

KAREN SARMENTO COSTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE
MEDICAMENTOS EM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL
EM CAMPINAS/SP**

CAMPINAS

2010

KAREN SARMENTO COSTA

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE
MEDICAMENTOS EM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL
EM CAMPINAS/SP**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de
Campinas, para a obtenção do título de Mestre em Saúde
Coletiva, área de concentração Epidemiologia.

ORIENTADORA: PROFA. DR^a MARILISA BERTI DE AZEVEDO BARROS

CO-ORIENTADORA: DR^a PRISCILA MARIA STOLSES BERGAMO FRANCISCO

CAMPINAS

2010

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP
Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Costa, Karen Sarmento

C823p Perfil epidemiológico do uso de medicamentos em estudo de base populacional /Karen Sarmento Costa. Campinas, SP : [s.n.], 2010.

Orientadores : Marilisa Berti de Azevedo Barros, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco

Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

Título em inglês : Epidemiologic profile of the use of drugs in baseline population

Keywords: • Pharmacoepidemiology
• Morbidity surveys

Titulação: Mestre em Saúde Coletiva

Área de concentração: Epidemiologia

Banca examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Marilisa Berti de Azevedo Barros

Prof. Dr. José da Rocha Carvalheiro

Prof^ª. Dr^ª. Gun Birgitta Bergstein Mendes


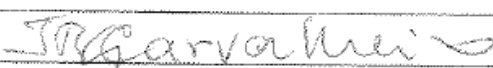
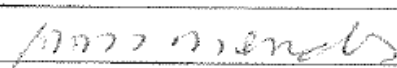
Data da defesa: 25-02-2010

Banca examinadora de Dissertação de Mestrado

KAREN SARMENTO COSTA

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Marilisa Berti de Azevedo Barros

Membros:


Professor (a) Doutor (a) Marilisa Berti de Azevedo Barros

Professor (a) Doutor (a) José da Rocha Carneiro

Professor (a) Doutor (a) Gun Birgitta Bergsten Mendes

Curso de pós-graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 25/02/2010

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho àqueles que acreditaram que era possível chegar até aqui, que sempre confiaram, incentivaram e contribuíram para a minha qualificação profissional.

Em especial dedico aos meus pais, Antônio e Geiza, meu irmão Hugo, meu eterno mestre Orlando Soeiro e minha orientadora Marilisa Barros.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^a Marilisa Barros, pela oportunidade de trabalhar com Inquérito de Saúde, ampliando a discussão do uso de medicamentos na população, e especialmente, pela compreensão e incentivo no momento em que recebi convite para assumir um cargo no Ministério da Saúde, no andamento do mestrado.

À Priscila Francisco, minha co-orientadora, agradeço a dedicação e paciência nos momentos de discussão das análises estatísticas e finalização da pesquisa. À Daniela Assumpção, companheira dessa jornada, obrigada pela amizade e pelos bons momentos que passamos juntas no mestrado.

Aos colegas e professores do Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, pela amizade e troca de experiência, compartilhando a luta em defesa e avanço do SUS. Aos pesquisadores líderes do Inquérito de Saúde no estado de São Paulo (ISA-SP), Profa. Dra. Marilisa Berti de Azevedo Barros, Prof. Dr. Chester Luis Galvão César, Profa. Dra. Luana Carandina e Prof. Dr. Moisés Goldbaun, pela oportunidade de trabalhar nesta pesquisa.

Aos professores e amigos da PUC-Campinas, Orlando Soeiro, Alice Brícola e Silvia Cazenave, obrigada pela formação, não tenho dúvida que devo compartilhar com vocês todas as conquistas e realizações profissionais.

Aos colegas da Prefeitura de Campinas e do Ministério da Saúde, agradeço pela amizade e torcida de vocês em todos os momentos.

Aos meus chefes, agradeço o convite, a confiança, a oportunidade e a compreensão que encontrei com vocês. A minha primeira chefe, Maria Elisa Bertonha, com quem trabalhei por dois anos na Secretaria de Saúde de Campinas obrigada por ter possibilitado a minha entrada no serviço público. E ao meu segundo chefe, José Miguel do Nascimento Júnior, agradeço o convite para assumir a Coordenação Geral de Assistência Farmacêutica Básica/Ministério da Saúde, sem dúvida uma oportunidade em contribuir nacionalmente com a Assistência Farmacêutica do país e aplicar os conhecimentos adquiridos nesse processo de mestrado, buscando a melhoria na qualidade de vida da população do nosso país.

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”.

Sócrates

LISTA DE TABELAS E FIGURAS	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	x
RESUMO	xi
ABSTRACT	xii
1. INTRODUÇÃO	13
1.1. Farmacoepidemiologia	14
1.2. Estudos de Utilização de Medicamentos	15
2. Inquéritos de Saúde	20
3. Fatores determinantes da utilização de medicamentos	22
2. OBJETIVO	28
2.1. Objetivo Geral	29
2.2. Objetivo Específico	29
3. MATERIAL E MÉTODOS	31
3.1. Área do estudo	32
3.2. Tipo de estudo	34
3.3. Amostragem	34
3.4. Instrumentos e coletas de dados	35
3.5. Codificação e digitação de dados	35
3.6. Variáveis de estudo	36
3.7. Aspectos éticos	37
4. RESULTADOS	38
4.1. ARTIGO	40
5. DISCUSSÃO GERAL	71
6. CONCLUSÃO GERAL	75
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
8. ANEXO	85

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Tabela 1. Número de medicamentos utilizados nos últimos três dias, segundo sexo, pela população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Tabela 2. Número médio de medicamentos utilizados nos últimos três dias, segundo sexo, pela população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência da utilização de ao menos um medicamento, segundo variáveis sócio-demográficas da população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Tabela 4 – Prevalência e razão de prevalência da utilização de ao menos um medicamento, segundo variáveis sócio-econômicas da população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Tabela 5 – Prevalência e razão de prevalência da utilização de ao menos um medicamento, segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade da população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Tabela 6 – Razões de prevalência ajustada das variáveis que persistiram significativas em modelo hierárquico de regressão múltipla de Poisson. Campinas, 2001-2002.

Tabela 7 - Prevalência de uso de medicamentos na da população de 18 anos ou mais, segundo a classificação anátomo-terapêutica-química (1º nível da ATC). Campinas, 2001-2002.

Tabela 8 – Medicamentos mais utilizados (5º nível da ATC). Campinas, 2001-2002.

Figura 1. Modelo hierárquico para análise do consumo de medicamentos.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CID-10	Classificação estatística internacional de doença e problemas relacionados à saúde, 10 ^a revisão.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IMC	Índice de massa corporal
ISA-SP	Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SMS-Campinas	Secretaria Municipal de Saúde de Campinas
USP	Universidade de São Paulo
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
MS	Ministério da Saúde
Stata	Stata Statistical Software
SABE	Saúde, Bem-estar e envelhecimento
SF-36	Medical Outcomes Study 36 Item Short Health Survey
PNDS	Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde
QVRS	Qualidade de vida relacionada à saúde
χ^2	Qui-quadrado

Os medicamentos têm sido considerados instrumentos terapêuticos fundamentais que produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas a doenças, sendo responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. São vários os fatores que influenciam o uso de medicamentos, entre eles se destacam os aspectos demográficos, sócio-econômicos e culturais da população e as políticas governamentais para o setor e o mercado farmacêutico. Analisar o padrão de utilização e os fatores associados a esse uso justifica-se devido ao crescente consumo dos medicamentos e o alto investimento do Estado com a Política de Assistência Farmacêutica no país. Os inquéritos de saúde são instrumentos importantes para obter informações relativas à utilização de medicamentos pelos diferentes segmentos sociais da população. O objetivo do presente estudo é analisar a prevalência da utilização de medicamentos segundo variáveis demográficas, sócio-econômicas e de comportamentos relacionadas à saúde da população, identificando os fatores associados ao uso. Trata-se de um estudo transversal, cujos dados foram obtidos do inquérito ISA-SP. A população de estudo é residente da área urbana de Campinas, com idade igual ou superior a 18 anos. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios, estratificada e por conglomerados. O período recordatório do uso de medicamentos foi os 3 dias anteriores à realização da entrevista. Utilizou-se a classificação ATC para a codificação dos medicamentos. As estimativas de prevalência e as análises de regressão consideraram as ponderações relativas ao desenho amostral, utilizando o software STATA 8.0. Utilizou-se o teste qui-quadrado para verificar a associação estatística entre a variável dependente e as variáveis independentes. Foram estimadas razões de prevalência ajustadas por sexo e idade e respectivos IC 95% utilizando regressão múltipla de Poisson. Foi desenvolvido um modelo hierárquico de regressão múltipla de Poisson para ajuste de variáveis de confundimento. A prevalência global do uso de medicamentos foi de 48,5%. Observou-se que mulheres referiram maior consumo de medicamentos que os homens e que a média de medicamentos aumentou com a idade em ambos os sexos. Após ajuste por idade e sexo, observa-se que as variáveis religião, renda, número de doenças crônicas, presença de morbidade nos últimos 15 dias e transtorno mental comum permaneceram significativamente associadas ao uso de medicamentos. No modelo hierarquizado final verificou-se consumo significativamente maior de medicamentos nas pessoas no sexo feminino, nas idades de 40 anos ou mais, renda familiar superior a 4 salários mínimos, religião evangélica, morbidade referida nos últimos 15 dias e apresentando doenças crônicas (uma a duas, três ou mais). Os medicamentos mais consumidos foram os que atuam no sistema cardiovascular, sistema nervoso e fitoterápicos. O perfil de utilização de medicamentos em Campinas encontra-se dentro dos parâmetros observados em outros estudos. Os resultados podem subsidiar ações da Política de Assistência Farmacêutica, visando à ampliação do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.

The drugs have been considered key therapeutic tools that produce healing, prolong life and delay the onset of complications associated with diseases, accounting for a significant part of improving the quality and life expectancy of the population. There are several factors influencing the use of drugs, among them stand out the demographic, socioeconomic and cultural population and government policies for the sector and the pharmaceutical market. To analyze the pattern of use and factors associated with such use is justified due to the increasing consumption of drugs and the high investment from the State Pharmaceutical Assistance Policy in the country. Health surveys are important tools for information concerning the use of drugs by different social segments of the population. The aim of this study is to analyze the prevalence of use of medicines according to demographic, socioeconomic and health-related behaviors of the population, identifying the factors associated with use. This is a cross-sectional study with data obtained from the survey ISA-SP. The study population is resident in the urban area of Campinas, aged over 18 years. Sampling was performed in multiple stages, stratified by conglomerates. The recall period of drug use was the three days prior to the interview. We used the ATC classification for the coding of medicines. The prevalence estimates and regression analysis considered the weights from the sample design, using STATA 8.0. We used the chi-square test to verify the statistical association between the dependent and independent variables. We estimated adjusted prevalence ratios by sex and age and their respective 95% using Poisson multiple regression. We developed a hierarchical model of Poisson multiple regression to adjust for confounders. The overall prevalence of drug use was 48.5%. It was observed that women reported higher consumption of drugs than men and that the mean number of medications increased with age in both sexes. After adjusting for age and sex, it is observed that the variables of religion, income, number of chronic diseases, presence of morbidity in the last 15 days and common mental disorder remained significantly associated with drug use. In the final hierarchical model was found significantly higher consumption of medicines in people in females, ages 40 years or more family income than 4 minimum wages, evangelical religion, reported morbidity in the last 15 days and presenting chronic diseases (one two, three or more). Most frequently consumed drugs were acting on the cardiovascular system, nervous system and herbal medicines. The profile of drug utilization in Campinas is within the parameters observed in other studies. The results can support the actions of Pharmaceutical Policy, aimed at expanding access and promoting rational drug use.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Farmacoepidemiologia

Os medicamentos são desenvolvidos com o objetivo de beneficiar quem os utiliza seja na cura de uma doença seja no prolongamento da vida ou mesmo na melhora da qualidade de vida. Entretanto, os medicamentos podem produzir efeitos não desejados, sendo, portanto, necessário avaliar as conseqüências desse uso. Essa perspectiva particular em que o medicamento é estudado como determinante de saúde ou como determinante de doença em populações ou subgrupos específicos, é objeto de estudo da farmacoepidemiologia (Romano-Lieber, 2008).

São várias as propostas de definição para esse ramo da ciência. Segundo Tognoni & Laporte (1989), a epidemiologia do medicamento e dos tratamentos (farmacoepidemiologia) compreende “o estudo do uso e dos efeitos dos medicamentos”, sendo composta de duas vertentes complementares que buscam conhecer, analisar e avaliar o impacto dos medicamentos sobre as populações humanas, a saber: os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) e a Farmacovigilância (Castro et al, 2000).

Strom (1994) define a farmacoepidemiologia como o “estudo do uso e dos efeitos dos medicamentos em um grande número de pessoas”. Para o autor, trata-se de um campo de conhecimento que faz uma ponte entre a Farmacologia Clínica e a Epidemiologia, utilizando a metodologia adequada.

Porta et al (1998), conceituam a farmacoepidemiologia como a aplicação de raciocínio, conhecimento e métodos epidemiológicos ao estudo do uso de medicamentos e de seus efeitos, quer sejam eles benéficos ou adversos, em populações humanas. Afirmam

que a Farmacoepidemiologia, baseada nos princípios da epidemiologia, pode colaborar no processo de desenvolvimento, na prescrição e no uso de novos medicamentos.

