

DOI: 10.1590/1980-5497201600030010

ARTIGO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Uso de medicamentos prescritos e automedicação em homens

*Use of prescription drugs and self-medication among men*Maria Aparecida Medeiros Barros do Prado^{III}, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco^I,
Tássia Fraga Bastos^I, Marilisa Berti de Azevedo Barros^I

RESUMO: *Objetivo:* Estimar a prevalência, verificar os fatores associados ao uso de medicamentos segundo prescrição e identificar os principais fármacos consumidos sem indicação, frente ao motivo do uso, em homens adultos. *Métodos:* Estudo transversal de base populacional, com amostra por conglomerados e em dois estágios realizado em Campinas, São Paulo, em 2008/2009. *Resultados:* Dos 1.063 homens, 45,3% referiram uso de ao menos 1 medicamento nos 3 dias que antecederam a pesquisa e, desses, 32,9% referiram uso exclusivamente prescrito e 11,2% relataram automedicação. Os resultados revelaram diferentes perfis entre os subgrupos. Associações positivas com o uso de medicamentos prescritos foram verificadas para idade (40 a 59 anos e ≥ 60 anos), não realização de atividade ocupacional, índice de massa corporal (25 a 30 kg/m²), procura de serviço de saúde nas últimas duas semanas, consulta odontológica no último ano, morbidade referida e presença de doenças crônicas. Menor uso de medicamentos prescritos foi verificada nos homens que referiram prática de atividade física no lazer. Associações independentes e positivas com o uso de medicamentos sem prescrição foram encontradas também para morbidade referida nas duas semanas anteriores à pesquisa, e para dor de cabeça frequente/enxaqueca. Ainda, verificou-se associação independente e inversa para internação hospitalar no último ano. Os fármacos sem prescrição mais consumidos foram: dipirona, paracetamol, AAS e diclofenaco. *Conclusão:* Os achados do presente estudo oferecem subsídios para o direcionamento de ações voltadas para a promoção do uso racional de medicamentos em um subgrupo populacional ainda pouco investigado quanto a essa temática.

Palavras-chave: Uso de medicamentos. Prevalência. Saúde do homem. Automedicação. Farmacoepidemiologia. Inquéritos epidemiológicos.

^IDepartamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas – Campinas (SP), Brasil.

^{II}Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Pontifícia Universidade Católica – Campinas (SP), Brasil.

Autor correspondente: Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco. Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Caixa Postal 6111, CEP: 13083-970, Campinas, SP, Brasil. E-mail: primaria@fcm.unicamp.br

Conflito de interesses: nada a declarar – **Fonte de Financiamento:** Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), processo nº 409747/2006-8.

ABSTRACT: Objective: To estimate the prevalence, investigate factors associated with the use of medication according to prescription, identify the main pharmaceuticals consumed through self-medication, and the reason for this use among adult men. **Methods:** This cross-sectional population-based study with stratified clustered two-stage sampling was conducted in Campinas, São Paulo, Brazil, in 2008/2009. **Results:** Of the 1,063 men, 45.3% reported using at least 1 drug in the last 3 days. From them, 32.9% reported using exclusively prescribed medication, and 11.2% reported self-medication. The results revealed different profiles among subgroups. Positive associations with the use of prescription medication was found for age (40 – 59 and ≥ 60 years), failure to perform paid work, body mass index (25 – 30 kg/m²), having sought health services over the last 15 days, dental care in the last year, morbidity, and chronic diseases. Lower use of prescription medication was found among men who reported doing physical activities in their leisure time. Independent and positive associations with the use of nonprescription medications in the 15 days prior to the survey were found for reported morbidity and frequent headaches/migraine. Furthermore, there was an independent and inverse association for hospitalization within the last year. Over-the-counter medications consumed by men were dipyrrone, paracetamol, acetylsalicylic acid, and diclofenac. **Conclusion:** The findings of this study provide information that can guide actions aimed at promoting the rational use of medication in a poorly investigated population subgroup regarding this topic.

Keywords: Medication use. Prevalence. Men's health. Self-medication. Pharmacoepidemiology. Epidemiological surveys.

INTRODUÇÃO

Os homens constituem um subgrupo populacional com maior risco de morte¹. As diferenças de gênero no risco de adoecer se modificam de acordo com o estilo de vida, fatores biológicos, socioeconômicos, culturais e comportamentais^{1,2}. Ainda, a percepção de saúde pode variar em função de fatores ligados às experiências sociais dos indivíduos, ao acesso a serviços de saúde, à forma como as pessoas percebem os sintomas, avaliam a gravidade da doença e decidem o que fazer em relação aos problemas de saúde^{3,4}. Sawyer et al.⁵ analisaram o perfil de uso de serviços de saúde no Brasil e verificaram que, quando enfermos, os homens mais jovens procuram, inicialmente, farmácias e prontos-socorros.

A sobremortalidade masculina é relatada em diversos lugares do mundo. No Brasil, Laurenti et al.¹ investigaram o perfil de morbimortalidade dos homens e constataram maior mortalidade em todas as idades e para todos os grupos de causa. Em Campinas, São Paulo, observou-se padrão semelhante, com acentuada desigualdade na mortalidade relacionada ao gênero, explicada, parcialmente, pelo comportamento masculino, moldado por fatores socioculturais⁶. Quanto às condições de saúde e ao uso de serviços, apesar da maior morbidade feminina, os homens são mais vulneráveis às enfermidades crônicas graves, que lhes impõem limitações e são importantes causas de morte^{1,7}.

Constatando-se que os homens apresentam baixa adesão às ações de promoção e prevenção e que acessam o sistema de saúde pela atenção especializada, em 2008 o Ministério da Saúde implementou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. Essa política

busca promover ações de saúde que reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis, considerando-se a singularidade masculina nos contextos socioculturais e político-econômicos, e os diferentes níveis de desenvolvimento e organização dos sistemas locais de saúde. Apresenta como uma de suas diretrizes a atenção integral, com a valorização da promoção da saúde, da qualidade de vida e da educação, como estratégias importantes na promoção de mudanças comportamentais⁷.

