunidade latina imigrante nos Estados Unidos.

A população de imigrantes finlandeses na Espanha também é uma boa oportunidade para se verificar como os padrões de consumo de antibióticos se modificam quando as pessoas se mudam de um país com controle rigoroso para outro aonde é um hábito comum que os farmacêuticos dispensem antibióticos sem prescrição, assim nesse contexto, encontrou-se uma prevalência de 41% dos usuários que compraram tais medicamentos sem apresentar prescrição (VAANAKEN; PIETILA; AIRAKSINEN, 2005). Podem haver variações também entre pessoas que moram na zona urbana ou rural (CRIGGER et al., 2004).

Os interesses econômicos forçam o crescimento de pequenas farmácias em zonas urbanas e periféricas, as quais competem entre si por lucros e são incentivadas por iniciativas das companhias farmacêuticas a vender seus produtos com recompensas substanciais (KAMAT & NICHTER, 1998). O acesso fácil aos medicamentos leva a uma cultura popular onde as pessoas se auto-diagnosticam a partir de resultados anteriores, guardam e reutilizam prescrições anteriores (e medicamentos) para os quais eles acreditam ser doenças recorrentes; adquirem medicamentos em estágios iniciais de doenças para evitar sintomas mais severos; e deixam para a última alternativa a consulta médica, somente ao perceberem que os medicamentos falharam (SARADAMMA; HIGGINBOTHAM; NICHTER, 2000).

Dada a dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares, é fácil entender o comportamento das pessoas em se automedicarem.

No trabalho de Bi; Tong & Parton (2000), eles relataram que vendedores de farmácias recomendam medicamentos para os clientes com o objetivo de gerar lucro próprio, não diferindo muito do nosso contexto. Além disso, pelo fato destes não possuírem conhecimentos médico ou farmacológico, o diagnóstico da doença é freqüentemente incorreto.

Em farmácias e drogarias, o farmacêutico ou balconista é geralmente a pessoa que determina qual medicamento deve ser usado, assim se demonstra que as pessoas acreditam na habilidade destes em prescrever medicamentos (LOYOLA-FILHO, LIMA-COSTA, UCHOA, 2004). Considerada como ponto de venda, a farmácia também pode ser uma das grandes responsáveis pela automedicação no país. Muitos desses estabelecimentos, nem sempre tem o profissional farmacêutico, mas sim balconistas inexperientes, alvo certo de laboratórios que oferecem prêmios, brindes na conhecida “empurroterapia”, aonde o paciente chega com a receita, e sai com o medicamento indicado pelo balconista, que muitas vezes vende medicamentos controlados sem receita (REVISTA ISTO É, 2001).

São inúmeros fatores que fazem parte desse contexto, mas sem dúvida o sintoma cultural e a falta de informação fazem com que a população brasileira seja vítima da situação. A indústria farmacêutica, que investe milhões em pesquisas buscando a cura das pessoas, é a mesma que não mede esforços ao recorrer a todo tipo de marketing e propaganda para esvaziar as prateleiras das farmácias. Essa atitude, que pode ser considerada obscena, muitas vezes é analisada como um simples sintoma na cultura e, portanto, desprezada pelas autoridades (JESUS, 2004).

No estudo de Duong, Binns & Le (1997), a maioria das pessoas não compraram um tratamento completo de antibióticos porque eles tinham uma compreensão errada sobre esses medicamentos e/ou informação insuficiente. A gravidade do consumo não orientado de antimicrobianos é confirmada pelo fato de que compras sem prescrição são mais prováveis de levar a doses inadequadas do fármaco (SARADAMA, R. D.; HIGGINBOTHAM, N.; NICTER, 2000). Em recente estudo realizado no Brasil pela consultoria McKinsey, foi revelado o peso e o tamanho da informalidade na indústria e no varejo de medicamentos no Brasil (REVISTA ÉPOCA, 2005) (Ver texto no ANEXO – I).

A relação entre as atitudes e comportamentos dos pacientes em relação aos antibióticos e ao consumo destes já foi bem demonstrada, contudo a pressão exercida pelos pacientes sobre os médicos também é outro fator que leva estes a prescrever tais medicamentos, sem perceber a falta de necessidade (MACFARLANE et al., 1997), o que já se sabe que é um fator que incentiva a automedicação. No estudo de Borg & Scicluna (2002), 58,3% dos médicos afirmaram sentir-se pressionados pelos pacientes a prescrever antibióticos e 67,7% dos farmacêuticos relataram a mesma insistência do público para dispensar esses medicamentos. Além disso, quase a metade dos farmacêuticos entrevistados admitiu dispensar antibióticos sem prescrição devido à pressão da competição econômica com outras farmácias. Se os farmacêuticos seriam mais resistentes à pressão pelos pacientes é incerto (BAUCHNER; WISE, 2000).

Outro problema freqüente no Brasil e especialmente em Fortaleza é a venda por telefone ou meios eletrônicos, o que inviabiliza a interação direta com o farmacêutico, o que gera a falta de qualquer orientação, além de ser um estímulo a prática da automedicação. Começou por volta da década de 90, e virou febre, inclusive em cidades pequenas, até que se popularizou. Já no início dessa nova década a venda pela Internet ganha força e preocupa (BRANDÃO, 2005). Medicamentos de venda livre, também conhecidos como MIPs e mesmo

os éticos, que deveriam ser vendidos apenas sob prescrição dos médicos, são vendidos por telefone ou internet (Revista SuperInteressante, 2003).

Em um estudo realizado com prescritores a respeito de antibióticos prescritos por telefone, o diagnóstico quando existiu um, foi presuntivo (BJORNSDOTTIR; HANSEN, 2001). Assim, pode-se imaginar o risco ao qual a população está submetida quando se automedica por telefone.

A automedicação no Brasil já é um problema grave de saúde pública. O medicamento é visto como mercadoria comum, os doentes como meros clientes e apenas um terço dos medicamentos vendidos por ano vem de prescrições médicas (JESUS, 2004).

No Brasil, o número exagerado de lançamentos de medicamentos feitos ano após ano amplia as opções nas prateleiras das farmácias, e ao tratarem o medicamento como um produto qualquer (às vezes prometendo efeitos irreais), a propaganda conseguiu aumentar as vendas em 21% em apenas um ano (Revista SuperInteressante, 2003). O medicamento passou a ser utilizado a qualquer momento, por qualquer um, como mercadoria qualquer. Na verdade, uma automedicação que tende a crescer ainda mais, caso não haja boa vontade de órgãos fiscalizadores em cumprir leis e controlar a situação (JESUS, 2004).

Dada à proporção de medicamentos utilizados através da prática da automedicação, não se pode perder de vista o objetivo de estabelecer estratégias para introduzir no Brasil uma nova e ampliada classificação de medicamentos não prescritos, na qual o nosso país ainda não avançou. Assim, pode-se exemplificar o México, no qual há 44 categorias destes medicamentos; os EUA, com 62, e União Européia, com algo em torno disto. Enquanto isso, o Brasil possui apenas 19 categorias (LYRA Jr. et al., 2003), contudo deve-se atentar para todos os critérios de adequação.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1985), o uso racional de medicamentos ocorre quando “*os pacientes recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade*”, assim o farmacêutico comunitário, como elo entre o paciente e os demais profissionais de saúde, pode contribuir de maneira decisiva no alcance dos resultados terapêuticos almejados, no uso racional dos medicamentos, na promoção da saúde, melhorar a qualidade da automedicação e com isso, melhorar a qualidade da assistência prestada aos usuários e a comunidade.

ASPECTOS GERAIS SOBRE A PROBLEMÁTICA NO BRASIL:

O medicamento é um bem essencial à saúde e importante ferramenta terapêutica nas mãos dos médicos e profissionais de saúde, sendo responsável direto por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Entretanto, o seu uso irracional e as suas conseqüências elevam os gastos na área da saúde, o que torna o tema de grande relevância para os que trabalham com saúde pública (ARRAIS et al., 2005).

No Brasil, as farmácias e drogarias são os principais canais de distribuição de medicamentos, respondendo por 76,5% da comercialização dos produtos nacionais. Além disso, as instituições públicas e privadas respondem por cerca de 20,0% e 3,5% ocorrem por outros canais (Brasil, 2000 *apud* ARRAIS, 2004). O mais baixo nível de satisfação dos usuários dos serviços públicos de saúde do Brasil recaiu sobre a incerteza de recebimento gratuito dos remédios receitados (48,8%) (Brasil, 2000).

Algumas perguntas surgem naturalmente diante da nossa realidade. Como pode o Brasil apresentar um quadro precário de saúde pública e, no entanto, estar no ranking dos países que mais consomem medicamentos no mundo? (JESUS, 2004).

Como podemos observar a América latina já ocupa posição de destaque, e junto com o Brasil apresenta um crescimento em consumo de medicamentos no ano de 2005, maior do que qualquer outra região do mundo, como podemos observar no quadro abaixo:

Quadro 1 - Vendas globais de medicamentos por região em 2005**

Mercados Mundiais Auditados	Vendas em 2005 (US\$ bilhões)	% vendas globais (%)	% Crescimento
América do Norte	265,7	47.0%	5.2%
Europa	169,5	30.0	7.1
Japão	60,3	10.7	6.8
Ásia, África e Austrália	46,4	8.2	11.0
América Latina	24,0	4.2	18.5
TOTAL IMS Auditados	565,9	100%	6.9%

Fonte: International Medical Statistics IMS MIDAS Quantum, movimentação anual total (MAT) / Dezembro de 2005.

** Excluíram-se os mercados não auditados.

Desta forma, para a indústria farmacêutica representa um mercado bastante interessante e promissor, que vale a pena qualquer esforço para crescer seus investimentos. O foco está voltado para esses mercados dos países em desenvolvimento. Em um estudo envolvendo vários países latino-americanos encontrou-se que a grande proporção de medicamentos em combinações de dose fixa reflete a pobre regulamentação do mercado farmacêutico e a relativamente alta proporção de medicamentos dispensados sem receita médica é provavelmente atribuída à dificuldade de acesso ao

atendimento médico (DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP – LATIN AMERICA, 1997).

Na quadro 2 pode-se observar os principais mercados da indústria farmacêutica e o montante de recursos financeiros arrecadados. Incluem-se medicamentos sob prescrição médica, além de alguns MIPS, além disso representam dados do varejo, no período de fevereiro de 2005 a março de 2006. Esses treze países juntos representam dois terços do mercado mundial.

Quadro 2 - Vendas de medicamentos no varejo por países, de fevereiro de 2005 a março de 2006.

País	Faturamento (US\$ bilhões)
USA	186.6
Canadá	12.4
Alemanha	26.7
Itália	14.4
França	24.6
Reino Unido	14.8
Espanha	10.8
Japão (incluindo hospitais)	58.6
México	7.7
Brasil	7.7
Argentina	2.1

Fonte: International Medical Statistics (IMS), 2003.

Assim, o Brasil ocupa uma posição de destaque, o que nos leva a formular diversas indagações sobre o assunto.

A indústria farmacêutica mundial é considerada como o segundo melhor negócio do planeta, ficando atrás apenas de companhias de petróleo. Segundo a revista inglesa “Focus”, o setor faturou em 2002, 406 bilhões de dólares (Revista SuperInteressante, 2003). O Brasil está longe de ser um país de primeiro mundo, é rotulado como país em desenvolvimento, mas teoria à parte, os números mostram a verdadeira realidade e são números alarmantes, quando comparados ao consumo de medicamentos da população de países de primeiro mundo, também pudera, são mais de 32 mil rótulos de medicamentos, com 12 mil substâncias. Aqui, vende-se mais remédio do que pão! (JESUS, 2004).

No Brasil existe um excessivo número de especialidades farmacêuticas em circulação, onde ao lado de fármacos com eficácia e segurança comprovados, encontram-se produtos que não preenchem estes critérios (ARRAIS, 2004). Estima-se a existência de 10.587 apresentações farmacêuticas no mercado nacional (Brasil, 2000 *apud* ARRAIS, 2004), quando na verdade bastariam em torno de 300 itens. Desta forma, fica mais fácil explicar porque o Brasil está entre os 10 maiores consumidores de medicamentos no mundo (JESUS, 2004). Conseqüentemente, este grande número de medicamentos, leva a uma confusão generalizada, pois leigos e profissionais de saúde não são capazes de conhecê-los suficientemente para utilizar de maneira correta e segura.

Nesse sentido, há de se preocupar com o uso abusivo de medicamentos e processos voluntários de cura, que colocam o país também com índices alarmantes de morte por intoxicação, cerca de 30% das intoxicações são causadas por medicamentos (Revista Superinteressante, 2003). De 1993 à 1996 foram registrados no Brasil pelo Sistema Nacional

de Informações Toxicológicas (SINITOX), 217.512 casos de intoxicação humana, com um total de 1.483 óbitos. No conjunto dos 13 agentes tóxicos considerados pelo SINITOX, os medicamentos responderam por 62% das tentativas de suicídio registradas no período.

No Ceará, nesse mesmo período, foram registrados 4.363 casos de intoxicação humana por medicamentos e 29 óbitos (BORTOLETTO; BOCHNER, 1999).

No Brasil, apesar da compra de medicamentos psicotrópicos sem prescrição ser proibida, esta parece ser facilitada, como foi observado no estudo de Loyola- Filho et al. (2004), através de relações de amizade entre usuários, médicos e farmacêuticos, confirmando também os achados do estudo de Rozermborg (1994), que estudou o acesso a tais medicamentos entre fazendeiros no estado do Espírito Santo.

Acrescenta-se a isso o marketing da indústria farmacêutica, que pode levar a indução da prescrição, bem como do consumo de medicamentos. O Quadro 3 apresenta algumas das estratégias da indústria para promover os seus produtos:

Quadro3 - Estratégias utilizadas pela indústria farmacêutica para promover os seus produtos.

PRESCRITOR	DISPENSADORES	USUÁRIOS
Método direto:		
Anúncios em revistas médicas; propagandistas;	Bonificação	Distribuição material educativo;
	Sorteios/ brindes	
Distribuição de amostras grátis;	Comissão em vendas	Vale-desconto;
Brindes;		Apoio a associações de consumidores;
Recepções/ coquetéis/ eventos científicos;		Propaganda (mídia).
Patrocínio de viagens;		Oferta direta de medicamentos junto aos clientes, inclusive para estocar em casa*;
Vale-refeição		Degustação de produtos, por exemplo mel*.
Método indireto:		
Programa de educação continuada;		
Apoio a associações profissionais ou revistas médicas;		
Material educativo;		

Key-Physicians ou Opinion-makers.

Fonte: Barros, 1995/ Revista Época, dez. 2005.

* *Observados durante a realização do nosso estudo.*

Outro aspecto relevante no Brasil é o excessivo número de farmácias e drogarias no país. O Conselho Federal de Farmácia – CFF estima que atualmente no Brasil existam cerca de 74.189, e no estado do Ceará 1.982 farmácias/drogarias (CFF, 2005), o que corresponde a aproximadamente uma farmácia para cada 2483 habitantes a nível nacional – considerando a população do Brasil igual a 184.184.264 habitantes (IBGE, 2005). Este índice ultrapassa o recomendado pela Organização Mundial de Saúde: 1 farmácia para cada 8.000 habitantes (ARRAIS, 2004). Como no país não existe uma política de reserva de mercado, é bastante provável que muitos desses estabelecimentos sejam de propriedade de leigos, sem conhecimento e sensibilidade para o compromisso social da saúde pública, o que favorece e promove o consumo descontrolado de medicamentos (ARRAIS, 2004).

ANTIMICROBIANOS:

A descoberta dos antibióticos é sem dúvida um dos grandes acontecimentos do século 20. Estes aliados da medicina têm contribuído para o aumento da expectativa de vida da população mundial durante os 100 últimos anos (CENTERS FOR DISEASE CONTROL – USA, 1999). O tratamento de infecções pode ser feito com cirurgia, imunoterapia passiva e antimicrobianos. Os antimicrobianos, por sua vez, têm sido utilizados com finalidades profilática e curativa.

Antimicrobianos classificam-se em antibacterianos, antifúngicos, antiprotozoários, anti-helmínticos e antivirais. Antibacterianos são divididos em antibióticos, sintetizados por fungos, e quimioterápicos, produzidos em laboratório. Os primeiros ainda predominam, mas freqüentemente são manipulados quimicamente (semi-sintéticos). A denominação de antibióticos prevalece na prática clínica diária, independente da origem natural ou sintética (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2004).

Infelizmente, após décadas de progresso no tratamento extra-hospitalar, existem evidências crescentes de que a resistência microbiana está derrotando algumas dessas nossas armas terapêuticas (RICHMAN, 2001). É preciso ter responsabilidade para fazer tratamentos com antimicrobianos, pois a interrupção pode levar a infecções generalizadas graves (DIAS, 2005).

Diante desse panorama, o Brasil começou a se preocupar sobre o assunto, através da portaria da Secretaria de Vigilância Sanitária nº 54, de Abril de 1996, a qual o GEMA (Grupo Técnico de Estudos sobre Medicamentos Antibióticos) em suas reuniões entendeu priorizar a análise, e oferecer subsídios para a Política de Medicamentos Antibióticos, no que diz respeito a:

1. Associação de Medicamentos contendo antibióticos;
2. Bulas dos Medicamentos antibióticos;
3. Resistência bacteriana aos antibióticos e lista essencial de antibióticos;
4. Propaganda dos Medicamentos antibióticos.

Contudo, dentro da priorização escolhida foram alvos desse estudo apenas os antibióticos dotados de ação antibacteriana e antifúngica, excluídos os de ação tópica.

Além disso, ocorreram recentemente algumas mudanças no mercado farmacêutico nacional, as quais podemos citar a criação do Programa de Farmácias Populares,

além do Programa de Medicamentos Fracionados, o que seguramente vai ajudar a diminuir indiretamente a automedicação e o estoque de medicamentos armazenados em casa. Desta maneira, a venda fracionada de medicamentos inicialmente começa com antibióticos e antiinflamatórios (ABAFARMA, 2006). A venda fracionada, prevista no decreto 5.348 de 20 de janeiro de 2005, consiste na subdivisão das embalagens de medicamentos em frações menores que a versão original. Com isto, é possível reduzir o custo dos medicamentos para a população e evitar a automedicação, já que o consumidor vai deixar de pagar pelo medicamento que não será utilizado. Já estão disponibilizadas várias apresentações, entre elas antibióticos, anti-hipertensivos, antiulcerosos, entre outros (BRASIL, 2006).

É estimado que 70% do consumo de antibióticos ocorram na comunidade (CARBON & BAX, 1998). A habilidade com que os antibióticos curam as infecções bacterianas com pouco (se algum) dano ao paciente levou a criar a imagem dos antibióticos como “medicamentos milagrosos” (SARADAMMA; HIGGINBOTHAM; NICHTER, 2000). Essa imagem conseqüentemente contribui para o uso irracional desses agentes por médicos e usuários. O uso rotineiro de antibióticos para tratar infecções respiratórias altas leva o paciente a crer na sua efetividade, além de levar estes a recorrer a automedicação em uma próxima enfermidade com características similares (LLOR et al., 2005). A infecção é o motivo mais freqüente em atenção primária, e a de localização no trato respiratório é a mais habitual. O consumo de antibióticos nesses quadros clínicos é muito freqüente e em muitas ocasiões utilizado para o tratamento de infecções virais (PICAZO et al., 2003).

Já foi descrito na literatura que o comportamento de alguns médicos pode influenciar positivamente no encorajamento dos pacientes em se autodiagnosticarem e se autotratarem de infecções do trato respiratório alto (LAM, 2001).

Em um recente levantamento realizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) revelou-se que 75% das prescrições de antibióticos feitas pelos médicos no país estão erradas e que pelo menos a metade dos medicamentos prescritos é dispensada ou usada inadequadamente. O estudo mostra também que somente a metade dos pacientes toma corretamente os medicamentos receitados (ABAFARMA, 2006).

O medicamento escolhido para ser utilizado sem prescrição possui algumas características peculiares: deve ser familiar, comum, efetivo e fácil de comprar. A definição, segundo os próprios usuários, de um medicamento efetivo “é aquele que funcionou anteriormente”, um medicamento comum “é aquele que todo mundo tem” e que é familiar para todos e fácil de comprar “é quando são vendidos como MIPS, mesmo que não o sejam, inclusive em estabelecimentos que não farmácias ou drogarias” (LOYOLA-FILHO, LIMA-COSTA, UCHOA, 2004).

A resistência bacteriana a múltiplos antibióticos é um problema global crescente, em grande parte, devido ao uso abusivo e inapropriado dos antibióticos (WILLIAMS; HEYMANN, 1998; LEVY, 1998). De um modo geral, o uso crescente da automedicação deve levar a um impacto significativo na prevalência da resistência bacteriana (REEVES et al., 1999). A resistência microbiana é assunto bastante examinado pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000).

O uso de antibióticos em infecções não sensíveis e doenças não-infecciosas, sob esquemas inadequados, especialmente em profilaxia, terminaram por gerar resistência microbiana, decorrente da capacidade infinita de muitos microorganismos desenvolverem mecanismos de defesa. A velocidade de produção de novos representantes não acompanha a da emergência de cepas resistentes.

Praticamente todos os grupos de antibióticos datam das décadas de 40 e 50 do século passado, reconhecendo-se haver esgotamento de descobertas de novos antibióticos sintetizados por fungos (FUCHS; WANNMACHER; FERREIRA, 2004).

A resistência ocorre em hospitais e nas suas unidades de terapia intensiva, assim como também pode ocorrer no contexto comunitário (PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002). Em nível hospitalar, microorganismos gram-negativos já possuem resistência a antibióticos betalactâmicos de amplo espectro, que até recentemente demonstravam altas taxas de cura para essas infecções (JONES, 1998; JONES; PFALLER, 1998).

A resistência bacteriana pode ser detectada com maior frequência em países menos desenvolvidos, onde há controles menos eficientes sobre o uso de medicamentos antimicrobianos (HART; KARIUKI, 1998) e onde a maior incidência de doenças infecciosas intensifica a demanda por medicamentos (KUNIN, 1993). Microorganismos típicos da comunidade tais quais: *Neisseria gonorrhoea*, *Streptococcus pneumoniae*, *Salmonella typhi* e *Shigella spp.*, já demonstraram resistência aos antimicrobianos de primeira linha, mais baratos e de amplo espectro (BROWN et al., 1982; APPELBAUM et al., 1977; SACK et al., 1997; BENNISH et al., 1992 *apud* PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002; SADER et al., 2001). No estudo de Sader et al. (2001) realizado no Brasil, aonde foi estudada a sensibilidade a antimicrobianos de bactérias isoladas do trato respiratório de pacientes com infecções respiratórias adquiridas na comunidade, resultou que a prevalência de *S. Pneumoniae* com resistência intermediária à penicilina e resistências cruzadas a outras classes de antimicrobianos foi considerada alta. Por sorte, as novas quinolonas ainda continuam altamente ativas contra *S. Pneumoniae* e outros patógenos responsáveis por infecções respiratórias adquiridas na comunidade, contudo, não se pode prever por quanto tempo.

Muitas pessoas têm consciência que é errado o ato de se automedicar com antibióticos, assim em um estudo realizado entre 108 pacientes pediátricos de um hospital nas Filipinas, os quais foi possível coletar urina para proceder um ensaio UABA (*Urine antibacterial substance assay*), antes de iniciar a utilização de antibióticos no hospital, 59 (55%) destes, os responsáveis alegaram ter utilizado previamente antibióticos. Além disso, outros 37 (34%) tiveram o resultado do UABA positivo, indicando uso de antibiótico não informado (SOMBRERO LYDIA et al., 1999). Nos EUA, também se observou que muitos pacientes utilizaram medicamentos que possuíam em casa, antes de ir à consulta médica (RICHMAN, 2001). Os pacientes precisam entender que o uso inapropriado de antibióticos é um risco para eles próprios e para a sociedade (RICHMAN et al., 2001).

No estudo de Berquó et al. (2004), na zona urbana de pelotas no Rio Grande do Sul, foi encontrada uma projeção de uso de pelo menos um curso de antimicrobianos em um ano, de: 51% para as pessoas acima de 60 anos, 59% para adolescentes (10-19 anos), 60% para adultos jovens (20-39 anos), 64% para adultos de 40-59 anos, 68% para crianças de cinco a nove anos e 84% para crianças de até 4 anos. A projeção para a população como um todo, baseada na prevalência global encontrada de 8%, chega a 63% da população usando pelo menos um curso de antimicrobiano no período de um ano. Em se tratando de aquisição de antimicrobianos, mesmo as famílias de baixa renda os compram, certamente em detrimento de outros itens do orçamento doméstico (BERQUÓ et al., 2004).

Vários fatores contribuem para o problema da resistência em países em desenvolvimento (HART; KARIUKI, 1998), dentre eles o uso abusivo e indiscriminado de antimicrobianos para tratar infecções comunitárias, automedicação, tratamentos incompletos (falta de adesão), além da falta de regulamentações no uso desses medicamentos (WILLIAMS; HEYMANN, 1998; LEVY, 1998; PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002). O nível de

resistência microbiana está diretamente relacionado ao nível de consumo na comunidade (AUSTIN; KRISTINSSON; ANDERSON, 1999).