A definição mais recente, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), aponta a farmacoepidemiologia como “o estudo do uso, dos efeitos e efeitos colaterais de medicamentos em grande número de pessoas com o propósito de propiciar o uso racional e custo-efetivo do uso de medicamentos na população, e melhorar os desfechos de saúde”.

Os estudos farmacoepidemiológicos passam a ter importância estratégica nas tomadas de decisão dos governantes, uma vez que o Estado tem a responsabilidade de assegurar que apenas medicamentos com segurança, eficácia e qualidade sejam comercializados e utilizados pela população.

1.2. Estudos de Utilização de Medicamentos

Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) formam uma área da farmacoepidemiologia que estuda o “marketing, a distribuição, a prescrição e o uso de medicamentos em uma sociedade, com especial ênfase nas conseqüências sanitárias, sociais e econômicas decorrentes da utilização de fármacos”. Tem como objetivo melhorar a utilização dos medicamentos, por meio da caracterização dos padrões de consumo e pela identificação e análise de fatores que possam condicionar a sua utilização inapropriada (Furtado, Pinto; 2006; Castro et al, 2000).

O estudo desses fatores é o primeiro passo para definir políticas para o uso racional de medicamentos e para promover melhor compreensão do papel dos medicamentos como ferramenta terapêutica no contexto da saúde pública.

Para Castro (2000), os EUM representam apoios decisivos na elaboração de políticas governamentais na área de saúde e compreendem diferentes temas de investigação relativa ao uso de medicamentos, tais como:

- Como se desenvolve a terapêutica nas várias esferas da assistência, como se efetiva a demanda, quais são as possibilidades do uso incorreto de medicamentos e cumprimento de regimes terapêuticos;
- Como é feita a seleção, a programação e a distribuição dos medicamentos e quais fatores influem na sua utilização;
- Como se desenvolve o processo de prescrição;
- Estimativas de efetividade, segurança, razão de risco/benefício de dado medicamento e a prevalência de efeitos adversos (área limítrofe com a Farmacovigilância);
- Análise de preços e custos;
- Desenvolvimento e efetivação de programas educacionais e informativos para promover o uso racional dos medicamentos;
- Levantamento e avaliação das políticas governamentais e institucionais relativas aos medicamentos;

Os EUM utilizam principalmente instrumental da epidemiologia descritiva e podem ser quantitativos ou qualitativos. Os estudos quantitativos são aqueles cujo objetivo é quantificar o consumo de medicamentos de uma determinada região, permitindo a comparação com outras localidades ou em diferentes períodos. Os resultados desses estudos podem ser utilizados para estimar o uso de medicamentos por idade, sexo, classe social, morbidade e outras características e para identificar área, onde ocorrem abuso e subutilização (Storpirtis et al, 2008).

A necessidade de se dispor de um sistema internacional único de classificação dos medicamentos se tornou evidente desde os primeiros EUM. O estabelecimento de um sistema de classificação aceito internacionalmente é essencial para comparações do padrão nacional e internacional de consumo, na análise das mudanças do consumo ao longo do tempo e na farmacovigilância (Laporte; Tognoni; Rozenfeld, 1989).

Na década de 70 foi criado o sistema Anatomical-Therapeutic-Chemical (ATC) de classificação de fármacos, baseado em um sistema já em uso pela European Pharmaceutical Market Research Group (EPHRA) e que foi adotado pelo Drug Utilization Research Group (DURG) da OMS para ser utilizado em EUM (Marin et al, 2003). O Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, da Organização Mundial da Saúde (OMS), é o órgão responsável por comunicar todas as alterações e atualizações da versão oficial do índice de ATC.

Pela classificação ATC, os fármacos são agrupados de acordo com o sistema ou órgão onde atuam e por suas características químicas e terapêuticas. A classificação tem início no primeiro nível, relativo ao possível sítio de ação ou sistema de ação do fármaco. São quinze os grupos anatômicos principais listados: trato alimentar e metabolismo; sangue e órgão hematopoético; sistema cardiovascular; dermatológico; sistema geniturinário e hormônios sistêmicos (excluindo os sexuais); antiinfeciosos gerais para uso sistêmico; agentes antineoplásicos e imunomoduladores; sistema músculo-esquelético; sistema nervoso central; antiparasitários; sistema respiratório; órgãos dos sentidos e outros sistemas. Há dois níveis seguintes a este primeiro, relacionados à ação terapêutica e ao nome genérico do fármaco (WHO, 2000).

Cada medicamento recebe um código alfanumérico com cinco níveis: Nível 1: Grupo Anatômico (órgão, aparelho ou sistema sobre o qual atua); Nível 2: Grupo terapêutico principal; Nível 3: Subgrupo Terapêutico; Nível 4: Subgrupo Químico Terapêutico e Nível 5: Princípio Ativo. Assim, por esta classificação, um mesmo princípio ativo pode ter mais de um código dependendo do sistema onde irá atuar, de sua ação farmacológica e se está associado a outros princípios ativos.

A unidade de medida DDD (Defined Daily Dose ou Dose Diária Definida) é utilizada como ferramenta básica de estudo, no campo da farmacoepidemiologia. A DDD é descrita como sendo a dose média de manutenção diária para determinado fármaco, na sua indicação principal em adulto (70kg).

Segundo Rozenfeld (1989), no Brasil, os primeiros estudos de utilização de medicamentos ocorreram no final da década de 1970 e início da década de 1980. Estes estudos determinaram que o padrão de consumo de medicamentos da população brasileira era caracterizado por elevados níveis de drogas sintomáticas e pela automedicação, e que esse consumo era induzido pelas estratégias de marketing da indústria farmacêutica (Arrais, 2009).

Considerados pioneiros em alertar os profissionais de saúde para os possíveis riscos do uso de medicamentos, Lacaz, Colbert e Teixeira, publicaram no Brasil o primeiro livro sobre doenças iatrogênicas e promoveram curso de extensão em farmacoterapia na primeira metade da década de 70 (Castro, 1999).

No Brasil, surgem algumas teses de doutorado, usando métodos epidemiológicos para estudar os problemas relacionados a medicamentos entre os quais, destacam-se:

Aspectos epidemiológicos do consumo de medicamentos psicotrópicos pela população de adultos do distrito de São Paulo (Tancredi, 1979), *Contribuição para estudo de eficácia e toxicidade de algumas associações medicamentosas no tratamento da tuberculose pulmonar* (Castro, 1981) e *Saúde e Classe Social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos* (Barros, 1983) (Castro, 1999).

Arrais (2009) aponta que nas décadas de 1980 e 1990 esse perfil não se modificou, ao contrário, devido ao aumento no mercado de produtos sem comprovação de eficácia e segurança houve maior exposição a riscos a saúde da população como apontam vários trabalhos da época (Barros, 1983; Simões & Farache Filho, 1988; Simões, 1990; Arrais et al, 1997; Vilarino et al, 1998). Nesses estudos, foi observada a prevalência da automedicação (considerando uso de medicamentos sem prescrição) em alguns municípios brasileiros: Ribeirão Preto/SP 69,2% (Barros, 1983); 42% Araraquara/SP (Simões & Farache Filho, 1988), Humaitá/AM 51,2% (Simões, 1990) e Santa Maria/RS 76,1% (Vilarino et al, 1998).

Em relação à automedicação, vários autores apontam a indicação por pessoas leigas (amigos, parentes, vizinhos, balconistas de farmácias e veículos de comunicação) como as mais conhecidas situações envolvidas nesse processo (Leite et al, 2008).

Em levantamento recente dos EUM publicados no Brasil e na América Latina, Leite et al (2008) apontaram que todos os estudos que se propuseram em quantificar o uso de medicamentos encontraram prevalências consideradas altas, em todos os estratos populacionais e para diversas classes de medicamentos. Entre as gestantes, os estudos apontam que 83,8% a 97,6% das mulheres utilizaram pelo menos um medicamento durante

a gravidez e no período de internação para o parto. A polimedicação foi demonstrada por Cunha et al (2002) entre as receitas de uma rede municipal de saúde, em que a média foi de 2,5 medicamentos/receita. Para a população infantil, a prevalência do consumo de medicamento variou entre 65 a 80%, sendo que 37% das crianças utilizavam mais de um medicamento. Entre os adolescentes, Silva & Giugliani (2004) encontraram que 49,5% consumiam medicamentos regularmente e para a população idosa a prevalência variou muito de acordo com a metodologia utilizada, ficando entre 21,3 e 90,0%.

Pesquisa realizada em áreas de SP aponta que o uso de medicamentos nos últimos três dias foi declarado por 33,9% dos entrevistados e revelou-se maior no sexo feminino e grupos de maior idade, nas pessoas cujos chefes de família tinham maior escolaridade da família, aqueles que declaram ser brancos e os com maior renda familiar (Pelicione, 2005). Outros estudos apontam que o número médio de medicamentos utilizados tem sido verificado ser próximo a 1,5 a 2,0 por pessoa (Bertoldi et al, 2004, Perrone et al, 2008) e a média de medicamentos consumidos revela-se crescente com o aumento da idade, atingindo aproximadamente 3 entre os mais idosos (Perrone et al, 2008).

2. Inquéritos de Saúde

Os determinantes sociais modelam o perfil saúde-doença das populações ao delimitar os padrões de condições materiais de vida, de adoção de comportamentos relacionados à saúde e de organização e atuação dos serviços de saúde. Para monitorar a situação de saúde das populações, os países buscam utilizar indicadores que necessariamente abrangem vários componentes do estado de saúde. Muitos desses

indicadores só são acessíveis por meio de inquéritos de base populacional (Barros et al, 2008).

Os inquéritos de base populacional constituem importantes ferramentas para a eleição racional dos grupos e das demandas prioritárias, chamando atenção o fato de que os inquéritos de saúde podem evitar gastos desnecessários e o desperdício do investimento público.

Segundo Viacava (2002), os inquéritos populacionais contínuos, desenvolvidos nos países industrializados desde a década de 1960, são instrumentos para a formulação e avaliação das políticas públicas.

Cesar e Tanaka (1996) destacam a importância dos inquéritos de saúde na avaliação do padrão de utilização de serviços, na caracterização das iniquidades em saúde e no planejamento de políticas públicas e avaliação de seus resultados.

A partir dos anos 60, os inquéritos de saúde de base populacional passaram a ser realizados de forma mais sistemática pelos países desenvolvidos sendo, posteriormente, realizados nos países subdesenvolvidos. “No Brasil, um inquérito pioneiro de base populacional sobre morbidade referida e uso de serviços de saúde de âmbito municipal foi realizado em Ribeirão Preto, SP, na década de 70 (Carvalho, 1975). Esta iniciativa propiciou a discussão sobre questões metodológicas acerca desse tipo de investigação, e estimulou o desenvolvimento de projetos subsequentes” (Barros et al, 2008).

Consolida-se hoje no Brasil o reconhecimento da necessidade de realização de inquéritos periódicos para gerar informações que não são disponíveis em outras fontes de dados, e que são fundamentais para auxiliar o planejamento e avaliação das políticas de

saúde. Os inquéritos populacionais de saúde constituem a estratégia apropriada e oportuna para o monitoramento do estado de saúde das populações (Barros, 2008).

Em relação aos medicamentos, os estudos transversais ou seccionais, entre eles os inquéritos de saúde, são instrumentos importantes para obter informações relativas à utilização de medicamentos pelos diferentes segmentos sociais da população. Esses estudos fornecem informações sobre os medicamentos consumidos, quem os consome, como e para qual finalidade. Possibilitam, também, avaliar a frequência e o perfil da automedicação. Os resultados são úteis para o planejamento das políticas de assistência farmacêutica, de regulação sanitária e para a promoção do uso racional de medicamentos. Permite identificar os grupos populacionais vulneráveis ao uso irracional e as classes terapêuticas empregadas de modo inadequado, permitindo a elaboração de plano de fomento do uso racional, para o conjunto da população. Uma das vantagens desse tipo de estudo é a capacidade de interferências dos resultados observados para a população escolhida. No Brasil, os estudos transversais têm focalizado o uso de medicamentos sob diversos ângulos, em grupos terapêuticos ou faixas etárias (Rozenfeld e Valente, 2004).

3. Fatores determinantes da utilização de medicamentos

Os fatores que influenciam a utilização de medicamentos são numerosos e inter-relacionados, entre eles o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, fatores demográficos, sócio-econômico, comportamentos relacionados à saúde, o mercado farmacêutico, a cultura médica, a compreensão da população sobre o papel dos

medicamentos no processo saúde-doença, a diversidade de oferta de produtos no mercado, a informação e propaganda de medicamentos, entre outros.

O acesso se dá pela utilização concreta dos serviços e recursos pelos indivíduos que deles necessitem e não somente pela disponibilidade dos mesmos. Assim, a acessibilidade é um dos atributos do cuidado que é influenciado pela organização do sistema. A garantia do acesso aos medicamentos essenciais de qualidade, utilizados de forma racional, constitui os objetivos centrais das políticas de medicamentos (OPAS/OMS, 2005).

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito; a literatura indica que a falta de acesso é uma causa freqüente de retorno de pacientes aos serviços de saúde (Paniz, 2008)

A situação mundial do acesso a medicamentos essenciais é ainda considerada crítica. A OMS estima que cerca de dois bilhões de pessoas (1/3 da população mundial) não têm acesso regular a esses medicamentos (OPAS/OMS, 2005).