Os medicamentos são instrumentos terapêuticos necessários, responsáveis pelo aumento da expectativa e qualidade de vida da população⁸. Seu uso é influenciado por fatores sociodemográficos, culturais, perfil de morbidade, características do mercado farmacêutico e das políticas governamentais⁹⁻¹¹. Enquanto forma de autocuidado à saúde, a automedicação é compreendida como a seleção e uso de medicamentos para manutenção da saúde, prevenção de enfermidades, tratamento de doenças e sintomas percebidos, sem a prescrição, orientação ou o acompanhamento do médico ou dentista¹².

Inquérito espanhol encontrou prevalência de 57,7% para uso de medicamentos e de 14,5% para automedicação em homens (≥ 16 anos), considerando o uso de qualquer medicamento (isento/não isento de prescrição) e período recordatório de duas semanas. Idade, consumo de álcool, horas de sono e ausência de visita ao médico, dentre outros fatores, associaram-se à automedicação¹³. Na população de Campinas, São Paulo, em 2001/2002, para um período recordatório de 3 dias, a automedicação foi maior nas mulheres de todas as idades, exceto da faixa etária de 20 a 39 anos, em que a prevalência nos homens desse subgrupo etário foi de 43,3%¹⁴.

A necessidade de investigação das condições de saúde e condutas relacionadas à saúde dos homens justifica a avaliação do uso de medicamentos nessa população. Além disso, a identificação dos fármacos consumidos sem prescrição é importante para nortear ações de promoção da saúde e prevenção de agravos, favorecendo a abordagem do uso racional de medicamentos entre os homens. Este estudo teve como objetivo estimar a prevalência, verificar os fatores associados ao uso de medicamentos segundo prescrição e identificar os principais fármacos consumidos sem indicação, frente ao motivo do uso, em homens adultos residentes na área urbana de Campinas, São Paulo.

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional que incluiu 1.063 homens (20 anos e mais) não institucionalizados, residentes em área urbana no município de Campinas, São Paulo, no período de 2008 e 2009. Foram utilizados dados do “Inquérito de Saúde no município de Campinas” (ISACamp), realizado pelo Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

A amostra do inquérito foi obtida por meio de amostragem probabilística, por conglomerados e em dois estágios: setor censitário e domicílio. No primeiro estágio, 50 setores censitários

foram sorteados com probabilidade proporcional ao tamanho (número de domicílios). No segundo estágio selecionaram-se os domicílios por sorteio sistemático aplicado às relações de domicílios existentes em cada um dos setores sorteados. O número de pessoas para compor a amostra foi obtido considerando-se a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($p = 0,50$), nível de confiança de 95% na determinação dos intervalos de confiança (escore $z = 1,96$), erro de amostragem entre 4 e 5% e efeito de delineamento igual a 2, totalizando 1.000 indivíduos em cada domínio de idade: adolescentes (10 a 19 anos), adultos (20 a 59 anos) e idosos (≥ 60 anos). Esperando-se uma taxa de 80% de resposta, o tamanho da amostra foi corrigido para 1.250 e, para alcançá-lo em cada domínio, após atualização dos mapas dos setores sorteados e elaboração da listagem de endereços, selecionaram-se de forma independente 2.150; 700 e 3.900 domicílios para adolescentes, adultos e idosos respectivamente. Todos os moradores da faixa etária foram entrevistados nos domicílios, conforme descrito em: http://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/plano_de_amostragem.pdf. As informações foram obtidas por meio de questionário estruturado previamente testado em estudo piloto, aplicado em entrevistas domiciliares por entrevistadores treinados e supervisionados.

Neste estudo foram utilizados os dados do inquérito referentes à população adulta (≥ 20 anos) masculina ($n = 1.063$) e a variável dependente foi criada a partir das seguintes questões:

1. *Você utilizou algum medicamento nos últimos três dias?* (sim ou não). Em caso positivo, perguntava-se:
2. *Quantos medicamentos? Quais?* E para cada medicamento utilizado foi perguntado:
3. *Quem indicou esse medicamento para você?;*
4. *Para que problema de saúde você usou esse medicamento?*

Assim, com base nas respostas obtidas, os participantes foram alocados em três grupos, a saber: aqueles que não usaram medicamento (categoria de referência), os que relataram o uso de medicamentos prescritos por médico ou dentista, e aqueles que consumiram exclusivamente medicamentos não prescritos (automedicação). Os registros relativos aos que referiram uso simultâneo de prescritos e sem prescrição foram excluídos das análises. O uso de medicamentos sem prescrição de profissional habilitado (médico ou dentista) refere-se aos fármacos utilizados por indicação de farmacêutico/balconista de farmácia, leigos (parente, amigo ou vizinho), consumidos por conta própria ou reaproveitados de terapias anteriores à época da pesquisa. Dentro desse conceito, discute-se a automedicação responsável, que é a prática para o tratamento das doenças, sinais e sintomas utilizando-se “medicamentos isentos de prescrição” (MIPs), que devem ter eficácia e segurança comprovadas quando utilizados racionalmente¹².

Para a identificação dos medicamentos foi solicitada a apresentação da embalagem e/ou a prescrição médica para minimizar eventuais erros na anotação dos dados pelo entrevistador. Os medicamentos foram codificados utilizando-se os cinco níveis da *Anatomical*

Therapeutic Chemical Code (ATC). Essa classificação é a mais usada para comparação de dados nacionais e internacionais, e considera o grupo anatômico ou sistema em que atuam, suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas¹⁵. Para identificar a composição dos fármacos foi utilizado o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF 2008/2009)¹⁶. Para os medicamentos cujos nomes o entrevistado não soube referir, um código de não identificado foi atribuído; para os que não constavam na ATC, foram criados códigos para identificá-los, e para aqueles que não apresentavam um código específico na ATC, utilizou-se o código até o limite que possibilitou identificar o grupo, a classe ou a ação terapêutica. Na codificação da morbidade referida foi utilizada a Classificação Internacional de Doenças, versão 10 (CID-10)¹⁷.