Em seu trabalho, Tenover & Hughes (1996), perceberam três importantes fatores que têm contribuído para a emergência e difusão de múltiplos microrganismos resistentes. Primeiro, as mutações, que ocorrem em genes comuns de resistência, assim estes passam a ter seu espectro de resistência entendido. Segundo, os microrganismos transferem informações genéticas, genes já bastante conhecidos para novos hospedeiros. Os dois primeiros fatores refletem a habilidade da bactéria em se adaptar a mudanças de meio. O terceiro fator, a pressão seletiva na comunidade ou em hospitais, que permite a esses microrganismos se proliferarem, baseada em como as condições do meio criado pelos profissionais de saúde ou pelos próprios pacientes permitem a emergência de novos fenótipos.

O uso inapropriado de antimicrobianos, particularmente para infecções respiratórias, tem contribuído para o desenvolvimento da resistência. O largo consumo de antibióticos de forma inapropriada ou em doses inadequadas é um problema preocupante, pois este leva ao surgimento de resistência, que se agrava pelas condições sanitárias precárias comuns desses países, além do sistema imunológico de uma proporção substancial da população que se encontra comprometido (STURM et al., 1999). Apesar de inúmeros trabalhos na literatura internacional terem demonstrado o pouco ou nenhum benefício do uso de antimicrobianos para muitas morbidades, tais quais: faringites, otites, sinusites, bronquites, dentre outras, essa continua sendo uma prática comum no nosso meio. No estudo de Berquó et al. (2004b), a maioria das infecções respiratórias na comunidade para as quais se utilizou algum medicamento foi tratada com antimicrobianos, apesar de a etiologia viral ser mais prevalente nessas doenças. Além disso, a seleção de medicamentos muitas vezes segue certo modismo, podendo estar atrelada às propagandas, crenças ou outros fatores relacionados, por exemplo, como se pode observar no estudo de Castro et al. (2002), onde o consumo de

antimicrobianos dentro de um hospital universitário cresceu entre 1990 e 1996. Quando novas alternativas terapêuticas foram disponibilizadas no hospital, o consumo de medicamentos antigos para a mesma situação clínica decresceu e em alguns casos se manteve o nível de consumo. Quando foi realizada intervenção específica, como campanha para o uso correto da cefoxitina, as mudanças esperadas ocorreram. Assim, a educação continuada mostra claramente a sua importância nesse contexto.

No estudo de Sturm et al. (1999), observou-se que felizmente, devido aos preços elevados dos medicamentos mais recentemente desenvolvidos, o uso da maioria destes fármacos ficou limitado, em menos de 1% dentre os antimicrobianos apontados. Assim, o preço constitui-se como fator limitante para o uso. O controle do uso e abuso de agentes antimicrobianos é um assunto bastante complicado, principalmente em países pobres, onde os recursos são muito escassos.

Outro problema grave observado não apenas no Brasil como em todo o mundo é a estocagem de medicamentos em casa. Os medicamentos que são estocados em casa podem ser oriundos de uma prescrição anterior ou podem ter sido comprados para tal finalidade, e sem dúvida, demonstra um uso potencial no futuro. De qualquer forma, guardar medicamentos em casa é virtualmente considerado como uma obrigação, a partir do momento que eles são vistos como necessários para tratar problemas que podem ocorrer quando a assistência médica não estiver disponível (LOYOLA-FILHO, LIMA-COSTA, UCHOA, 2004). O estoque de medicamentos em casa frequentemente leva a uma redução da eficácia do medicamento devido as más condições de armazenamento ou a própria deteriorização destes, e pode levar a emergência de microorganismos resistentes na comunidade (MARLIERE; FERRAZ; DOS SANTOS, 2000). Os profissionais de saúde precisam enfatizar a importância em se descartar as sobras de antibióticos e o risco de se automedicar com estes ou de medicar outras pessoas (CEASER; WURTZ, 2000).

Existe ainda uma preocupação de que a mudança de categoria de antibióticos de uma categoria de medicamentos sujeita a prescrição para a categoria de medicamentos isentos de prescrição (MIPS) possa aumentar o desenvolvimento de resistência bacteriana. A experiência mostra que à medida que os antibióticos são mais utilizados, mais eles são vencidos pela resistência. Os motivos pelos quais as companhias farmacêuticas mudariam os medicamentos para a categoria de MIPS seria o aumento das vendas, ou seja, uma nova oportunidade de negócios. Assim, um grande número de pessoas teria acesso aos tratamentos com antibióticos para problemas de saúde os quais os MIPS fossem “adequados”. Os benefícios de antibióticos categorizados como MIPS parecem ser pequenos quando comparados ao espectro de resistência.

Assim, como justificariamos o uso tópico de antibióticos: Não haveria a possibilidade de sensibilização da pele ou da seleção de *Staphylococcos* após a aplicação tópica de antibióticos ou ainda de quinolonas para uso oftálmico? (WOOD, 1999).

Quando um grupo de expertos nos EUA se reuniu para discutir a possível mudança do antiviral aciclovir oral para a categoria de MIPS, eles consideraram como razão maior para a não aprovação foi que isso abriria precedentes para outros antimicrobianos e consideraram consequentemente a resistência a antifúngicos e antibióticos que isso poderia resultar (SANDE et al., 1998).

Exceto em populações específicas, a resistência fúngica e viral não é um problema de grande amplitude, em contraste com infecções do trato urinário. Infecções de pele, na maioria das vezes podem ser curadas com anti-sépticos ou desinfetantes, sem a real necessidade do uso de antibióticos. Antibióticos devem permanecer como medicamentos sob prescrição médica (ALFANDARI; BEUCAIRE, 2000).

A eficácia dos antibióticos nem sempre é preditível, baseada em sinais clínicos. A decisão clínica de prescrever um antibiótico se baseia nos sinais clínicos, experiência prévia do prescritor, dados recentes de resistência, além de outros fatores, todos de maneira integrada. É improvável que os pacientes sejam possuidores de conhecimento suficiente para fazer o uso adequado de antibióticos. Muitos pacientes não sabem sequer que a palavra “antibiótico” inclui muitos fármacos diferentes com diferentes alvos terapêuticos. Existe um risco de que o paciente utilize os antibióticos para qualquer sintoma o qual ele julgue ser necessário (ALFANDARI; BEUCAIRE, 2000).

No estudo de Arrais et al. (1997), encontrou-se que os antibióticos de uso sistêmico (79,0% de valor intrínseco elevado) foram em 46,0% dos casos recomendados por pessoas leigas e usados com maior frequência (58,0%) para tratar problemas relacionados com infecção respiratória aguda, sabidamente em muitos casos, autolimitadas. Além disso, nesse estudo os balconistas e farmacêuticos, apesar de não-habilitados a realizar tal procedimento não foram considerados como pessoas leigas, se o houvessem sido seguramente esses números seriam ainda maiores. Como se sabe, os balconistas no Brasil, geralmente, não recebem nenhuma formação específica, aprendendo a desempenhar suas funções na prática do dia-a-dia. Muitos deles são ex-caixas, ex-motoqueiros ou outros profissionais ligados a estabelecimentos farmacêuticos que *a posteriori* recebem uma promoção funcional.

ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS:

A Farmacoepidemiologia pode ser definida como a epidemiologia do medicamento e dos seus tratamentos, e compreende “o estudo do uso e dos efeitos” dessa tecnologia (TOGNONI & LAPORTE, 1989). É composta por dois campos de atuação

complementares, que buscam conhecer, analisar e avaliar o impacto dos medicamentos sobre as populações humanas: os estudos de utilização de medicamentos (EUM) e a farmacovigilância. Os EUM são os que tratam da “comercialização, distribuição e uso de medicamentos em uma sociedade”, com destaque especial sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas resultantes (OMS, 1977 *apud* ARRAIS, 1994).

Sabendo-se que a automedicação é uma prática real no nosso meio, se faz necessário conhecê-la bem, se é a nossa intenção compreender e interferir nos problemas relativos ao uso irracional dos medicamentos (ARRAIS, 1994). Desta forma, através da análise do perfil da utilização de medicamentos, podemos conhecer os possíveis problemas decorrentes do uso em larga escala dos medicamentos, avaliar o emprego de determinados medicamentos em determinadas situações, considerando-se fatores como o econômico ou os efeitos adversos (BRODIE et al., 1977). Desta maneira, os EUM têm um papel importante no conjunto de instrumentos que fazem possível o estudo da prática da automedicação (ARRAIS, 1994).

2. RELEVÂNCIA E JUSTIFICATIVA:

As justificativas para a realização desse estudo são as seguintes:

- O impacto extraordinário dos antibióticos no tratamento de infecções bacterianas, o aumento crescente na resistência a esses agentes e os gastos consideráveis com esses medicamentos mundialmente, são motivos suficientes para se preocupar com o uso racional desses agentes (CALVA, 1996).
- A má qualidade da oferta de medicamentos, o não-cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução na população

em geral justificam a preocupação com a qualidade da automedicação praticada no país (ARRAIS et al., 1997).

- Conhecer o perfil epidemiológico e os fatores que influenciam o consumo dos medicamentos na comunidade tem sido um instrumento importante para o delineamento de medidas de contenção de gastos farmacêuticos e melhoria das políticas de assistência à saúde do cidadão (HOMEDES & UGALDE, 2001).
- Muitos estudos sobre o tema focaram em práticas de prescrição, outros já realizados enfocaram populações ou serviços específicos, tais quais hospitais e clínicas, já os estudos de base populacional, são em sua maioria inquéritos medicamentosos (BÉRIA et al, 1993; RYLANCE; WOODS, 1998, ARRAIS, 1994; ARRAIS, 2004; BERQUÓ et al., 2004b; BI; TONG; PARTON, 2000; BLUNDELL; ZARZUELLO; MUÑOZ, 2001; MARLIERE; FERAZ; DOS SANTOS, 2000), não enfocando o uso específico de antimicrobianos (BERQUÓ et al., 2004a).
- Diversos estudos abordando o uso de antibióticos comprados em farmácias foram realizados em muitos países (OBASEIKI-EBOR et al., 1987; THAMLIKITKUL, 1987; LANSANG et al., 1990; DUA et al., 1994; HOSSAIN et al., 1982 *apud* DUONG; BINNS; LE, 1997; CALVA, 1996; BLUNDELL et al., 2001; SARADAMMA; HIGGINBOTHAM; NICHTER, 2000; DUONG; BINNS; LE, 1997; BORG; SCICLUNA, 2002; STURM et al.; 1999, BI; TONG; PARTON, 2000; BLUNDELL; ZARZUELLO; MUÑOZ, 2001; DEL ARCO; GARCÍA; GOROSTIZA, 1999; FIDALGO; LÓPEZ, 1995; KAMAT.; NICHTER, 1998; LLOR et al., 2005), contudo poucos estudos dessa área foram realizados no Brasil (BERQUÓ, 2004a; VOLPATO et al., 2005) e em Fortaleza, detecetou-se apenas um estudo publicado, restringindo-se a antimicrobianos para infecções urinárias (MENEZES et al., 2004).

- Intervenções que resultaram na redução do consumo de antibióticos levaram a um decréscimo nos níveis de resistência microbiana (The Finnish Study Group for Antimicrobial resistance, 1997). Por esse motivo, qualquer estratégia implantada com o intuito de conter e reduzir a resistência microbiana na comunidade deve incluir a determinação do consumo destes medicamentos, assim como um exame de todos os fatores que influenciam este comportamento (BRONZWAER SL; BUCHHOLZ; KOOL, 2001).

- Para que políticas sejam desenvolvidas se faz necessário obter informações sobre o contexto local. Políticas de melhoria do uso de medicamentos têm sido implementadas, contudo a complexidade cultural do uso de medicamentos é pouco entendida (CALVA, 1996).

- A Organização Mundial de Saúde possui um plano de combate ao uso irracional de medicamentos, o qual recomenda: fomentar a educação da população em matéria de medicamentos e elaborar e zelar pelo cumprimento das regulamentações apropriadas nas que se incluam as atividades de promoção da saúde (OMS, 2006).

- Surge disso tudo uma importante questão, que não tem recebido suficiente atenção, que é como o comportamento dos pacientes pode estar contribuindo para o desenvolvimento da resistência microbiana.

- Portanto, se faz mais do que necessário conhecer as características dos pacientes associadas ao abuso de antimicrobianos, sejam elas sociais, comportamentais ou econômicas.

- Diante do exposto, resolvemos investigar como a população utiliza os medicamentos antimicrobianos na cidade de Fortaleza.

3. OBJETIVOS:

OBJETIVO GERAL:

- Descrever o perfil de utilização de antimicrobianos na população de Fortaleza através da prática da automedicação em farmácias comunitárias.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil de utilização de antimicrobianos nos diferentes extratos demográficos e sociais;
- Avaliar a prática da automedicação e suas características na população estudada;
- Identificar os fatores intrínsecos e a percepção associada à prática da automedicação;
- Conhecer quais são os problemas de saúde que em maior proporção motivam a solicitação de antimicrobianos sem receita médica em farmácias;
- Avaliar a qualidade desse consumo de antimicrobianos;

- Conhecer o desfecho (resultado obtido) após a utilização do(s) medicamento(s) adquirido(s) pelos entrevistados;

4. METODOLOGIA:

LOCAL DO ESTUDO:

O estudo foi realizado no município de Fortaleza, o qual contou no ano de 2005 com uma população estimada de 2.374.944 habitantes, correspondendo a aproximadamente um terço da população do estado do Ceará (IBGE, 2005). O desemprego entre a população gira em torno dos 12,0%. Existe grande desigualdade social, onde 20,0% da população concentra 80,0% das riquezas e 37,0% possuem renda igual ou menor que 1 (um) salário mínimo (CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA *apud* ARRAIS et al., 2005). Além disso, a cidade está dividida em seis subprefeituras, as quais são chamadas Secretarias Executivas Regionais (SER), as quais foram dimensionadas com base em critérios populacionais e perfazem uma área física de 336 Km². Os 114 bairros da cidade foram distribuídos nas seis SER (EQUIPE DE GEOPROCESSAMENTO – SEINF, 2002). Desta forma, trabalhamos a nossa amostra de acordo com a distribuição proposta pela Prefeitura Municipal de Fortaleza, com base nas seis SER (ANEXO - A).

Foram selecionadas 100 farmácias distribuídas nos diversos bairros, alocados através das seis secretarias executivas regionais (SER), como pode ser observado nos anexos B, C, D, E, F e G . A farmácia comunitária é o local ideal para realizar estudos de dispensação de medicamentos (BLUNDELL et al., 2001). O número de farmácias estipulado, foi baseado no número de farmácias registradas no ano de 2005 (497), fornecido pela Vigilância Sanitária Municipal, a qual detém o controle das fiscalizações de todos os estabelecimentos. Assim, o número de farmácias selecionadas nos deu uma proporção de aproximadamente 20% do número total de farmácias do município. Além disso, para o nosso estudo somente consideramos as farmácias que disponibilizaram farmacêuticos no momento da visita dos entrevistadores. Esse dado foi previamente averiguado mediante contato telefônico.

Quando observado que após algumas tentativas não era possível comunicar-se com o farmacêutico responsável, a farmácia foi trocada por outra dentre a lista que dispomos. Selecionamos uma farmácia por bairro, dentro de cada SER, como forma de tornar a amostra a mais homogênea o possível. Além disso, foram visitadas tanto farmácias de rede como outras de pequeno porte (Tabela 2, página 66).

DELINEAMENTO DO ESTUDO:

Foi realizado um estudo descritivo, observacional, por inquérito.

SELEÇÃO DA AMOSTRA:

Os indivíduos entrevistados foram selecionados por amostragem de conveniência a partir da distribuição do número de farmácias em cada SER. A população considerada para amostragem foi baseada em todo o contingente de pessoas que buscaram a farmácia para comprar um medicamento, que contivesse pelo menos um princípio ativo classificado como

antimicrobiano sem prescrição médica no momento da visita dos entrevistadores e que aceitaram participar do estudo, ou seja, todas as pessoas entrevistadas naquele período de tempo. Após o atendimento no balcão da farmácia, os clientes eram encaminhados pela pessoa que os atendeu até os entrevistadores que o convidavam a participar do estudo. Os medicamentos eram então averiguados se continham antimicrobianos na sua composição e então prosseguisse a entrevista, no caso dos clientes aceitarem o convite.

A nossa amostragem foi do tipo não probabilística. Diz-se que a amostragem é *não probabilística* quando a probabilidade de seleção de cada unidade amostral não é conhecida para algumas ou para todas as unidades amostrais da população (HADDAD, 2004).

De fato, como não existem trabalhos realizados com resultados que nos embasassem para fazer esses cálculos, decidimos utilizar esse tipo de amostragem. Assim a nossa amostragem ficou restrita à parte da população mais acessível, devido ao número de farmácias já discutido anteriormente. Além disso, preservamos os três meses de coleta de dados propostos no cronograma.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO:

- Ser maior de 18 anos de idade;
- Ter ido ao estabelecimento farmacêutico adquirir medicamento, para uso próprio, compartilhado ou para terceiros, que contivesse pelo menos um princípio ativo classificado como antimicrobiano, em qualquer concentração, forma farmacêutica ou quantidade e que não apresentasse prescrição médica ou odontológica no momento da compra;
- Se disponibilizasse a responder o questionário;

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO:

- Pessoas que estivessem impossibilitadas de responder ao questionário por problemas de ordem física ou mental;
- Menores de 18 anos;
- Vendas efetuadas por telefone;
- Não consentisse em participar da pesquisa;
- Não adquirisse os medicamentos em estudo ou apresentasse prescrição médica ou odontológica no momento da compra

INSTRUMENTOS:

QUESTIONÁRIO:

Foram utilizados questionários semi-estruturados com questões fechadas, pré-codificadas, abertas, e outras semi-abertas, que foram codificadas *a posteriori*, elaborado com base nos trabalhos de ARRAIS, 2004, DUONG; BINNS; LE, 1997; CALVA, 1996; BI; TONG; PARTON, 2000; BERQUÓ et al., 2004a; RICHMAN et al., 2001; BORG; SCICLUNA, 2002; BLUNDELL; ZARZUELLO; MUÑOZ, 2001; PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002, além de questões desenvolvidas pelo autor (APÊNDICE A).

Esse questionário foi pré-testado em uma população piloto para se validar o método, e após esse período de teste sofreu pequenos ajustes.

A partir dos dados coletados, os medicamentos foram classificados através de literatura disponível em antimicrobianos ou outros medicamentos que não pertencem a essa categoria de fármacos. Os mesmos foram em seguida listados e classificados segundo o *Anatomical Therapeutical Chemical Classification System*, classificação ATC, editada pelo Nordic Council of Medicine (WHO, 1990). O código ATC é um índice de substâncias farmacológicas e medicamentos, classificados segundo grupos terapêuticos. Este sistema foi instituído pela

Oganização Mundial de Saúde. O sistema compreende o sistema ou órgão sobre o qual atua, o efeito farmacológico, as indicações terapêuticas e a estrutura química do fármaco.

O Questionário contem 5 blocos e 26 perguntas (algumas delas divididas em subitens).

BLOCO 1: Identificação e controle do estabelecimento farmacêutico

Foram coletadas informações sobre a Secretaria Executiva Regional (SER), farmácia, bairro, endereço, telefone, nome do responsável pelo estabelecimento, nome do farmacêutico, data, horário de chegada, horário de saída, entrevistador e controle de visitas, onde se preencheu com os questionários obtidos e resultado da entrevista.

Identificação do Questionário:

Número do questionário, completo (com desfecho: sim ou não), data da entrevista, nome do entrevistador, horário de início, horário de término, nome do entrevistado, bairro, uso próprio ou de terceiros.

BLOCO 2: Perfil sócio-demográfico e econômico:

Idade do entrevistado e terceiros (quando fosse o caso), sexo, grau de instrução, situação conjugal, faixa salarial, número de membros da família, cobertura por plano de saúde.

BLOCO 3: Auto avaliação em saúde:

Percepção do estado de saúde no momento da entrevista e há um ano atrás, doenças crônicas, uso crônico de medicamentos, alergia à medicamentos em geral e a antimicrobianos.

BLOCO 4: Prática da automedicação:

Conhecimento sobre o uso de antibióticos, motivo de uso, estocagem de medicamentos em casa, medicamentos adquiridos – identificação do(s) medicamento(s) (nome completo/ nome genérico, forma farmacêutica, concentração, quantidade, laboratório produtor,

de marca ou genérico, preço, tempo de uso, quantidade de vezes ao dia que deve usa-lo, quando utilizou antibiótico(s) anteriormente, há quanto tempo apresenta as queixas, quem lhe indicou o medicamento, no caso de uso inferior a 5 dias- qual o motivo, motivos de compra sem prescrição, conhecimento sobre as conseqüências de interromper o tratamento, concordância em contato posterior para se estudar o desfecho, duração do tratamento real, desfecho do tratamento (segundo a concepção do entrevistado).

Seguem algumas considerações sobre algumas variáveis exploradas no estudo:

Automedicação:

Foi considerada automedicação toda aquela aquisição de medicamentos sem apresentação de prescrição de profissional legalmente habilitado. A organização Mundial de Saúde (1985) define medicamento como: “toda substância contida em um produto farmacêutico, utilizada para modificar ou investigar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, em benefício da pessoa em que se administra”.

No questionário o termo utilizado foi “antibiótico” referido para antibióticos e/ou outros antimicrobianos, pois no presente estudo consideramos também os antimicrobianos utilizados como antibacterianos, tais como sulfas e quinolonas.

No presente estudo excluíram-se produtos homeopáticos, fitoterápicos ou qualquer outro tipo de preparação que não estivesse de acordo com as definições.

Para melhor identificar os medicamentos utilizados, os entrevistadores foram orientados a solicitarem que os entrevistados apresentassem os(s) medicamentos(s) utilizados, além de pedirem a confirmação dos preços com o vendedor.

Todas as informações foram registradas na tabela específica. A identificação do nome completo do produto foi imprescindível para a posterior verificação de sua composição. Para cada medicamento utilizado foi pedido que o cliente indicasse o motivo de uso, além da fonte de indicação do mesmo, médico (receita anterior), farmacêutico, balconista, parente, amigo ou vizinho, conta própria, propaganda, indicado por outros profissionais de saúde ou outras pessoas não identificadas. Por último, o motivo que levou ao uso de medicamentos traduz o sinal o sintoma referido pelo próprio sujeito, não significando um diagnóstico clínico específico.

PERÍODO DE ESTUDO:

ESTUDO PILOTO:

O estudo piloto foi realizado com os seguintes objetivos:

- Definir a metodologia mais adequada;
- Compreender a rotina geral das farmácias de Fortaleza;
- Escolher o melhor horário de visita;
- Definir os melhores dias da semana para coleta de dados;
- Definir o melhor período do mês para visitar os estabelecimentos;
- Testar o instrumento de trabalho para a coleta de dados.

O estudo piloto ocorreu entre os meses de novembro de 2005 e janeiro de 2006. Foram visitadas 4 farmácias na SER I e 6 farmácias na SER IV, onde no total foram visitadas dez farmácias em bairros distintos das duas SER. Dentre as 10 farmácias que aceitaram participar do estudo, em 7 foi possível preencher pelo menos um questionário. Cada farmácia foi visitada uma única vez, e a permanência em cada uma delas foi de três a quatro horas,

ajustada ao dia da semana e horário referido como de maior movimentação de pessoas pelo farmacêutico responsável no momento do contato prévio. A média de questionários aplicados por farmácia foi de 1,1. No entanto, houve uma farmácia aonde foi possível permanecer apenas por 1 hora (após o primeiro questionário), pois o proprietário solicitou a suspensão da pesquisa no seu estabelecimento. Tal aspecto nos motivou a realizar uma seleção ainda mais detalhada do horário e da farmácia a ser visitada, para que se minimizasse a ausência de entrevistas, por exemplo, o período do mês o qual é um fator importante (ao que parece ser o início do mês é um período de aumento da procura de pessoas pela farmácia). Todas as pessoas abordadas aceitaram participar do estudo. Os questionários levaram em média 7,7 minutos para serem completamente preenchidos, sem nenhum problema maior. Com relação ao contato posterior para se obter o resultado do tratamento (segundo a concepção do entrevistado), foram contatados oito entrevistados, que aceitaram finalizar o questionário. Os outros, os quais não foi possível fazer esse contato posterior, em dois casos foi por telefone incorreto ou não operante, e um por não possuir linha telefônica disponível. Outro aspecto importante do estudo piloto foi a observação da necessidade de um espaço reservado para a execução da entrevista, visando a privacidade e bem-estar dos usuários. A maioria das farmácias aceitou a execução da pesquisa, contudo algumas não nos permitiu o acesso.

COLETA DE DADOS:

A coleta de dados definitiva foi realizada após a qualificação do projeto de pesquisa e após alguns pequenos ajustes na metodologia de pesquisa. Ocorreu entre os meses de março e maio de 2006.

ANÁLISE DOS DADOS:

Após a conferência de todos os questionários, averiguando questão a questão as respostas sinaladas, além do contato posterior (quando fosse o caso), os dados da pesquisa foram introduzidos em planilha do programa Excell 2003 (Microsoft®) através de dupla digitação, de onde foram transportados ao programa *SPSS for Windows*, versão 10.0, para fins de análise estatística, finalizando assim o processo de tabulação.

Depois da construção do banco de dados (definição dos níveis de mensuração de cada uma das variáveis envolvidas no estudo e das legendas dos subitens das variáveis qualitativas), se procedeu à análise dos dados propriamente dita, a qual constou da distribuição do uso de acordo com variáveis individuais e socioeconômicas.

O denominador utilizado para as análises foi o número de pessoas que adquiriram algum antimicrobiano sem prescrição médica.

A análise estatística foi terceirizada, aonde contratamos os serviços da empresa júnior de estatística GAUSS, pertencente ao curso de estatística da Universidade Federal do Ceará. Contudo, estivemos diretamente em contato durante a execução das análises, para direcionar a análise e esclarecer eventuais dúvidas surgidas.