Segundo a OMS, o acesso aos medicamentos está relacionado com a seleção e programação de listas padronizadas de medicamentos essenciais que atendam o perfil epidemiológico da população, preços acessíveis, sistemas de financiamento sustentáveis e sistemas de abastecimento de medicamentos confiáveis. É de grande interesse o estabelecimento de metodologias viáveis de mensuração do acesso, que permitam a comparação do desempenho entre os países ou a evolução em um determinado país ou região ao longo do tempo, de forma a ensejar a avaliação da efetividade das medidas de intervenção implementadas (OMS/OPAS, 2005).

A acessibilidade em relação ao preço de medicamentos depende do nível de rendimento dos segmentos da população e das políticas governamentais estabelecidas. É importante que as políticas públicas expressem que o acesso não depende apenas do preço do medicamento, mas também do poder aquisitivo das populações com menor renda e das iniciativas do governo para garantir o acesso universal (Oliveira, 2007).

O direito a saúde é garantido pela Constituição Federal do Brasil, na Lei 8.080 de 1990, que aprova a Política Nacional de Saúde (PNS) do Brasil (SUS – Sistema Único de Saúde), fundamentada nos princípios de integralidade, equidade e universalidade, esta lei, no artigo 6º, aponta como campo de atuação do SUS a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica e a formulação de uma política de medicamentos. Oito anos após a publicação da PNS, regulamentou-se a Política Nacional de Medicamentos (PNM), publicada através da Portaria 3916/1998, que estabelece oito diretrizes e quatro prioridades: **Diretrizes:** adoção da relação de medicamentos essenciais, regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; **Prioridades:** revisão permanente da relação nacional de medicamentos essenciais (RENAME), assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, organização de vigilância sanitária de medicamentos.

Em 2004, foi publicada a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 338, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), consoante com as deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde e 1ª Conferência Nacional de

Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Essa resolução ressalta a importância de integralizar as ações de assistência farmacêutica no âmbito do SUS.

Importante destacar, que a partir da PNAF, as ações no campo da assistência farmacêutica nos três entes federados, passam a ser mais articuladas e definidas competências claras das esferas. Desde 2003, o Ministério da Saúde tem ampliado o orçamento para a aquisição dos medicamentos para o tratamento ambulatorial de diversos agravos. Em 2002, o financiamento da assistência farmacêutica era de aproximadamente R\$ 1,9 bilhões e, em 2009 passou para R\$ 5,9 bilhões. O aumento de tais recursos permitiu uma ampliação do acesso da população brasileira aos medicamentos nos diferentes níveis de atenção a saúde (DAF/SCTIE/MS, 2009).

No Brasil, dados populacionais sobre o acesso a medicamentos são raros e de difícil comparação. A maioria dos estudos avalia o acesso com base na proporção de medicamentos prescritos que o usuário conseguiu obter ou que foi fornecido no serviço de saúde utilizado. Dois inquéritos populacionais de abrangência nacional estudaram o acesso a medicamentos receitados na última consulta médica. As prevalências de acesso observadas foram de 87% e 89,6%, sendo a última restrita a medicamentos para tratar problemas agudos de saúde (Paniz et al, 2008).

Os medicamentos de prescrição constituem a maior parte do consumo farmacêutico e são considerados, em geral, caros. O consumo desse grupo de medicamentos está relacionado com a atuação do profissional médico, ou seja, é influenciado pelo número desses profissionais e pelas práticas nos serviços de saúde. A prescrição médica envolve a

interpretação do quadro clínico do usuário e pode ser influenciada pela propaganda de medicamentos e pelo marketing da indústria farmacêutica (Arrais, 2009).

Destaca-se em relação aos indicadores demográficos, uma tendência ao aumento da expectativa de vida da população. Na maioria dos países, e também no Brasil, o processo de envelhecimento populacional acarreta maior consumo de produtos da saúde e gera um maior custo social, sobretudo na demanda de medicamentos de uso contínuo, como é o caso dos utilizados no tratamento das doenças cardiovasculares, reumáticas e para o diabetes (Brasil, 1998).

O uso irracional e desnecessário de medicamentos e o incentivo a automedicação, são alguns fatores que também promovem um aumento na demanda por medicamentos. Dessa maneira, a promoção do seu uso racional mediante a reorientação destas práticas e o desenvolvimento de um processo educativo, para os profissionais de saúde e para o usuário, torna-se essencial.

A OMS, em 1985, na conferência de Nairobi apontou que o uso racional de medicamento (URM) requer que os pacientes recebam a medicação apropriada, para a sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para eles e sua comunidade. Logo, o uso racional inclui: a escolha terapêutica adequada; prescrição baseada em evidências clínicas; forma farmacêutica, dose, administração e duração apropriada; estar disponível quando necessário com suficiência, regularidade e qualidade; dispensação correta; adesão ao tratamento pelo paciente. Portanto os requisitos do uso racional são complexos e envolvem uma série de eventos em uma articulação lógica (Marin et al, 2003).

A OMS estima que cerca de 50% de todos os medicamentos utilizados são prescritos, dispensados ou vendidos inadequadamente e por volta de 50% dos usuários não usam corretamente os medicamentos prescritos (OMS/OPAS, 2005).

As reações adversas a medicamentos (RAM) têm um impacto considerável na saúde da população, nos gastos e nas práticas do profissional de saúde. Estima-se que 3% a 8% das internações em enfermarias de medicina interna são relacionadas com RAM, porém, a frequência de RAM como causa de admissão hospitalar poderá variar de 3% a 40% (Pfaffenbach et al, 2002).

Diante desse cenário, justifica-se a realização de estudos que investiguem o uso de medicamentos pelos diferentes segmentos sociais, assim como, a identificação dos fatores associados ao uso, visando subsidiar as ações da Política de Assistência Farmacêutica para a ampliação do acesso e a promoção do uso racional de medicamento.

2. OBJETIVO

2.1. Objetivo Geral

Analisar a prevalência da utilização de medicamentos e os fatores associados a esse uso em população com idade de 18 anos ou mais residente no município de Campinas, em 2001/2002.

2.2. Objetivos Específicos

- Analisar o número de medicamentos utilizados nos 3 dias anteriores à entrevista segundo idade e sexo;
- Analisar a prevalência do consumo de ao menos um medicamento nos três dias anteriores à entrevista, segundo variáveis demográficas e sócio-econômicas;
- Analisar a prevalência do consumo de ao menos um medicamento nos últimos três dias, segundo morbidade e comportamentos relacionados à saúde.
- Analisar os grupos de medicamentos mais consumidos.

3. MATERIAL E MÉTODOS

O presente estudo utilizou os dados do “Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo (ISA-SP) realizado em 2001-2002. O inquérito foi organizado por pesquisadores das três universidades públicas estaduais de São Paulo, USP, UNICAMP e UNESP em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo (SES/SP), com apoio financeiro do Programa de Políticas Públicas da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). O objetivo da pesquisa foi analisar condições de vida, situação de saúde, comportamentos relacionados à saúde, uso de serviços de saúde e de medicamentos, por meio de entrevistas domiciliares (César et al, 2005).

3.1. Área do estudo

O ISA-SP foi realizado em diferentes áreas do estado de São Paulo: nos municípios de Taboão da Serra, Embu e Itapeverica da Serra (sudoeste da grande São Paulo), Campinas, Botucatu e Administração Regional do Butantã (município de São Paulo). Para o presente estudo utilizaram-se somente os dados do município de Campinas.

O município de Campinas possui uma população estimada em 2009 de 1.072.418 habitantes, correspondendo 51% ao sexo feminino e 49% ao sexo masculino. A densidade demográfica é de 1.347,76 hab/km² e área geográfica de 795,70 km². Consiste em um importante pólo industrial e tecnológico do Estado de São Paulo. O produto interno bruto (PIB) do município foi o terceiro no ranking do Estado de São Paulo com o valor de 27.160,08 milhões (Fundação SEADE/SP).

Em relação à saúde, o município é gestor pleno do sistema de saúde, que devido à complexidade do sistema levou à distritalização, que é o processo progressivo de

descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes. Campinas possui sessenta e um (61) centros de saúde (Unidades Básicas de Saúde), que são serviços de saúde responsáveis pela atenção básica à saúde e alguns procedimentos de média complexidade. Possui, também, um total de dezoito unidades próprias de referência com atendimento especializado, sendo três Policlínicas, que são unidades de saúde secundárias que concentram ambulatórios de aproximadamente trinta especialidades médicas (SMS/Campinas).

Em relação aos dados de mortalidade de Campinas, observa-se que as taxas são mais elevadas nos homens nos diferentes grupos de causas básicas de óbito, o que pode ser justificado pela maior exposição a riscos a que os homens se submetem no trabalho, ao estilo de vida que adotam (fumantes, consumidores de bebidas alcoólicas, drogas) e à vida social com maior exposição a violências. Os homens têm um risco de morte por causas externas 4,4 vezes superior ao das mulheres, seguido pelos grupos de doenças do aparelho digestivo (2,2 vezes maior), doenças respiratórias (1,8) e cardiovasculares (1,7) (Secretaria Municipal de Saúde de Campinas). Verifica-se que 32,9% das causas de mortalidade em Campinas devem-se as doenças do aparelho circulatório (Boletim de Mortalidade/SMS-Campinas).

A assistência farmacêutica do município padroniza na sua relação municipal de medicamentos essenciais, fármacos para as doenças mais prevalentes e de tratamento no âmbito da atenção básica e secundária, como hipertensão, diabetes, entre outras. A relação inclui mais de 150 medicamentos entre anti-hipertensivos, analgésicos, antiinflamatórios, antidiabéticos, vitaminas, antibióticos, antiparasitários (SMS/Campinas).

3.2. Tipo de estudo

Foi feito um estudo de corte transversal, de base populacional que incluiu 941 registros de indivíduos de 18 anos ou mais, residentes em área urbana do município de Campinas.

3.3. Amostragem

O delineamento amostral utilizado foi amostragem por conglomerados, estratificada e em dois estágios. Com base nos dados do IBGE de 1996, os setores censitários foram classificados e agrupados em 3 estratos segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5%, de 5 a 25% e com mais de 25%. De cada estrato, foram sorteados 10 setores censitários e após arrolamento para atualização de mapas e contagem dos domicílios, sortearam-se domicílios e em cada domicílio, foram entrevistados indivíduos segundo domínios de sexo e idade previamente definidos.

A estratificação visou aumentar a probabilidade de inclusão na amostra, de indivíduos pertencentes ao estrato de maior nível socioeconômico da população, proporcionando análise da situação e uso de serviços de saúde segundo subgrupos sociais. No cálculo do tamanho amostral foi considerada a situação correspondente à máxima variabilidade para a frequência dos eventos estudados ($p = q = 0,50$) com nível de confiança de 95%, erro máximo de 0,10 e efeito de delineamento igual a 2. Desse modo, o tamanho aproximado foi de 200 pessoas para cada domínio de idade e sexo (menores de 1 ano; de 1 a 11 anos; homens e mulheres nas faixas etárias de 12 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 anos ou mais de idade, separadamente). Esperando-se uma taxa de 80% de cobertura e

resposta, foram selecionados 250 indivíduos em cada domínio. Maiores detalhes do plano de amostragem do ISA-SP encontram-se publicados (Alves, 2005).

3.4. Instrumentos e coleta de dados

O questionário previamente testado em um estudo-piloto foi organizado em blocos temáticos, com a maioria das questões fechadas e alternativas predefinidas. Sempre que possível foram incluídas questões já testadas em outros estudos.

Em relação ao uso de medicamentos, o inquérito continha questões específicas sobre o tema (Bloco J), que estão apresentadas no anexo. Toda vez que o entrevistado referia ter feito uso de algum medicamento nos últimos três dias era solicitada a apresentação da embalagem do medicamento e/ou da prescrição médica, a fim de minimizar possíveis erros na anotação dos dados. Na ausência da embalagem e/ou prescrição, pelo relato do entrevistado era anotado o nome comercial do medicamento ou do princípio ativo, segundo o relato do entrevistado.

3.5. Codificação e digitação de dados

Para a codificação dos medicamentos relatados nas questões J02 a J07 foi feita inicialmente a identificação do princípio ativo do medicamento utilizando o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF-2000/01) e a codificação foi feita usando-se a Classificação Anatômica-Química-Terapêutica (ATC).

As questões foram codificadas diretamente no questionário, a partir dos quais foram feitas as digitações dos dados em máscara de EpiInfo. Para os medicamentos cujos nomes o

entrevistado não soube referir, foi atribuído um código de não identificado; para os produtos que não constavam na ATC, foram criados códigos para identificá-los e para aqueles que não apresentavam um código especificado na ATC, foi utilizado o código até o limite que possibilitasse identificar o grupo, a classe ou a ação terapêutica.

Foi utilizado o Statistical Package for Social Chemical – SPSS para estruturação do banco de dados e convertido para o *Stata Statistical Software* (STATA 8.0), cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais permitem considerar a estratificação, existência de conglomerados, probabilidades desiguais de seleção das unidades amostrais, ajustes para não-resposta e pós-estratificação, características dos delineamentos amostrais complexos.

3.6. Variáveis de estudo

A variável dependente do estudo realizado foi o uso de medicamentos nos últimos três dias que antecederam a entrevista (sim=1 ou não=0). Em relação ao uso de medicamento, também avaliou-se o nome do medicamento e o número de medicamentos utilizados.