Na análise dos fatores associados ao uso de medicamentos segundo prescrição, as seguintes variáveis independentes foram selecionadas:

- demográficas e socioeconômicas: faixa etária, situação conjugal, cor da pele/raça, escolaridade, número de residentes no domicílio, renda familiar *per capita* (em salários mínimos) e atividade ocupacional remunerada;
- indicadores do estado de saúde, comportamentos relacionados à saúde, uso de serviços e filiação a plano de saúde privado: autoavaliação da saúde, índice de massa corporal (IMC = kg/m²), calculado com dados de peso e altura referidos, tabagismo (percentual de indivíduos que fumavam à época, independente da frequência e intensidade do hábito), uso abusivo de bebida alcoólica (*Alcohol Use Disorders Identification Test – AUDIT*), prática de atividade física no contexto de lazer, procura por serviço ou profissional de saúde para problemas relacionados à saúde nos últimos 15 dias, internação hospitalar no último ano, consulta odontológica nos últimos 12 meses e filiação a plano privado de saúde (médico e odontológico).
- condições mórbidas: morbidade referida nos 15 dias anteriores à pesquisa, presença de doença crônica verificada pela pergunta: *Algum médico ou outro profissional de saúde já disse que você tem alguma das seguintes doenças?* — que incluiu o *checklist* de doenças, a saber: hipertensão arterial, diabetes, doença cardiovascular, tumor/câncer, reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite/enfisema, tendinite/lesão por esforço repetitivo (LER)/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), problemas vasculares e outras doenças crônicas; e os seguintes problemas de saúde (sintomas) referidos: dor de cabeça/enxaqueca, dor nas costas/problema de coluna, tontura/vertigem e insônia.

Na análise de dados, inicialmente foi verificada a associação entre as diversas variáveis e o consumo de medicamentos segundo prescrição, pelo teste de Rao-Scott com nível de significância de 5%. Em seguida, foi realizada análise múltipla por meio de regressão logística multinomial, adequada à variável resposta politômica com categorias mutuamente exclusivas e que não possuem uma ordem implícita entre elas¹⁸, para obter as estimativas do *odds ratio* (OR) e respectivos intervalos de confiança de 95% (IC95%). Foram incluídas no modelo

logístico inicial todas as variáveis que apresentaram associação em nível de $p < 0,20$ na análise bivariada e permaneceram no modelo final aquelas que apresentaram um p inferior a 0,05.

Nessa análise, os grupos foram simultaneamente comparados com a categoria de referência, ou seja, grupo que não consumiu medicamento nos três dias anteriores à pesquisa. Ainda, foram identificados todos os fármacos consumidos por automedicação, frente aos motivos do uso, e apresentadas as frequências percentuais. As análises foram realizadas utilizando-se o programa Stata 11.0, cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais incorporam os aspectos da amostragem complexa. O projeto de pesquisa foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Estadual de Campinas (Adendo ao Parecer nº 079/2007). Todos os respondentes/responsáveis assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e não há conflito de interesses.

RESULTADOS

O estudo incluiu 1.063 indivíduos do sexo masculino, de 20 anos ou mais, com respostas (sim ou não) para o uso de medicamento nos 3 dias que antecederam a pesquisa. A média de idade da população estudada foi de 41,6 anos (IC95% 40,3 – 42,9). Em relação ao consumo de medicamentos, 45,3% (IC95% 41,3 – 49,4) relataram ter consumido ao menos 1 medicamento nos 3 dias prévios à entrevista: 521 (32,9%) haviam consumido exclusivamente medicamentos prescritos; 80 (11,2%), somente medicamentos não prescritos e 26 (1,3%) relataram ter consumido simultaneamente medicamentos prescritos e não prescritos. Em relação ao número médio de medicamentos usados segundo prescrição, foi observada diferença estatisticamente significativa somente para a faixa etária de 80 anos ou mais ($p < 0,05$).

A prevalência do uso de medicamentos segundo prescrição, de acordo com as características sociodemográficas dos homens, é apresentada na Tabela 1. Faixa etária, situação conjugal, escolaridade e atividade ocupacional apresentaram associações significativas com o uso de medicamentos na análise bivariada ($p < 0,05$). Entre os homens que realizavam atividade ocupacional, 13,3% referiram o uso de medicamentos sem prescrição à época da pesquisa.

Em relação à prevalência de uso de medicamentos e comportamentos relacionados à saúde, uso de serviços e filiação a plano médico de saúde, observa-se que o IMC, tabagismo, prática de atividade física no contexto de lazer, procura de serviço ou profissional de saúde para atendimento nos 15 dias que antecederam à pesquisa e internação hospitalar no último ano estiveram significativamente associadas ao uso segundo prescrição. Entre os fumantes, a prevalência de automedicação foi de 12,4% (IC95% 7,5 – 20,0) (Tabela 2).

Na Tabela 3 são apresentadas as prevalências de uso de medicamento segundo prescrição para os indicadores de condição de saúde. A prevalência de automedicação foi de 17,6% entre os homens que referiram morbidade nos 15 dias anteriores à pesquisa e cerca de 22% naqueles que relataram dor de cabeça frequente/enxaqueca.