INFRA-ESTRUTURA DISPONÍVEL:

RECURSOS MATERIAIS:

- Acervo Bibliográfico da Biblioteca da Universidade Federal do Ceará – Campus do Porangabussú.
- Instalações da Sala dos Mestrandos de Farmácia Clínica da Universidade Federal do Ceará, incluindo biblioteca e computadores.
- Acervo bibliográfico do Grupo de Prevenção ao Uso Indevido de Medicamentos (GPUIM), instalado no Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará.

RECURSOS HUMANOS:

BOLSISTAS:

- Estagiárias do sétimo e oitavo semestres do Curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará foram selecionadas, para que pudessemos cumprir o tempo estipulado para a pesquisa. Dessa maneira, após um processo seletivo, que constou de análise de currículos e entrevista, as estagiárias passaram por treinamento teórico e operacional para então começarem os trabalhos de campo.

Os contatos com as farmácias eram feitos previamente pelo autor. Assim, semanalmente quando eram realizadas reuniões de acompanhamento e controle da pesquisa, elas recebiam uma lista com todas as farmácias a serem visitadas e nos repassavam todos os dados obtidos na semana anterior.

RECURSOS FINANCEIROS:

As despesas com a realização do projeto foram custeadas pelo mestrando, pela orientadora do estudo e complementação de verba oriunda do PADCT (Programa de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico) por intermédio do Mestrado em Ciências Farmacêuticas.

ASPECTOS ÉTICOS:

Dado o aspecto observacional do estudo, a pesquisa não representou risco para as pessoas selecionadas. Os entrevistados foram orientados quanto à natureza da participação

voluntária, respeitando todos os direitos destes ao anonimato e à autonomia através do termo de consentimento esclarecido (APÊNDICE B).

O projeto foi submetido ao parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará (COMEPE), obtendo parecer favorável à realização da pesquisa (ANEXO H).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) (1985), o uso racional de medicamentos ocorre quando “*os pacientes recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade*”, assim o farmacêutico comunitário, como elo entre o paciente e os demais profissionais de saúde, pode contribuir de maneira decisiva no alcance dos resultados terapêuticos almejados, no uso racional dos medicamentos, na promoção da saúde, melhorar a qualidade da automedicação e com isso, melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente e a comunidade.

No total, foram entrevistadas 145 pessoas. Dois questionários foram excluídos, um deles por se tratar de um medicamento antifúngico e outro por se tratar de uso veterinário. A média de questionários por farmácia foi de 1,29. Além disso, houve 14 recusas, na maioria das

vezes pelo fato de que no momento da abordagem ocorria outra entrevista. Assim a nossa amostra final constou de 129 questionários, representando uma perda de aproximadamente 11,0%.

Ao observarmos a distribuição de entrevistas realizadas por regionais, observamos que a regional com maior número de questionários preenchidos, foi a Regional II. Essa Regional engloba o Centro da Cidade com o maior número de farmácias por bairro comparado aos demais. O Centro da Cidade teve como detalhe facilitador para a realização da pesquisa o fato de concentrar um grande contingente de pessoas afluindo de outros locais da cidade para essa região com finalidade de trabalho, negócios, compras, lazer, etc. Por comodidade essas pessoas vão às farmácias para comprar os medicamentos que necessitam. Outro aspecto dessa regional é o bairro Aldeota, que está inserido na mesma.

A peculiaridade desse bairro relaciona-se a uma extensa área geográfica, além de contar com um grande número de farmácias. Por esses motivos, a Regional II foi responsável pela maior quantidade de questionários.

Em seguida, a regional I apresentou o segundo maior número de questionários preenchidos, apesar de não ter atingido a quantidade de farmácias propostas inicialmente para essa Regional. Isso pode estar relacionado à presença nessa Regional de bairros de periferia, além de também possuir uma zona de grande fluxo de pessoas. A Regional III apresentou uma quantidade moderada de questionários preenchidos apesar de ter sido visitado o quantitativo de farmácias proposto. É possível que por tratar-se de uma área da cidade na qual abriga, majoritariamente, uma população de poder aquisitivo menor comparado ao da Regional II, talvez possa ser associado a um menor consumo de medicamentos. Com a mesma quantidade de questionários está a Regional V onde situa-se a chamada periferia da Cidade de Fortaleza, na qual sabidamente sua população apresenta baixo poder aquisitivo. Contudo, pelo fato de não haver sido completada a quantidade de farmácias propostas inicialmente, o número de

questionários pode ter sido subestimado nessa Regional. A Regional VI tem como característica o fato de abrigar bairros de poder aquisitivo elevado bem como no outro extremo bairros de baixo poder aquisitivo, sendo também de baixa densidade demográfica, fatores que dificultaram atingir o quantitativo de questionários propostos.

O principal fator que prejudicou o não cumprimento do quantitativo de farmácias a serem visitadas em cada regional, foi a ausência do profissional farmacêutico, que era considerado como critério de inclusão para visita ao estabelecimento. Surpreendentemente, em algumas das farmácias contactadas o farmacêutico não estava presente, mesmo após algumas tentativas. Isso não era de se esperar, pois em 7 de maio de 2004, foi assinado em conjunto pelo Conselho Regional de Farmácia (CRF-CE), Conselho Federal de Farmácia (CFF), Sindicato do Comércio Varejista de Medicamentos (SINCOFARMA), Vigilância Sanitária de Fortaleza, Procuradoria do Município e Ministério Público, o Termo de Ajuste de Conduta (TAC) para que as farmácias e drogarias se adequassem a lei nº5991/73, que prevê a obrigatoriedade da assistência técnica do profissional farmacêutico em todo o horário de funcionamento do estabelecimento. (CRF-CE, 2004). Segundo o TAC a partir de 1º de maio de 2005, as farmácias e drogarias deveriam funcionar com a assistência do responsável técnico inscrito no CRF-CE, durante 72 horas semanais, o que corresponde a 12 horas diárias, de segunda a sábado, independente do horário de funcionamento. Entretanto a realidade encontrada foi outra, o que fez com que várias farmácias fossem excluídas da pesquisa. Em alguns bairros, a ausência do farmacêutico foi tão pronunciada que levou a exclusão de bairros inteiros de algumas Regionais.

É lamentável que ainda persista uma situação de descompromisso do farmacêutico com a saúde pública, com a ética profissional e com a população que fica vulnerável aos problemas decorrentes dessa situação.

Os órgãos fiscalizadores não estão cumprindo com o seu papel de maneira eficiente, assim medicamentos que deveriam ser vendidos sob prescrição médica podem ser obtidos livremente. A exigência da presença do farmacêutico continua sendo desrespeitada. Com isso, os mais prejudicados são os consumidores, que ficam alheios a certos riscos. Cada vez mais se percebe a importância do profissional farmacêutico inserido nos estabelecimentos e atuante. Desse modo, será possível o provimento de informações para a utilização correta dos medicamentos, fazendo valer o papel do farmacêutico.

Tabela 1 – Distribuição da quantidade de questionários por Secretaria Executiva Regional - SER. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

REGIONAL	Freqüência	%
I	28	21,7
II	48	37,2
III	16	12,4
IV	9	7,0
V	16	12,4
VI	12	9,3
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

Na tabela abaixo apresentamos o número inicial de farmácias que deveriam ser visitadas por SER e em seguida o número real de farmácias visitadas por SER.

Tabela 2 - Distribuição de farmácias visitadas por SER. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

	SER I	SER II	SER III	SER IV	SER V	SER VI	Total
Nº de farmácias que deveriam ser	14	30	14	12	12	18	100

visitadas por SER							
Nº de farmácias visitadas por SER	12	30	13	12	7	9	83
Cobertura (%)	86	100	93	100	58	50	81,2

*FONTE: Pesquisa direta

Desta maneira, cobrimos 81,2% da quantidade de farmácias inicialmente estipuladas, pelos motivos já explicados anteriormente.

Os dados apresentados a seguir foram submetidos aos cálculos relacionados à estatística descritiva, e serão apresentados segundo cada item constante no questionário:

Como pode ser observado na tabela abaixo, a maioria dos questionários n=75 (58,1%) foi preenchida por pessoas que adquiriram medicamentos para uso de terceiros.

Tabela 3 – Distribuição dos questionários quanto ao usuário do(s) antimicrobianos. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Uso do medicamento	Frequência	%
Uso Próprio	54	41,9
Terceiros	75	58,1
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

Para uma melhor compreensão, separamos os dados referentes aos entrevistados e aos terceiros (quando tratavam-se de possíveis usuários dos antimicrobianos).

Primeiro apresentaremos os dados referentes ao entrevistado:

Observando os dados abaixo, a faixa etária que mais buscou a farmácia para comprar antimicrobianos sem prescrição foi a de adultos, na faixa etária entre 38 e 47 anos n=32 (24,8%). Quando agrupamos as faixas etárias compreendidas entre 18 e 47 anos n= 92 (71,3%), observamos que representam uma parcela significativa dos entrevistados. O que pode ser explicado pelo fato de nessa faixa etária concentrar a maior parcela da população economicamente ativa. O que nos leva a pensar que o poder aquisitivo seria um fator condicionante e estimulador para a compra de medicamentos.

Tabela 4 - Frequência dos entrevistados quanto à faixa etária. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Faixa etária	Frequência	%
18 -- 27 anos	29	22,5
28 -- 37 anos	31	24,0
38 -- 47 anos	32	24,8
48 -- 57 anos	20	15,5
58 -- 67 anos	9	7,0
68 -- 77 anos	4	3,1
Não respondeu	4	3,1
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

Com relação ao sexo dos entrevistados, as mulheres foram a maioria das entrevistadas n=69 (53%), ou seja, as que mais buscaram a farmácia para comprar os medicamentos estudados. O que pode ser explicado pelo fato de ser a mulher a cuidadora dos outros membros da família, assim ela procura a cura para aqueles que precisam, além de ser a mais “informada” sobre o processo saúde-doença, portanto seria a mais indicada a comprar os medicamentos na farmácia.

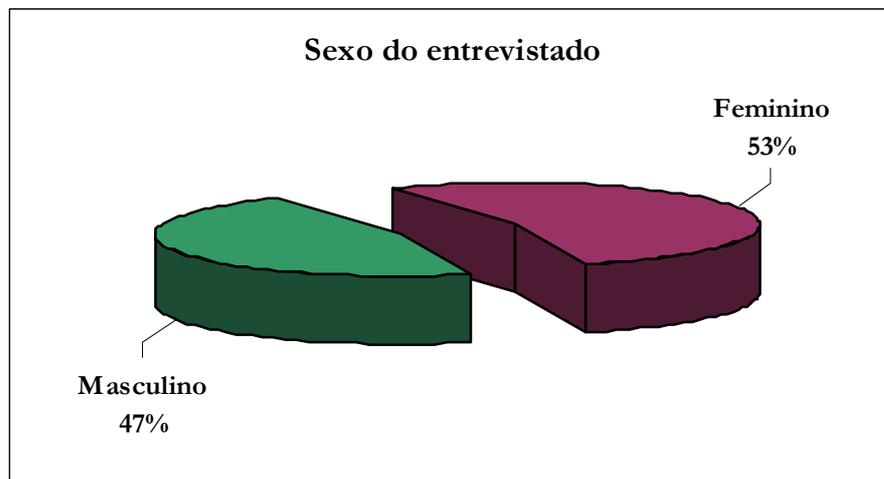


Gráfico 1 - Distribuição dos entrevistados segundo o sexo. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Os dados coletados mostram um resultado interessante com relação ao nível de escolaridade. As maiores freqüências de compradores concentraram-se nos níveis de escolaridade Ensino Médio completo $n=38$ (29,5%) e ensino Superior Completo/ Pós-graduação $n=35$ (27,1%). Poderíamos pensar que quem tem mais escolaridade, possuísse mais cautela quando se tratasse de se automedicar com antibióticos, devido ao conhecimento sobre os riscos da automedicação. Contudo, o que tivemos como resultado nos chama a atenção, pois apesar de não haver uma tendência linear entre o nível de escolaridade e a automedicação com antibióticos, esta foi praticada principalmente por pessoas que possuem um grau de escolaridade

maior. Quando somamos os três maiores níveis de escolaridade, observamos que representam n=84 (65,1 %) da amostra pesquisada. Dessa forma somos levados a pensar que as ações de saúde, notadamente aquelas de caráter educativo, devem ser voltadas a esses grupos, que apesar do conhecimento e da possibilidade de julgar melhor os perigos da automedicação, exercem essa prática sem se preocupar com os riscos relacionados a isso. Achados de ARRAIS et al. (2005) mostram que a escolaridade maior que oito anos seria um fator determinante para o consumo de medicamentos (prevalência de consumo de 52,7%, $p < 0,05$). Outro estudo, de Villarino et al. (1998), mostrou uma correlação entre a variável grau de escolaridade e o desfecho automedicação ($p < 0,009$). Assim, dentre os que nunca receberam educação formal em escola (n=53): 35 se automedicaram (66,1%); dos que tiveram até 8 anos de educação formal (n=142): 102 se automedicaram (71,8%); dos que tiveram até 11 anos de educação formal (n=60): 53 se automedicaram (88,3%); e dos com 12 anos ou mais de estudo (n=33): 29 se automedicaram (87,9%). Resultado este bastante próximo aos nosso.

Tabela 5 - Distribuição dos entrevistados quanto ao grau de instrução. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Grau de instrução	Frequência	%
Sem instrução (analfabeto)	3	2,3
Ensino fundamental incompleto	17	13,2
Ensino Fundamental Completo	17	13,2
Ensino Médio Incompleto	8	6,2
Ensino Médio Completo	38	29,5
Ensino Superior Incompleto	11	8,5
Ensino Superior Completo/Pós-graduação	35	27,1
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

Com relação ao estado conjugal, observamos que a grande maioria da nossa amostra é casada ou vive em união consensual $n= 72$ (55,8%), seguindo-se os solteiros $n= 40$ (31,0%), e os demais grupos (divorciado, separado ou viúvo) $n= 17$ (13,2%) ficaram em menor proporção.

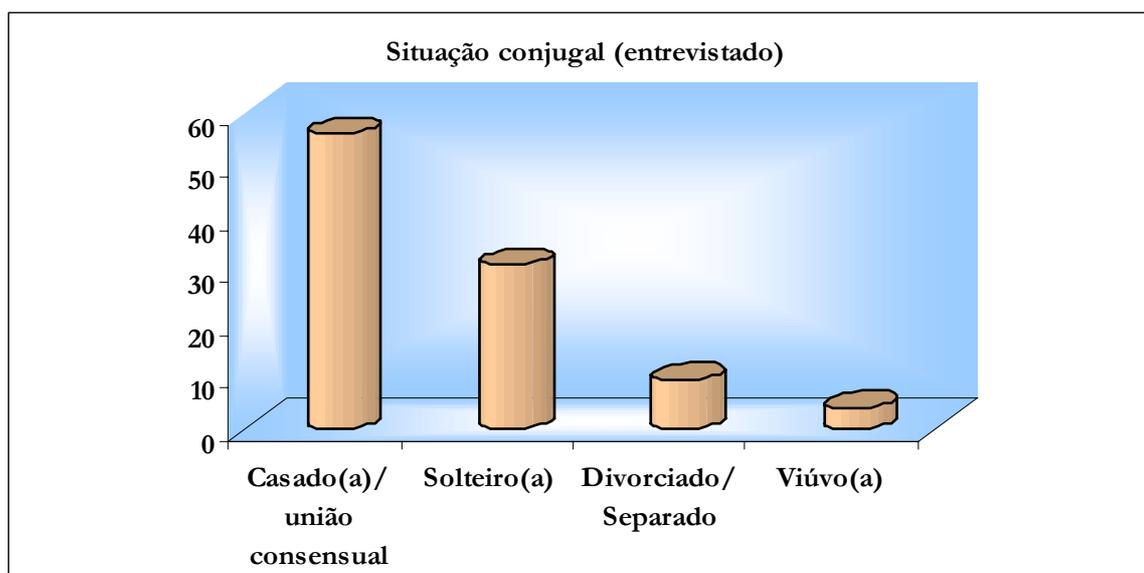


Gráfico 2 - Frequência dos entrevistados quanto ao estado conjugal. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Foi observado que o perfil de renda familiar mensal da nossa amostra concentrou-se principalmente na faixa de R\$ 2001,00 – 4000,00 n=32 (24,8%). Isso pode ser reflexo de que a coleta de dados ocorreu mais intensamente em áreas da nossa cidade economicamente mais favorecidas, ou ainda que as classes sociais menos favorecidas, estratificadas nesse trabalho pela renda mensal, procuram menos a farmácia para se automedicar. Isso pode significar também, que o acesso ao Sistema Único de Saúde e conseqüentemente aos medicamentos torna desnecessária a compra de medicamentos por essa parcela da população. Numa abordagem mais pessimista, poderia também significar a exclusão dessas camadas sociais de uma assistência à saúde. As pessoas que tem mais possibilidade de acesso aos serviços de saúde (privados), no tocante a renda, recorrem com maior freqüência à farmácia para comprar antibióticos sem prescrição, o que demonstra que a prescrição médica não parece ser relevante para o uso correto dessa classe de medicamentos. No trabalho de Arrais et al. (2005), a renda também foi um fator determinante para o consumo de medicamentos, assim a renda familiar mensal superior a três salários mínimos mostrou uma prevalência de consumo igual a 55,2% (p<0,01).

Tabela 6 - Distribuição dos entrevistados segundo a faixa de renda familiar mensal. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Faixa de renda mensal	Freqüência	%
Até R\$300,00	12	9,3
R\$ 301,00 – 400,00	9	7,0
R\$ 401,00 – 600	12	9,3
R\$ 6001,00 – 1000,00	21	16,3
R\$ 1001,00 – 2000,00	22	17,1
R\$ 2001,00 – 4000,00	32	24,8
R\$ 4001,00 ou mais	20	15,5
Não respondeu	1	0,8
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

*Salário Mínimo da Época = R\$ 300,00.

O número de pessoas residentes no domicílio não mostrou nenhuma tendência anormal de consumo. Como podemos observar na tabela abaixo, os arranjos familiares mais freqüentes reúnem três (24,0%), quatro (25,6%) ou cinco (18,6%) pessoas, representando uma família brasileira típica dos tempos atuais. Contudo, podemos pensar que quanto maior a quantidade de pessoas residentes por domicílio, maior seria a possibilidade de compartilhar os medicamentos, ou ainda de utilizar futuramente as sobras de medicamentos estocadas. Quando agrupamos estes arranjos temos uma freqüência de 68,2%, o que é próximo aos achados de Fernandes (1998), 57,1%.

Tabela 7 - Distribuição do número de pessoas por domicílio do entrevistado. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Quantas pessoas moram na sua casa	Freqüência	%
Uma	7	5,4
Duas	15	11,6
Três	31	24,0
Quatro	33	25,6
Cinco	24	18,6
Seis	7	5,4
Sete	6	4,7
Oito	3	2,3
Nove	1	0,8
Dez	1	0,8
Não respondeu	1	0,8
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

Para obter o conhecimento das pessoas sobre a definição de antibiótico e conseqüentemente seu uso, perguntamos a elas para que serve um antibiótico. Apenas n=58 (39,2%) das pessoas o definiram corretamente. As respostas aceitas como adequadas foram: infecções (em geral), serve para matar germes, microorganismos, bactérias, etc. Outro aspecto a ser discutido é o fato de n=46 (31,1%) das pessoas considerarem que antibióticos servem para inflamação, o que pode ser explicado pela desinformação ou confusão entre as definições pelos entrevistados. Duas situações podem ser consideradas: na primeira, as pessoas poderiam estar comprando o medicamento errado, considerando que elas apresentavam somente um quadro inflamatório. Na outra situação, poderiam estar comprando o medicamento correto se considerarmos a presença de uma infecção, entretanto com a indicação errada. Duong, Binns & Le (1997) encontraram que 34,5% dos seus entrevistados responderam corretamente a mesma pergunta, infecção; além disso 32,7% destes afirmarar que os antibióticos serviriam para inflamação, dados que se aproximam dos nossos resultados.

Tabela 8 - Frequência das respostas para a pergunta "Para que serve um antibiótico?". Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Para que serve um antibiótico	Frequência	%
Infecções em geral	58	39,2
Dor de garganta	17	11,5
Diarréia	1	0,7
Inflamação	46	31,1
Gripe	4	2,7
Outra doença	16	10,8
NS/NR	6	4,1
Total	148	100

*FONTE: Pesquisa direta

*OBS: Questão de múltipla escolha

Tabela 9 - Frequência da resposta “outra doença” para a pergunta “Para que serve um antibiótico?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Outras indicações	Frequência	%
Alergia	1	5%
Artrose	1	5%
Cicatrização de feridas	1	5%
Cirurgia	1	5%
Doenças em geral	1	5%
Expectorante	1	5%
Febre	1	5%
Gonorréia	1	5%
Muitas doenças	2	11%
Ossos	1	5%
Ouvido	1	5%
Pele	2	11%
Pneumonia	1	5%
Profilaxia cirúrgica	1	5%
Respiratória	1	5%
Tosse	1	5%
Virose	1	5%
Total	19	100%

*FONTE: Pesquisa direta

A estocagem de medicamentos aparece claramente explicitada em nosso estudo, representando n=99 (76,7%) os indivíduos que armazenam medicamentos em suas residências. Situação esta que gera uma preocupação, pois haveria a possibilidade de uma automedicação futura (OKUMURA et al., 2002), talvez até com uma sobra de medicamentos em condições impróprias para uso, o que conseqüentemente, leva a uma maior dificuldade de assistência médica adequada (SOMBRERO et al., 1999), além disso esse uso imprudente além de ser um risco para a saúde do próprio paciente por causa da possibilidade de reações adversas, mascaramento de sintomas e desenvolvimento de doenças crônicas, também deve ser considerada a emergência e espalhamento da resistência microbiana (LIU et al., 2001; STRATCHOUNSKI et al., 2003). Com dados próximos aos nossos está o estudo de Fernandes (1998), 85,7% com medicamentos em geral, realizado no município de Fortaleza.

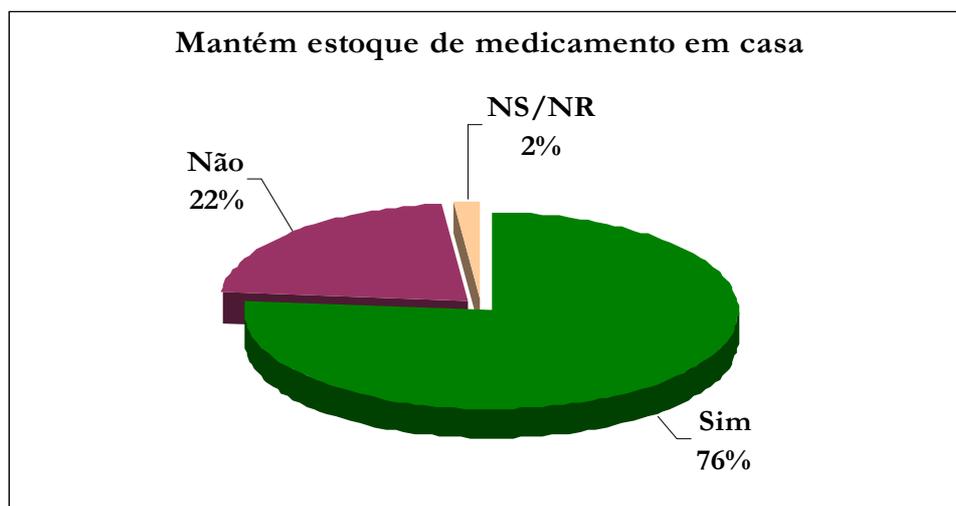


Gráfico 3 – Distribuição dos entrevistados segundo a estocagem de medicamentos nos seus domicílios. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Dentre os motivos apontados para a compra sem receita médica, o fato do entrevistado já ter sido curado anteriormente pelo antimicrobiano $n= 42$ (25,9%), mostra uma confiança no medicamento e subjetivamente na prescrição médica, quando esse tiver sido anteriormente indicado por médico. Pode significar também a relação que se faz entre a doença atual com sinais e sintomas passados. Em seguida a resposta “Não perder tempo” $n= 37$ (22,8%) apresentou maior frequência podendo indicar que as pessoas são imediatistas, preferindo a cura extremamente rápida, prescindindo um atendimento médico que demandaria mais tempo. A resposta “O médico sempre prescreve os mesmos” $n= 21$ (13,0%) pode ser considerada como uma idéia decorrente das respostas anteriores. Isso porque as pessoas supõem que ao procurarem o médico, este lhes receitaria o antimicrobiano já prescrito anteriormente devido acreditarem que apresentam as mesmas queixas relacionadas ao que motivou a consulta passada. Assim, os prescritores poderiam compartilhar a responsabilidade com algumas dessas pessoas (LAM et al., 2001). Esses resultados já foram demonstrados por outros autores (SARADAMMA; HIGGINBOTHAM; NICHTER, 2000), contudo as comparações ficam inviabilizadas pois as variáveis estudadas não são as mesmas entre os

estudos, além de serem realidades sócio-econômicas completamente distintas. Duong, Binns & Le (1997) obtiveram como resultados que 54,1% dos seus entrevistados não consultaram um médico, pois já haviam experimentado os mesmos sintomas anteriormente e já haviam utilizado os mesmos medicamentos.