As variáveis independentes analisadas estavam inseridas nos diferentes blocos temáticos do ISA-SP:

Bloco A – Relação de moradores no domicílio

Bloco B – Folha de controle com os dados sobre o entrevistado

Bloco C – Morbidade de 15 dias

Bloco D – Doenças Crônicas

Bloco J – Uso de medicamentos

Bloco K – Hospitalização dos últimos 12 meses

Bloco L – Estilo de vida

Bloco N – Auto avaliação em saúde

Bloco O – Características sócio-econômicas do entrevistado

Bloco P – Características da família e do domicílio

Bloco Q – Características sócio-econômicas (informações do chefe da família)

3.7. Aspectos éticos

O projeto do “ESTUDO MULTICÊNTRICO: INQUÉRITO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO – INQUÉRITO DOMICILIAR DE SAÚDE, DE BASE POPULACIONAL, EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO (ISA-SP)”, foi submetido e aprovado pelos comitês de ética das diferentes instituições envolvidas.

4. RESULTADOS

Os resultados dessa dissertação estão apresentados no artigo “**Padrão de utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas-SP**”, a seguir.

4.1. ARTIGO

Padrão de utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no município de Campinas-SP.

Karen Sarmiento Costa¹, Marilisa Berti de Azevedo Barros¹, Priscila Maria Stolses Bergamo Francisco¹, Chester Luis Galvão César², Moisés Goldbaum³, Luana Carandina⁴

¹ Depto de Medicina Preventiva e Social - Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP, ² Depto de Epidemiologia - Faculdade de Saúde Pública – USP, ³ Depto de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina – USP, ⁴ Depto de Saúde Coletiva - Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP

Endereço para correspondência:

Karen Sarmiento Costa

DMPS/FCM/UNICAMP Caixa Postal 6111 Campinas SP Cep: 13.083-970

Email: karenc@fcm.unicamp.com.br Telefone: 19-3521 9249

Resumo

Introdução: Os medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde-doença, sendo responsáveis por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. A utilização dos medicamentos é influenciada por aspectos sócio-econômicos, sócio-demográficos, culturais, do mercado farmacêutico, das políticas governamentais entre outros que precisam ser melhores investigados para permitirem uma melhor compreensão desse uso e seus fatores determinantes. **Objetivo:** Analisar a prevalência da utilização de medicamentos segundo variáveis sócio-demográficas, sócio-econômicas e comportamentais relacionadas à saúde da população, identificando os fatores associados ao uso. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal de base populacional, cujos dados foram obtidos no ISA-SP. A amostra foi de 941 pessoas residentes da área urbana de Campinas, com idade igual ou superior a 18 anos. A amostragem foi realizada em múltiplos estágios, estratificada e por conglomerados. O período recordatório do uso de medicamentos foi de 3 dias que antecederam à entrevista. Empregou-se a classificação ATC para a descrição do uso de medicamentos. As estimativas de prevalência e as análises de regressão consideraram as ponderações relativas ao desenho amostral, utilizando o software STATA 8.0. Utilizou-se o teste qui-quadrado para verificar a associação estatística entre a variável dependente e as variáveis independentes. Foram estimadas razões de prevalência ajustadas por sexo e idade e respectivos IC 95% utilizando regressão múltipla de Poisson. Foi desenvolvido um modelo hierárquico de regressão múltipla de Poisson para ajuste de variáveis de confundimento. **Resultado:** Observou-se que as mulheres referiram maior consumo de medicamentos nos últimos três dias em relação aos homens e que a média de medicamentos aumentou com a idade em ambos os sexos. A prevalência global do uso de medicamentos foi de 48,5%. Após ajuste por idade e sexo, observa-se que as variáveis sexo, idade, religião, renda, número de doenças crônicas, presença de morbidade nos últimos 15 dias e transtorno mental comum permaneceram associadas e com significância ao uso de medicamentos. No modelo hierarquizado final identificou-se as variáveis fortemente associados a esse uso: sexo feminino, idade entre 40 a 59 anos e 60 anos e mais, renda familiar superior a 4 salários mínimos, religião evangélica, morbidade referida nos últimos 15 dias e número de doenças crônicas (uma a duas, três ou mais). Os medicamentos mais consumidos foram os que atuam no sistema cardiovascular, sistema nervoso e os fitoterápicos. **Conclusão:** O perfil de utilização de medicamentos em Campinas encontra-se dentro dos parâmetros observados em outros estudos. Os resultados podem subsidiar ações da Política de Assistência Farmacêutica, visando à ampliação do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos a população brasileira.

Introdução

Os medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde-doença, sendo responsáveis por parte significativa do aumento expectativa de vida da população e da melhoria da qualidade de vida dos pacientes (Leite, 2007; Paniz, 2008; Arrais, 2005, 2009).

Existem poucos estudos de base populacional no Brasil que investigaram o acesso e o uso de medicamentos de diferentes segmentos sociais. Além disso, a maioria dos estudos realizados utilizou diferentes metodologias, períodos recordatórios e população alvo, o que dificulta a comparação entre os mesmos (Paniz, 2008).

A utilização dos medicamentos é influenciada pela estrutura demográfica, sócio-econômicos, culturais da população, pelo perfil de morbidade, do mercado farmacêutico, das políticas governamentais dirigidas ao setor. O conjunto de fatores que precisa ser melhor investigado para permitir a melhor compreensão do papel dos medicamentos no contexto da saúde pública (Loyola Filho, 2002; Bertoldi, 2004; Arrais, 2005, 2009).

A maioria dos estudos de base populacional realizados no Brasil apontam associação do uso de medicamentos com idade, sexo, nível econômico, doença crônica, autopercepção da saúde e número de consultas médias entre outras variáveis (Simões & Farache, 1988; Simões, 1990; Vilarino, 1998; Loyola Filho, 2002; Bertoldi, 2004; Paniz, 2008; Arrais, 2005, 2009).

Os inquéritos de saúde são instrumentos importantes também para obtenção de informações relativas à utilização de medicamentos pelos diferentes segmentos sociais da população. Esses estudos fornecem informações sobre o tipo de medicamento consumido, o

perfil demográfico de quem os consome, como e para qual finalidade os fármacos foram usados. Possibilitam, também, avaliar a frequência e o perfil da automedicação. Os resultados são úteis para o planejamento das políticas de assistência farmacêutica, de regulação sanitária e para a promoção do uso racional de medicamentos (Rozenfeld e Valente, 2004).

O presente estudo tem por objetivo a análise da prevalência da utilização de medicamentos na população de 18 anos ou mais do município de Campinas/SP e os fatores determinantes desse uso, segundo as variáveis demográficas, sócio-econômicas, comportamentos relacionados à saúde e morbidade; analisa-se também a prevalência do uso de medicamentos por grupo farmacológico. Objetiva-se que os resultados dessa pesquisa possam subsidiar políticas públicas que visem a ampliação do acesso a medicamentos essenciais e a promoção do uso racional de medicamentos.

Métodos

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo transversal de base populacional que incluiu indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos, não institucionalizados, residentes na área urbana no município de Campinas. Os dados dessa pesquisa foram derivados de Inquérito de Saúde de Base Populacional ISA-SP (César et al, 2005).

Amostragem

Os participantes do inquérito foram selecionados por meio de amostragem probabilística, estratificada, por conglomerados e obtida em dois estágios. No primeiro estágio, os setores censitários foram agrupados em três estratos segundo o percentual de chefes de família com nível universitário: menos de 5%, de 5 a 25% e com mais de 25%. Foram selecionados 10 setores de cada estrato de forma sistemática e com probabilidade de inclusão proporcional ao tamanho, expresso pelo número de domicílios existentes no setor, de acordo com a Contagem Populacional de 1996 do IBGE. No segundo estágio, uma amostra sistemática simples de domicílios foi sorteada em cada setor censitário de forma a obter um número mínimo de 200 pessoas para cada domínio de idade e sexo (menores de 1 ano; de 1 a 11 anos; homens e mulheres nas faixas etárias de 12 a 19 anos, 20 a 59 anos e 60 anos ou mais de idade, separadamente). Esperando-se uma taxa de 20% de perda, foram sorteados 250 indivíduos em cada domínio.

No cálculo do tamanho de amostra foi considerada a estimativa de uma proporção de 0,50, com nível de confiança de 95%, erro máximo de 0,10 e efeito de delineamento igual a 2. Maiores detalhes do procedimento de amostragem do inquérito encontram-se publicados (Alves, 2008).

Para o presente estudo foram analisados os dados apenas das pessoas com 18 anos ou mais.

Entrevista

As informações foram obtidas por meio de entrevistas domiciliares, realizadas por entrevistadores treinados, no período de abril de 2001 a agosto de 2002. O questionário

aplicado foi estruturado com a maioria das questões fechadas e organizado em blocos temáticos: condições de vida, estilo de vida, percepção e qualidade de saúde, morbidade crônica referida, uso de serviços de saúde e consumo de medicamentos. Quanto ao uso de medicamentos foi utilizada a pergunta: “Usou algum medicamento nos últimos 3 dias?”

Toda vez que o entrevistado referia ter feito uso de algum medicamento nos últimos três dias era solicitado que ele apresentasse a embalagem do medicamento e/ou a prescrição médica, a fim de minimizar possíveis erros na anotação dos dados pelo entrevistador. Na ausência da embalagem e/ou prescrição, era anotado o nome comercial do medicamento ou o princípio ativo segundo o relato do entrevistado.

Codificação e digitação

Para a identificação do princípio ativo foi utilizado o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF/2001/2002) e a codificação dos medicamentos foi feita de acordo com o Anatomical Therapeutic Chemical Index (ATC/DDD Index). Nessa classificação, são considerados o órgão ou sistema em que o medicamento atua e as propriedades terapêuticas e farmacológicas. Para os medicamentos cujos nomes o entrevistado não soube referir, foi atribuído um código de não identificado; para os produtos que não constavam na ATC, foram criados códigos para identificá-los e para aqueles que não apresentavam um código especificado na ATC, foi utilizado o código até o limite que possibilitasse identificar o grupo, a classe ou a ação terapêutica. As questões foram codificadas diretamente no questionário, a partir dos quais foram feitas as digitações dos dados em máscara de EpiInfo.

Variável dependente

A variável dependente do estudo foi o uso de pelo menos um medicamento nos três dias anteriores a entrevista. Também foram analisados o número de medicamentos utilizados e o tipo (grupo farmacológico) de medicamentos utilizando-se o 5º nível (princípio ativo) da classificação ATC.

Variáveis Independentes

Foram analisados quatro conjuntos de variáveis independentes: características demográficas, sócio-econômicas, comportamentos relacionados à saúde e condições de saúde e morbidade.

- *Sócio-demográficas*: sexo, idade, situação conjugal, cor/etnia, naturalidade, religião e condição de chefia da família.
- *Socio-econômicas*: escolaridade, número de moradores no domicílio, número de equipamentos no domicílio e renda mensal familiar per capita (em salários mínimos). Para o cálculo da renda per capita foram utilizados como base os valores dos salários mínimos vigentes no país à época da pesquisa.
- *Comportamentos relacionados à saúde*: hábito de fumar, frequência semanal de ingestão de bebida alcoólica, dependência alcoólica avaliada por meio do teste CAGE (Bisson, 1999) e prática de atividade física em contexto de lazer.
- *Condições de saúde e morbidade*: Auto-avaliação da saúde, hospitalização no último ano, índice de massa corporal ($IMC = Kg/m^2$), calculado com dados de peso e altura referidos, presença de morbidade nos últimos 15 dias, transtorno mental comum avaliado com base

no “*Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)*” com ponto de corte 7/8 (Mari, 1986) e número de doenças crônicas.

Análise dos dados

Foi utilizado o Statistical Package for Social Chemical – SPSS para estruturação do banco de dados e convertido para o *Stata Statistical Software (STATA 8.0)*, cujos procedimentos para análise de inquéritos populacionais permitem considerar a estratificação, existência de conglomerados, probabilidades desiguais de seleção das unidades amostrais, ajustes para não-resposta e pós-estratificação, características dos delineamentos amostrais complexos.

Foram estimadas as prevalências de uso de pelo menos um medicamento, nos três dias anteriores à entrevista, segundo as variáveis independentes e os números médios de medicamentos utilizados e respectivos IC 95%, segundo idade e sexo. Utilizou-se o teste qui-quadrado para verificar a associação estatística entre a variável dependente e as variáveis independentes. Foram estimadas razões de prevalência ajustadas por sexo e idade e respectivos IC 95% utilizando regressão múltipla de Poisson.

Foi desenvolvido um modelo hierárquico (figura 1) de regressão múltipla de Poisson para ajuste de variáveis de confundimento. Na primeira etapa do modelo hierarquizado foram introduzidas as variáveis do bloco de características demográficas e socio-econômicas que mostraram associação com a variável dependente em nível de significância de 20% ($p < 0,20$), permanecendo no modelo aquelas com $p < 0,05$. Na segunda etapa da análise da regressão foram introduzidas, além das variáveis que permaneceram com significância na primeira etapa, as variáveis pertencentes ao bloco de saúde que

mostraram associação com a variável dependente em nível de significância de 20% ($p < 0,20$), permanecendo no modelo aquelas com $p < 0,05$.