Os resultados finais da análise multinomial dos fatores associados ao uso de medicamentos segundo prescrição estão apresentados na Tabela 4. Maior uso de medicamentos prescritos

foi verificado para idade (40 a 59 anos e ≥ 60 anos), não realização de atividade ocupacional, IMC (25 a 30 kg/m²), procura de serviço ou profissional de saúde nos últimos 15 dias, consulta odontológica no último ano, morbidade referida e presença de doenças crônicas. Entre os homens que referiram prática de atividade física no contexto de lazer, observou-se menor uso de medicamentos prescritos. Em relação à automedicação, também foi verificada maior OR para morbidade referida nos 15 dias que antecederam a pesquisa e para dor de cabeça frequente/enxaqueca (OR=3,18; IC95% 1,82 - 5,58). Ainda, verificou-se associação independente e negativa para internação hospitalar no último ano nesse subgrupo.

A Tabela 5 apresenta a frequência percentual ponderada para o desenho amostral do inquérito, dos medicamentos consumidos sem prescrição e também os motivos referidos para o uso. Para dipirona sódica, paracetamol e ácido acetilsalicílico (AAS), a frequência é

Tabela 1. Prevalência de uso de medicamentos em homens segundo prescrição e características sociodemográficas. ISACamp, 2008 – 2009.

Variáveis e categorias	Não usou medicamento (n = 436)	Uso de medicamento prescrito (n = 521)	Uso de medicamento sem prescrição (n = 80)	Valor p*
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Faixa etária (anos)				
20 a 39	68,5 (61,8 – 74,5)	17,8 (13,5 – 23,1)	13,7 (9,3 – 19,9)	< 0,001
40 a 59	47,4 (40,3 – 54,6)	41,9 (34,2 – 50,0)	10,7 (6,1 – 18,0)	
≥ 60	28,8 (25,0 – 32,9)	66,9 (62,0 – 71,5)	4,3 (2,4 – 7,5)	
Situação conjugal				
Com cônjuge	50,4 (45,3 – 55,5)	37,4 (31,7 – 43,4)	12,2 (8,4 – 17,6)	0,009
Sem cônjuge	64,3 (56,9 – 71,0)	26,1 (20,6 – 32,4)	9,7 (6,0 – 15,2)	
Cor da pele				
Branca	54,4 (49,8 – 58,9)	34,8 (29,8 – 40,1)	10,8 (7,3 – 15,6)	0,470
Não branca	58,2 (49,1 – 66,7)	28,9 (22,9 – 35,8)	12,9 (7,3 – 21,9)	
Escolaridade (anos)				
0 a 4	39,5 (31,4 – 48,1)	52,5 (43,9 – 60,9)	8,0 (4,7 – 13,5)	0,001
5 a 8	58,5 (48,1 – 68,1)	30,6 (22,3 – 40,3)	10,9 (5,1 – 21,8)	
≥ 9	59,4 (54,1 – 64,4)	28,1 (23,2 – 33,6)	12,5 (8,4 – 18,2)	
Número de pessoas no domicílio				
1 a 2	49,4 (42,2 – 56,7)	38,8 (32,5 – 45,4)	11,8 (6,4 – 20,6)	0,244
≥ 3	57,6 (52,9 – 62,2)	31,2 (26,5 – 36,5)	11,1 (7,6 – 16,0)	
Renda mensal per capita (SM**)				
≤ 1	57,4 (51,7 – 62,8)	32,3 (27,4 – 37,6)	10,3 (5,8 – 17,5)	0,858
>1 e ≤ 3	55,4 (48,2 – 62,3)	32,9 (26,8 – 39,6)	11,7 (7,4 – 18,0)	
> 3	51,5 (42,7 – 60,2)	36,0 (27,1 – 46,1)	12,5 (7,8 – 19,2)	
Atividade ocupacional				
Sim	60,2 (55,0 – 65,1)	26,6 (21,9 – 31,8)	13,3 (9,5 – 18,2)	< 0,001
Não	38,2 (31,0 – 46,1)	57,4 (49,6 – 64,8)	4,4 (2,0 – 9,2)	

n: número de indivíduos na amostra não ponderada; *teste de Rao-Scott; SM: salário mínimo; **salário mínimo vigente à época da pesquisa: janeiro a abril/2008 = R\$ 415,00; maio/2008 a abril/2009 = R\$ 450,00.

dada pela sua ocorrência em monodrogas ou associações medicamentosas. Assim, pode-se verificar que os analgésicos e os anti-inflamatórios predominaram entre os medicamentos mais consumidos sem prescrição.

DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a prevalência de uso de medicamentos e fatores associados, segundo prescrição. Em relação ao perfil identificado para o uso prescrito, o efeito da idade observado

Tabela 2. Prevalência de uso de medicamentos em homens segundo prescrição e comportamentos relacionados à saúde, uso de serviços e filiação a plano de saúde. ISACamp, 2008 – 2009.