A automedicação várias atividades: comprar medicamentos sem prescrição, reutilização de prescrições antigas, compartilhamento de medicamentos com parentes ou amigos, utilização de medicamentos estocados em casa, ou ainda descumprindo a prescrição médica, seja prolongando ou interrompendo o tratamento, aumentando ou diminuindo as doses prescritas, ou até modificando o horário (LOYOLA-FILHO, LIMA-COSTA, UCHOA, 2004; BARROS, 1997). O acesso fácil aos medicamentos leva a uma cultura popular onde as pessoas se autodiagnosticam a partir de resultados anteriores, guardam e reutilizam prescrições anteriores (e medicamentos) para os quais eles acreditam ser doenças recorrentes; adquirem medicamentos em estágios iniciais de doenças para evitar sintomas mais severos; e deixam para a última alternativa a consulta médica, somente ao perceberem que os medicamentos falharam (SARADAMMA; HIGGINBOTHAM; NICHTER, 2000).

Tabela 10 – Motivos que levaram a compra de antimicrobianos sem prescrição segundo os entrevistados. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Quais foram os motivos que levaram a comprar antibióticos sem prescrição?	Frequência	%
Acha que não precisa de prescrição	16	9,9
Não perder tempo	37	22,8
Dinheiro	8	4,9
Já foi curado por eles antes	42	25,9
O médico sempre prescreve os mesmos	21	13
Segue os conselhos de alguém	19	11,7
Tem profissional de saúde na família ou ele mesmo é	10	6,2
Outros motivos. Especificar	6	3,7
Não identificado	3	1,9
Total	162	100

*FONTE: Pesquisa direta

Quando perguntados se conheciam as conseqüências de não tomar um tratamento completo de antibióticos os entrevistados responderam que a “Recuperação (cura) não completa ou re-infecção pode ocorrer” n= 57 (36,7%). Um número considerável de pessoas n= 29 (18,5%) não soube responder o que poderia ocasionar como conseqüências. Houveram n=26 (16,6%) respostas que afirmaram haver perigo mas não souberam explicar exatamente do que se tratava. Para a resposta “resistência” apenas n=25 (15,9%) pessoas sabiam da conseqüência maior, decorrente de se fazer um tratamento incompleto com antimicrobianos. Esse número demonstra que uma pequena parcela das pessoas entrevistadas conhece esse problema e todos os demais decorrentes da resistência .

A venda livre de medicamentos ocasiona uma vasta gama de problemas, os principais advindos do fato de que os pacientes, em geral, são incapazes de julgar os riscos potenciais do uso inadequado dos medicamentos (BARROS, 1997). Assim, mais atenção deve ser dada aos clientes e/ou pacientes como beneficiários do uso dos medicamentos para que eles possam buscar informações acuradas e perguntar as informações necessárias (OKUMURA; SUSUMU; TAKUSEI, 2002). Dessa forma, o farmacêutico comunitário torna-se de fundamental importância para levar ao conhecimento da população todos os benefícios e riscos relacionados aos antimicrobianos. A atenção farmacêutica entra como instrumento mais atual que permitiria essa aproximação do farmacêutico à população.

Tabela 11 – Conseqüências de não tomar um tratamento completo de antimicrobianos, segundo o entrevistado. .
Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Conhece as conseqüências de não tomar um tratamento completo de antibióticos	Freqüência	%
Resistência	25	15,9
Recuperação (cura) não completa ou re-infecção pode ocorrer	57	36,3
É perigoso	26	16,6
Torna os antibióticos menos efetivos ou inefetivos	18	11,5
Outros	2	1,3
NS/NR	29	18,5
Total	157	100

*FONTE: Pesquisa direta

A partir de agora apresentamos os dados relativos ao usuário do antimicrobiano, seja ele o próprio entrevistado ou outra pessoa para a qual o entrevistado estivesse comprando um antimicrobiano.

Com relação ao uso de medicamentos por terceiros, a maior freqüência encontrada relacionou-se aos filhos n=30 (40,0%). Logo em seguida vem o cônjuge n=13 (17,3%), o que pode demonstrar a preocupação do casal em tratar seus próprios problemas sem procurar atendimento médico.

Tabela 12 – Distribuição do usuário final (terceiros) do(s) antimicrobiano(s) quanto ao parentesco com o entrevistado. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Parentesco	Frequência	%
Afilhado	1	1,3
Amiga	1	1,3
Cunhada	1	1,3
Empregada	1	1,3
Enteado	1	1,3
Esposo(a)	13	17,3
Filho(a)	30	40,0
Irmão/irmã	8	10,7
Mãe	5	6,7
Neto(a)	3	4,0
Parente	2	2,7
Sobrinho(a)	2	2,7
Vizinho	1	1,3
Ns/nr	6	8,0
Total	75	100

*FONTE: Pesquisa direta

*Ns/Nr: Não sabe/ Não respondeu

Observa-se uma frequência alta de crianças e adolescentes dentre os terceiros, faixa etária entre 1 e 17 anos n=37 (49,3%), o que pode indicar que os pais (em especial as mães), avós ou outro responsável, adquira tais medicamentos para suas crianças. Fato este que vem confirmar a distribuição por grau de parentesco, resultado obtido acima (Tabela - 12). A indicação de antimicrobianos pelas mães já é bastante conhecida e discutida na literatura científica, sendo assunto de publicações: SOMBRERO et al., 1999 – 96% das mães haviam administrado antimicrobianos aos filhos antes da consulta médica; BI; TONG; PARTON, 2000 – 59,4% das crianças foram automedicadas pelos pais, e 51% em seis ou mais ocasiões no período de um ano. A seguir, podemos observar a faixa etária dessas pessoas:

Tabela 13 – Distribuição da faixa etária dos terceiros (possíveis usuários). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Faixa etária	Freqüência	%
01 -- 17 anos	37	49,3
18 -- 34 anos	9	12,0
35 -- 51 anos	8	10,7
52 -- 68 anos	3	4,0
69 -- 85 anos	2	2,7
86 -- 102 anos	1	1,3
Não respondeu	15	20,0
Total	75	100

*FONTE: Pesquisa direta

Com relação ao sexo de terceiros, o sexo masculino n=37 (49,3%) superou um pouco o sexo feminino n=32 (42,7%). Inúmeros trabalhos já mostraram o maior consumo de medicamentos pelo sexo feminino: (59,0%) – ARRAIS et al., 1997; (55,6%) - ARRAIS et al., 2005; (58%) - BLUNDELL et al., 2001; (56%) - BORG; SCICLUNA, 2002. A diferença encontrada no nosso estudo pode estar vinculada ao fato de que uma grande parte dos nossos entrevistados n=129 também utilizaria o medicamento, ou seja, uso próprio n=54 (41,9%). Assim essa proporção poderia estar diminuída no contexto geral, isto é, incluindo os terceiros e os de uso próprio. Além disso, em 8% dos terceiros (Gráfico - 4) não foi possível coletar o dado relativo ao sexo, podendo ser motivo para uma subestimativa para um dos dois sexos.

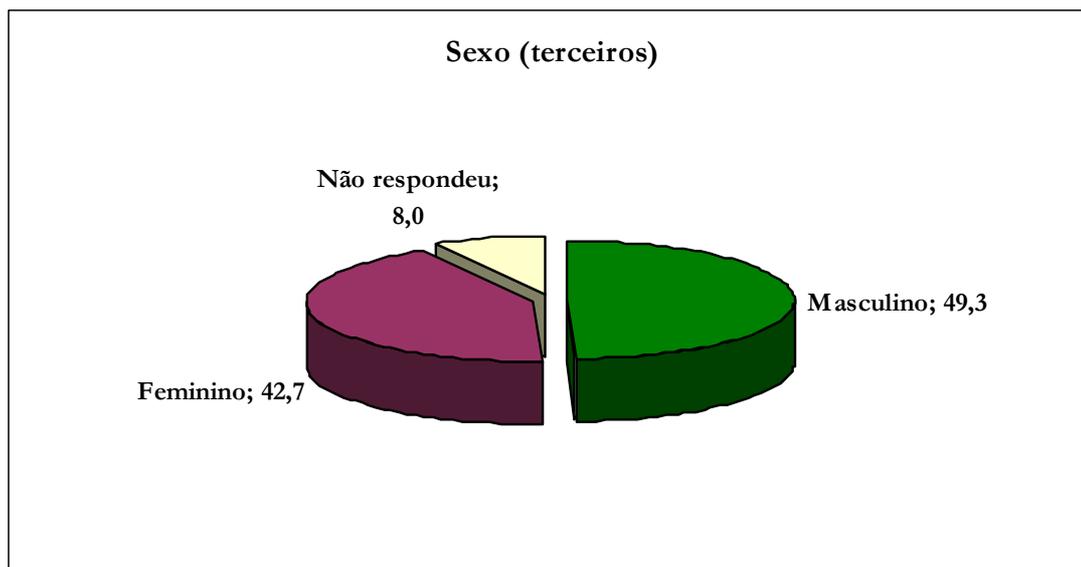


Gráfico 4 - Distribuição dos terceiros (possíveis usuários) quanto ao sexo. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Foi possível constatar que $n = 72$ (55,8%) dos usuários possuíam plano ou convênio saúde, contra $n = 56$ (43,4%) que não possuíam. Assim, poderia se pensar que as pessoas que possuem plano de saúde poderiam se automedicar mais do que aquelas que não possuem. Talvez isso possa ser respondido pelo fato de que o maior contato com o prescritor levaria a um estímulo para o maior consumo de medicamentos e para a automedicação; $n=42$ (25,9%) e $n=21$ (13,0%) dos nossos entrevistados apontaram respectivamente o fato de ter sido curado antes pelo medicamento e o fato do médico sempre prescrever os mesmos medicamentos como motivos para a compra sem prescrição, ou seja, $n=63$ (38,9%) da nossa amostra. Alguns autores também já abordaram tal aspecto: BI; TONG; PARTON, 2000; BORG; SCICLUNA, 2002 e ARRAIS, 2004. Outro aspecto seria o mais fácil acesso ao medicamento do que ao prescritor, ocasionado pelo comodismo ou falta de tempo do dia-a-dia.

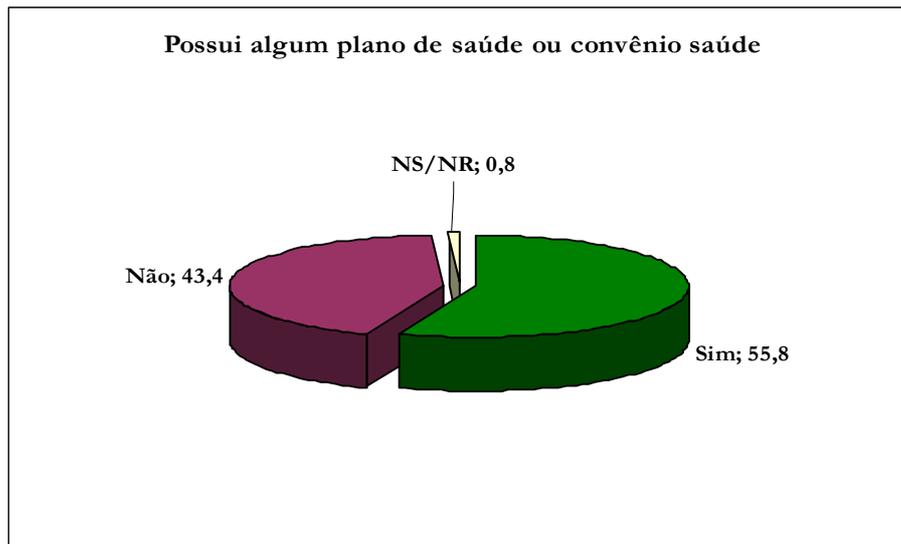


Gráfico 5 – Frequência dos possíveis usuários quanto à posse de plano ou convênio saúde. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Ao serem perguntados sobre o estado de saúde atual, os entrevistados na maior parte das respostas definiram o estado de saúde de quem utilizaria o(s) medicamento(s) como bom $n=42$ (32,6%), muito bom $n=61$ (47,3%) ou excelente $n=17$ (13,2%), ou seja, o restante, que são relativamente poucos, referiram sentir-se mal a ponto de necessitarem procurar ajuda médica $n=9$ (7,0%), o que se aproxima dos valores achados por ARRAYS, 2004 (6,3%). Vale salientar que o estado de saúde bom, pode significar normal, ou seja, um estado mediano de saúde.

Podemos levantar a suposição de que as pessoas acham os problemas que levaram à automedicação banais ou simples de resolver (LOYOLA-FILHO et al., 2004; PARIMI; PEREIRA; PRABHAKAR, 2002). Esperava-se encontrar pessoas com um estado de saúde ruim ou muito ruim, mas jamais que a amostra se concentrasse de bom a excelente, uma vez que estavam adquirindo um antimicrobiano cujas indicações pressupõem problemas de saúde mais relevantes.

No estudo de Mainous III et al (2005) foi observado algo similar ao nosso estudo, onde as pessoas se julgaram com estado de saúde excelente (13,7%), muito bom (29, 2%), bom (43, 8%), ou seja, no total 86,7% dos entrevistados apresentariam um estado de saúde no mínimo bom, enquanto que no nosso estudo o valor encontrado foi ainda maior (93,1%). As crenças sobre o estado de saúde dos entrevistados foram consideradas como fortes determinantes da automedicação no citado estudo.

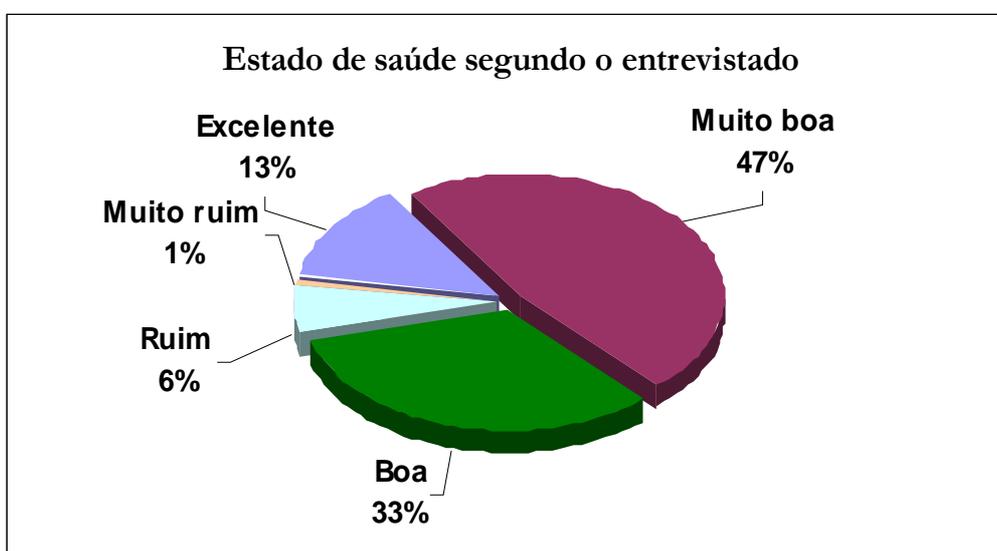


Gráfico 6 - Categorização de respostas sobre o estado de saúde atual dos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Quando perguntados sobre o estado de saúde dos usuários há um ano atrás, a maioria das pessoas n= 49 (38,0%) afirmou que estariam quase da mesma maneira que há um ano atrás. Alguns também disseram sentir-se um pouco pior n=35 (27,1%) , porém muitos disseram estar ou um pouco melhor n=17 (13,2%) ou muito melhor n =25 (15,5%) do que há um ano atrás. Assim, parece ser contraditório como se pode estar doente no momento atual e referir uma impressão de bem-estar. Isso reforça a idéia de que o uso de antimicrobianos não é visto associado a um problema de saúde que inspire maiores preocupações.

Duong, Binns & Le (1997) encontraram que as pessoas buscariam a farmácia para comprar antimicrobianos sem prescrição quando os sintomas eram simples ou não-severos (85,4%).

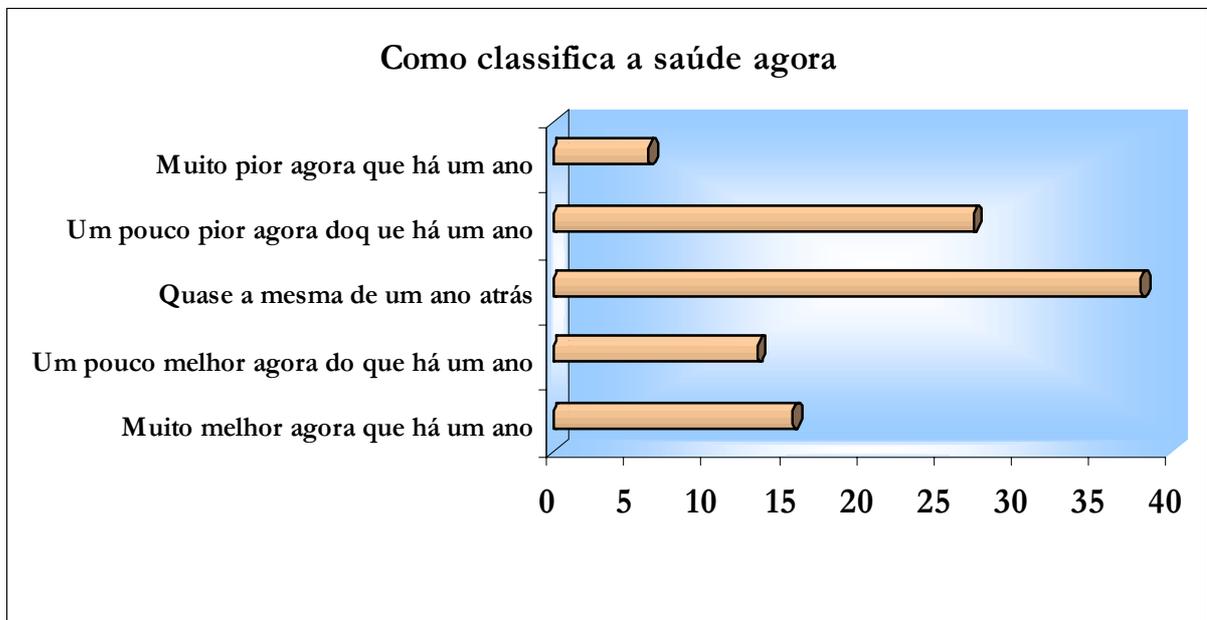


Gráfico 7 - Categorização de respostas sobre a saúde atual comparada há de um ano atrás dos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

A maior parte dos entrevistados afirmou que os usuários não possuíam doenças crônicas $n=98$ (76,0%) em relação aos demais que afirmaram possuir doença crônica $n=30$ (23,3%). É possível que os portadores de doença crônica sejam mais prudentes quanto ao consumo de medicamentos, além de possuírem um hábito mais freqüente de consultar um médico. Além disso, pode haver uma subestimação, pois na amostra certamente devem estar inseridas pessoas que possuam doenças crônicas, no entanto, que ainda não tenham sido diagnosticadas. No estudo de ARRAIS (2004) encontrou-se que 16,6% dos seus entrevistados possuíam doenças crônicas em inquérito domiciliar no município de Fortaleza.

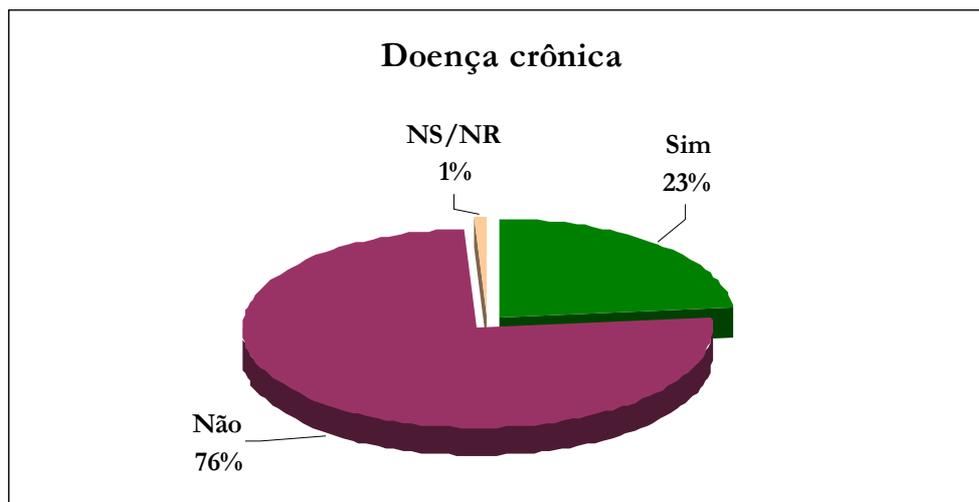


Gráfico 8 - Distribuição dos usuários quanto à presença de doenças crônicas. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Com relação ao uso crônico de medicamentos, a maioria dos usuários não fazia esse tipo de uso $n=92$ (71,3%). Os valores mostraram-se bastante compatíveis com a frequência de doenças crônicas dentro da amostra $n=98$ (76,0%). Pois como já se é lógico pensar, as doenças crônicas normalmente utilizam medicamentos como tratamento. Além disso, a diferença encontrada entre a frequência dos que afirmaram ser portadores de doenças crônicas e a frequência dos que utilizam medicamentos cronicamente, estes sendo uma quantidade menor, pode ser explicada pelo fato dessas pessoas não terem acesso aos medicamentos, ou ainda terem acesso e não aderirem ao tratamento, além do caso de serem portadores de doenças crônicas que não necessitam medicamentos.

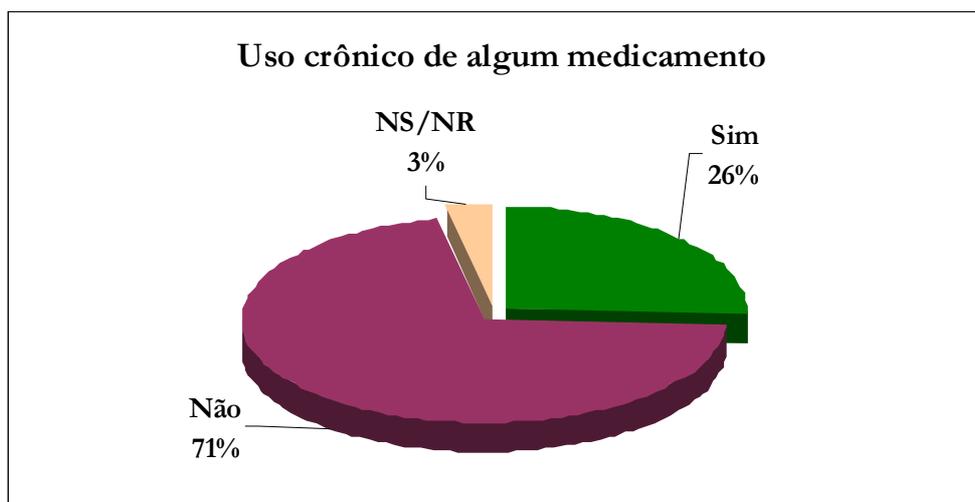


Gráfico 9 - Distribuição dos usuários quanto ao uso crônico de medicamentos. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

As alergias foram relatadas por cerca de 16% dos entrevistados com relação aos usuários, sendo a maior parte relacionada ao uso de antiinflamatórios e analgésicos. Quando perguntados sobre alergia a antibióticos, apenas 3 deles responderam a esse item. As alergias a antimicrobianos foram relacionadas aos seguintes fármacos: amoxicilina + clavulonato, sulfametoxazol + trimetoprima e penicilina. São fármacos de uso bastante popularizado e que paralelo a sua efetividade quando bem indicados apresentam um risco moderado de reações adversas.

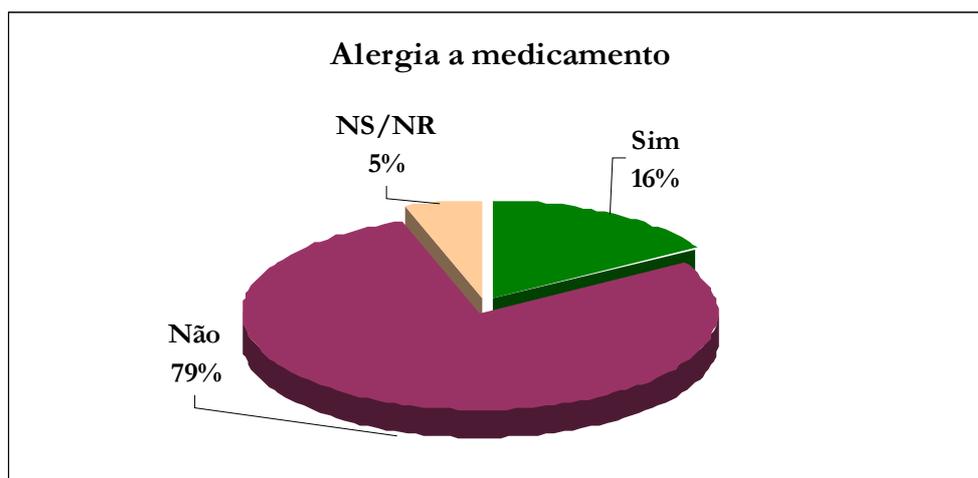


Gráfico 10 - Distribuição dos usuários quanto à presença de alergias a medicamentos. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Com relação ao motivo de uso, as doenças de pele foram apontadas como as mais frequentes, doenças que muitas vezes não se tratavam de infecções, mas sim dermatites, micoses, alergias, denotando assim um uso irracional. Infecções de pele, na maioria das vezes podem ser curadas com anti-sépticos ou desinfetantes, sem a real necessidade do uso de antibióticos (ALFANDARI; BEUCAIRE, 2000). Em seguida, vem o uso para tratamento de problemas relacionados a garganta, o que já é demonstrado que na maioria dos casos são doenças autolimitadas e sem necessidade de uso de um agente antimicrobiano (ARRAIS et al., 1997; PICAZO et al.; 2003; BERQUÓ et al., 2004b). Os sintomas urinários também podem ser apontados como uso irracional, haja vista que sem realizar provas laboratoriais é inviável determinar o patógeno (MENEZES et al., 2004), além de poderem estar relacionados a outras enfermidades (ex: hiperplasia prostática, incontinência urinária, etc.) e não a um processo infeccioso.