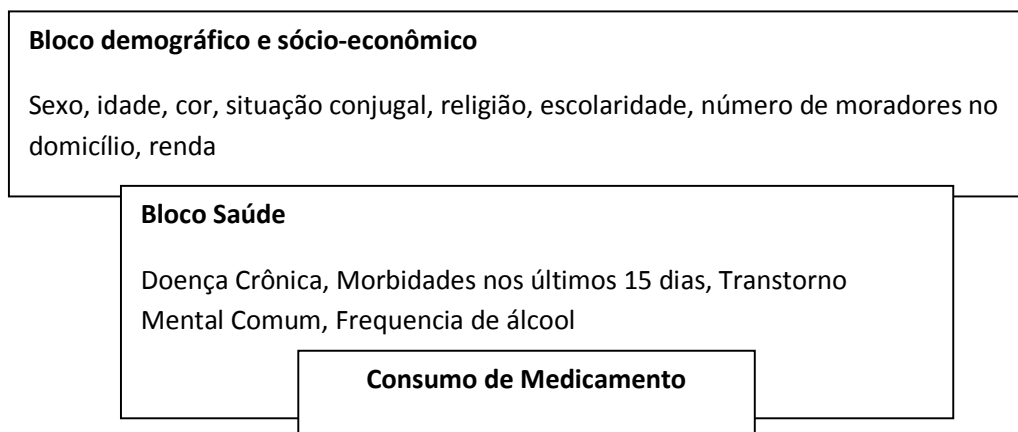


Figura 1. Modelo hierárquico para análise do consumo de medicamentos.

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP sob o parecer nº 369/2000.

Resultados

O estudo incluiu 941 pessoas, de 18 anos ou mais, sendo 51,1% (481) homens. Da população estudada, 51,5% não fizeram uso de medicamento nos três dias que antecederam a entrevista, sendo esse percentual maior nos homens (Tabela 1).

A Tabela 2 mostra que as médias de medicamentos utilizados aumentam com a idade em ambos os sexos, sendo sempre maior entre as mulheres e atingindo uma média de 3,55 medicamentos nas mulheres com 70 anos ou mais.

A Tabela 3 apresenta a prevalência e razão de prevalência do uso de ao menos um medicamento, segundo as variáveis sócio-demográficas. Para o conjunto da população

estudada a prevalência foi de 48,5%. Sexo, idade e situação conjugal estiveram significativamente associados ao uso de medicamentos. A prevalência foi maior nas mulheres, nas faixas etárias acima de 40 anos, destacando-se a prevalência de 88,4% nas idades de 70 anos ou mais. Quanto à religião, após ajuste por idade e sexo, os evangélicos apresentam maior consumo de medicamentos no limiar de significância estatística.

Quanto às variáveis econômicas (Tabela 4), observa-se que o uso de medicamento esteve associado com escolaridade, número de moradores no domicílio e renda per capita. A prevalência do uso de medicamentos foi menor nos indivíduos com 8 ou anos ou mais de escolaridade (43,9%) e com 5 a 13 moradores no domicílio (42,9%) e maior nos indivíduos com renda per capita maior de 4 salários mínimos (57,1%). Após o ajuste por idade e sexo permaneceu com significância estatística apenas a variável renda, com a categoria maior de 4 salários mínimos apresentando maior uso de medicamentos.

Na Tabela 5, é apresentada a utilização dos medicamentos segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade. Mostraram-se associadas ao uso de medicamentos as variáveis: frequência de consumo de bebida alcoólica, número de doenças crônicas, morbidade de 15 dias e transtorno mental comum. Após o ajuste por idade e sexo apenas as variáveis auto-avaliação da saúde, número de doenças crônicas, presença de morbidade nos últimos 15 dias e transtorno mental comum permaneceram associadas ao uso.

No modelo hierarquizado final permaneceram significativamente associadas ao uso de medicamentos, as variáveis: sexo feminino, idade entre 40 a 59 anos e 60 anos e mais, renda familiar mensal per capita superior a 4 salários mínimos, religião evangélica, morbidade referida nos últimos 15 dias e número de doenças crônicas (uma e duas, três ou mais) apresentadas na Tabela 6. A associação com a religião desaparece quando foram

introduzidas no modelo as variáveis número de doenças e morbidade de 15 dias indicando que estas variáveis são mediadoras da sua influência sobre o uso de medicamentos.

Observa-se na Tabela 7 que os grupos de medicamentos mais utilizados foram os que atuam no sistema cardiovascular (16,82%) e sistema nervoso (16,34%). A Tabela 8 apresenta os catorze medicamentos mais consumidos, entre esses se destacam no sistema cardiovascular, a hidroclorotiazida, o captopril, enalapril, propranolol, nifedipina, atenolol, clortalidona e metildopa. No sistema nervoso, dipirona, levotiroxina e ginko biloba. Os medicamentos fitoterápicos também se destacaram entre os medicamentos mais utilizados nessa população.

Discussão

Nos últimos anos têm crescido o interesse em avaliar o uso de medicamentos e os fatores determinantes do uso na população. O interesse justifica-se pelo consumo crescente de medicamentos nos diferentes segmentos sociais, pelo alto investimento dos governos para ampliação do acesso aos medicamentos considerados essenciais e pela complexidade do mercado farmacêutico em relação a número, variedade e qualidade de produtos entre outros.

O presente estudo aponta uma prevalência no consumo de medicamentos da população de 18 anos ou mais de 43,5% o que se mostrou inferior à maioria dos achados de outros estudos nacionais que utilizaram períodos recordatórios mais elevados. A média de medicamentos utilizados foi maior no sexo feminino e houve um aumento geral no consumo com a idade o que corrobora com achados de outros estudos.

Barros (1983) em inquérito domiciliar realizado no município de Ribeirão Preto/SP aponta o consumo geral da população entrevistada referido nos últimos dois dias anteriores à entrevista, de 69,2%. Outro inquérito realizado no município de Santa Maria/RS, utilizando como período recordatório o último mês anterior a entrevista, aponta que 69,9% dos entrevistados utilizaram medicamentos (Vilarino et al,1998).

Bertoldi et al (2004) relataram a prevalência de uso de medicamentos na população adulta acima de 20 anos, nos últimos 15 dias anteriores a entrevista, no município de Pelotas, de 65,9%, encontrando uma média de especialidades farmacêuticas por pessoa de 1,5 medicamentos, verificando uma proporção de 47,7% da população estudada utilizando pelo menos uma ou duas especialidades farmacêuticas. Coelho Filho et al (2004), no município de Fortaleza/CE, através de inquérito domiciliar com período recordatório de 7 dias, verificaram a prevalência do consumo de medicamentos na população idosa de 80,3% entre os que moravam na área central, 67,5% entre os que moravam na zona intermediária e 60,7% entre os que moravam na zona periférica. Arrais et al (2005) em outro inquérito domiciliar no município de Fortaleza/CE, com período recordatório de 15 dias, apontam o consumo de medicamentos de 49,7%, com média de 1,9 especialidades farmacêuticas por pessoa, sendo que os grupos que tiveram um maior consumo foram: as mulheres, faixa etária entre 50 a 64 anos, os que referiram doenças crônicas, os polimedicados e que declararam pior estado de saúde. Ribeiro et al (2008), realizaram inquérito domiciliar em idosos residentes em Belo Horizonte/MS, com período recordatório de 15 dias, encontram a prevalência de uso de 90,1%, sendo maior entre as mulheres (93,4%).

A prevalência do uso de medicamentos encontrada no presente estudo quando comparada a outros estudos realizados no Brasil, mostra-se um pouco superior. Simões e

Farache (1988), no município de Araraquara/SP, em estudo envolvendo crianças e adultos, com período recordatório de 15 dias, encontraram a prevalência de uso de medicamentos não prescritos de 42,1% para ambos os sexos e a média de consumo de 1,8 especialidades farmacêuticas por pessoa, tendo essa proporção aumentado com o incremento da idade em ambos os sexos. Simões (1990), em outro estudo, na população urbana de Humaitá/AM, utilizando o mesmo período recordatório, verificou que 25,6% da população consumiram, pelo menos, um medicamento nesse período. O maior consumo observado foi para o sexo feminino em todas as faixas etárias. Segundo os grupos de idade, o maior consumo ocorreu no grupo de 50 anos ou mais, para ambos os sexos, e a menor percentagem foi no grupo de 5 a 19 anos. Pelicione (2005), em áreas do Estado de São Paulo, avaliou o uso de medicamentos nos três dias que antecederam a entrevista e aponta uma prevalência de 33,9%. Perrone et al (2008), no município de Campinas/SP, considerando toda a população entrevistada (menores de 1 ano até 60 anos e mais), utilizando três dias como período recordatório, apontam a prevalência do consumo de medicamentos de 41,2%, sendo essa proporção de 48,2% entre as mulheres e 33,9% nos homens.

O consumo crescente de medicamentos com o aumento da idade encontrado no presente estudo é evidenciado em outros estudos nacionais (Loyola Filho et al, 2002; Bertoldi et al, 2004; Coelho et al, 2004; Arrais et al, 2005; Rodrigues et al, 2006; Ribeiro et al, 2008; Pelicione, 2005, Perrone, 2008; Flores et al, 2008; Lima et al, 2008). Observa-se em relação à idade um aumento em especial na faixa etária acima de 40 anos. Uma explicação para essa associação positiva entre idade e o maior consumo de medicamentos é a maior prevalência dos problemas de saúde nas idades mais avançadas, geralmente de longa duração e com maior grau de severidade, cujo tratamento na maioria das vezes

demanda o uso contínuo de medicamentos (Loyola Filho et al, 2002).

Observa-se um maior consumo entre as mulheres, o que corrobora com a literatura consultada. A diferença entre as mulheres e os homens têm sido explicada por aspectos socioculturais e biológicos que favoreceriam maior adoecimento, maior auto-cuidado, maior busca por serviços de saúde e maior exposição a medicamentos entre as mulheres (Santos, 2009). Os serviços de saúde, em geral prestam mais serviços voltados ao atendimento das mulheres com programas específicos, como o pré-natal, prevenção de câncer do colo uterino e mama entre outros (Bertoldi et al, 2004; Pelicione, 2005; Arrais et al, 2005; Flores et al, 2008). Também se coloca a discussão que na população em geral, essas diferenças na utilização do medicamento por sexo, podem ser explicadas devido à especificidade de alguns medicamentos usados em condições de saúde inerentes ao sexo feminino, como por exemplo, os anticoncepcionais (Bertoldi et al, 2004).

A renda familiar aparece como determinante importante do consumo de medicamentos no presente estudo. Verifica-se que indivíduos com renda per capita superior a 4 salários mínimos consumiram mais medicamentos em relação aos indivíduos com renda inferior. Tal resultado aponta que o poder aquisitivo do indivíduo é um fator preditivo para o uso de medicamentos, o que é verificado em outros estudos (Bertoldi et al, 2004; Arrais et al, 2005). As desigualdades sociais podem interferir negativamente no acesso de alguns segmentos sociais aos serviços de saúde e aos medicamentos. A OMS estima que um terço da população mundial não teria acesso aos medicamentos essenciais (OPAS/OMS, 2005). No Brasil, até o presente momento, não há um inquérito nacional de medicamentos que analise como se dá o acesso a medicamentos em diferentes regiões brasileiras e por diferentes segmentos sociais. É importante destacar que no país, a Política Nacional de Saúde garante ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica e que o

Brasil possui uma Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica que prioriza o acesso universal aos medicamentos considerados essenciais. É necessário destacar, que uma parcela significativa da população brasileira depende exclusivamente do Sistema Único de Saúde e que nos três níveis de governo – municipal, estadual e federal existem programas e responsabilidades compartilhadas no acesso a medicamentos gratuitos no sistema de saúde.

Verifica-se que existe associação entre o número de doenças crônicas e o uso de medicamentos. Esse achado é consistente e freqüente em outros estudos nacionais e internacionais, pois as pessoas nessas condições de saúde buscam mais os serviços de saúde e o medicamento é uma das intervenções terapêuticas mais utilizadas (Arrais et al, 2005; Loyola Filho et al, 2006). Também observa-se associação estatisticamente significativa entre a presença de morbidade referida nos 15 dias que antecederam a pesquisa e o uso de medicamentos, o que era esperado, pois a ocorrência de problemas recentes leva ao maior número de morbidade referida que induz à demanda aos serviços e a maioria das doenças é tratada por meio de intervenções medicamentosas.

Em relação à religião observou-se maior consumo de medicamentos pelos evangélicos, sendo que a associação a religião perde a significância quando na segunda etapa foram introduzidas as variáveis de morbidade. Estudo realizado no projeto SABE, com a população idosa do município de São Paulo, não encontra diferença significativa de uso de medicamentos segundo religião (Carvalho, 2007). Não foi encontrado outro estudo que avalie o uso de medicamentos associada à religião. Segundo Lima et al (2009) analisando a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) em idosos observou escores

mais baixos nos evangélicos relativamente ao segmento de católicos, revela pior condição nos idosos da religião evangélica, comparados aos da religião católica.

Uma das limitações do presente estudo é que sendo um estudo transversal, não permite a identificação da relação causa e efeito. Em relação aos aspectos metodológicos utilizados, cabe considerar alguns fatores que possam ter superestimado ou limitado os resultados. Como exemplo, o período recordatório utilizado para identificar o consumo de medicamentos da população estudada. Além do viés de memória, a falta de padronização nesse período dificulta a comparação dos resultados encontrados.

No modelo final verifica-se que permaneceram associadas ao uso de medicamentos sexo, idade, religião, renda, número de doenças crônicas e morbidade referida nos últimos 15 dias, evidenciando que essas variáveis estão independentemente associadas ao uso de medicamentos nessa população.