Variáveis e categorias	Não usou medicamentos	Uso de medicamento prescrito	Uso de medicamento sem prescrição	Valor p*
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Índice de massa corporal (kg/m²)				
< 25	61,2 (54,9 – 67,1)	28,6 (24,2 – 33,4)	10,2 (6,7 – 15,2)	0,008
25 a 30	49,7 (44,1 – 55,3)	35,6 (29,3 – 42,4)	14,7 (10,2 – 20,7)	
> 30	49,4 (40,6 – 58,2)	43,4 (33,1 – 54,2)	7,2 (3,2 – 15,6)	
Tabagismo				
Fumante	62,2 (52,6 – 70,9)	25,3 (18,1 – 34,3)	12,4 (7,5 – 20,0)	< 0,001
Não-fumante	58,3 (53,5 – 62,9)	31,9 (26,7 – 37,5)	9,8 (6,3 – 15,0)	
Ex-fumante	31,9 (22,6 – 43,0)	52,2 (41,8 – 62,5)	15,8 (9,4 – 25,4)	
Uso abusivo de álcool				
Não dependente	55,4 (51,1 – 59,6)	34,3 (30,2 – 38,8)	10,3 (7,0 – 14,7)	0,116
Dependente	56,2 (43,6 – 68,0)	26,3 (17,9 – 36,8)	17,5 (10,2 – 28,4)	
Prática de atividade física				
Não	51,6 (46,3 – 57,0)	37,5 (32,5 – 42,7)	10,9 (6,9 – 16,7)	0,053
Sim	60,7 (55,1 – 66,0)	27,3 (22,9 – 32,3)	11,9 (7,7 – 18,1)	
Procura de serviço de saúde				
Não	60,7 (56,6 – 64,7)	27,2 (23,4 – 31,3)	12,1 (8,5 – 16,8)	< 0,001
Sim	25,0 (15,4 – 38,1)	67,8 (57,0 – 77,1)	7,1 (3,3 – 14,5)	
Internação hospitalar				
Não	56,6 (52,6 – 60,6)	31,2 (27,5 – 35,1)	12,2 (8,8 – 16,8)	< 0,001
Sim	40,8 (28,5 – 54,4)	58,3 (44,8 – 70,7)	0,9 (0,2 – 3,6)	
Consulta odontológica				
Não	59,6 (54,0 – 64,9)	29,3 (24,8 – 34,3)	11,1 (6,8 – 17,6)	0,161
Sim	51,4 (46,7 – 56,0)	37,0 (31,5 – 42,9)	11,5 (7,6 – 17,2)	
Plano médico de saúde				
Sim	53,3 (47,3 – 59,1)	36,0 (29,7 – 42,8)	10,8 (7,3 – 15,5)	0,484
Não	57,0 (51,0 – 62,7)	31,3 (26,8 – 36,1)	11,7 (7,7 – 17,5)	

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *teste de Rao-Scott.

na maior utilização de medicamentos é descrito em vários estudos^{8,9,19}. Comparações entre os subgrupos investigados revelaram idade mais elevada entre os homens que referiram uso exclusivo de medicamentos prescritos em relação aos demais. Quanto ao consumo médio, os perfis foram semelhantes, exceto para a faixa etária ≥ 80 anos, onde se observa menor uso não prescrito. Esse subgrupo que, em geral, é mais vulnerável, apresenta pior percepção de saúde, maior frequência de internações hospitalares, maior prevalência de doenças crônicas e outros problemas de saúde e maior procura de serviços médicos. Perrone et al.¹⁴ apontam para provável racionalidade na prática de automedicação nas faixas etárias mais vulneráveis — crianças e mais idosos —, que apresentam problemas de saúde com maior frequência e são rotineiramente acompanhados por um profissional de saúde.

Observou-se maior prevalência de uso de medicamentos prescritos nos que não realizavam atividade ocupacional. Estudo de base populacional realizado na Espanha, com período recordatório de duas semanas e que incluiu registros de 1.799 homens de 25 a 64 anos, verificou uso mais elevado entre homens aposentados²⁰. Inquérito de saúde realizado em Fortaleza, Ceará, com recordatório de 15 dias, apontou maior prevalência de uso de medicamentos e automedicação entre os desempregados⁸.

Maior uso de medicamentos prescritos foi verificado em homens com sobrepeso. Importante determinante de saúde, o excesso de peso associa-se a alterações metabólicas adversas — aumento da pressão arterial, colesterol e resistência à insulina²¹.

Tabela 3. Prevalência do uso de medicamentos em homens segundo prescrição e indicadores de condição de saúde. ISACamp, 2008 – 2009.

Variáveis e categorias	Não usou medicamento	Uso de medicamento prescrito	Uso de medicamento sem prescrição	Valor p*
	% (IC95%)	% (IC95%)	% (IC95%)	
Percepção da própria saúde				
Excelente/muito boa/boa	57,5 (53,1 – 61,9)	30,5 (26,4 – 34,9)	12,0 (8,4 – 16,7)	< 0,001
Ruim/muito ruim	17,8 (6,6 – 40,0)	75,7 (56,4 – 88,2)	6,5 (1,8 – 20,4)	
Morbidade nos últimos 15 dias				
Não	62,0 (57,4 – 66,3)	27,8 (23,7 – 32,4)	10,2 (6,8 – 15,1)	< 0,001
Sim	19,0 (12,0 – 28,8)	63,4 (51,3 – 74,0)	17,6 (10,2 – 28,4)	
Presença de doenças crônicas				
Não	72,5 (67,8 – 76,8)	14,2 (10,7 – 18,5)	13,3 (9,4 – 18,6)	< 0,001
Sim	27,1 (20,9 – 34,4)	64,7 (56,8 – 71,9)	8,1 (4,2 – 14,9)	
Problemas de saúde (sintomas)**				
Dor de cabeça frequente/enxaqueca	42,7 (33,6 – 52,2)	35,6 (27,1 – 45,1)	21,7 (15,0 – 30,3)	< 0,001
Dor nas costas/problema na coluna	44,0 (35,9 – 52,5)	41,7 (34,0 – 49,7)	14,3 (8,5 – 23,2)	0,006
Tontura/vertigem	25,4 (14,0 – 41,6)	62,1 (47,3 – 75,0)	12,5 (4,1 – 32,2)	0,002
Insônia	27,7 (17,2 – 41,5)	60,7 (47,5 – 72,5)	11,6 (4,7 – 26,0)	< 0,001

IC95%: intervalo de confiança de 95%; *teste Rao-Scott; **percentual dos que disseram sim (classe de referência: resposta negativa).

A procura por serviço de saúde e a realização de consulta odontológica estiveram positivamente associadas ao uso de medicamentos prescritos na análise de regressão múltipla, conforme observado em outros estudos^{19,22}. Neste estudo, dos homens que referiram procura de algum serviço, 97% receberam atendimento, refletindo acesso aos serviços no

Tabela 4. Resultados finais da análise de regressão logística multinomial dos fatores associados ao uso de medicamentos segundo prescrição. ISACamp, 2008 – 2009.