Tabela 14 - Frequência de respostas para a pergunta “Para que (o usuário) usará o medicamento?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Motivo de uso	Frequência	%
Garganta	36	26,3
Doença do trato gastrointestinal/diarréia	3	2,2
Febre de origem desconhecida	1	0,7
Doenças de pele	44	32,1
Dor de dente	3	2,2
Gripe/Resfriado	4	2,9
Sintomas urinários	11	8
Sintomas de ouvido	5	3,6
Outros	29	21,2
NS/NR	1	0,7
Total	137	100

*FONTE: Pesquisa direta

Tabela 15 – Distribuição de “outros” para a pergunta “Para que (o usuário) usará o medicamento?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Outro usos	Frequência	%
Artrose	1	3%
Cicatrização	1	3%
Circulação	1	3%
Dor de Cabeça	1	3%
Expectorante	1	3%
Estocar em casa	1	3%
Inflamação no ovário	1	3%
Inflamação pélvica	1	3%
Micose	2	7%
Oftalmológico	5	16%
Pneumonia/ Respiratória	5	16%
Profilático de inf. urinária	1	3%
Profilaxia cirúrgica	2	7%
Queimadura	1	3%
Sinusite	4	13%
Tosse	1	3%
Virose	1	3%
Total	30	100%

*FONTE: Pesquisa direta

Com relação aos princípios ativos mais utilizados, observamos a grande frequência da neomicina n=25(18,0%) para uso tópico, em grande parte devido a sua presença em associações medicamentosas: neomicina com bacitracina e neomicina com betametasona e cetoconozaol são as mais conhecidas.

Em seguida, temos os fármacos que lideram o consumo de antimicrobianos sistêmicos pela população, azitromicina n=9 (6,5%), amoxicilina n=22 (15,8%), que se a considerarmos junto ao clavulonato, no total teríamos n=26 (18,7%). Outro fármaco também bastante importante, e presente no estudo foi o sulfametoxazol+trimetoprima n=17 (8,0%), que provavelmente se relacionam ao tratamento das doenças do trato respiratório alto, que em sua maioria, são autolimitadas (PICAZO et al., 2003). Isso representa um grande risco em se tratando do desenvolvimento de resistência. A rifamicina n= 8 (5,8%), que é usada na forma de spray, é um dos medicamentos de uso mais popularizado. Muitas pessoas referem o seu uso como cicatrizante. A gentamicina em uso tópico n=6 (4,3%) é outro produto já bastante conhecido e utilizado.

A tetraciclina n=6 (4,3%) conta ainda com grande credibilidade perante a população, o que nos leva a ficar preocupados, pois a mesma possuindo uma atividade bacteriostática, ou seja, seria necessário um tempo maior de tratamento, é utilizada para tratar basicamente problemas de garganta em curto período de tratamento, tornando o seu uso completamente irracional.

Tabela 16 – Distribuição dos princípios ativos principais e classificação ATC quanto aos medicamentos antimicrobianos adquiridos em farmácias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Nome completo do P.A.**	ATC	Frequência	%
Amoxicilina	J01CA04	22	15,8
Amoxicilina+Clavulonato	J01CR02	04	2,9
Ampicilina	J01CA01	02	1,4
Azitromicina	J01FA10	09	6,5
Bacitracina	D06AX05	03	2,2
Benzilpenicilina benzatina	J01CE01	01	0,7
Cefalexina	J01DA01	06	4,3
Ceftriaxona	J01DA13	01	0,7
Ciprofloxacino	J01MA02	02	1,4
Claritromicina	J01FA09	01	0,7
Clindamicina	D01AF01	01	0,7
Cloranfenicol	D06AX02	03	2,2
Eritromicina	J01FA01	02	1,4
Fenoximetilpenicilina	J01CE02	01	0,7
Gentamicina	D06AX07	06	4,3
Gramicidina	R02AB30	04	2,9
Mupirocina	D06AX09	03	2,2
Neomicina	D06AX04/ D07CC01/D06C	25	18,0
Nitrofurantoína	G04AC01	02	1,4
Norfloxacino	J01MA06	04	2,9
Oxitetraciclina	J01AA06	01	0,7
Rifamicina***	D06AX13	08	5,8
Sulfametoxazol+Trimetoprima	J01EE01	17	12,2
Sulfametoxipiridazina	J01ED05	01	0,7
Tetraciclina -	J01AA07	06	4,3
Tirotricina	R02AB02	03	2,2
Tobramicina	S01AA12	01	0,7
Total		139	100

*FONTE: Pesquisa direta

** Princípio ativo

*** Não possui registro no código ATC, D06AX13 - código hipotético.

Com relação à forma farmacêutica, as pomadas e cremes apresentaram frequências elevadas, confirmando assim o uso tópico de alguns agentes citados anteriormente. O uso oral de cápsulas e comprimidos também fica evidente, confirmando o uso para tratar infecções “mais graves”. A forma farmacêutica suspensão, nos deixa um pouco atentos, pois normalmente esta é utilizada por crianças, assim, a sua frequência de compra demonstra que as crianças podem estar sendo expostas ao perigo de utilizar antibióticos de uso sistêmico por via oral. Por último, algo que nos chamou a atenção foi a presença de dois entrevistados que utilizaram antibióticos por via parenteral (penicilina e ceftriaxona). Isso demonstra um grande risco, como o de ocorrer um choque anafilático, uma reação de hipersensibilidade, ou qualquer outra reação adversa imediata ou tardia com sérias conseqüências.

Tabela 17 - Distribuição das formas farmacêuticas quanto aos medicamentos antimicrobianos adquiridos em farmácias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Forma farmacêutica	Frequência	%
Cápsula	18	13,7
Comprimido	31	23,7
Creme	23	17,6
Drágea	1	0,8
Gel	1	0,8
Pó	1	0,8
Pomada	12	9,2
Solução	2	1,5
Solução otológica	1	0,8
Spray	9	6,9
Suspensão	28	21,4
Suspensão injetável	2	1,5
Suspensão oftálmica	1	0,8
Suspensão otológica	1	0,8
Total	131	100

*FONTE: Pesquisa direta

Observamos que ainda existe uma maior procura pelos medicamentos de marca (70,5%), mesmo sendo sem prescrição médica. Assim apenas n=39 (29,5%) dos nossos entrevistados adquiriram medicamentos genéricos. Talvez, o mercado ainda não se abriu completamente, ao medicamento genérico, e na automedicação talvez só se venda o que for mais rentável. Dessa maneira, a população deve ser informada sobre a intercambialidade do medicamento genérico e que o mesmo possui a mesma garantia de qualidade do medicamento de referência. Nas drogarias, os medicamentos categorizados como de marca reúnem similares e de referência, assim as pessoas poderiam estar comprando medicamentos similares como se o fossem de referência. A média de medicamentos antimicrobianos por pessoa foi de 1,02.

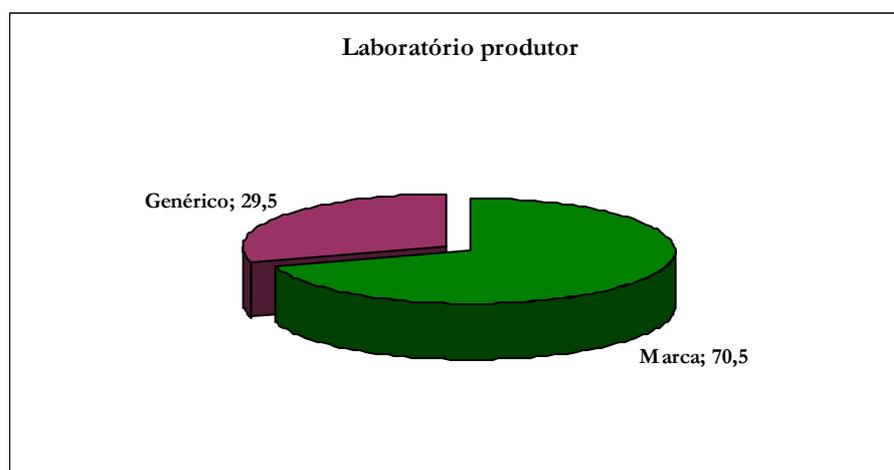


Gráfico 11 - Distribuição dos medicamentos antimicrobianos quanto a sua categoria. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Com relação ao preço dos medicamentos, observou-se que a maior parte dos medicamentos custou entre R\$ 10,11 e 19,99 (49,0%), em seguida vem os medicamentos de custo mais baixo, entre R\$ 1,16 e 10,00 (34,0%). Os medicamentos com valor superior a R\$ 21,04 responderam por somente 17,0%. Podemos assim pensar que as pessoas que buscam a farmácia para se automedicar estariam adquirindo produtos mais baratos, pois acreditariam tratar-se de doenças menores, o que também justificaria o motivo de não irem a consulta médica por acharem que iriam gastar mais dinheiro com os medicamentos prescritos. A média de gasto com antimicrobiano foi de R\$14,22 (4,74% de um salário mínimo da época), assim um valor relativamente baixo quando comparado ao salário mínimo R\$300,00. No entanto, para aqueles que recebem um salário mínimo de renda, esse valor pesa muito no orçamento familiar. No estudo de Sturm et al. (1999), observou-se que felizmente, devido aos preços elevados dos medicamentos mais recentemente desenvolvidos, o uso da maioria destes fármacos ficou limitado, em menos de 1% dentre os antimicrobianos apontados. Assim, o preço constitui-se um fator limitante para o uso.

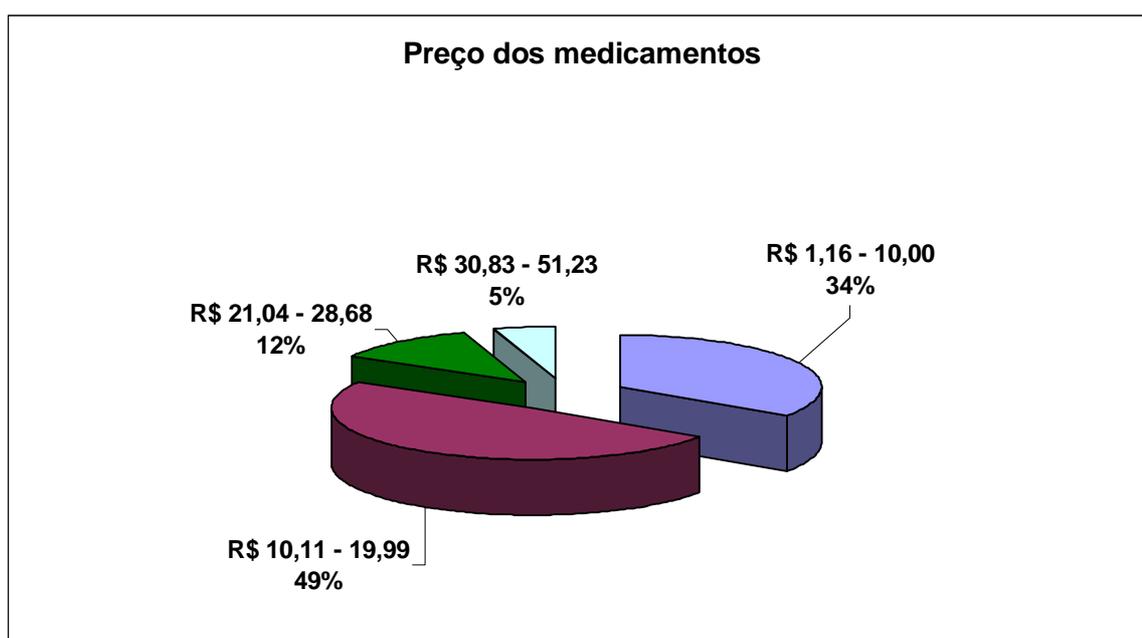


Gráfico 12 - Distribuição dos preços de antimicrobianos adquiridos em farmácias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Quando perguntados sobre a duração do tratamento, grande parte dos usuários utilizaria o medicamento entre 5 e 7 dias ou mais n=84 (65,1%). No estudo de Duong, Binns & Le (1997), a maioria das pessoas não compraram um tratamento completo de antibióticos porque eles tinham uma compreensão errada sobre esses medicamentos e/ou informação insuficiente, algumas achavam que antibióticos poderiam ser perigosos se utilizados por mais tempo, além de utilizarem de acordo com a sua experiência prévia. No mesmo estudo encontrou-se que 34,7% dos entrevistados utilizariam os antibióticos por 5 dias, 24% por mais de 5 dias, 22, 7% por 3 dias, além de 30,2% por menos de 3 dias. Assim, os que utilizariam antimicrobianos por 5 dias ou mais seriam 58,7% dos entrevistados, dado este próximo ao nosso. A gravidade do consumo não orientado de antimicrobianos é confirmada pelo fato de que compras sem prescrição são mais prováveis de levar a doses inadequadas do fármaco (SARADAMA; HIGGINBOTHAM; NICTER, 2000).

Tabela 18 – Duração do tratamento com antimicrobianos pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Quantos dias deve usá-lo	Freqüência	%
1 ou 2 d	10	7,8
3 ou 4 d	24	18,6
5 e 7 d	47	36,4
8d ou mais	37	28,7
NS/NR	11	8,5
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

Quando perguntamos quantas vezes ao dia o medicamento deveria ser utilizado, a nossa intenção era saber se os entrevistados tinham esse conhecimento. O que foi confirmado que sim, pois apenas n= 7 (5,4%) não souberam responder. Contudo, um fato que pode indicar o uso irracional é a quantidade de usuários que utilizaria apenas uma vez ao dia, n= 30 (23,3%). Isso não está adequado uma vez que, dentre os princípios ativos já citados, o único que poderia ser utilizado desta forma é a azitromicina, a qual foi adquirida por apenas n=9 (7,0%) pessoas. Assim, n=21(16,3%) das pessoas estariam supostamente utilizando uma subdose do medicamento.

Tabela 19 – Distribuição do número de administrações diárias do(s) antimicrobiano(s) aos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Quantas vezes por dia, deve ser tomado	Frequência	%
Uma vez	30	23,3
Duas vezes(12/12h)	45	34,9
Três vezes(8/8h)	37	28,7
Quatro vezes(6/6h)	9	7,0
Acima de quatro vezes	1	0,8
NS/NR	7	5,4
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

A maioria das pessoas n=84 (65,1%) havia utilizado antibióticos há mais de 2 semanas antes do dia da entrevista. Pode-se observar que uma quantidade de pessoas n=18 (13,9%), tomaram antibióticos recentemente (há menos de 2 semanas), ou seja, podendo significar que a repetição do uso seja resultado de um tratamento incompleto, um tratamento mal-sucedido ou na pior das hipóteses uma resistência microbiana já instalada. No estudo de Duong, Binns & Le (1997), encontrou-se que 29,3% dos entrevistados utilizou medicamentos que possuíam em casa antes de ir até a farmácia.

Tabela 20 – Histórico do uso de antimicrobianos pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Quando tomou antibiótico anteriormente	Frequência	%
Nunca tomou	7	5,4
Há menos de uma semana	11	8,5
Entre 1 e 2 sem	7	5,4
Mais de 2 sem	84	65,1
NS/NR	20	15,5
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

A maioria das pessoas apresentava os sintomas que os levaram a comprar os antibióticos há menos de uma semana n=63 (48,8%), ou seja, as pessoas querem uma cura rápida. Isso pode representar de certa forma o imediatismo existente nos dias atuais. Contudo, logo em seguida vêm às pessoas que apresentam os sintomas há pelo menos mais de duas semanas n=41 (31,8%). Fato que deveria motivar a procura por atendimento médico, entretanto, isso não acontece levando-as a buscarem a solução na automedicação com antimicrobianos. Nos achados de Duong, Binns & Le (1997) 65,2% dos entrevistados relataram apresentar os sintomas por um período inferior a uma semana, levando a suspeitar ainda mais da cura imediata citada anteriormente. Em seguida, 16,7% entre uma de doze semanas, 3,5% entre doze semanas e uma ano e mais de um ano 14,6% dos entrevistados, o que nos leva a crer também que essas pessoas deixariam de buscar um atendimento médico especializado quando deveriam, por se tratarem de sintomas crônicos, característicos portanto de outras doenças de caráter não infeccioso.

Tabela 21 – Tempo de queixa pelos usuários dos sintomas que motivaram a compra do(s) antimicrobiano(s). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Há quanto tempo apresenta as queixas que o levaram a comprar o medicamento	Freqüência	%
Mais ou menos 1 semana	63	48,8
Entre 1 e 2 semanas	15	11,6
Há mais de 2 semanas	41	31,8
NS/NR	10	7,8
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

A receita médica anterior n=55 (42,6%) foi a fonte de indicação mais pronunciada dentre os entrevistados para a compra de antimicrobianos sem prescrição. Resultados semelhantes já haviam sido encontrados por Borg & Scicluna (2002) estudando a automedicação com antibióticos – 44,0% e por Arrais et al. (1997), quando estudou a automedicação no Brasil – 40,0%. Em seguida, vem o uso por conta própria n=26 (20,2%). No entanto, esse tipo de resposta é difícil de interpretar, pois “conta própria” pode significar indicação anterior por parentes e amigos, prescrição médica obtida em outro momento, ou ainda qualquer um dos outros itens constantes nas respostas desse ítem do questionário. Mas as indicações advindas de parentes, amigos e vizinhos n=20 (15,5%) também foram relativamente altas, mostrando que as pessoas podem estar confiando em pessoas leigas para cuidar de sua saúde.

Tabela 22 - Quem indicou o(s) medicamento(s) aos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Quem lhe indicou (lhe recomendou) o medicamento	Frequência	%
Médico (receita anterior)	55	42,6
Farmacêutico	15	11,6
Balconista	8	6,2
Parente, amigo, vizinho	20	15,5
Conta própria	26	20,2
Outro Profissional de saúde	2	1,6
Outros	2	1,6
NS/NR	1	0,8
Total	129	100

*FONTE: Pesquisa direta

Dentre aqueles que responderam ter a intenção de utilizar os medicamentos por menos de 5 dias, o motivo principal apontado foi a idéia de que não seria necessário mais tempo de tratamento n=24(64,9%). Essa idéia errônea demonstra que as pessoas não sabem ou não receberam informação sobre o uso correto de antimicrobianos. Além disso, parecem não estar corretamente educadas a respeito do uso racional de medicamentos. A resposta “custo” vem em seguida n=5(13,5%), o que pode estar relacionado às pessoas de poder aquisitivo mais baixo. As demais respostas não tiveram relevância significativa. No estudo de Duong, Binns & Le (1997), os entrevistados apontaram como principais motivos para não completar um tratamento completo com antibióticos: 16,5% que antibióticos eram perigosos, 30,1% que não seria necessário mais tempo de tratamento e 24,3% não sabiam que seria necessário mais tempo. Demonstrando assim que a falta de informação segue como um risco para a saúde desses usuários, visto que por ela praticam tais terapias irracionais com antimicrobianos.

Segundo o DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP – LATIN AMERICA (1997), a dispensação de medicamentos sem prescrição é um fato particularmente problemático na América latina, onde as pessoas aproveitam as poucas regulamentações ou a ausência destas para se autodiagnosticar, comprando com frequência antimicrobianos em doses sub-terapêuticas.

Tabela 23 – Motivo de uso do(s) antimicrobiano(s) por menos de 5 dias pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Porque vai utilizar o medicamento por menos de 5 dias	Frequência	%
Custo (pouco dinheiro)	5	13,5
Efeitos adversos (antibióticos são prejudiciais)	1	2,7
Não é necessário mais tempo	24	64,9
Seguiu a recomendação de alguém	2	5,4
Compra alguns primeiro, mas depois comprará o restante	1	2,7
Se sentir-se melhor compra mais, senão pára ou troca por outro	2	5,4
Outros motivos	1	2,7
Não informado	1	2,7
Total	37	100

*FONTE: Pesquisa direta

No momento da entrevista as pessoas foram perguntadas se aceitariam um contato posterior para saber sobre o desfecho do tratamento, momento em que seria perguntado “Por quantos dias usou o medicamento” e “Como se sente após o tratamento”. Analisando a primeira pergunta do desfecho, muitas pessoas n=20 (30,8%) responderam ter utilizado os medicamentos por um período entre 5 e 7 dias. Para aqueles que usaram por 7 dias consideramos um uso correto e padronizado universalmente, quanto aos que usaram por 5 ou 6 dias podemos considerar como um problema menor frente a um período de utilização ainda menor do que esse. Para aqueles que fizeram uso por 3 a 4 dias n= 19 (29,2%), supõe-se que o tratamento resultou numa melhora que poderá significar a solução do problema apresentado pelo usuário.

Observamos então, que muitas pessoas param de tomar o medicamento ao sentirem o desaparecimento dos sintomas. Assim, demonstra-se que a população não está bem informada sobre os riscos oriundos de interromper o tratamento com antibióticos. O farmacêutico pode ser considerado como importante profissional nesse aspecto de levar as informações necessárias a população, espera-se que com a expansão da atenção farmacêutica e com os

modelos mais atuais de prática profissional, este possa estar mais próximos dos usuários e diminuir tais comportamentos por parte da população.

Os entrevistados que referiram o uso por 8 dias ou mais n=19(29,2%) usaram as seguintes formas farmacêuticas pomada n=4 (21,0 %) , creme n=5 (26%), o que foi observado após o cruzamento de variáveis abaixo apresentado (Tabela 25). Trata-se de produtos farmacêuticos destinados prioritariamente ao uso tópico e que provavelmente foram usados até o desaparecimento dos sintomas. A utilização da forma farmacêutica suspensão n=4 (21,0%) merece ser comentada uma vez que as formulações pediátricas são veiculadas dessa forma, o que nos leva pensar que as crianças podem estar recebendo uma quantidade excedente do antimicrobiano.

Tabela 24 – Distribuição dos dias de tratamento dos usuários de antimicrobianos. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Por quantos dias usou o medicamento	Freqüência	%
1 ou 2 d	7	10,8
3 ou 4 d	19	29,2
5 ou 7 d	20	30,8
8d ou mais	19	29,2
Total	65	100

*FONTE: Pesquisa direta

Tabela 25 – Cruzamento entre as formas farmacêuticas e a duração do tratamento com antimicrobianos pelos usuários. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Forma Farmacêutica		Por quantos dias usou o medicamento				Total
		1 a 2 dias	3 a 4 dias	5 a 7 dias	Acima de 7 dias	
Caps	Frequência	1	5	2	2	10
	%	10,0%	50,0%	20,0%	20,0%	100%
Cp	Frequência	3	4	5	1	13
	%	23,1%	30,8%	38,5%	7,7%	100%
Creme	Frequência	2	3	2	5	12
	%	16,7%	25,0%	16,7%	41,7%	100%
Drg	Frequência	-	1	-	-	1
	%	-	100%	-	-	100%
Gel	Frequência	-	-	-	1	1
	%	-	-	-	100%	100%
Pomada	Frequência	-	1	3	4	8
	%	-	12,5%	37,5%	50,0%	100%
Spray	Frequência	1	2	2	1	6
	%	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	100%
Suspensão	Frequência	-	2	6	4	12
	%	-	16,7%	50,0%	33,3%	100%
Suspensão injetável	Frequência	-	1	-	-	1
	%	-	100%	-	-	100%
Suspensão oftálmica	Frequência	-	-	-	1	1
	%	-	-	-	100%	100%
Total	Frequência	7	19	20	19	65
	%	10,8%	29,2%	30,8%	29,2%	100%

*FONTE: Pesquisa direta

Quando analisamos a pergunta do desfecho “Como se sente após o tratamento com o antibiótico” os entrevistados responderam sentir-se curados n=40 (61,5%). É muito provável que a idéia de cura esteja associada ao desaparecimento dos sintomas. Como podemos constatar através da resposta “aliviado” n=21 (32,3%) isso significa uma resolução parcial do problema não representando cura para o usuário do medicamento.

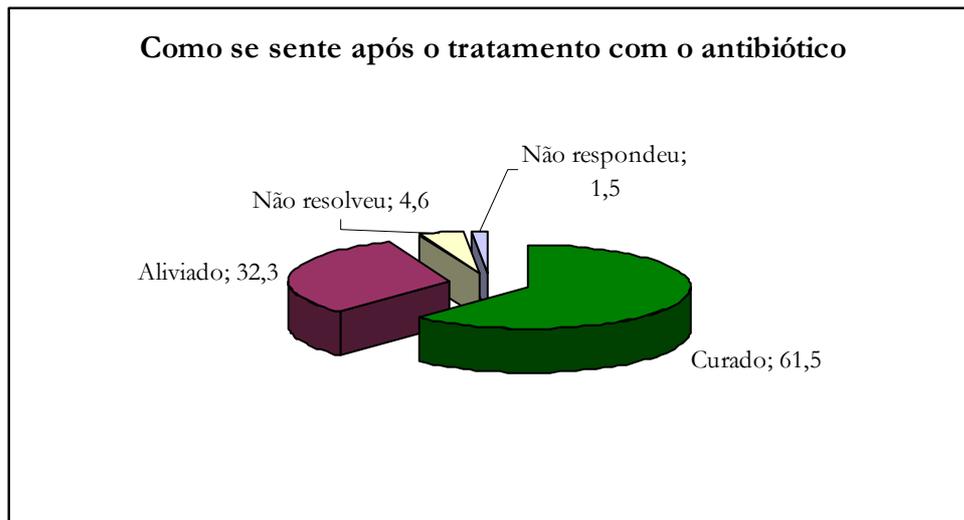


Gráfico 13 – Distribuição de respostas “como o usuário se sente após tratamento com antibiótico” (desfecho). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Em seguida apresentamos alguns cruzamentos de dados, os quais tiveram alguma correlação e consideramos interessantes para se visualizar melhor algumas informações obtidas dos resultados.