A classificação dos medicamentos, segundo o primeiro nível da ATC, permite identificar que o consumo da população de 18 anos ou mais de Campinas é similar ao encontrado em outros estudos nacionais e internacionais, que apontam o maior consumo para medicamentos para o sistema cardiovascular e sistema nervoso (Barros, 1983; Danhier et al, 1991; Sans et al, 2002; Arrais, 2009).

O maior consumo dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular pode estar relacionado ao fato das doenças cardiovasculares, entre elas a hipertensão arterial, terem alta prevalência, em especial na população idosa. O consumo desse grupo farmacológico foi superior ao observado em estudo realizado no município de Fortaleza/CE - 15,3% (Arrais, 2009) e Araraquara/SP - 17,1% (Simões & Farache, 1988) e inferior ao

observado em Pelotas/RS - 24,6% (Bertoldi et al, 2004), São Paulo/SP – 25,4% (Pelicione, 2005) e Belo Horizonte/MG -28,4% (Ribeiro et al, 2008). Destaca-se o consumo dos medicamentos mais utilizados nesse grupo terapêutico: captopril, hidroclorotiazida, enalapril na população de Campinas que pode ser comparada ao encontrado por Arrais (2009) em Fortaleza.

Verificou-se um alto consumo dos analgésicos, destacando-se os analgésicos antipiréticos, em especial a dipirona. Esse achado já tem sido destacado desde a década de 80 no Brasil e em estudos internacionais, como sendo uma das classes farmacológicas de maior consumo na população, sendo a principal indicação para o tratamento da dor de cabeça (Arrais, 2009).

A utilização de medicamentos fitoterápicos na população de Campinas destaca-se como um dos principais grupos de consumo. Esse achado pode estar relacionado ao fato do município de Campinas ter uma política municipal de fitoterapia que incentiva o uso dessa alternativa terapêutica e oferta o acesso a esses medicamentos nas farmácias municipais. Destaca-se o maior consumo do Ginko Biloba também encontrado em estudo realizado em São Paulo por Pelicione (2005), sendo um dos 21 medicamentos mais utilizados (1,1%).

Em relação aos medicamentos que atuam no sistema nervoso Bertoldi (2004) verificou frequência de 10% de consumo dessa classe de medicamentos, Pelicione (2005) 27,4% e Arrais (2009) 25,4%, prevalências maiores do que as encontradas no presente estudo em Campinas.

Conclusão

A prevalência do uso de medicamentos na população de 18 anos ou mais residente em Campinas não apresenta muitas diferenças quando comparada ao padrão de utilização de outras regiões do país.

Identificou-se como possíveis fatores associados ao uso de medicamentos: sexo feminino, idade entre 40 a 59 anos e 60 anos e mais, renda familiar superior a 4 salários mínimos, religião evangélica, morbidade referida nos últimos 15 dias e número de doenças crônicas.

Esses achados contribuem para subsidiar as estratégias adotadas na Política Municipal de Assistência Farmacêutica de Campinas, possibilitando intervenções nas práticas de saúde visando à ampliação do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves MCGP. Plano de amostragem. In: Barros MBA César CLG, Carandina L, Goldbaum M (org). As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo, Ed. Hucitec, 2008.

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:2329-38.

Arrais PSP, 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.

Arrais PSP. Medicamentos: consumo e reações adversas – um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC, 2009. 163p.

Barros MBA. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. 1983. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. *Rev Bras Epidemiol.* 2008;11(supl 1):6-19.

Barros MBA César CLG, Carandina L, Goldbaum M (org). As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo, Ed. Hucitec, 2008.

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.

Bisson J, Nadeau L, Demers A. The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problem in a general population survey. *Addiction* 1999; 94(5):715-22.

Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e envelhecimento. (Tese mestrado). Faculdade de Saúde Pública/SP. 2007.

César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. ISA-SP. São Paulo, USP/FSP, 2005.

Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2004,38 (4): 557 – 564.

Danhier AC. et al. Utilización de medicamentos en una población urbana. Rev. Med. Chil., 119:334-7, 1991.

Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande Do Sul, Brasil. Cad. Saúde pública. 2008, vol.24, n.6.

Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Ciên. Saúde Coletiva, 13(supl): 793- 802, abr. 2008.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa, MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. Rev Saúde Pública, v.36,n.1,p. 55-62, 2002.

Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, César CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. Rev Saúde Pública. 2008;42 (4): 717-23.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli R M. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 25(10):2159-2167, out, 2009.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. Br J Psychiatry 1986; 148:23-6.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Paniz VMV et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública. 2008, vol.24, n.2.

Pelicione AF. Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002. [Mestrado] Faculdade de Saúde Pública/USP, 2005.103p.

Pelicione AF e Cesar CLG. Consumo de medicamentos. In: Cesar CLG et al. Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 2005.

Perrone AMF, et al. Uso de Medicamentos. In: Barros MBA César CLG, Carandina L, Goldbaum M (org) As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo, Ed. Hucitec, 2008.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40:107-14.

Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol 13. nº2 – abr/jun. 2004.

Sans S, Paluzie G, Puig T, et al. Prevalencia del consume de medicamentos en la poblacion adulta de Cataluña. Gac. Sanit., v. 16, n.2, p. 121 – 130, 2002.

Santos DB, Barreto, ML, Coelho HL. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. Rev. Saúde pública 2009, vol.43, n.5, pp. 768-778.

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. Rev Saúde Pública 1988; 22:494-9.

Simões MJS. Consumo de medicamentos e morbidade em Humaitá – Estado do Amazonas (Brasil). Medicina, v.23,n.3, p. 151 – 158, 1990.

Vilarino JF, Soares IC, Silveira C M et al. Perfil da automedicação em municípios do sul do país. Rev. Saúde Pública, v 32, n 1, p. 43 – 49, 1998.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:285-94.

Tabela 1. Número de medicamentos utilizados nos últimos três dias, segundo sexo, pela população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Número de medicamentos	Masculino		Feminino		Total	
	n*	%	n*	%	n*	%
0	264	63,2	140	40,8	404	51,5
1	103	22,8	140	32,4	243	27,8
2	43	7,0	71	12,1	114	9,7
3	29	2,6	43	6,9	72	4,8
4 e +	42	4,3	66	7,9	108	6,2
Total	481	100	460	100	941	100

$$\chi^2 = 50,85 \quad p=0,0000$$

*número de pessoas na amostra

Tabela 2. Número médio de medicamentos utilizados nos últimos três dias, segundo sexo, pela população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Faixa Etária	Masculino		Feminino	
	Média	IC 95%	Média	IC 95%
18 – 29	1,24	1,03 – 1,45	1,32	1,08 -1,56
30 – 39	1,21	1,07 – 1,35	1,40	1,06 – 1,74
40 - 49	1,52	0,97 – 2,07	1,86	1,45 – 2,27
50 - 59	2,03	1,27 – 2,79	2,27	1,61 – 2,93
60 – 69	2,33	1,88 – 2,78	2,36	2,14 – 2,58
70 ou mais	2,92	2,48 – 3,37	3,55	2,96 – 4,14
Total	1,81	1,51 – 2,10	1,96	1,77 – 2,15

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência da utilização de ao menos um medicamento, segundo variáveis demográficas da população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Variáveis	n	Prevalência (%)	p*	RP ajustada por idade e sexo	p
Sexo			0,000		
Masculino	481	36,8		1	
Feminino	460	59,2		1,58 (1,32 – 1,91)	0,000
Total	941	48,53			
Idade (anos)			0,000		
18-29	242	34,6		1	
30-39	95	38,2		1,08 (0,74 – 1,52)	0,673
40-49	101	53,2		1,54 (1,14 – 2,07)	0,006
50-59	77	54,7		1,65 (1,13 – 2,43)	0,012
60-69	240	73,0		2,10 (1,57 – 2,79)	0,000
≤70	186	88,4		2,43 (1,79 – 3,30)	0,000
Situação conjugal			0,045		
Casado/unido	563	46,2		1	
Solteiro	176	47,3		1,24 (0,96 – 1,61)	0,092
Separado/Viúvo	200	59,8		0,93 (0,78 – 1,10)	0,402
Cor/etnia			0,063		
Branca	763	50,3		1	
Preta/Parda	168	39,78		0,83 (0,66 – 1,04)	0,117
Naturalidade			0,273		
Campinas	305	44,0		1	
Outros municípios do Estado de S.P.	322	50,9		0,95 (0,77 – 1,18)	0,682
Outros Estados	313	51,0		1,02 (0,83 – 1,24)	0,830

Continuação Tabela 3

Religião			0,103		
Católico	673	46,4		1	
Evangélico	135	60,2		1,28 (0,99 – 1,64)	0,052
Outras e sem religião	133	47,4		1,12 (0,88 – 1,43)	0,328
Condições de chefia da família					
Chefe	588	48,4			
Não chefe	353	48,6		1,05 (0,90 – 1,23)	0,492

*Teste qui-quadrado.

Tabela 4 – Prevalência e razão de prevalência da utilização de ao menos um medicamento, segundo variáveis sócio-econômicas da população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Variáveis	n	Prevalência	p*	RP ajustada por idade e sexo	p
Escolaridade (em anos)					
			0,007		
0-3	208	59,9		1	
4-7	278	52,4		1,06 (0,86 – 1,31)	0,522
8 ou mais	454	43,9		1,06 (0,83 – 1,36)	0,596
Número de moradores no domicílio					
			0,005		
1-4	657	51,6		1	
5-13	284	42,9		0,92 (0,81 – 1,04)	0,209
Renda per capita (SM)					
			0,046		
<1	164	39,0		1	
1 a 4	522	47,3		1,20 (0,89 – 1,61)	0,214
>4	255	57,1		1,41 (1,03 – 1,94)	0,033
Número de equipamentos no domicílio					
			0,370		
				1	
0-4	183	48,62		0,92 (0,75 – 1,11)	0,395
5-9	394	45,31		1,04 (0,84 – 1,29)	0,650
10 ou mais	364	51,35			

*Teste qui-quadrado.

Tabela 5 – Prevalência e razão de prevalência da utilização de ao menos um medicamento, segundo comportamentos relacionados à saúde e morbidade da população de 18 anos ou mais. Campinas, 2001-2002.

Variáveis	n	Prevalência (%)	p*	RP ajustada idade e sexo	p
Tabagismo			0,156		
Fumante	169	41,3		1	
Não-fumante	559	49,3		0,87 (0,68 – 1,10)	0,237
Ex-fumante	212	54,9		1,03 (0,81 – 1,31)	0,772
Frequência do consumo de álcool			0,003		
Não ingere	432	56,9		1	
Menos que 1 vez por semana	176	49,7		0,96 (0,77 – 1,19)	0,749
Mais do que 1 vez por semana	322	38,2		0,85 (0,67 – 1,02)	0,081
Dependência de álcool (CAGE)	887		0,051		
Não-depende	44	49,3		0,71 (0,38 – 1,33)	0,277
Depende		29,4			
Prática de atividade física			0,088		
Não	622	48,2		1	0,192
Sim	319	49,1			
Auto-avaliação da saúde*			0,018		
Excelente/muito boa	124	71,5		1	
Boa	236	80,7		1,11 (0,97 – 1,28)	0,101
Ruim/Muito ruim	41	91,8		1,24 (1,07- 1,44)	0,004

Continuação Tabela 5 -

Número de doença crônica			0,000		
Nenhuma	236	22,2		1	
Uma a duas	378	50,1		1,98 (1,50 – 2,61)	0,000
Três ou mais	303	76,5		2,63 (1,93 – 3,59)	0,000
Presença de morbidade nos últimos 15 dias			0,000		
Não	784	45,4		1	
Sim	157	66,0		1,29 (1,15 – 1,44)	0,000
				1,01 (1,01 – 1,02)	0,000
Hospitalização no último ano			0,987		
Nenhuma	844	48,5		1	
1 ou mais	97	48,6		0,94 (0,73 -1,22)	0,663
Transtorno Mental Comum			0,001		
Não	754	45,5		1	
Sim	157	62,1		1,19 (1,00 – 1,40)	0,042

*Acima de 60 anos

n=número de pessoas na amostra

Tabela 6 – Razão de prevalência ajustada das variáveis que persistiram significativas em modelo hierárquico de regressão múltipla de Poisson. Campinas, 2001-2002.

Variável	1ª Etapa			2ª Etapa		
	RP	IC 95%	p	RP	IC 95%	p
Sexo						
Masculino	1			1		
Feminino	1,58	1,31 – 1,91	0,000	1,39	1,15 -1,67	0,001
Idade						
18 – 39	1			1		
40 - 59	1,52	1,25 – 1,86	0,000	1,26	1,05 -1,52	0,012
60 e mais	2,21	1,78 – 2,74	0,000	1,65	1,40 – 1,94	0,000
Religião						
Católico	1					
Evangélico	1,32	1,03 – 1,70	0,028			
Outras e sem religião	1,12	0,88 – 1,42	0,322			
Renda						
<1	1			1		
1 a 4	1,22	0,90 – 1,64	0,175	1,23	0,94 – 1,60	0,120
>4	1,46	1,06 – 2,02	0,022	1,47	1,09 -1,99	0,012
Número de doenças crônicas						
Nenhuma	-	-	-	1		
Uma a duas	-	-	-	1,99	1,51 – 2,63	0,000
Três ou mais				2,63	1,94 – 3,55	0,000
Morbidade nos últimos 15 dias						
Não	-	-	-	1		
Sim	-	-	-	1,24	1,08 – 1,42	0,003

Tabela 7 - Prevalência de uso de medicamentos na população de 18 anos ou mais segundo a classificação anatômica-terapêutica-química (1º nível da ATC). Campinas, 2001-2002.