Variáveis e categorias	Uso de medicamento prescrito		Valor p	Uso de medicamento sem prescrição		Valor p
	OR	IC95%		OR	IC95%	
Faixa etária (em anos)						
20 a 39	1			1		
40 a 59	2,12	1,15 – 3,90	0,017	1,06	0,52 – 2,14	0,876
≥ 60	2,41	1,37 – 4,24	0,003	0,82	0,32 – 2,08	0,673
Atividade ocupacional						
Sim	1			1		0,453
Não	3,64	2,00 – 6,63	< 0,001	0,69	0,26 – 1,84	
Índice de massa corporal (kg/m ²)						
< 25	1			1		
25 a 30	1,69	1,04 – 2,75	0,035	1,71	0,98 – 3,00	0,059
> 30	1,15	0,53 – 2,51	0,712	0,83	0,33 – 2,08	0,684
Atividade física no lazer						
Não	1			1		0,898
Sim	0,54	0,34 – 0,86	0,011	0,96	0,49 – 1,88	
Procura de serviços de saúde						
Não	1			1		0,603
Sim	4,69	2,15 – 10,21	< 0,001	0,77	0,29 – 2,09	
Internação no último ano						
Não	1			1		0,001
Sim	1,28	0,65 – 2,52	0,463	0,07	0,01 – 0,33	
Consulta odontológica						
Não	1			1		0,858
Sim	1,61	1,05 – 2,48	0,031	1,07	0,50 – 2,29	
Morbidade nos últimos 15 dias						
Não	1			1		< 0,001
Sim	6,34	2,51 – 16,02	< 0,001	6,15	2,48 – 15,29	
Presença de doenças crônicas*						
Não	1			1		0,247
Sim	10,32	6,08 – 17,52	< 0,001	1,61	0,71 – 3,64	
Dor de cabeça/enxaqueca						
Não	1			1		< 0,001
Sim	1,01	0,59 – 1,74	0,955	3,18	1,82 – 5,58	

OR: *odds ratio*; IC95%: intervalo de confiança de 95% estimado pelo método de regressão logística multinomial, considerando-se como categoria de referência o grupo de não usuários de medicamento; *hipertensão, diabetes, doença cardiovascular, tumor/câncer, reumatismo/artrite/artrose, osteoporose, asma/bronquite/enfisema, tendinite/lesão por esforço repetitivo (LER)/distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho (DORT), problemas circulatórios.

município. Ressalta-se que o acesso depende da percepção das necessidades de saúde e da sua conversão em demanda³.

Verificou-se associação independente entre morbidade referida e uso prescrito. As enfermidades, tanto agudas quanto crônicas são preditoras do uso de medicamentos^{8,9,19}. Esse achado é, em parte, explicado pelo maior uso de serviços nesse subgrupo (dados não apresentados).

A automedicação esteve positivamente associada à morbidade referida e à dor de cabeça/enxaqueca, e inversamente associada à internação no último ano. Prática comum na população^{8,23,24}, é influenciada pela familiaridade com o medicamento, experiências prévias positivas, dificuldade de acesso aos serviços e pela função simbólica que os medicamentos exercem sobre a população^{8,24,25}. Destaca-se que a dor de cabeça é uma queixa muito frequente entre os adultos e pode abrigar outros problemas de saúde²⁶. Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, na avaliação do motivo do uso do medicamento sem prescrição, os mais referidos foram dor de cabeça e gripe²⁴. Quanto à associação independente e inversa com a internação hospitalar, uma hipótese seria a de que indivíduos com história prévia de problemas mais graves estariam mais atentos e cuidadosos com o uso sem orientação, ou já estariam utilizando um número elevado de medicamentos prescritos. Neste estudo não foi observada associação entre presença de doenças crônicas e automedicação, conforme verificado na Espanha por Carrasco-Garrido et al.¹³ para um período recordatório de duas semanas.

Na avaliação das especialidades farmacêuticas usadas sem prescrição, as principais foram: dipirona sódica, paracetamol e AAS (em monodrogas ou associações), e o diclofenaco. A dipirona sódica apresentou maior frequência de uso para cefaleia/enxaqueca e gripe. Essa maior proporção, destacada desde a década de 1980 no Brasil¹⁰, não ocorre em países europeus e nos Estados Unidos devido às reações alérgicas graves e idiossincrásicas²⁶. Por sua similar eficácia antitérmica e analgésica comparada a outros fármacos, seu uso deveria basear-se em evidências²⁷. Estudo de caso-controle multicêntrico que avaliou a incidência

Tabela 5. Principais princípios ativos consumidos sem prescrição, motivos referidos para o uso e proporção do consumo. ISACamp, 2008 – 2009.

Princípio ativo	Motivo referido do uso	n = 80	%*
Dipirona sódica ou associação**	Cefaleia; gripe; enxaqueca sem especificação	20	29,5
Paracetamol ou associação**	Cefaleia; febre não especificada; gripe; mialgia; resfriado comum	16	23,5
AAS ou associação**	Cefaleia; gripe; resfriado comum; uso de álcool	14	18,2
Diclofenaco**	Abcesso cutâneo, furúnculo de localização não especificada; cefaleia; dor de garganta; dorsalgia não especificada; osteomalacia não especificada do adulto	9	12,3
Outros***	Motivos diversos	21	16,5

n: número de indivíduos na amostra não ponderada; *porcentagem na amostra ponderada; **medicamento isento de prescrição; ***Amoxicilina, Atenolol, Azitromicina, Benzocaína¹, Clorfeniramina¹, Furosemida, Antiácido com bicarbonato de sódio¹, Ginkgo Biloba¹, Hidróxido de alumínio¹, Lidocaína¹, Loperamida¹, Loratadina¹, Naproxeno¹, Orfenadrina¹, Oximetazolina, Citrato de Sildenafil¹, Multivitaminas¹, Naturais não fitoterápicos, entre outros.

¹Medicamento isento de prescrição (MIP).

e os fatores de risco para agranulocitose e anemia aplástica (AA) não encontrou associação da dipirona na etiologia de AA²⁸.

O paracetamol e o AAS, usados isoladamente ou em associação, também apresentaram elevada proporção de uso para o manejo de cefaleia, febre e resfriado comum. Ambos possuem propriedades analgésica e antitérmica, mas as atividades anti-inflamatória e antiplaquetária não são compartilhadas pelo paracetamol e pela dipirona. Neste estudo, a prevalência do uso de AAS sem prescrição, referida para transtornos do aparelho circulatório, foi de apenas 0,2%. Segundo Ong et al.²⁷, o paracetamol é o agente de primeira escolha para o tratamento de dores leves a moderadas, tanto agudas quanto crônicas, associadas ou não à reação inflamatória periférica, mostrando-se eficaz e com melhor perfil de segurança, comparativamente aos outros analgésicos não opioides, sendo o fármaco mais prescrito para tratamento de dores agudas nos Estados Unidos²⁹. O AAS apresenta eficácia analgésica equivalente ao paracetamol, mas seu uso requer cautela devido aos efeitos adversos dos salicilatos em pessoas suscetíveis²⁶. Além disso, mesmo em dose oral única para tratamento de dores, pode ocorrer irritação gástrica³⁰.

O diclofenaco foi o anti-inflamatório não prescrito mais usado, principalmente para cefaleia e para dor de cabeça. O ibuprofeno apresenta menor risco gastrointestinal, enquanto o diclofenaco e o naproxeno possuem risco intermediário²⁷.

Entre as desvantagens da automedicação, destacam-se o atraso no diagnóstico e terapêutica adequados, interações medicamentosas, reações adversas e intoxicação^{22,24}. Os homens comumente adotam comportamentos como a negação de fragilidade^{31,32}, incorrendo na não procura por ajuda, inclusive em situações relacionadas à saúde³³. O risco da prática da automedicação relaciona-se ao grau de instrução e informação dos usuários sobre os fármacos e também ao acesso ao sistema de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem se alinha à Política Nacional de Atenção Básica e com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), fortalecendo ações e serviços em redes de cuidados, destacando a necessidade de ampliação do acesso na atenção primária⁷.

Para Viacava et al.³⁴, o acesso é definido como a capacidade das pessoas em obter os serviços necessários, enquanto a adequação é conceituada como o grau com que cuidados e intervenções estão baseados no conhecimento técnico existente. Assim, acesso à assistência médica e farmacêutica não implica, necessariamente, em melhores condições de saúde, já que os maus hábitos prescritivos, as falhas na dispensação, a automedicação inadequada, o não uso dos medicamentos de acordo com a posologia indicada, entre outros fatores, podem levar a tratamentos sem eficácia e segurança^{35,36}. Particularmente em relação à assistência farmacêutica, destaca-se ainda a insuficiência de recursos financeiros e necessidade de melhor capacitação dos profissionais que atuam nos processos e dos gestores^{11,36}. A medicalização como única e principal representação das necessidades de saúde deve ser desconstruída junto aos usuários³³. No entanto, deve-se destacar que a possibilidade de receber o tratamento adequado, conforme e quando necessário, são fundamentais para a redução da morbimortalidade^{35,36}.

Entre as limitações do estudo, deve-se considerar que o período recordatório de três dias pode influenciar na prevalência do uso de medicamentos^{9,19,22}. O uso de medicamentos pode

estar subestimado diante do curto período considerado, no entanto, esse período amplia a possibilidade de obtenção de informação sobre o uso de qualquer fármaco (eventual ou crônico/prescrito ou não prescrito). O período recordatório pouco usual dificulta a comparabilidade dos achados com outros estudos¹⁹. A informação sobre o uso e a prescrição foi referida pelos entrevistados e o viés de memória pode alterar sua precisão¹⁹, porém, o período usado pode melhorar a informação sobre os fármacos não prescritos²². Ressalta-se que, embora o tamanho da amostra tenha sido calculado para o conjunto de adultos e idosos, e este estudo tenha incluído apenas homens, obteve-se um efeito de delineamento (*deff*), que é um parâmetro que indica a precisão das estimativas obtidas por uma amostragem complexa quando comparada com uma amostra aleatória simples, em torno de 1,8 para os testes de associação.

Destaca-se que as características sociodemográficas e culturais relacionadas ao uso de medicamentos, o período recordatório e as definições do evento estudado, entre outros aspectos, devem ser considerados em análises comparativas. Neste estudo, diante da definição adotada para a automedicação, não foi avaliada a necessidade de prescrição dos medicamentos. A dispensação de medicamentos, isentos ou não de prescrição, deve ser entendida como um processo de atenção à saúde. Quando a dispensação é acompanhada de orientação adequada, os riscos relacionados ao uso inadequado diminuem. Neste estudo, a proporção de medicamentos indicados por farmacêutico foi inferior a 4%. Ainda, deve-se considerar que diferenças observadas para uso segundo prescrição podem ser parcialmente atribuídas a especificidades da população estudada quanto ao estado de saúde, ao uso de serviços e ao modelo de atenção à saúde.

Este estudo utilizou dados de um amplo inquérito de saúde, o que impede o detalhamento de questões que podem ser melhor investigadas em uma pesquisa específica sobre o tema. Porém, os inquéritos de saúde de base populacional possibilitam a obtenção de informações indisponíveis em outras bases de dados, tais como as fontes de dados secundários dos sistemas de informação em saúde³⁸, e são fundamentais para o planejamento e avaliação das políticas de saúde.

CONCLUSÃO

Na avaliação do uso de medicamentos prescritos, destaca-se uma chance de uso, a partir dos 40 anos de idade, estatisticamente similar àquela verificada para os idosos, e também entre os homens com sobrepeso e naqueles que procuraram serviço ou profissional de saúde nos últimos 15 dias. Para os que referiram automedicação, maior chance de uso foi verificada entre os que se queixaram de dor de cabeça frequente/enxaqueca.

A automedicação pode ser vista como uma forma de desonerar o sistema público de saúde, o que é desejável, porém é necessário que seja uma automedicação responsável para que os indivíduos possam tratar sintomas e males com segurança.

O uso de medicamentos segundo prescrição, observado para os homens residentes em Campinas, São Paulo, oferece subsídios para o direcionamento das ações e formação de consciência crítica na população adulta masculina e nos profissionais de saúde, contribuindo para a promoção do uso racional e para a melhoria das condições de saúde entre os homens.

AGRADECIMENTOS

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico Desenvolvimento (CNPq), processo nº 409747/2006-8, pelo financiamento da pesquisa e bolsa produtividade de M. B. A. Barros. Ao Ministério da Saúde e à Secretaria Municipal de Saúde de Campinas pelo apoio financeiro da pesquisa (Parceria UNICAMP/Funcamp/SMS nº 4300). À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela bolsa de doutorado para T. F. Bastos e pós-doutorado para P. M. S. B. Francisco.

REFERÊNCIAS

1. Laurenti R, Mello Jorge MHP, Gotlieb SLD. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. *Ciênc Saúde Coletiva* 2005; 10(1): 35-46.
2. Obermeyer CM, Price K, Schulein M, Sievert LL, Anderton DL. Medication use and gender in Massachusetts: results of a household survey. *Health Care Women Int* 2007; 28(7): 593-613.
3. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito AS. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 687-707.
4. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(3): 565-74.
5. Sawyer DO, Leite IC, Alexandrino R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva* 2002; 7(4): 757-76.
6. Belon AP, Barros MB, Marín-Léon L. Mortality among adults: gender and socioeconomic differences in a Brazilian city. *BMC Public Health* 2012; 12: 39.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
8. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(6): 1737-46.
9. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública* 2004; 38(2): 228-38.
10. Arrais PSD. Medicamentos, consumo e reações adversas: um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC; 2009.
11. Oliveira LCF, Assis MMA, Bardoni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(Suppl 3): 3561-7.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Diário Oficial da União; 1998. Seção 1, p. 18-22.
13. Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, López de Andrés A, Jiménez-Trujillo I, Jiménez-García R. Sex-differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2010; 19(12): 1293-9.
14. Perrone AMF, Molina MC, Bertonha MEAM, Natívio J, Barros MBA. Uso de medicamentos. In: Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo: Aderaldo & Rothschild Editores; 2008. p. 218-229.

15. World Health Organization. ATC / DDD Index 2009. Disponível em http://www.whooc.no/atc_ddd_index/ (Acessado em 03 de março de 2010).
 16. DEF Dicionário de Especialidades Farmacêuticas 2008/09. 37ª ed. São Paulo; Epub; 2008.
 17. World Health Organization. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10ª revisão. Geneva: WHO; 2007.
 18. Agresti A. Categorical data analysis. New York: John Wiley & Sons; 1990.
 19. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2011; 27(4): 649-58.
 20. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit.* 2002; 16(2): 121-30.
 21. World Health Organization. The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life. Geneva: WHO; 2002. Disponível em http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_en.pdf (Acessado em 12 de junho de 2012).
 22. Oliveira MA, Francisco PMSB, Costa KS, Barros MBA. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública* 2012; 28(2): 335-45.
 23. Vitor RS, Lopes CP, Menezes HS, Kerkhoff CE. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(Suppl 0): 737-43.
 24. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(Suppl 1): 1751-62.
 25. Wannmacher L. Medicamentos de uso corrente no manejo de dor e febre. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 73-82.
 26. Wannmacher L. Paracetamol versus dipirona: como mensurar o risco? In: Organização Mundial da Saúde. Uso racional de medicamentos: temas selecionados. Brasília: OPAS; 2005.
 27. Ong CK, Lirk P, Tan CH, Seymour RA. An evidence-based update on nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Clin Med. Res* 2007; 5(1): 19-34.
 28. Maluf E, Hamerschlak N, Cavalcanti AB, Júnior AA, Eluf-Neto J, Falcão RP, et al. Incidence and risk factors of aplastic anemia in Latin American countries: the LATIN case-control study. *Haematologica* 2009; 94(4): 1220-6.
 29. Sachs CJ. Oral analgesics for acute nonspecific pain. *Am Fam Physician* 2005; 71(5): 913-8.
 30. Gotzsche PC. NSAIDs. In: *BMJ Clinical Evidence*, 2010. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3217803/pdf/2010-1108.pdf> (Acessado em 12 de junho de 2012).
 31. Courtenay WH. Construction of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000; 50(10): 1385-401.
 32. Mendonça VS, Andrade AN. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? *Psicol Polit* 2010; 10(20): 215-26. Disponível em:
 33. Schraiber LB, Figueiredo WS, Gomes R, Couto MT, Pinheiro TF, Machin R, et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad Saúde Pública* 2010; 26(5): 961-70.
 34. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva* 2004; 9(3): 711-24.
 35. Valadão AF, Moreira ALP, Andrade LC, Pires CA, Firmino KF, Brum CA. Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição. *Rev Bras Farm* 2009; 90(4): 340-3.
 36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Diário Oficial da União; 2012.
 37. Bertoldi AD, Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Ser Res* 2008; 8: 222.
 38. Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol* 2008; 11(Suppl 1): 6-19.
- Recebido em: 18/06/2015**
Versão final apresentada em: 18/09/2015
Aprovado em: 15/12/2015