Pode ser evidenciado pelo cruzamento dos dados escolaridade *versus* faixa de renda mensal, que as pessoas com maior escolaridade detêm as maiores faixas de renda mencionadas no questionário. Sabe-se que a maior escolaridade propicia acesso aos trabalhos melhor remunerados, confirmando dados já indicados em pesquisas realizadas.

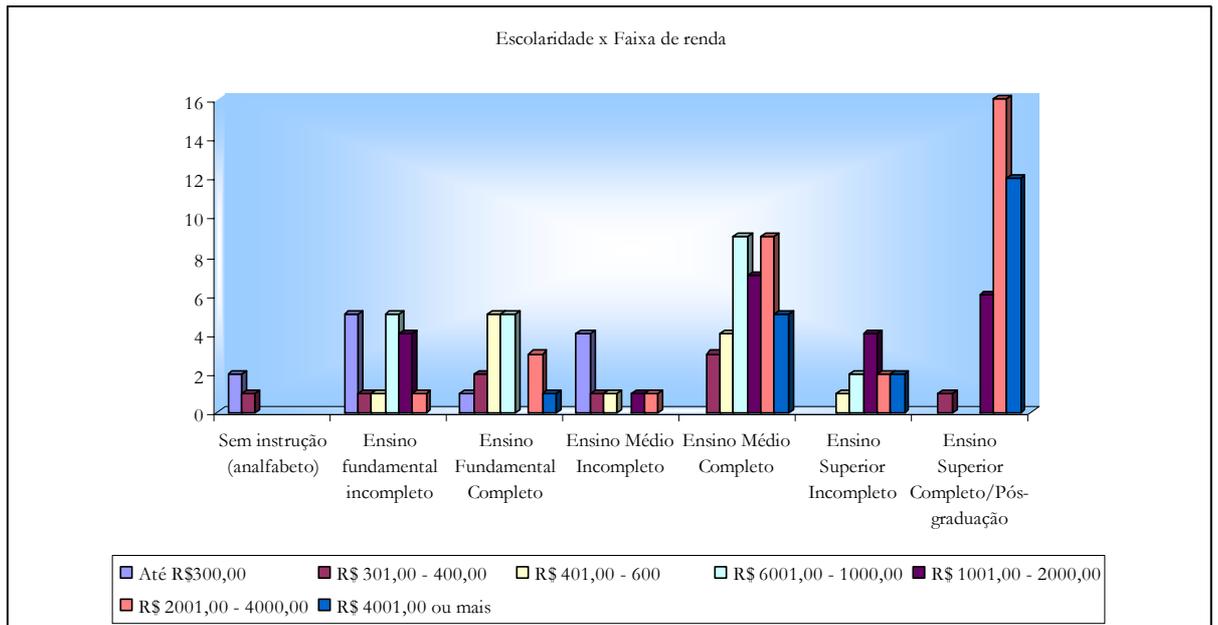


Gráfico 14 - Cruzamento da faixa de renda *versus* o nível de escolaridade do entrevistado. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Quanto a aquisição de medicamentos de marca ou genérico, ao efetuarmos o cruzamento dessa variável com a faixa de renda mensal foi possível observar que o consumo de medicamentos genéricos, particularmente os antimicrobianos mencionados no questionário, ocorre nas faixas de renda mensal a partir R\$ 601,00 sendo mais acentuado na faixa de renda mensal entre R\$ 2001,00 - 4000,00.

O maior consumo de medicamentos genéricos atribuído a faixas de renda mensal mais elevadas pode ser explicado por uma melhor esclarecimento das pessoas que pertencem a essas faixas de renda sobre a qualidade, segurança e eficácia desses medicamentos. A maior escolaridade relacionada a essas pessoas favorece um melhor senso crítico na escolha de produtos medicamentosos optando pelos genéricos em detrimento de produtos de marca. A ausência de informação das pessoas de menor poder aquisitivo torna essa população mais vulnerável a influência da indicação de produtos de marca por balconistas, ou o assédio da propaganda de medicamentos que é feita sobre produtos de marca, mesmo que de forma indireta.

Ainda assim, não podemos esquecer toda a propaganda feita nos primeiros anos após o lançamento dos genéricos no Brasil, o que motivou esse aumento no consumo gradual que se vê atualmente, contudo a população com menor esclarecimento pode não ter recebido a mensagem de maneira satisfatória.

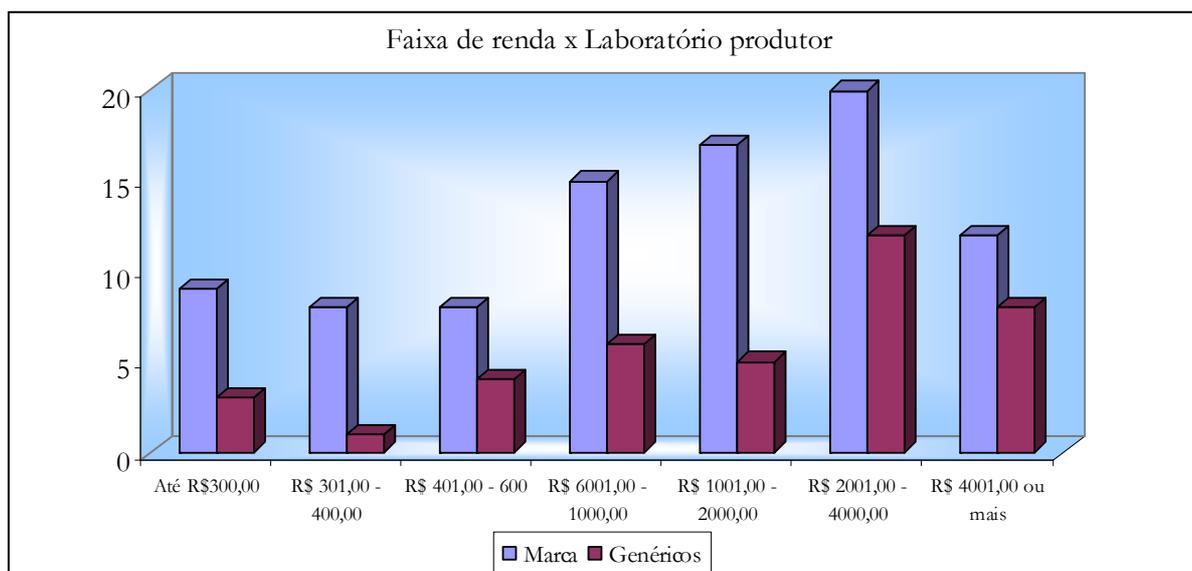


Gráfico 15 - Cruzamento da faixa de renda *versus* tipo de medicamento (marca ou genérico). Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

O cruzamento das variáveis “nível de escolaridade” *versus* “para que serve um antibiótico”, mostrou que as pessoas com nível de escolaridade ensino médio completo e superior completo/pós-graduação afirmaram em maior proporção que antibiótico serve para infecções em geral. Enquanto as pessoas com escolaridade com ensino médio completo ou inferior responderam majoritariamente servir para inflamação. Podemos constatar que a diferença conceitual entre infecção e inflamação só é mais bem compreendida por pessoas com maior conhecimento. No estudo de Duong, Binns & Le (1997), muitos dos entrevistados confundiram infecção e inflamação, além de antibióticos com corticóides.

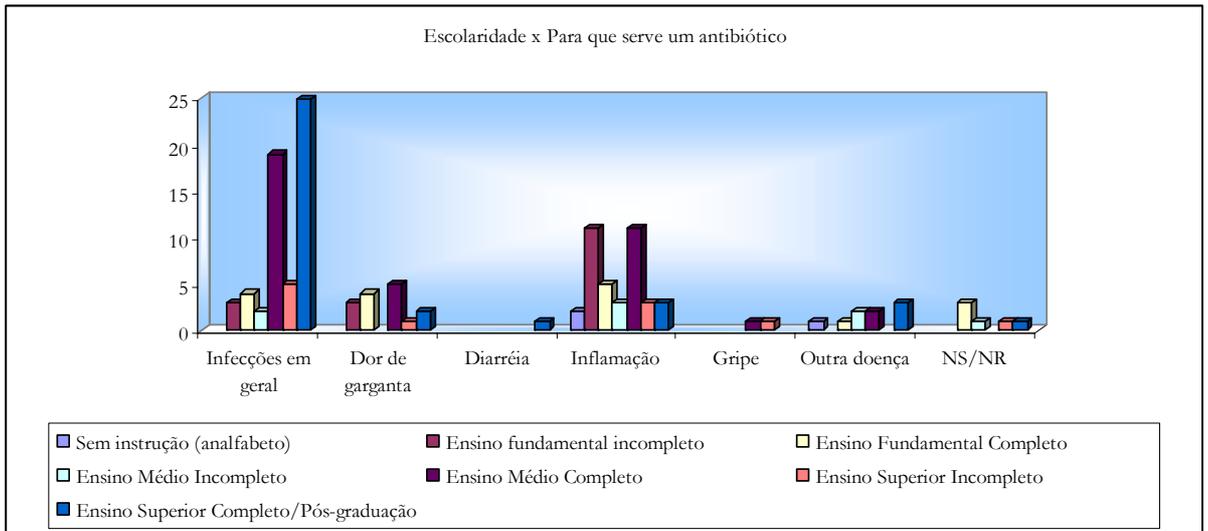


Gráfico 16 - Cruzamento da escolaridade versus a resposta da pergunta “para que serve um antibiótico?”. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Pudemos observar que independente do nível de escolaridade, proporcionalmente, os entrevistados utilizaram o(s) medicamento(s) por um período de 5 a 7 dias. Da mesma maneira o nível de escolaridade não influenciou na duração de tratamentos por um período inferior a 5 dias. Assim, parece que o nível de escolaridade não interfere diretamente na duração do tratamento.

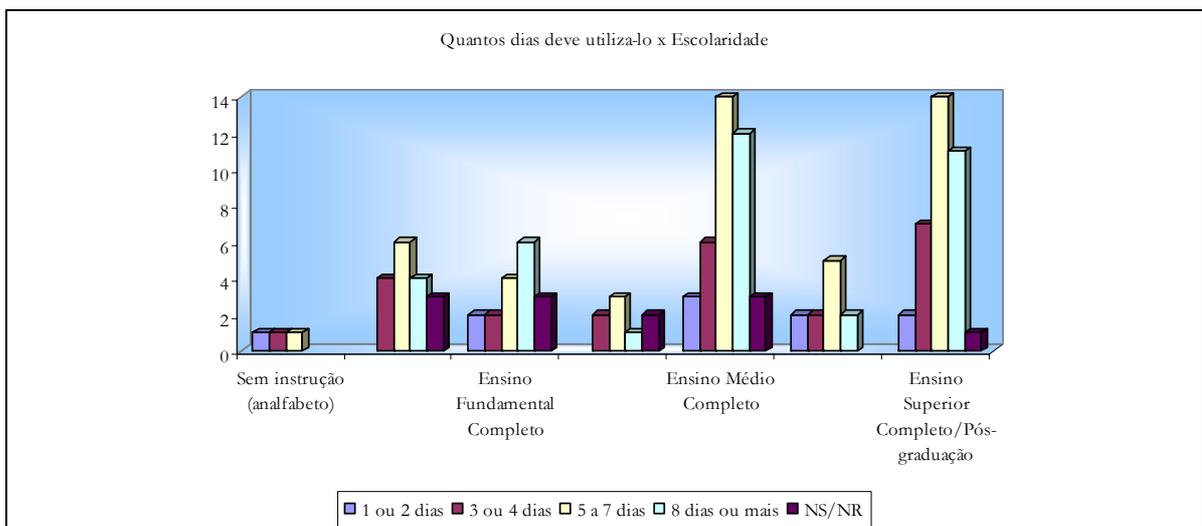


Gráfico 17 – Cruzamento do número de dias que deveriam utilizar o(s) antimicrobiano(s) versus escolaridade. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Os dados do cruzamento “nível de escolaridade” *versus* “conhece as conseqüências de não tomar um tratamento completo com antibióticos” mostram que a resposta “resistência” pode ser associada aos entrevistados com nível superior completo/ pós-graduação, denotando que o conhecimento deste problema requer um grau de estudo mais avançado para sua compreensão. Quando passamos para o nível de escolaridade ensino médio completo observamos que a maioria de respostas foi “recuperação não completa ou a re-infecção pode ocorrer facilmente”. Esse nível de escolaridade pode estar relacionado a uma menor compreensão das conseqüências de tomar um tratamento incompleto de antimicrobianos.

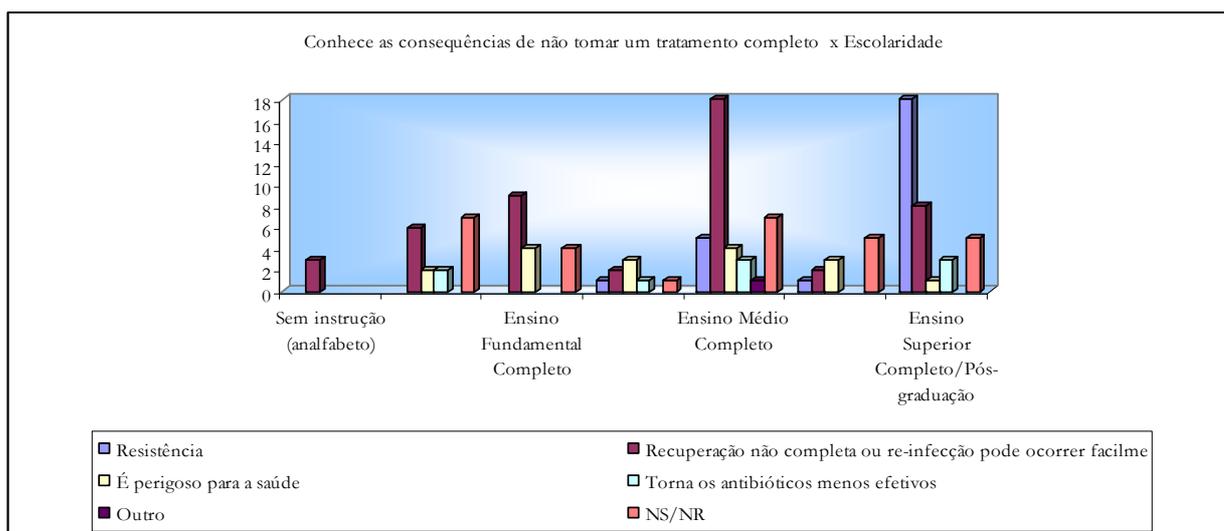


Gráfico 18 – Cruzamento do conhecimento sobre os riscos de interromper o tratamento com antimicrobianos *versus* escolaridade. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

*FONTE: Pesquisa direta

Quando cruzamos os princípios ativos e motivos de uso com os usuários que utilizariam antimicrobianos por menor período (entre 1 e 2 dias) n=10 (7,8%), observamos que o motivo de uso principal foram os problemas de garganta n=6 (60,0%), o que confirma o que já foi anteriormente discutido a respeito das doenças do trato respiratório superior, provavelmente autolimitadas, portanto sem a necessidade do uso de medicamentos, e os

princípios ativos relacionados a esse motivo de uso foram: sulfametoxazol + trimetoprima (comprimido) n=2 (33,3%), amoxicilina (cápsulas) n=3 (50,0%) e tetraciclina (cápsulas) n=1 (16,7%), todos estes antimicrobianos de uso sistêmico. Esse cruzamento é apresentado na tabela a seguir:

Tabela 26 – Cruzamento entre os princípios ativos e o motivo de uso para os usuários de antimicrobianos com duração do tratamento entre 1 e 2 dias. Fortaleza, novembro de 2005 a maio de 2006.

Princípios ativos X Motivo de uso	Doença de pele	Problemas de Garganta	Problemas do Trato Urinário	Inflamação
Amoxicilina (cápsulas)		3 (30,0%)		
Azitromicina (comprimidos)			1 (10,0%)	
Benzilpenicilina (suspensão injetável)	1 (10,0%)			
Ceftriaxona (suspensão injetável)				1 (10,0%)
Rifamicina (spray)	1 (10,0%)			
Sulfametoxazol+Trimetoprima (comprimidos)		2 (20,0%)		
Tetraciclina (cápsulas)		1 (10,0%)		
Total	2 (20,0%)	6 (60,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)

*FONTE: Pesquisa direta

O uso de antibióticos de maneira inadequada pode trazer sérias consequências tanto a nível individual como coletivo. Os riscos são inúmeros: efeitos adversos (reações adversas, efeitos colaterais, etc.), interações medicamentosas, desenvolvimento de infecções fúngicas, surgimento de resistência, dentre outras. Assim, medidas de contenção do uso irracional devem ser implementadas de maneira eficiente o mais rápido possível.

6. CONCLUSÃO:

- A população adulta destacou-se com relação a aquisição de antimicrobianos sem prescrição, tornando-se população-alvo para as estratégias de educação sobre o uso racional de medicamentos, em especial antimicrobianos. Um número considerável de antimicrobianos foi adquirido para terceiros, em especial para crianças e adolescentes, assim os programas de educação também devem voltar-se para os seus responsáveis, pois esses são frequentemente usuários de antimicrobianos.

Objetivamente podemos apresentar a partir dos resultados as seguintes conclusões:

- Segundo a nossa pesquisa, o perfil do indivíduo que compra antimicrobianos sem receita médica em farmácias, compreende as seguintes características:
Situa-se na faixa etária entre 28 e 47 anos (48,8%), é do sexo feminino (53%), a grande maioria concluiu o ensino médio (29,5%) ou secundariamente concluiu o ensino superior e/ou pós-graduação (27,1%), possui a faixa de renda familiar mensal situada entre os R\$ 2.001,00 e 4.000,00 (24,8%) e o núcleo familiar constituído por quatro pessoas (25,6%).
- Os entrevistados, em sua maioria, afirmaram que antibióticos servem para infecções em geral (39,2%), e a compra de antimicrobianos destinou-se prioritariamente a doenças de pele (32,1%).
- A estocagem de sobras de medicamentos nos seus domicílios foi relatada por 76,7% dos entrevistados.
- Quanto ao tipo de medicamento adquirido, observamos que 70,5% dos antimicrobianos foram produtos de marca e cujo princípio ativo principal foi a neomicina simples ou associada (18,0%), além disso a maioria das pessoas comprou medicamentos custando entre R\$10,11 e R\$19,99 (49,0%).

- No momento da compra os entrevistados relataram que pelo menos há mais de duas semanas não utilizavam antimicrobianos (65,1%). Além disso, os problemas que geraram a automedicação já existiam desde aproximadamente uma semana (48,8%). Eles relataram ainda que o uso de antimicrobianos seria feito de 5 a 7 dias (36,4%), na sua maioria com administrações em 2 vezes ao dia, ou seja, em esquemas de 12/12h (34,9%). Por outro lado, aqueles que iriam fazer o uso de antimicrobianos por menos de 5 dias (28,7%) julgavam ser desnecessário mais tempo de tratamento (64,9%) . A maior parte das fontes de indicação para compra de antimicrobianos foi oriunda da reutilização de prescrições (42,6%).
- O principal motivo apontado pelo entrevistado para a compra de antibiótico sem prescrição foi o fato de já haver sido curado anteriormente pelo medicamento (25,9%).
- As pessoas que possivelmente utilizariam os antibióticos adquiridos (usuários) eram crianças e adolescentes (49,3%), além de adultos jovens, pertencentes na sua maioria ao sexo masculino (49,3%). Além disso, a maioria dos usuários de antimicrobianos possuía plano de saúde (55,8%).
- Quanto à auto-avaliação em saúde, os usuários de antimicrobianos teriam o seu estado de saúde atual como muito bom (47,3%), além de ser quase o mesmo de há um ano atrás (38,0%).
- A maioria dos usuários de antimicrobianos não apresentava doenças crônicas (76,0%) e não fazia uso crônico de medicamentos (71,3%). Relataram ainda não apresentar alergias a medicamentos (78,3%).
- As pessoas com maior faixa de renda familiar mensal e com maior nível de escolaridade compraram mais medicamentos genéricos.

- Os entrevistados com no mínimo o nível superior de escolaridade, referiram majoritariamente, que antibióticos servem para infecções em geral, além disso, a resistência foi apontada como a principal consequência advinda de quando não se utilizar um tratamento completo de antimicrobianos. Com maior frequência, os entrevistados que possuíam ensino médio completo afirmaram que a principal consequência de não tomar um tratamento completo com antibióticos seria a recuperação (cura) não completa ou a ocorrência de re-infecções.
- Os entrevistados que referiram utilizar os medicamentos por menor período de tempo (entre 1 e 2 dias) n=10 (7,8%) , em sua maioria utilizariam para problemas de garganta n=6 (60% desse grupo), além disso o princípio ativo mais relacionado a esse comportamento foi amoxicilina n=3 (50,0% desse grupo).
- Em geral, as pessoas adquiriram e utilizaram os antimicrobianos segundo a sua experiência própria, mas como o seu conhecimento sobre antimicrobianos é muito escasso, estão propensos a cometer erros, e em muitos casos não compram sequer um tratamento completo. As farmácias funcionando como verdadeiros comércios varejistas, impossibilitam muitas vezes a troca de informação entre o farmacêutico e os usuários. É lamentável perceber que as pessoas de maior escolaridade e maior poder aquisitivo, as que possuem uma melhor condição de buscar atendimento médico, se automediquem com antimicrobianos. Seria talvez sinal do imediatismo dos dias atuais. Além disso, nos preocupa ainda mais a quantidade de farmácias sem farmacêutico, pois estas oferecem um risco ainda maior a essa população que busca se automedicar, pois esta sequer teria a chance de ser atendida pelo farmacêutico e receber uma informação especializada. O fracionamento de medicamentos também esperamos que possa contribuir para a diminuição da automedicação com sobras de medicamentos armazenados nos domicílios.

Para isso, os prescritores devem ser instruídos a prescrever somente a quantidade necessária para cada tratamento, e as farmácias devem adaptar-se a essa nova realidade. Não somente a farmácia, os prescritores, mas os farmacêuticos devem estar preparados para essa nova realidade, buscando maneiras de atuar frente a esses problemas, diminuindo os riscos oriundos da compra de medicamentos sem prescrição e acima de tudo, levando a informação necessária a quem realmente necessita.

- Dessa forma, esperamos que com os nossos dados, possamos contribuir para que ações sejam implantadas com o intuito de aperfeiçoar a utilização do arsenal terapêutico existente.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABAFARMA – Associação Brasileira do Atacado Farmacêutico - <<http://www.abafarma.com.br/noticias.php>> Acesso em: 12 Junho 2006.
- ABIMIP – Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição - <www.abimip.org.br> Acesso em: 12 Junho 2006.
- ALFANDARI, S.; BEUCAIRE, G. Coments on the report of the BSAC Working Party (WP) on self-medication of antibacterials without prescriptions. **Journ of Antiml Chem**, v.45, p.129-130, 2000.
- ARRAIS, P.S.D. **Descripción del consumo de medicamentos en una muestra de la población brasileña que practicó la automedicación y sus condicionantes**. 1994. 110 f. Dissertação (Mestrado em Farmacologia Clínica) - Unitat de Farmacologia Clínica, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 1994.
- ARRAIS, P.S.D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v.31, p.71-77, 1997.
- ARRAIS, P.S.D. et al. **Epidemiologia do consumo de medicamentos e eventos adversos no município de Fortaleza-CE**. 2004. 266f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva – Universidade Federal da Bahia, 2004.
- ARRAIS, P.S.D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cad Saúde Públ.**, v.21, n.6, 2005.
- AUSTIN, D.J.; KRISTINSSON, K.G.; ANDERSON, R.M. The relationship between the volume of antimicrobial consumption in human communities and the frequency of resistance. **Proc Natl Acad Sci**, v.96, p.1152-1156, 1999.
- BARROS, J.A.C. A atuação dos balconistas em farmácia. **Jorn. Bras. Med.**, v.73, n.2, p.120-124, 1997.
- BAUCHNER, H.; WISE, P.H. Antibiotics without prescription: “bacterial or medical resistance”? **The Lancet**, v.355, p. 1480, 2000.
- BÉRIA et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Rev Saúde Pub**, v.27, p.95-104, 1993.
- BERQUÓ, L. S. et al. Utilização de antimicrobianos em uma população urbana. **Rev Saúde Públ**, v.38, n.2, p.239-246, 2004a.
- BERQUÓ et al. Utilização de medicamentos para tratamento de infecções respiratórias na comunidade. **Rev Saúde Pública**, v. 38, n.3, p. 358-364, 2004b.