Classes Terapêuticas	n	%
Trato alimentar e metabolismo (A)	129	9,15
Sangue e órgãos formadores de sangue (B)	55	2,90
Sistema cardiovascular (C)	274	16,82
Dermatológicos (D)	10	1,32
Sistema geniturinário e hormônios sexuais (G)	50	6,20
Preparados para o sistema hormonal (H)	23	2,50
Antiinfeciosos gerais para uso sistêmico (J)	7	0,60
Antineoplásicos e imunomoduladores (L)	6	0,62
Sistema músculo-esqueléticos (M)	72	5,67
Sistema nervoso (N)	171	16,34
Sistema respiratório (R)	32	3,10
Órgãos sensoriais (S)	7	0,44
Outros medicamentos	70	6,69

Tabela 8 – Medicamentos mais utilizados (5º nível da ATC). Campinas, 2001-2002.

Especialidade Farmacêutica	%
Dipirona	6,88
Fitoterápicos	2,94
Diclofenaco	2,82
Hidroclortiazida	2,76
Captopril	2,75
Ácido acetil salicílico usado como antiagregador plaquetário	2,34
Enalapril	1,87
Levotiroxina	1,62
Propranolol	1,62
Ginko Biloba	1,34
Nifedipina	1,19
Atenolol	1,09
Clortalidona	1,08
Metildopa	0,68
Outros	69,02

5. DISCUSSÃO GERAL

Estudos sobre medicamentos são importantes instrumentos para a avaliação das Políticas de Medicamento e de Assistência Farmacêutica nos países. A diversidade do perfil demográfico, sócio-econômico, epidemiológico e cultural da população brasileira, assim como, a existência de uma política de Estado comprometida com a ampliação do acesso e a promoção do uso racional de medicamentos, justificam a importância da realização desses estudos.

Os inquéritos populacionais permitem detectar os problemas de saúde, podendo dimensionar o acesso e uso de serviços, pelos diferentes estratos socioeconômicos da população, além das desigualdades sociais. A realização de inquéritos periódicos permite a geração de informações fundamentais para o planejamento e avaliação das políticas de saúde (Viacava et al, 2006).

Os estudos que avaliam o uso de medicamentos nos diferentes segmentos sociais, não são realizados rotineiramente no país, e os poucos estudos, diferem em relação a metodologia, período recordatório, grupo populacional e faixa etária adotada. No entanto, os conjuntos de informações geradas por esses estudos permitem avaliar o padrão de utilização dos medicamentos e os fatores determinantes desse uso, possibilitando uma avaliação das políticas públicas na área.

O presente estudo permitiu avaliar o padrão de uso de medicamentos da população de Campinas com 18 anos ou mais e os fatores associados a esse uso, segundo as condições demográficas, sócio-econômicas e comportamentais relacionadas a saúde.

Observa-se pela prevalência global do uso pela população de Campinas que quase metade da população utilizou ao menos um medicamento nos últimos três dias que antecederam a entrevista (48,5%). Verificou-se que esse consumo é inferior a vários

estudos populacionais nacionais e internacionais (Barros, 1985; Vilarino et al,1998; Loyola et al, 2002); Bertoldi et al, 2004; Coelho et al, 2004; Arrais et al, 2005; Ribeiro et al, 2008),mas um pouco superior ao observado em outras pesquisas (Simões & Farache, 1988; Simões, 1990; Pelicione, 2005; Perrone et al, 2008).

Estiveram associadas ao uso de medicamentos o sexo feminino, idade entre 40 a 59 anos e 60 anos e mais, renda familiar superior a 4 salários mínimos, religião evangélica, morbidade referida nos últimos 15 dias e número de doenças crônicas (uma a duas, três ou mais). Em relação aos medicamentos mais consumidos destacam-se os que atuam no sistema cardiovascular, sistema nervoso e os fitoterápicos.

Na maioria dos achados, foi possível discutir com a literatura consultada, comparando e confirmando os resultados obtidos. Apenas, em relação ao maior consumo pelo subgrupo da população de religião evangélica, não se encontrou outros estudos que permitam maiores discussões. Porém, esse achado remete a necessidade de análise sobre a religião como possível determinante do uso de medicamentos.

Importante destacar algumas características do município de Campinas cerca de 30% da população total encontra-se acima da faixa etária dos 40 anos, 32,9% das causas de mortalidade devem-se as doenças do aparelho circulatório e o sistema municipal de saúde garante uma ampla lista de medicamentos essenciais para tratamento no âmbito da atenção básica. Observa-se que houve maior consumo dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, corroborando com a maior causa de mortalidade do município.

A organização e a estruturação da assistência farmacêutica varia significativamente no país, sendo a gestão municipal responsável por assistir os usuários do município. Em Campinas, foi realizada a primeira conferência municipal de assistência farmacêutica, em

2002, a partir da qual os critérios para a dispensação de medicamentos passam a ser regulamentados nos serviços de saúde. O município dispõe de uma relação municipal de medicamentos essenciais que são disponibilizadas aos usuários nas unidades de saúde.

Torna-se importante enfatizar a necessidade de programas de saúde que orientam e monitorem planos terapêuticos e não terapêuticos na busca da melhoria da qualidade de vida da população.

A partir do padrão de utilização dos medicamentos e dos fatores associados ao uso, identificados no presente estudo, espera-se contribuir com as ações da política de assistência farmacêutica local, no sentido de ampliar o acesso e a promoção do uso racional de medicamentos.

6. CONCLUSÃO GERAL

A partir da análise do padrão de utilização de medicamentos no município de Campinas, da população de 18 anos ou mais, pode-se destacar os seguintes achados:

- A prevalência do consumo de medicamentos em Campinas encontra-se dentro dos valores observados em outros estudos nacionais. Cabe destacar, que uma avaliação apenas quantitativa da utilização de medicamentos é de difícil interpretação, pois se de um lado o alto consumo pode refletir o acesso a medicamentos e a adesão aos tratamentos medicamentosos, por outro, pode indicar o uso irracional de medicamentos e a prática da automedicação.

- Consumo crescente com a idade e maior no sexo feminino, em pessoas de religião evangélica, com renda acima de quatro salários mínimos, com doenças crônicas e com morbidade referida nos últimos 15 dias.

- Maior consumo dos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular, nervoso e os medicamentos fitoterápicos.

- Os resultados dessa pesquisa evidenciam quais os subgrupos populacionais expostos ao maior consumo de medicamentos, permitindo articular na política municipal de assistência farmacêutica, práticas educacionais de prevenção e promoção da saúde, buscando garantir a utilização correta dos medicamentos.

- O perfil de morbimortalidade do município de Campinas apresenta uma relação com o grupo de medicamentos mais utilizados no município, como os medicamentos de ação no sistema cardiovascular.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acurcio FA. Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Editora Médica. Belo Horizonte. 2003 p. 113-115.

Alves MCGP. Plano de amostragem. In: César LGC, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M, organizadores. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito Multicêntrico de Saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2005.p.47-62.

Amorim VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Fatores associados à não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:2329-38.

Arrais PSD, Coelho H LL, Batista, MCDS et al. Perfil da automedicação no Brasil. Rev. Saúde Pública, v.31,n.1, p. 71 – 77, 1997.

Arrais PSP, 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.

Arrais PSP. Medicamentos: consumo e reações adversas – um estudo de base populacional. Fortaleza: Edições UFC, 2009. 163p.

Barros MBA. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos. 1983. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983.

Barros MBA. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. Rev Bras Epidemiol. 2008;11(supl 1):6-19.

Barros MBA César CLG, Carandina L, Goldbaum M (org). As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo, Ed. Hucitec, 2008.

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.

Bisson J, Nadeau L, Demers A. The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problem in a general population survey. Addiction 1999; 94(5):715-22.

Boletim de Mortalidade nº38 e nº42. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. Acesso em 25 de janeiro de 2010. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n.3.916, 30 out. 1998. Diário Oficial da União, Brasília, n.215-E, seção 1, p 18-22, 10 nov.1998.

Capella D. & Laporte, J R: Métodos empregados em estudos de utilização de medicamentos. In: Laporte JR, Tognoni G & Rozenfeld S. Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1989.

Carandina L, Sanches O, Carvalheiro JR. Análise das condições de saúde e de vida da população urbana de Botucatu, SP. Descrição do plano amostral e avaliação da amostra. Rev Saúde Pública 1986, 20(6); 465-74.

Carvalheiro JR. Levantamento de condições de saúde por entrevistas domiciliares. (Tese de Livre-Docência). Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, 1975.

Castro LLC. Farmacoepidemiologia no Brasil: evolução e perspectivas. Ciência & Saúde Coletiva, 4(2): 405-410.1999.

Castro CGSO, et al. Estudos de utilização de medicamentos: Noções Básicas. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2000. 92p.

César CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MBA, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo. Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo. ISA-SP. São Paulo, USP/FSP, 2005.

Carvalho MFC. A polifarmácia em idosos no município de São Paulo – Estudo SABE – Saúde, Bem-Estar e envelhecimento. (Tese mestrado). Faculdade de Saúde Pública/SP. 2007.

Cesar CLG, Tanaka OU. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo. 1989 – 1990. Cad Saúde Pública 1996, 12. Supl.2; 59-70.

Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. Rev Saúde Pública. 2004,38 (4): 557 – 564.

Cunha MCN, Zorzatto JR, Castro LLC. Avaliação do uso de medicamentos na rede pública municipal de saúde de Campo Grande/MS. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, 2002: 38 (2):217 – 227.

Danhier AC. et al. Utilización de medicamentos en una población urbana. Rev. Med. Chil., **119**:334-7, 1991.

Dukes, MNG. Drug utilization studies: methods and uses. Who Regional Publications, European Series. N° 45.

Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande Do Sul, Brasil. Cad. Saúde pública. 2008, vol.24, n.6.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE/SP). Acessado em 01/02/2010. Disponível em: <http://seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>

Furtado C, Pinto M. Anti-hypertensive drug utilization in Continental Portugal. Portugal (1999-2004). Rev Port Cardiol 2006 25(3) págs. 273-92.

Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. Ciên. Saúde Coletiva, 13(supl): 793- 802, abr. 2008

Lima MCP, Menezes PR, Carandina L, César CLG, Barros MBA, Goldbaum M. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos: impacto das condições socioeconômicas. *Rev Saúde Pública*. 2008;42 (4): 717-23.

Lima MG, Barros MBA, César CLG, Goldbaum M, Carandina L, Ciconelli R M. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25(10):2159-2167, out, 2009.

Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa, MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*, v.36,n.1,p. 55-62, 2002.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SQR-20) in primary care in the city of São Paulo. *Br J Psychiatry* 1986; 148:23-6.

Marin N. et al. Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais. Rio de Janeiro:OPAS/OMS, 2003. 334p.

Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relatório Anual. 2009.

Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

Oliveira M, Bermudez, JAZ, Osorio-de-Castro C G. Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 112p.

Paniz VMV et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2008, vol.24, n.2.

Pelicione AF. Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002. [Mestrado] Faculdade de Saúde Pública/USP, 2005.103p.

Pelicione AF e Cesar CLG. Consumo de medicamentos. In: Cesar CLG et al. Saúde e condição de vida em São Paulo: Inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo – ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública-USP, 2005.

Perrone AMF, et al. Uso de Medicamentos. In: Barros MBA César CLG, Carandina L, Goldbaum M (org) As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas. São Paulo, Ed. Hucitec, 2008.

Porta MS, Hartzema AG, Tilson H H. The contribution of epidemiology to the study of drug use and effects. 3nd Cincinatti: Harvey Whitney Books Company; 1998.p 1 -28.

Pfaffenbach G, Carvalho OM, Bergsten-Mendes, G. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. Rev. Assoc. Med. Bras. 2002, vol.48, n.3. p. 237-241.

Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio, FA. Inquérito sobre o uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. Rev Saúde Pública 2008; 42 (4): 724-32.

Rodrigues MAP, Facchini LA, Lima MS. Modificações nos padrões de consumo de psicofármacos em localidade do Sul do Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40:107-14.

Romano-Lieber N S. Farmacoepidemiologia. In: Cordeiro B C, Leite S N, organizadores. O farmacêutico na Atenção à Saúde. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2^a edição.2008.286p.

Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. Epidemiologia e Serviços de Saúde. Vol 13. n^o2 – abr/jun. 2004.

Rozenfeld S. O uso de medicamentos no Brasil. In: Laporte JR, Tognoni G; Rozenfeld S (Org). Epidemiologia do medicamento: princípios gerais. São Paulo: HUCITEC- Abrasco, 1989

Sans S, Paluzie G, Puig T, et al. Prevalencia del consume de medicamentos en la poblacion adulta de Cataluña. Gac. Sanit., v. 16, n.2, p. 121 – 130, 2002.

Santos DB, Barreto, ML, Coelho HL. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. Rev. Saúde pública 2009, vol.43, n.5, pp. 768-778.

Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. Rev Saúde Pública 1988; 22:494-9.

Simões MJS. Consumo de medicamentos e morbidade em Humaitá – Estado do Amazonas (Brasil). Medicina, v.23,n.3, p. 151 – 158, 1990.

Silva CH, Giugliani ERJ. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. Jornal de Pediatria. 2004. 80 (4): 326-332.

Sobravime. O que é uso racional de medicamentos/Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos, Acción Internacional para la Salud – América Latina y El Caribe. – São Paulo: Sobravime, 2001.