- BI, P.; TONG, S.; PARTON, K.A. Family self-medication and antibiotics abuse for children and juveniles in a Chinese city. **Soc. Sci & Med**, v.50, p.1445-1450, 2000.
- BJORNSDOTTIR, I.; HANSEN, E.H. Telephone prescribing of antibiotics – general practitioners' views and reflections. **Eur Jour of Public Health**, v.11, p. 260-263, 2001.
- BLENKISOPP, A.; BRADLEY, C. Patients, society, and the increase in self-medication. **BMJ**, n.312, p.629-32, 1996a.
- BLENKISOPP, A.; BRADLEY, C. The future of self-medication. **BMJ**, n.312, p.835-7, 1996b.
- BLUNDELL, D.B.; ZARZUELLO, C.R.; MUÑOZ, M.S.; PASTOR, C.Z. Demanda de antibióticos orales sin receta médica en una farmacia comunitaria. **Pharm Care Esp**, v.3, p.412-420, 2001.
- BORG, A.B.; SCICLUNA, E. A. Over-the-counter acquisition of antibiotics in the Maltese general population. **Intern J. Microb. Agents**, v.20, n.4, p.253-257, Oct. 2002.
- BORTOLETTO, M.E.; BOCHNER, R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, v.15, n.4, p.859-869, 1999.
- BRANDÃO, A. Estratégias de venda de medicamentos – O Marketing do “mal”. Pharmacia Brasileira. Disponível em <<http://www.cff.org.br/revistas/49/29.pdf>>. Acesso em: 12 Junho 2006.
- BRASIL. Ministério do Planejamento. Secretaria de gestão do MPOG. **Primeira pesquisa nacional de avaliação da satisfação dos usuários dos services públicos**. Disponível em:<http://www.planejamento.gov.br/arquivos_down/seges/publicacoes/PrimeiraPesquisaNacional.PDF> Acesso em: 14 ju. 2006.
- BRASIL. Portal da Saúde – Ministério da Saúde/ Brasil. **Anvisa registra mais 14 medicamentos para fracionamento**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=24234> Acesso em: 12 Junho 2006.
- BRODIE, D.C. et al. Model of drug usage review in a hospital. **Am. J. Hosp. Pharm.**, v. 34, p. 251-254, 1977.
- BRONZWAER, S.L.; BUCHHOLZ, U.; KOOL, L. International surveillance of antimicrobial resistance in Europe: now we also need to monitor antibiotic use. **Eur. Surveill**, v.6, n.1, p.1-2, 2001.
- CALVA, J. Antibiotic Use in a Periurban Community in México: A household and drugstore survey. **Soc. Sci & Med**, v.42, n.8, p.1121-1128, 1996.

- CARBON, C; BAX, R. Regulating the use of antibiotics in the community. **BMJ**, v.317, p.663–665, 1998.
- CARS, O.; MOLSTAD, S.; MELANDER, A. Variation in antibiotic use in the European Union. **Lancet**, v.357, p.1851-1853, 2001.
- CASTRO et al. Tendências na utilização de antimicrobianos em um hospital universitário, 1990-1996. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.5, p.553-558, 2002.
- CEASER, S.; WURTZ, R. “Leftover Antibiotics in the Medicine Cabinet. **Annals of Intern Medicine**, v.33, n.1, 2000.
- CENTERS FOR DISEASE CONTROL: Ten great public health achievements-United States, 1900-1999. **Morb Mortal Wkly Rep**, v.48, p.241-243, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. Estatísticas sobre farmácia – dezembro de 2005. Comissão de fiscalização do CFF. Disponível em: <<http://www.cff.org.br/cff/mostraPagina.asp?codServico=14>> Acesso em: 12 de Junho 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA – CFF. Resolução 357. Disponível em: <www.cff.org.br/Legislação/Resoluções/pdf/s/resoluções/res357.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2006.
- CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA-CE. Informativo do Conselho Regional de Farmácia, Fortaleza, n.1, mai/jun., 2004.
- CRIGGER et al. Development of the choices and acquisition of antibiotic model from a descriptive study of a Lay Honduran population. **International Journal of Nursing Studies**, n.41, p.745-753.
- DEL ARCO, J.; GARCÍA, V.B.; GOROSTIZA, I. Análisis del consumo de antibióticos en Deusto (Bizkaia). **Pharm Care Esp**, v.1, p.343-353, 1999.
- DIAS, M.F. **Antibióticos: uso incorreto pode levar a infecção generalizada**. Portal da Saúde, Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br>> Acesso em: 12 Junho 2006.
- DRUG UTILIZATION RESEARCH GROUP. Latin América. Multicenter study on self-medication and self-prescription in six Latin American countries. **Clin Pharmacol Ther**, v.61, p. 448-493, 1997.
- DUONG, D.V.; BINNS, C.W.; LE, T.V. Availability of antibiotics as over-the counter drugs in pharmacies: a threat to public health in Vietnam. **Trop Med and Intern Health**, v.2, n.12, p.1133-1139, Dec. 1997.
- EQUIPE DE GEOPROCESSAMENTO - SECRETARIA MUNICIPAL DE INFRA-ESTRUTURA E CONTROLE URBANO. **Mapa Municipal de Fortaleza**, 2002, <http://www.seinf.fortaleza.ce.gov.br/geo/regionais/index_agora.htm>. Acesso em: 15 março 2006.

- FERNANDES, M.E.P. A utilização de medicamentos na atenção a saúde, em nível domiciliar, no município de Fortaleza. 1998. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Comunitária – Universidade Federal do Ceará, 1998.
- FIDALGO, M.L.; LÓPEZ, C. Automedicación: análisis de los resultados de una encuesta realizada a usuários de oficinas de farmacia. **Medifarm**, v.5, n.5, p.245-252, 1995.
- FIGUEIRAS, A.; CAAMANO, F.; GESTAL-OTERO, J.J. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain, **European Journal of Epidemiology**, v.16, P.19-26, 2000.
- FINKELSTEIN, J.A. et al. Reduction in antibiotic use among US children, 1996-2000. **Pediatrics**, v.112, p.620-627, 2003.
- FUCHS, F.D.; WANNMACHER, L.; FERREIRA, M.B.C. **Farmacologia Clínica da Infecção**. In: ____ Farmacologia Clínica. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 3.ed., cap. 27, p.342-359, 2004.
- GONZÁLES, R.; SANDE, M. What will it take to stop physicians from prescribing antibiotics in acute bronchitis? **Lancet**, v. 345, p.665-666, 1995.
- HAAK, H. Pharmaceuticals in two Brazilian villages: Lay practices and perceptions. **Soc. Sci Med.**, v.27, p.1415-1427, 1988.
- HADDAD, N. Cálculo do Tamanho Mínimo da Amostra. In: _____. **Metodologia de Estudos em Ciências da Saúde**. São Paulo: Roca, 2004. 286p. Cap. 18, p.185-201.
- HART, C.A.; KARIUKI, S. Antimicrobial resistance in developing countries. **BMJ**, v.317, p. 647-650, 1998.
- HOMEDES, N.; UGALDE, A. Improving the use of pharmaceuticals through patient and community level interventions. **Soc. Sci. Med.**, v.52, p.99-134, 2001.
- IBGE. *Brasil*: população estimada. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 12 Junho 2006.
- INTERNATIONAL MEDICAL STATISTICS (IMS). **World drug purchases-retail pharmacies. IMS monitor: 12 months to march 2006**. Disponível em: <<http://open.imshealth.com/dept.asp?dept%5Fid=3#>> Acesso em 14 jun. 2006.
- INTERNATIONAL MEDICAL STATISTICS (IMS). **New products and markets fuel growth in 2005**. Disponível em: <http://open.imshealth.com/webshop2/IMSinclude/i_article_20060503.asp> Acesso em 14 jun. 2006.

- JONES, R.N. Global aspects of antimicrobial resistance among key bacterial pathogens: results from the 1997-1999 SENTRY Antimicrobial Program. **Diagn Microbiol Infect Dis** : Supl. 2, v.32, p.81-167, 1998.

- JONES, R.N.; PFALLER, M.A. Bacterial resistance: a worldwide problem. **Diagn Microbiol Infect Dis**, v.31, p. 379-388, 1998.

- JESUS, P.R.C. **A automedicação no Brasil: um sintoma a ser analisado**, 2004. Disponível em: <<http://sites.unisanta.br/faac/espaco/automedicao.html>> Acesso em: 14 jun. 2006.

- KAMAT, V.R.; NICHTER, M. Pharmacies, self-medication and pharmaceutical marketing in Bombay, Índia. **Soc. Sci. Med.**, v.47, p.779-794, 1998.

- KUNIN, C.M. Resistance to antimicrobial drugs: a worldwide calamity. **Ann Intern Méd**, v.118, p.557-561, 1993.

- LAM, T.P. et al. Family doctors attitudes towards patient self-management of upper respiratory tract infections. **HKMJ**, v.7, n.2, 2001.

- LEVY, S.B. Antimicrobial resistance: bacteria on the defence. **BMJ**, v.317, p.612-613, 1998.

- LIU, Y. Et al. Inappropriate use of antibiotics and the risk for delayed admission and masked diagnosis of infectious diseases: a lesson from Taiwan. **Arch Intern Med**, v.161, p. 2366-70, 2001.

- LLOR, C. et al. Over the counter antibacterials in southern Europe. **Scandinavian Journal of Infectious Diseases**, v.37, p.399-400, 2005.

- LOYOLA FILHO, A.I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do Projeto Bambuí. **Rev Saúde Pública**, v.36, n.1, p.55-62, 2002.

- LOYOLA-FILHO, A.I.; LIMA-COSTA, M.F.; UCHOA, E. Projeto Bambuí: uma abordagem qualitativa na investigação da automedicação. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1661-1669, 2004. ISSN 0102-311X.

- LUCCA, R. A cura ameaçada. **Revista Terra**. São Paulo: Peixes, Edição 146, junho 2004.

- LUZ, C. Mercado Contaminado. **Revista Época**, São Paulo, v.394, p.71-74, dez. 2005.

- LYRA JR. et al. Perfil do aconselhamento ao paciente no Nordeste do Brasil. **Rev. Farm. & Quim. Ed Esp.**, p.39, 1999.
- LYRA JR. et al. Perfil da automedicação na Farmácia-Escola da UFPE. **Pharmacia brasileira**, v.48, p.72-74, 2003.
- MACFARLANE, J. et al. Influence of patients' expectations on antibiotic management of acute lower respiratory tract illness in general practice: quationare study. **Br Med J**, v.315, p.1211-1214, 1997.
- MAINOUS III et al. Nonprescribed Antimicrobial Drugs in Latino Community, South Carolina. **Emerg Infec Dis**, v. 11, n.6, p.883-888, 2005.
- MARLIERE, G.L.; FERRAZ, M.B.; DOS SANTOS, J.Q. Antibiotic consumption patterns and drug leftovers in 6000 Brazilian households. **Adv Ther**, v.17, n.1, p.32-44.
- MENEZES, E.A. et al. Automedicação com antimicrobianos para o tratamento de infecções urinária em estabelecimento farmacêutico de Fortaleza (CE). **Pharmacia brasileira**, v.16, n.11-12, p.56-59, 2004.
- MORAIS, J. Viciados em Remédios. **Revista SuperInteressante**. São Paulo: Abril, Ed. 185, fev. de 2003.
- OKUMURA, J. et al. Drug utilization and self-medication in rural communities in Vietnam. **Soc Sci & Med**, v.54, p.1875-1886, 2002.
- OMS – Euro Health promotion glossary. **A discussion document**. Copenhaguem: European Regional Office, World Health Organization, 1985.
- OMS – Resistência Microbiana. **Boletín de medicamentos esenciales**, World Health Organization, n. 28-29, 2000.
- OMS – Uso Racional de Medicamentos. **Boletín de medicamentos esenciales**, World Health Organization, n.31, 2002.
- OMS – Uso racional de los medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS, **Informe de la Secretaría**, 118ª reunión del consejo ejecutivo, World Health Organization, 2006.
- PARIMI, N.; PEREIRA, L.M.P.; PRABHAKAR, P. The general public's perceptions and use of antimicrobials in Trinidad and Tobago. **Rev Pan de Salud Pub**, v.12, n.1, p.11-18, 2002.
- PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. Automedicação no Brasil. **Rev Assoc Med Bras**, v.75, p.34-69, 1988.

- PICAZO, J.J.; GRUPO DIRA et al. Estudio de las infecciones respiratorias extrahospitalarias. Estudio DIRA. **Enferm Infecc Microbiol Clín**, v.21, n.8, p.410-416, 2003.
- REEVES, D.S. et al. Self-medication of antibacterials without prescription (also called "over-the-counter" use) - A report of a working party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. **Journ of Antim Chem**, v.44, p.163-177, 1999.
- RIBEIRO, V.V. et al. Uma abordagem sobre a automedicação e consumo de psicotrópicos em Campina Grande-PB. **Pharmacia brasileira**, v.15, n.11-12, p. 78-80, 2004.
- RICHMAN, P.B. et al. Oral antibiotic use without consulting a Physician: A Survey of ED Patients. **Am Journ of Emerg Med**, v.19, n.1, p.57-60, 2001.
- ROZEMBERG, B. O consumo de calmantes e o "problema de nervos" entre lavradores. **Rev Saúde Pública**, v.28, p.300-308, 1994.
- RYLANCE, G.; WOODS, C. Use of drugs by children. **BMJ**, v.297, p.445-447, 1998.
- SADER et al. Sensibilidade a antimicrobianos de bactérias isoladas do trato respiratório de pacientes com infecções respiratórias adquiridas na comunidade: resultados brasileiros do programa SENTRY de Vigilância de Resistência a Antimicrobianos dos anos de 1997 e 1998. **Journ of Pneumol**, v.27, n.1, p.25-34, 2001.
- SANDE, M.A.; ARMSTRONG, D.; COREY, L.; DREW, W.L. et al. Perspectives on switching oral acyclovir from prescription to over-the-counter status: report of a consensus panel. **Clin Infect Diseases**, v.26, p.659-663, 1998.
- SARADAMA, R.D.; HIGGINBOTHAM, N.; NICHTER, M. Social factors influencing the acquisition of antibiotics without prescription in Kerala State, south India. **Soc. Sci Méd.**, v.50, p. 891-903, 2000.
- SEPPALA, H.; KLAUKKA, T.; VUOPIO-VARKILA et al. - The Finnish Study Group for Antimicrobial resistance. The effect of changes in the consumption of macrolide antibiotics on erythromycin resistance in group A *streptococci* in Finland. **New England J Med**, v.337, p.441-446, 1997.
- SOMBRERO LYDIA et al. Reliability of parental history of antibiotic use for Filipino children admitted with acute lower respiratory tract infection. **Am Journ Trop. Med. Hyg**, v.60, n.3, p. 397-399, 1999.
- STRATCHOUNSKI, L.S. et al. The inventory of antibiotics in Russian home medicine cabinets. **Clin Infec Dis**, v.37, p.498-505, 2003.

- STURM, A.W. et al. Over-the-counter availability of antimicrobial agents, self-medication and patterns of resistance in Karachi, Pakistan. **Journ of Antim Chem**, v.39, p.543-547, 1999.

- TENOVER, F.C.; HUGHES, J.M. The challenge of emerging infectious diseases: Development and spread of multiply-resistant bacterial pathogens. **JAMA**, v.273, p.214-219, 1995.

- TOGNONI, G.; LAPORTE, J.R. Estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância. In: LAPORTE, J.R. et al. (eds). **Epidemiologia do Medicamento**. São paulo: Huitec-Abrasco, p.43-56, 1989.

- UCHÔA, E.; VIDAL, J.M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cad Saúde Pública**, v.10, p.497-504, 1994.

- VANAANKEN, M.; PIETILA, K.; AIRAKSINEN, M. Self-medication with antibiotics—Does it really happen in Europe? **Health Policy**, v.77, n.2, p.166-171, 2005.

- VILLARINO, J.F. et al. Perfil da automedicação em município dos sul do Brasil. **Rev. Saúde Públ.**, v.32, n.1, p.43-49, 1998.

- VOLPATO et al. Use of antibiotics without medical prescription, **Braz J Infect Dis**, v.9, n.4, p.288-291, 2005.

- WILLIAMS, R. J.; HEYMANN, D. L. Containment of antibiotic resistance. **Science**, v.279, p.1153-1155, 1998.

- WOOD, M.J. Over-the-counter-antibiotics. **Journal of Antim Chem**, v.44, p.149-150, 1999.

- WORLD HEALTH ORGANIZATION: GUIDELINES FOR THE REGULATORY ASSESSMENT OF MEDICALS PRODUCTS FOR USE IN SELF-MEDICATION, WHO/EDM/QSM/ 00.1, 2000.

- _____. Guidelines for ATC classification. Oslo: WHO/Nordic Council on Medicines, 1990.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Farmácia - Mestrado em Ciências Farmacêuticas- Área de
Concentração: Farmácia Clínica

1. QUESTIONÁRIO N°. _____

Data da Entrevista: ____/____/____

Nome do Entrevistador: _____

Horário de início: _____

Horário de término: _____

Nome do Entrevistado: _____

BLOCO 2 – PERFIL SÓCIO DEMOGRÁFICO E ECONÔMICO

uso próprio terceiros _____, idade ____.

1. Idade (em anos completos) _____ NS/NR

2. Sexo: M F

3. Até que série o (a) Sr.(a) cursou (completou) na escola? CONSIDERE O GRAU MAIS ALTO ATINGIDO

01- Sem instrução (analfabeto)

02- Ensino Fundamental incompleto (1º grau incompleto)

03- Ensino Fundamental completo (1º grau completo)

04- Ensino médio incompleto (2º grau incompleto)

05- Ensino médio completo (2º grau completo)

06- Ensino superior incompleto

07- Ensino superior completo/ Pós-graduação

99- NS/NR

4. Qual é a sua situação conjugal atual? NÃO NECESSARIAMENTE O ESTADO CIVIL

01- casado (a)/ união consensual

02- solteiro (a)

03- divorciado/ separado

04- viúvo (a)

99- NS/NR

5. Por favor, vou lhe mostrar um cartão com várias faixas de renda salarial. Eu gostaria que o

(a) Sr. (a) apontasse a sua faixa de renda mensal.

6. Quantas pessoas moram na sua casa? INCULIR O (A) ENTREVISTADO (A)

ENTREVISTADOR, PEÇA QUE A PESSOA ENTREVISTADA LEVE EM CONTA:

- O chefe de família, sua esposa ou companheira, seus filhos;
- Outros parentes;
- Crianças sob responsabilidade da família;
- Empregados domésticos (que morem com a família)

7. O (a) Senhor (a) / usuário possui algum plano de saúde ou convênio saúde?	1-Sim	2-Não	3-NS/NR
--	-------	-------	---------

BLOCO 3 – AUTO-AVALIAÇÃO EM SAÚDE

8. Em geral, o (a) Sr.(a) diria que sua saúde/ do usuário é: 1- excelente 2- muito boa 3- boa 4- ruim 5-muito ruim 6-NS/NR	9. Comparando há um ano atrás , como o (a) Senhor (a) classificaria sua saúde/ do usuário em geral, agora ? 1- muito melhor agora do que há um ano 2-um pouco melhor agora do que há um ano 3- quase a mesma de um ano atrás 4-um pouco pior agora do que há um ano 5-muito pior agora que há um ano 6-NS/NR		
10. Possui alguma doença crônica? (diabetes, hipertensão, doenças do SN, etc.).	Sim 1	Não 2	NS/NR 3
11. Faz uso crônico de algum medicamento?	Sim 1	Não 2	NS/NR 3
12. Possui algum tipo de alergia a medicamento? 12.1. Se antibiótico, especificar qual: _____	Sim 1	Não 2	NS/NR 3

BLOCO 4 – PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO

<p>13. Em sua opinião, para que serve um antibiótico?</p> <p>01- infecções em geral</p> <p>02- dor de garganta</p> <p>03- diarreia</p> <p>04- dor de estômago</p> <p>05- inflamação</p> <p>06- gripe</p> <p>07- outra doença. Qual? _____</p> <p>08- NS/NR</p>	<p>14. Para que usará este (s) medicamento(s)? (Motivo de uso)</p> <p>01- garganta (faringite)</p> <p>02- doença do trato gastrintestinal/ diarreia</p> <p>03- febre de origem desconhecida</p> <p>04- doença de pele (furúnculo, tumor, etc.).</p> <p>05- dor de dente</p> <p>06- gripe/ resfriado</p> <p>07- sintomas urinários</p> <p>08- sintomas de ouvido</p> <p>09- outra doença. Qual? _____</p> <p>10- NS/NR</p>		
<p>15. O (a) Senhor (a) mantém estoque de medicamentos em casa? (farmácia, armário de medicamentos).</p>	<p>Sim 1</p>	<p>Não 2</p>	<p>NS/NR 3</p>

MEDICAMENTOS ADQUIRIDOS NA FARMÁCIA OU DROGARIA:

16. Identificação do medicamento - Nome completo, PA/ - Forma farmacêutica/ - Concentração dos PA (dosagem) / - - Quantidade - Laboratório produtor (de marca ou genérico) / - Quanto custou (R\$)	17. Quantos dias (d) deve usá-lo? 01-1 ou 2d 02-3 ou 4d 03-5 e 7d 04- 8d ou mais 99-NS/NR [Se 01 ou 02 ir para questão 22]					18. Quantas vezes por dia, devem ser tomadas? 01- uma vez 02- duas vezes (12/12h) 03- três vezes (8/8h) 04- quatro vezes (6/6h) 05-acima de quatro vezes 99-NS/NR						19. Quando tomou antibiótico anteriormente? 01- Nunca tomou 02- há menos de uma semana 03- 1 sem e 2 sem 04-mais de 2 sem 99- NS/NR					20. Há quanto tempo apresenta as queixas que o (a) levaram a comprar o medicamento? 01- +/- 1 sem 02- entre 1 e 2 sem 03- mais de 2 sem 99-NS/NR				21. Quem lhe indicou (lhe recomendou) o medicamento? 01- médico (receita anterior) 02-farmacêutico 03-balconista 04-parente, amigo, vizinho 05-conta própria 06-propaganda (rádio, tv, revista) 07-outro Prof. de Saúde 08-outros 09-NS/NR								
	1	2	3	4	99	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	99	1	2	3	99	1	2	3	4	5	6	7	8	99
	1	2	3	4	99	1	2	3	4	5	99	1	2	3	4	99	1	2	3	99	1	2	3	4	5	6	7	8	99

<p>22. Por que vai utilizar o medicamento por menos de 5 dias?</p> <p>1- Custo (pouco dinheiro)</p> <p>2- Efeitos adversos (antibióticos são prejudiciais)</p> <p>3- Não é necessário mais tempo</p> <p>4- seguiu a recomendação de alguém</p> <p>5- compram alguns primeiro, mas depois comprará o restante.</p> <p>6- se sentir-se melhor compra mais, senão pára ou troca por outro</p> <p>7- outros motivos. Especificar _____</p> <p>8- NS/NR</p>	<p>23. Quais foram os motivos que levaram o (a) Sr. (a) a comprar antibióticos sem prescrição? (não ir a uma consulta médica)</p> <p>1- acha que não precisa de prescrição</p> <p>2- não perder tempo</p> <p>3- dinheiro</p> <p>4- já foi curado por eles antes</p> <p>5- o Dr. sempre prescreve os mesmos</p> <p>6- segue os conselhos de alguém</p> <p>7- tem profissional de saúde na família ou ele mesmo é</p> <p>8- outros motivos. Especificar _____</p> <p>9- NS/NR</p>
---	--

<p>24. O Senhor (a) conhece as conseqüências de não tomar um tratamento completo de antibióticos?</p> <p>1- resistência</p> <p>2- recuperação (cura) não completa ou re-infecção pode ocorrer facilmente</p> <p>3- é perigoso para a saúde</p> <p>4- torna os antibióticos menos efetivos ou inefetivos</p> <p>5- outro. Especificar _____</p> <p>6- NS/NR</p>

SOLICITAR AO ENTREVISTADO A POSSIBILIDADE DE ENTRAR EM CONTATO COM ELE (A) APÓS O PERÍODO DE DURAÇÃO DO TRATAMENTO (DESCRITO POR ELE) PARA AVERIGUAR O DESFECHO:

“O (a) Senhor (a) gostaria de colaborar com a nossa pesquisa fornecendo o seu telefone de contato para que possamos averiguar a situação da sua saúde após o tratamento com o(s) medicamento(s) comprados. O seu telefone será mantido em sigilo, somente o Sr. (a). será entrevistado por mim. Além de apenas serem feitas duas perguntas sobre como terminou o tratamento:

Sim. Nome (como é conhecido) _____

Telefone _____

Não

25. Por quantos dias usou o medicamento? 01-1 ou 2d 02-3 ou 4d 03-5 e 7d 04- 8d ou mais 99-NS/NR	26. Como o senhor se sente após o tratamento com o antibiótico? (Desfecho) 1- Curado 2- Aliviado 3-Não resolveu 4-NS/NR
--	--

Finalizar a entrevista e agradecer pela participação mencionando que as informações serão utilizadas unicamente com o fim científico e que ajudarão a compreender o consumo de medicamentos em Fortaleza.

OBSERVAÇÕES:

TABELA COM FAIXAS SALARIAIS:

(1)*	ATÉ R\$ 300,00
(2)	R\$ 301,00 – 400,00
(3)	R\$ 401,00 – 600,00
(4)	R\$ 601,00 – 1.000,00
(5)	R\$ 1.001,00 – 2.000,00
(6)	R\$ 2.001,00 – 4.000,00
(7)	R\$ 4.001,00 OU MAIS
(8)	SEM RENDIMENTO

* Salário Mínimo (Outubro de 2005 – Maio de 2006) = R\$ 300,00 (Trezentos Reais)

APÊNDICE B:



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem

**Departamento de Farmácia - Mestrado em Ciências Farmacêuticas - Área de
Concentração: Farmácia Clínica**

TERMO DE CONSENTIMENTO

Estamos convidando você a participar da pesquisa sob minha responsabilidade intitulada “Perfil da Automedicação por Antimicrobianos em farmácias de Fortaleza”. Essa pesquisa ajudará a conhecer como as pessoas estão utilizando medicamentos que são conhecidos como antibióticos ou antimicrobianos.

Para tanto gostaríamos que o (a) Sr.(a) respondesse a um questionário.

Eu, _____ declaro que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, concordo em participar desse estudo desenvolvido pelo Mestrado em Ciências Farmacêuticas do Departamento de Farmácia da Universidade Federal do Ceará. Contudo, reservo-me no direito de cancelar minha participação a qualquer momento, caso julgue necessário. Para qualquer dúvida relacionada às questões éticas envolvidas nessa pesquisa você poderá contactar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio.

Fone: 4009.83.38

Fortaleza, _____ de _____ de 200____.

Assinatura do Entrevistado

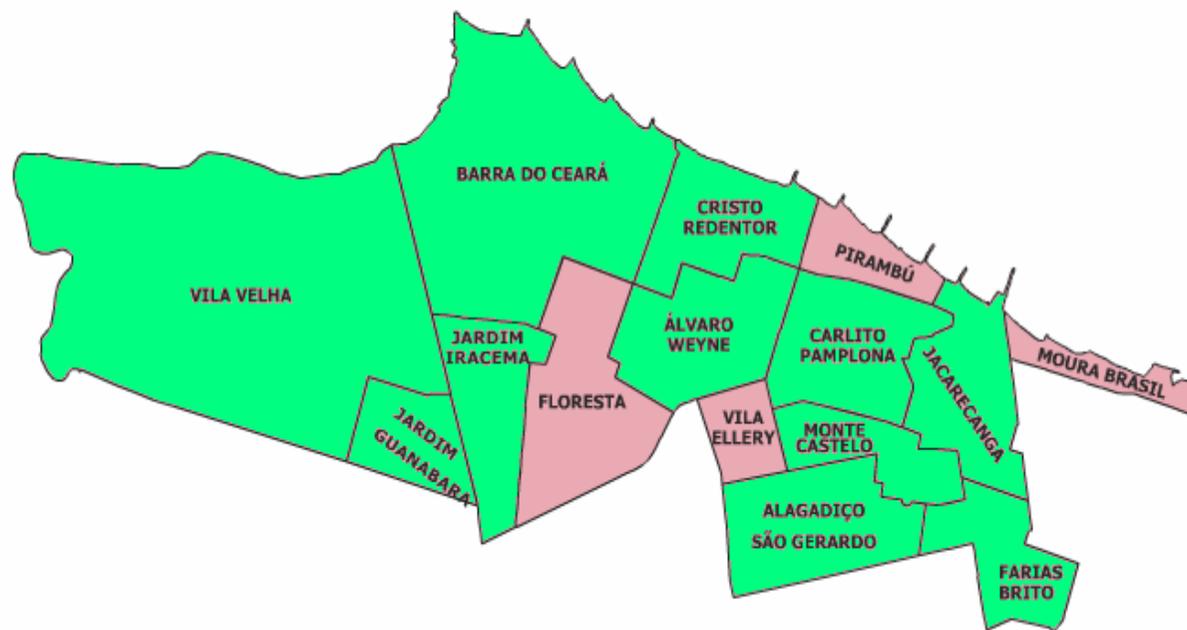
Pesquisador: Francisco Fábio Oliveira de Sousa

Telefone: 4009.82.93 (Centro de Informação em Medicamentos)

Orientadora: Mirian Parente Monteiro

Telefone: 4009.82.78

ANEXO B:



BAIRROS	POPULAÇÃO	ÁREA (ha)
VILA VELHA	49.468	780,0
BARRA DO CEARÁ	69.317	385,6
JARDIM IRACEMA	21.913	130,6
JARDIM GUANABARA	14.489	73,7
FLORESTA	28.034	141,2
CRISTO REDENTOR	28.914	131,2
ÁLVARO WEYNE	23.113	153,7
PIRAMBÚ	18.463	89,3
CARLITO PAMPLONA	24.383	126,8
VILA ELLERY	7.289	58,1
ALAGADIÇO/SÃO GERARDO	13.117	143,1
MONTE CASTELO	12.752	86,8
JACARECANGA	13.600	128,1
MOURA BRASIL	3.738	46,3
FARIAS BRITO	11.634	83,7

 Bairros visitados

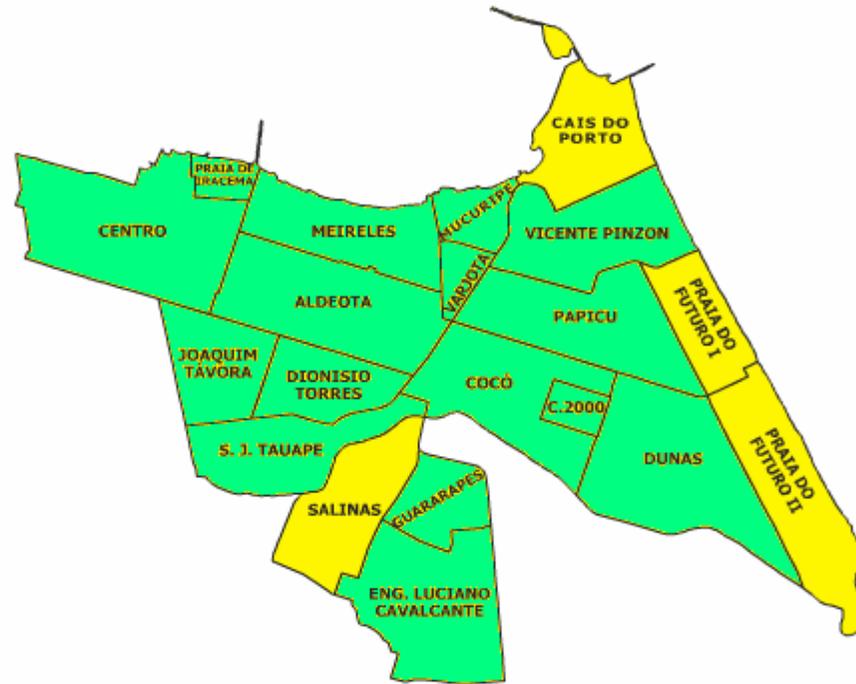
MAPA DA REGIONAL I
 Equipe de Geoprocessamento
 SETEMBRO/2002
 SEINF - Secretaria Municipal de Infra-Estrutura e Controle Urbano

Total de Bairros: 15
 População Residente: 340.134
 Área Total: 2.538,2ha
 Fonte: Dados do Censo 2000 IBGE.

Produzido por:
 Gláumer F. de Sousa



ANEXO C:



BAIROS	POPULAÇÃO	ÁREA (ha)
CENTRO	24.775	545,6
PRAIA DE IRACEMA	3.150	35,0
MEIRELES	30.397	251,8
ALDEOTA	38.636	353,7
MUCURIBE	11.900	61,8
VARJOTA	6.916	63,7
CAIS DO PORTO	21.529	246,8
VICENTE PINZON	39.551	276,9
PAPICU	20.292	342,5
PRAIA DO FUTURO I	2.917	160,6
JOAQUIM TÁVORA	23.051	190,4
DIONÍSIO TORRES	14.952	175,3
S. J. TAUAPE	27.328	245,6
SALINAS	2.141	274,3
GUARARAPES	2.899	73,7
ENG. LUCIANO CAVALCANTE	10.326	400,6
COCÓ	13.952	336,9
CIDADE 2.000	7.885	53,1
DUNAS	1.594	468,1
PRAIA DO FUTURO II	7.651	324,4

MAPA DA REGIONAL II
 Equipe de Geoprocessamento
 SETEMBRO/2002
 SEINF - Secretaria Municipal de Infra-Estrutura e Controle Urbano

Total de Bairros: 20
 População Residente: 311.842
 Área Total: 4.933,8 ha
 Fonte: Dados do Censo 2000 IBGE.

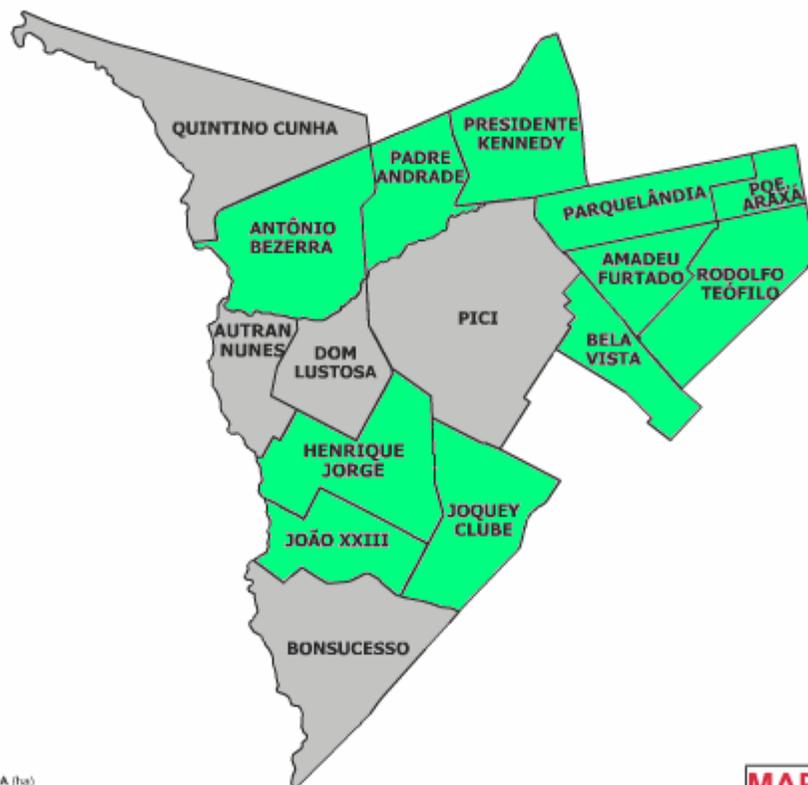


PREFEITURA E VOCÊ
 FAZENDO FORTALEZA DIFERENTE

Produzido por:
Gláuber F. de Sousa

 Bairros visitados

ANEXO D:



BAIRROS	POPULAÇÃO	ÁREA (ha)
ANTÔNIO BEZERRA	24.698	233,8
PADRE ANDRADE	13.087	130,0
PRESIDENTE KENNEDY	23.094	178,8
PARQUE ARAXÁ	14.000	136,2
PARQUE ARAXÁ	6.482	80,0
AMADEU FURTADO	12.074	89,4
RODOLFO TEÓFILO	17.880	179,3
PICI	37.646	382,5
BELA VISTA	15.950	95,0
AUTRAN NUNES	21.323	101,2
DOM LUSTOSA	12.362	135,6
HENRIQUE JORGE	25.833	181,3
JOÃO XXIII	17.696	141,2
JOQUEI CLUBE	18.302	174,3
BONSUCESSO	37.316	268,8
QUINTINO CUNHA	42.973	294,3

MAPA DA REGIONAL III

Equipe de Geoprocessamento

SETEMBRO/2002

SEINF - Secretaria Municipal de Infra-Estrutura
e Controle Urbano

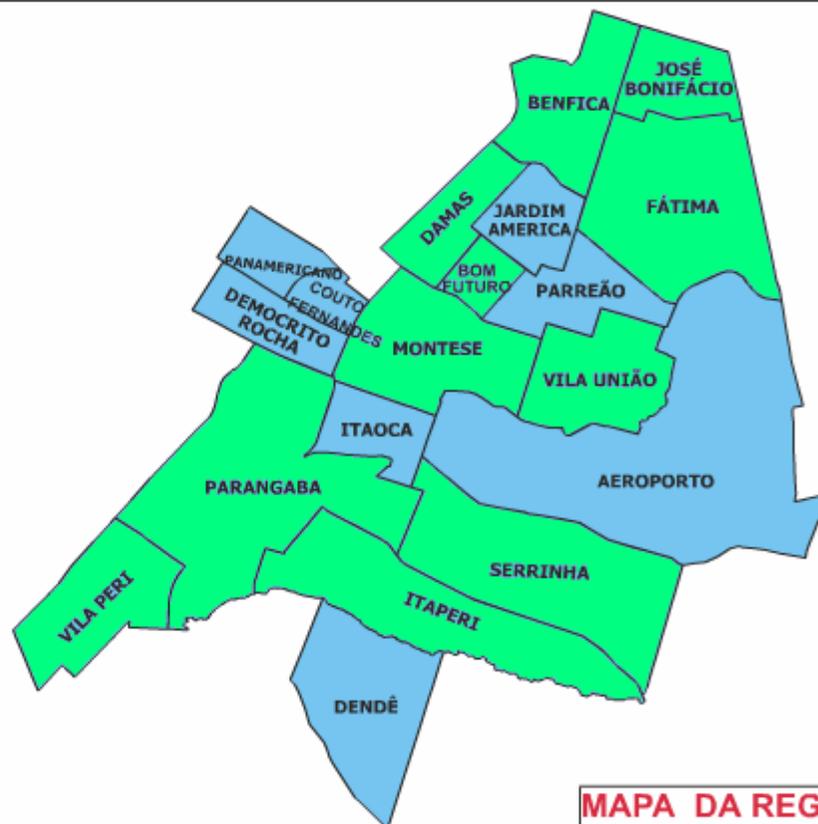
Total de Bairros: 16
População Residente: 327.916
Área Total: 2778,00 ha
Fonte: Dados do Censo 2000
(IBGE).

Produzido por:
Gláuner F. de Sousa



Bairros visitados

ANEXO E:



BAIRROS	POPULAÇÃO	ÁREA
BENFICA	12.932	143,1
JOSÉ BONIFÁCIO	8.755	88,8
FÁTIMA	23.070	322,5
DAMAS	8.492	96,6
JARDIM AMÉRICA	11.799	71,3
BOM FUTURO	6.268	32,5
PARREÃO	8.754	91,9
PANAMERICANO	8.777	56,3
COUTO FERNANDES	4.879	35,6
DEMOCRITO ROCHA	11.477	85,6
MONTESE	26.062	190,6
VILA UNIÃO	14.744	217,5
ITAOCA	12.728	80,0
PARANGABA	28.045	389,3
AEROPORTO	7.835	727,5
SERRINHA	25.882	171,3
ITAPERI	16.787	245,6
DENDÊ	2.120	239,6
VILA PERI	15.745	150,6

MAPA DA REGIONAL IV

Equipe de Geoprocessamento

SETEMBRO/2002

SEINF - Secretaria Municipal de Infra-Estrutura e Controle Urbano

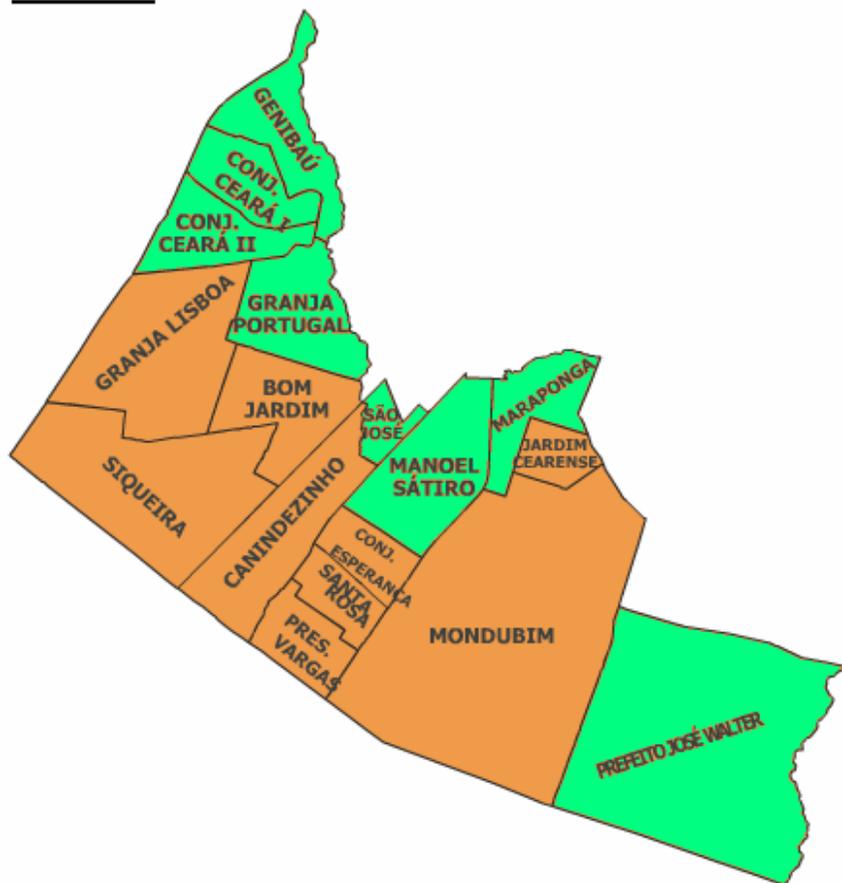
Total de Bairros: 19
 População Residente: 259.831
 Área Total: 3427,00 ha
 Fonte: Dados do Censo 2000 (IBGE).

Produzido por:
 Gláuner F. de Sousa



Bairros visitados

ANEXO F:



BAIRROS	POPULAÇÃO	ÁREA (ha)
GENBAU	38.258	184,4
CONJUNTO CEARÁ I	18.779	216,3
CONJUNTO CEARÁ II	23.075	174,4
GRANJA PORTUGAL	37.369	382,5
GRANJA LISBOA	49.852	619,4
BOM JARDIM	34.507	253,1
SIQUEIRA	23.728	296,8
CANINDEZINHO	29.688	337,5
PARQUE SÃO JOSÉ	10.465	53,8
MARAPONGA	8.589	168,1
MANOEL SÁTIRO	32.354	307,5
CONJ. ESPERANÇA	15.291	110,0
PARQUE SANTA ROSA	10.766	95,0
PARQUE PRES. VARGAS	4.815	141,9
JARDIM CEARENSE	7.530	111,3
MONDUBIM	80.309	1.605,1
PREF. JOSÉ WALTER	26.477	1.307,6

MAPA DA REGIONAL V

Equipe de Geoprocessamento
SETEMBRO/2002

SEINF - Secretaria Municipal de Infra-Estrutura e Controle Urbano

Total de Bairros: 17
População Residente: 452.875
Área Total: 6344,70 ha
Fonte: Dados do Censo 2000 IBGE.

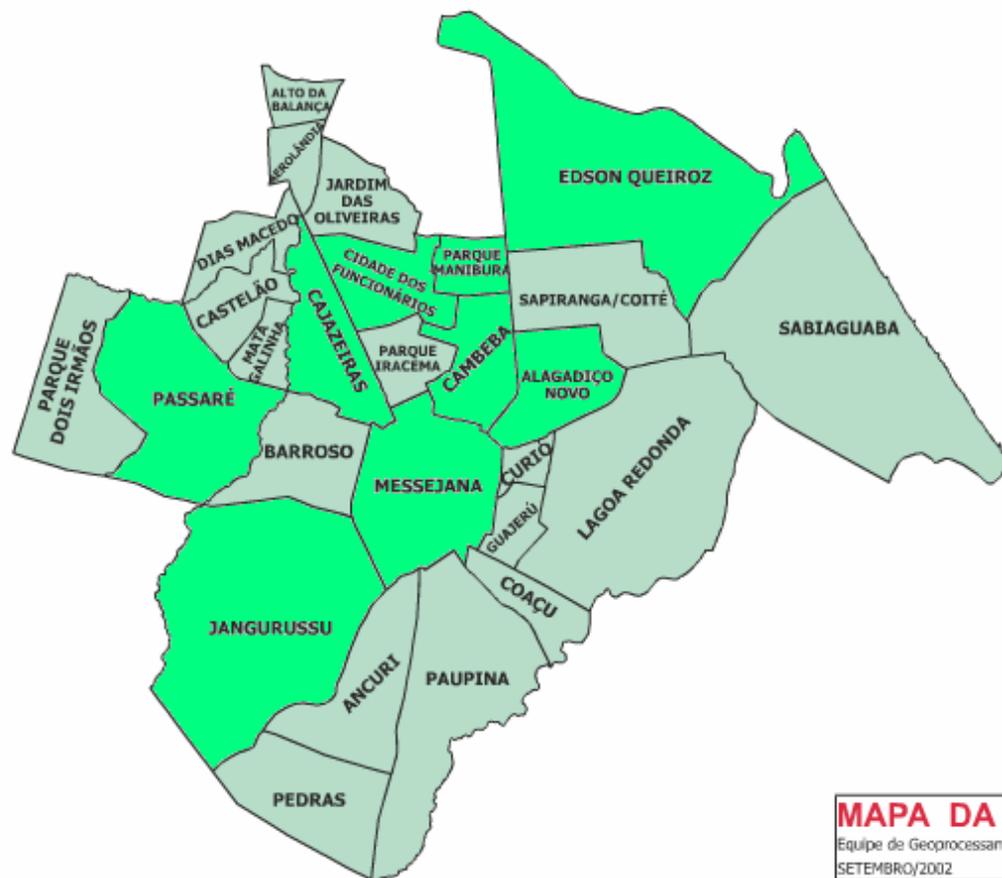
Produzido por:
Gláumer F. de Sousa



PREFEITURA E VOCÊ
FAZENDO FORTALEZA DAQUI CEMTO

 Bairros visitados

ANEXO G:



BARRIOS	POPULAÇÃO	ÁREA (ha)
SABIAGUABA	259	1.822
LAGOA REDONDA	2039	1.622
SAPIRANGA/COITÉ	2038	1.601
ALAGADIÇO NOVO	517	383
CAMBÉA	542	258
MATA GALIANA	420	36
CASTELÃO	142	78
CAPIBÉ	120	85
COAÇU	207	105
MESSEJANA	320	695
PAUPINA	104	105
RETRAS	128	210
ANCURI	688	201
DIAS MACEDO	1.008	250
SAPIRANGA	2.116	1.617
ALTO DA BALANÇA	622	80
JANGURUSSU	650	1.022
PASSARÉ	322	785
PARQUE DOIS IRMÃOS	222	495
EDSON QUEIROZ	200	1.601
JARDIM DAS OLIVEIRAS	305	281
PARQUE MANIBURÁ	100	785
CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS	1.600	1.000
CAJAZEIRAS	1.000	1.000
PARQUE IRACEMA	1.400	1.000
REPLICADORA	1.000	1.000
GUATERU	100	100

MAPA DA REGIONAL VI
 Equipe de Geoprocessamento
 SETEMBRO/2002
 SEINF - Secretaria Municipal de Infra-Estrutura e Controle Urbano

Total de Bairros: 27
 População Residente: 438.088
 Área Total: 13.430 ha
 Fonte: Dados do Censo 2000 IBGE.

Produzido por:
 Gláumer F. de Sousa



PREFEITURA E VOCÊ
 FAZENDO FORMOSA DAR CERTO

 Bairros visitados

ANEXO H:



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. N° 570/05

Fortaleza, 21 de outubro de 2005

Protocolo COMEPE n° 303/05

Pesquisador responsável: Francisco Fábio Oliveira de Sousa

Dept°./Serviço: Departamento de Farmácia/UFC

Título do Projeto: "Perfil da automedicação por antimicrobianos em farmácias de Fortaleza"

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução n°196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução n° 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 20 de outubro de 2005.

Outrossim, informamos, que o pesquisador deverá se comprometer a enviar o relatório parcial e final do referido projeto.

Atenciosamente,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "F. Bezerra", is written over a faint circular stamp.

Prof. Dr. Fernando A. F. Bezerra
Coordenador Adjunto do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/HUWC/UFC

ANEXO I:

“Todos os dias milhares de brasileiros entram nas mais de 52 mil drogarias do país e saem de lá “medicados” pelos balconistas. A receita médica, obrigatória por lei para a maioria dos medicamentos, quase nunca é exigida. A informalidade se traduz em sonegação de impostos e práticas profissionais de segunda linha. Observou-se que boa parte das drogarias, a presença obrigatória de um farmacêutico é ignorada. Para esses estabelecimentos funcionarem como manda a lei, seria necessário triplicar os 35 mil farmacêuticos que trabalham em drogarias. Em muitos lugares do Brasil a farmácia é vista apenas como um comércio, e não apenas um local de apoio à saúde pública. Uma prática ilegal, pouco conhecida pelas pessoas, mas bastante popular para quem é do meio, reforça a impressão de que a saúde está em segundo plano. É a chamada “empurroterapia”. Nela, o balconista, estimulado por prêmios e comissões pagas por laboratórios, procura “empurrar” para o consumidor um remédio similar como alternativa ao medicamento prescrito pelo médico ou o indicando por conta própria. Os similares são produzidos há muitos anos no Brasil e não há regra geral para dizer se são bons ou ruins. Pela lei, a substituição de um medicamento prescrito por um médico só poderia ser feita por um genérico e efetuada pelo profissional farmacêutico. Mesmo assim, os balconistas recomendam com frequência a troca dos remédios prescritos pelos médicos por similares. Os vendedores ganham incentivos dos laboratórios que vão de 10% do valor do produto a brindes como bicicletas e geladeiras para os campeões de venda. Para a drogaria também é um grande negócio, pois a compra desses medicamentos é feita com descontos de no mínimo 50%. Os dados do estudo mostram que a prática ilegal atinge cerca de 27% das vendas. Isso significa que a prescrição está sendo desrespeitada e o consumidor está induzido ao erro, com riscos para a saúde”.

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)