Storpirtis S. Farmácia clínica e atenção farmacêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

Strom BL. Pharmacoepidemiology. 2nd. Chichester: John Wiley & Sons, 1994. Whats is pharmacoepidemiology? p 3-13.

Tognoni G, Laporte, JR. Estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância. In: Tognoni G, Laporte, JR, Rozenfeld, S. Epidemiologia dos medicamentos – Princípios Gerais. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco: 1989. p.43-56.

Vilarino JF, Soares IC, Silveira C M et al. Perfil da automedicação em municípios do sul do país. Rev. Saúde Pública, v 32, n 1, p. 43 – 49, 1998.

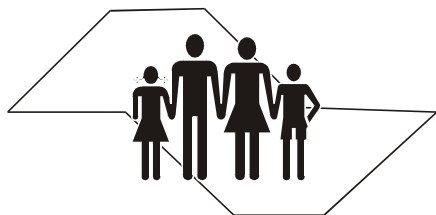
Viacava F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. Ciênc Saúde Coletiva. 2002, 7 (4): 607-21.

Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 2006; 22:285-94.

WHO – World Health Organization – Introduction to drug utilization research. Geneva,WHO.2003

WHO – World Health Organization. Collaboration Center for Drug Statistics Methodology. Guidelines for ATC classification and DDD assignment. 3rd Oslo; 2000. Disponível em: <http://www.whocc.no/atcddd/index>.

8. ANEXOS



Inquérito de Saúde no Estado de São Paulo

Estudo Multicêntrico

USP, UNICAMP, UNESP e SES-SP

FOLHA DE CONTROLE

BLOCO B

B 01. Número do questionário: . _ _ _ _ _

Município: _____

B 02.

Setor: _ _ _ _

End.: _____ Nº: _____

Compl.: _____

Bairro: _____ Quarteirão: _____ Tel.: _____

Nome completo do selecionado: _____

B 03. Número do domicílio: _ _ _ _ _
_ _ / _ _

B 04. Número de ordem do entrevistado:

B 05. Data de nascimento: _ _ / _ _ / _ _

B 06. Sexo: masculino

1

feminino 2

B 07. A sua cor ou raça é? branca . . . 1

preta 2

B 08. Qual é a sua religião ou culto? _ _

parda 3

amarela . . 4

indígena . . 5

NS/NR . . . 9

visita	data	hora	nome do entrevistador	observações:	B 09. resultado da visita
1	/				

1. realizada
2. adiada

2	/				
3	/				

3. morador ausente
4. recusa total
5. recusa parcial
6. outros, especif.:

B 10. N.º de visitas realizadas: ____
término: _____

B 11. Horário da entrevista: início: _____

B 12. Código do entrevistador: ____
____/____/____

B 13. Data da realização da entrevista: ____

B 14. Quem respondeu o questionário
outro 2

o próprio / o responsável . . . 1

Observações: _____

MORBIDADE DE 15 DIAS

BLOCO C

USO DE SERVIÇOS PARA MORBIDADE DE 15 DIAS

BLOCO C

DOENÇAS CRÔNICAS

BLOCO D

O(a) sr.(a) tem alguma doença crônica, uma doença de longa duração ou que se repete com alguma frequência?

	não	sim	NS/NR
D 02. Hipertensão (pressão alta)	1	2 <i>preencha o bloco D 1</i>	9
D 03. Diabetes	1	2 <i>preencha o bloco D 2</i>	9
D 04. Doença de pele	1	2	9
D 05. Alergia	1	2	9
D 06. Anemia	1	2	9
D 07. Doença de coluna/ costas (séria, importante)	1	2	9
D 08. Artrite/ reumatismo/ artrose	1	2	9
D 09. Doença renal crônica	1	2	9
D 10. Acidente vascular cerebral (derrame cerebral)	1	2	9

D 11. Depressão/ ansiedade/ problemas emocionais	1	2	9
D 12. Enxaqueca/ dor de cabeça	1	2	9
D 13. Osteoporose	1	2	9
D 14. Cirrose	1	2	9
D 15. Epilepsia (ataque)	1	2	9
D 16. Doença de Chagas	1	2	9
D 17. Hanseníase	1	2	9
D 18. Tuberculose	1	2	9
D 19. Esquistossomose (barriga d'água)	1	2	9
D 20. Câncer (tumor maligno), especif.: _____	1	_____ . ____	9999
D 21. Doença do coração, especif.: _____	1	_____ . ____	9999
D 22. Doença crônica do pulmão (asma/ bronquite/ enfisema), especif.: _____	1	_____ . ____	9999
D 23. Doença digestiva crônica (úlcera/ gastrite), especif.: _____	1	_____ . ____	9999
D 24. e D 25. Outros, especif. _____	1	_____ . ____	9999
		_____ . ____	9999

HIPERTENSÃO

BLOCO D 1

DIABETES

BLOCO D 2

DEFICIÊNCIA FÍSICA

BLOCO E

DEFICIÊNCIA FÍSICA REFERIDA

BLOCO E

USO DE MEDICAMENTOS

BLOCO J

J01. Usou algum medicamento nos últimos 3 dias?

 Passe p/ questão K01. Não1
 Sim.....2
 NS/NR 9

Qual (is) medicamento (s)?

J02. Nome do medicamento

NS/NR 9999999

J02a. Para que problema de saúde o(a) Sr.(a) usou esse medicamento?

J02b. Quem indicou esse medicamento para o(a) Sr.(a)?

Médico ou dentista 1
Farmacêutico/balconista de farmácia ..2
Auto-medicação3
Parente, amigo, vizinho4
Outro, especif:5
NS/NR:9

J03. Nome do medicamento

NS/NR 9999999

J03a. Para que problema de saúde o(a) Sr.(a) usou esse medicamento?

_____ . _____

_____ . _____

_____ . _____

J03b. Quem indicou esse medicamento para o(a) Sr.(a)?

Médico ou dentista 1
Farmacêutico/balconista de farmácia ..2
Auto-medicação3
Parente, amigo, vizinho4
Outro, especif:5
NS/NR:9

J04. Nome do medicamento

NS/NR 9999999

J04a. Para que problema de saúde o(a) Sr.(a) usou esse medicamento?

_____ . _____

_____ . _____

_____ . _____

J04b. Quem indicou esse medicamento para o(a) Sr.(a)?

Médico ou dentista 1
Farmacêutico/balconista de farmácia ..2
Auto-medicação3
Parente, amigo, vizinho4
Outro, especif:5
NS/NR:9

J05. Nome do medicamento

NS/NR 9999999

J05a. Para que problema de saúde o(a) Sr.(a) usou esse medicamento?

_____ . _____

_____ . _____

_____ . _____

J05b. Quem indicou esse medicamento para o(a) Sr.(a)?

- Médico ou dentista 1
- Farmacêutico/balconista de farmácia ..2
- Auto-medicação3
- Parente, amigo, vizinho4
- Outro, especif:5
- NS/NR:9

J06. Nome do medicamento

NS/NR 9999999

J06a. Para que problema de saúde o(a) Sr.(a) usou esse medicamento?

_____ . _____

_____ . _____

_____ . _____

J06b. Quem indicou esse medicamento para o(a) Sr.(a)?

- Médico ou dentista 1
- Farmacêutico/balconista de farmácia ..2
- Auto-medicação3
- Parente, amigo, vizinho4
- Outro, especif:5
- NS/NR:9

J07. Nome do medicamento

NS/NR 9999999

J07a. Para que problema de saúde o(a) Sr.(a) usou esse medicamento?

_____ . _____

_____ . _____

_____ . _____

J07b. Quem indicou esse medicamento para o(a) Sr.(a)?

- Médico ou dentista 1
Farmacêutico/balconista de farmácia ..2
Auto-medicação3
Parente, amigo, vizinho4
Outro, especif:5
NS/NR:9

J08. O (a) Sr.(a) sabe se é possível substituir algum medicamentos que usou nos últimos 3 dias, por um medicamentos genéricos?

- Passe p/ questão K01. Não sabe o que é genérico
.....1
-2 Não sabe se seria possível fazer a substituição
- 3 Não seria possível fazer a substituição
-4 Sim, seria possível substituir
- 5 Está usando medicamento genérico
-9 NR

J09. Em sua opinião, existem vantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais?

Pode haver mais de uma resposta.

- Não existem vantagens..... 1
Sim, porque são mais baratos2
Sim, porque o número de opções aumenta3
Sim, porque é mais fácil de encontrar5
Outros, especif:.....5
NR9

J10. Em sua opinião, existem desvantagens em utilizar medicamentos genéricos? Quais?

Pode haver mais de uma resposta.

- 1 Não existem desvantagens
- Sim, porque são difíceis de encontrar 2
Sim, porque não são bons como os de marca 3
Outros, especif:.....5
NR9

HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

BLOCO K

USO DE SERVIÇOS PARA HOSPITALIZAÇÃO NOS ÚLTIMOS 12 MESES

BLOCO K

ESTILO DE VIDA

BLOCO L

PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.

HÁBITO ALIMENTAR

L 02. Qual a sua altura?

___ m. e ___ cm.

NS/NR 9/ 99

L 03. Qual o seu peso?

___ Kg. e ___ gr.

NS/NR 999/ 999

L 08. RECORDATÓRIO DE 24 HORAS

ATIVIDADE FÍSICA

L 17. Pratica regularmente, pelo menos uma vez por semana, algum esporte ou exercício físico? Se sim, qual?

Pode haver mais de uma resposta

não pratica nenhum esporte ou exercício físico	01
faz natação	02
joga voleibol	03
joga basquete	04
joga futebol	05
joga tênis	06
faz caminhadas	07
faz ginástica/ musculação	08
anda de bicicleta	09
outros, especif.: _____	10
NS/NR	99

FUMO

L 18. O(a) sr.(a) já fumou alguma vez, ao menos algum cigarro por dia, todos os dias durante ao menos um mês?

<i>passa p/ questão L 29.</i> não	
..... 1	
sim	2
NS/NR	9

L 20. O(a) sr.(a) fuma atualmente?

não	1
<i>passa p/ questão L 25.</i> sim	
.....	2
NS/NR	9

ÁLCOOL

L 37. Com que frequência o(a) sr.(a) toma bebida alcoólica?

todos os dias	1
4 a 6 vezes por semana	2
2 a 3 vezes por semana	3
1 vez por semana	4
1 a 2 vezes por mês	5
menos de 1 vez por mês	6
NS/NR	9

SAÚDE EMOCIONAL

BLOCO M

AUTO AVALIAÇÃO EM SAÚDE

BLOCO N

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO)

BLOCO O

PARA TODAS AS PESSOAS COM 12 ANOS OU MAIS.
(SE FOR CHEFE DE FAMÍLIA PASSE PARA O BLOCO P)

O 07. Atualmente o(a) sr.(a) exerce alguma atividade seja ela remunerada ou não remunerada de trabalho?

sim, em atividade		1
sim, mas afastado por motivo de doença		2
sim, e também aposentado		3
não, desempregado		4
não, aposentado ou pensionista		5
não, dona de casa	}	6
..... 7		não, só estudante
outros		8
NS/NR		9

CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA E DO DOMICÍLIO

BLOCO P

CARACTERÍSTICAS SÓCIO-ECONÔMICAS

(INFORMAÇÕES DO CHEFE DA FAMÍLIA)

BLOCO Q

Q 08. Até que ano da escola o(a) sr.(a) completou?

nunca freqüentou, não sabe ler e escrever		01
nunca freqüentou, sabe ler e escrever		02
1º grau ou primário _____ ano/série (11 - 14)		1 ____
1º grau ou ginásio _____ ano/série (15 - 18)		1 ____
2º grau ou colegial _____ ano/série (21 - 23)		2 ____
cursos técnicos de nível médio incompletos		25
cursos técnicos de nível médio completos		26
curso superior incompleto		30
curso superior completo		31
NS/NR		99

Quadro de composição e renda familiar:

	nome	relação com o chefe da família	renda
Q 25a.		Chefe 1	R\$: _____
Q 25b.			R\$: _____
Q 25c.			R\$: _____
Q 25d.			R\$: _____
Q 25e.			R\$: _____
Q 25f.			R\$: _____
Q 25g.			R\$: _____
Q 25h.			R\$: _____
Q 25i.			R\$: _____
Q 25j.			R\$: _____

2. cônjuge 3. filho ou enteado 4. outro parente 5. agregado 6. outro

GASTOS COM SAÚDE

BLOCO R

MATERNO-INFANTIL

Bloco S



UNICAMP

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

CEP, 15/12/09.
(PARECER CEP: Nº 369/2009)

PARECER

I - IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: "ESTUDO MULTICÊNTRICO: INQUÉRITO DE SAÚDE NO ESTADO DE SÃO PAULO - INQUÉRITO DOMICILIAR DE SAÚDE, DE BASE POPULACIONAL, EM MUNICÍPIOS DO ESTADO DE SÃO PAULO".

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marilisa Berti de Azevedo Barros


II - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP tomou ciência e aprovou o adendo que inclui o projeto intitulado como "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DO USO DE MEDICAMENTOS EM ESTUDO DE BASE POPULACIONAL", com finalidade de dissertação de mestrado da aluna Karen Sarmiento Costa, referente ao protocolo de pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

III - DATA DA REUNIÃO

Homologado na XII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 15 de dezembro de 2009.


Prof. Dra. **Carmen Silvia Bertuzzo**
VICE-PRESIDENTE do COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP