



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA**

**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA**

**CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO**

**MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA**

**AUTOMEDICAÇÃO E SAÚDE: CONSUMO DE MEDICAMENTOS  
ENTRE PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE CAMPINA  
GRANDE - PB**

**Cláudia Maria Gomes de Araújo**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2002**

**CLÁUDIA MARIA GOMES DE ARAÚJO**

**AUTOMEDICAÇÃO E SAÚDE: CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE  
PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE CAMPINA GRANDE - PB**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, Ambiente e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Maria Aparecida Alves Cardoso.

**CAMPINA GRANDE**

**2002**

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECA CENTRAL-UEPB

Araújo, Cláudia Maria Gomes de

A663a      Automedicação e saúde: consumo de medicamentos entre  
professores universitários de Campina Grande - PB / Cláudia  
Maria Gomes de Araújo. - Campina Grande: UEPB, 2002.  
104p.

Dissertação (Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva)  
Universidade Estadual da Paraíba.

1 – Automedicação 2 – Uso de Drogas 3 – Prevalência I - Título

21 ed. CDD 615.1

CLÁUDIA MARIA GOMES DE ARAÚJO

AUTOMEDICAÇÃO E SAÚDE: CONSUMO DE MEDICAMENTOS ENTRE  
PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS DE CAMPINA GRANDE - PB

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Linha de Pesquisa: Epidemiologia, Ambiente e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Maria Aparecida Alves Cardoso.

Aprovada em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_.

BANCA EXAMINADORA

---

Prof. Dr. Maria Aparecida Alves Cardoso (Orientador)  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

---

Prof. Dr. Lenilde Duarte de Sá  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

---

Prof. Dr. Joaquina de Araújo Amorim  
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)

**Aos meus pais pelo incentivo sincero  
de todas as horas da minha vida,  
dedico.**

## AGRADECIMENTOS

- ❖ A Deus que sempre me encaminhou na vida, principalmente nos momentos mais difíceis.
  
- ❖ Aos meus pais José Gomes de Araújo e Maria Gomes de Araújo pela perseverança e dedicação na educação dos filhos.
  
- ❖ Aos meus irmãos, sobrinhos e primos, peças fundamentais para a continuidade dos meus estudos.
  
- ❖ À Universidade Estadual da Paraíba, em especial a Professora Dr<sup>a</sup> Maria do Carmo Eulálio Brasileiro pela atenção com o andamento do trabalho.
  
- ❖ À Professora Dr<sup>a</sup> Maria Aparecida Alves Cardoso pela orientação e, principalmente, pela simplicidade na divisão de seus inúmeros conhecimentos.
  
- ❖ Aos membros da banca examinadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lenilde Duarte de Sá e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Joaquina Araújo Amorim pelas sugestões que levaram ao aprimoramento da pesquisa.
  
- ❖ Aos colegas de mestrado, especialmente Lúcia Patriota, Vitória Regina, Paula Leão, Laís de Santana, Flávio, Joselito, Ivan, Edinaldo e demais, pela cumplicidade em todos os momentos da realização desta dissertação.
  
- ❖ Aos funcionários do mestrado, Marilene, César, Júnior, Maria José, Erivaldo, Ana e Dona Cícera, pelo apoio e, colaboração a cada instante.
  
- ❖ Aos professores do Centro de Ciências e Tecnologia desta instituição, pela participação voluntária na pesquisa.
  
- ❖ A todos que, direta e indiretamente, apoiaram a realização deste trabalho.

*“O medicamento é um signo  
restaurante, da mesma forma  
que a comida. Por isso, obter  
saúde parece algo tão trivial e  
cotidiano como matar a fome.”*

**(Fernando Lefèvre)**

## RESUMO

O presente trabalho investigou a ocorrência da automedicação em professores universitários de Campina Grande – PB, sobretudo, no que se refere à prevalência do fenômeno entre os docentes, aos grupos farmacológicos de medicamentos utilizados com maior frequência sem orientação médica e a existência de problemas ocasionados pela automedicação. Trata-se de um estudo transversal com abordagem hipotético-dedutiva. A análise descritiva, baseou-se nos dados coletados através de um questionário, aplicado em 100 professores do Centro de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual da Paraíba. As perguntas envolveram a caracterização sócio-demográfica, os hábitos e práticas medicamentosas dos entrevistados. Os principais resultados da pesquisa mostraram uma alta prevalência de automedicação entre os professores pesquisados, 78,2% dos mesmos se automedicaram e a principal motivação foi a dor de cabeça 41,9% prevalecendo assim, o uso de analgésicos/antipiréticos, 64,4%. Um fato verificado pelos dados coletados apontou que a maioria dos entrevistados, 55,0% não via no medicamento a sua face negativa, associando a palavra droga apenas às substâncias consideradas ilícitas. Outro dado importante foi que, embora houvesse uma grande proporção de professores que se preocupavam com a utilização de medicamentos sem prescrição médica (80,0%) e daqueles que já haviam tido problemas decorrentes de automedicação (70,0%), contraditoriamente, 81,0% deles opinaram que o medicamento deve ser utilizado sem orientação médica e, ainda, 12,0% faziam uso de antibióticos sem prescrição. Considerando que este dados vêm de uma população com um razoável nível sócio-demográfico e com acesso à informação, percebemos ser necessária a implantação de políticas públicas de saúde que envolva todos os setores relacionados a medicamentos e, ainda, que trabalhe com a necessária conscientização dos cidadãos em direção à responsabilidade por sua própria saúde.

**Palavras-Chave:** Automedicação. Prevalência. Saúde.

## ABSTRACT

This work researched self-medication among university lecturers in Campina Grande – PB. Its main objectives were to look at the prevalence, main pharmacological groups used without medical guidance, and the occurrence of problems caused by self-medication. It is a cross sectional study developed with one hundred individuals of the Centre of Science and Technology of the State University of Paraiba. A questionnaire including socio-demographical characteristics, habits and aspects related to medication consumption was applied. The main results show a high prevalence of self-medication (78%) among the lecturers, being headache the major cause (41,9%), and, as a consequence, analgesic and antipyretics were the most prevalence group of drug used (64,4%). An interesting information brought about by this research was that 55% of lecturers did not associate the word drug to a bad thing, linking the word drug only to the illicit ones. Although 80% were concerned with the consequences of drug misuse and 70% had already had problems with self-medication, 81% said medication should be used without medical prescription, and 12% would use antibiotic in this condition. Considering that we dealt with a population of reasonable socio-demographical conditions with enough information, it urges the need to implement public health policies involving all the sectors related to medicine as well as the need to raise the consciousness of the citizens towards their responsibility for their own health

**Keywords:** Self-medication. Prevalence. Health.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01</b> - Características sócio-demográfica da população estudada.....	59
<b>Tabela 02</b> - Consumo de medicamentos, grupos farmacológicos e automedicação nos 15 dias anteriores à pesquisa.....	62
<b>Tabela 03</b> - Opinião sobre a automedicação, forma de aquisição e reutilização de receitas antigas.....	68
<b>Tabela 04</b> - Plano de saúde, consumo de medicamentos e automedicação nos quinze dias anteriores à pesquisa por sexo.....	70
<b>Tabela 05</b> - Forma de aquisição de medicamentos, opinião sobre a automedicação e sexo.....	71
<b>Tabela 06</b> - Problemas decorrentes do uso de medicamentos, queixas e conceito da palavra droga .....	73
<b>Tabela 07</b> - Problemas com o uso de medicamentos, preocupações com as conseqüências da automedicação.....	75
<b>Tabela 08</b> - Automedicação e grupos farmacológicos.....	77
<b>Tabela 09</b> - Consulta médica e motivo (s) para não visitar o médico.....	78
<b>Tabela 10</b> – Reutilização de receitas antigas, motivo para não consultar o médico, automedicação e plano de saúde.....	80

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01</b> – Automedicação nos quinze dias que antecederam a pesquisa.....	60
<b>Figura 02</b> – Grupos farmacológicos utilizados.....	61
<b>Figura 03</b> – Consumo de medicamentos alopáticos na população estudada.....	64
<b>Figura 04</b> – Tipos de medicamentos utilizados pela população estudada.....	64
<b>Figura 05</b> – Opinião dos professores sobre o consumo de medicamentos sem orientação médica.....	65
<b>Figura 06</b> – Forma usual de aquisição de medicamentos.....	66

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO.....</b>	<b>01</b>
<b>2 – REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>06</b>
2. Automedicação: um problema de saúde mundial.....	06
2.1 – Automedicação: dependência e uso abusivo de drogas.....	06
2.1.1 – Farmácias caseiras.....	08
2.1.2 – Armazenamento de medicamentos.....	09
2.1.3 – Uso de medicamentos em países desenvolvidos e subdesenvolvidos.....	09
2.1.4 – A Automedicação no Brasil: mania nacional.....	11
2.1.5 – A prática da automedicação em todas as idades.....	13
2.1.6 – As causas para automedicação no Brasil.....	16
2.1.7 – A história da identificação das reações adversas.....	20
2.1.8 – Consequências da automedicação.....	23
2.2 – A indústria Farmacêutica Brasileira.....	30
2.2.1 – Fontes de informações sobre medicamentos.....	31
2.2.2 – Consulta ao Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.....	35
2.3 – Relação Medicamentosa.....	37
2.3.1 – Prescritor, dispensador, receptor.....	37
2.3.2 – Face positiva do medicamento.....	39

2.3.3 – Face negativa do medicamento.....	40
2.3.3.1 – Efeitos nocivos de fármacos analgésicos.....	40
2.3.3.2 – Efeitos nocivos de agentes antibacterianos.....	41
2.3.3.3 -- Efeitos nocivos de fármacos antivirais.....	42
2.3.3.4 – Efeitos nocivos de drogas sedativo-hipnóticas.....	42
2.3.3.5 – Efeitos nocivos de fármacos antiprotozoários e anti- helmínticos.....	43
2.3.3.6 – Efeitos nocivos de medicamentos anti-hipertensivos.....	44
2.3.3.7 – Efeitos nocivos de repositores hormonais e contraceptivos.....	44
2.3.3.8 – Efeitos nocivos das vitaminas/hipovitaminosas.....	45
2.3.4 – Políticas de Assistência Farmacêutica no Brasil.....	45
2.3.4.1 – CEME, RENAME e Farmácia básica.....	45
2.3.4.1 – Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde.....	48
<b>3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>52</b>
3.1- Tipo de estudo.....	52
3.2- Universo da pesquisa.....	52
3.3- Métodos e técnicas utilizadas.....	53
3.4- Tratamento de dados.....	55
3.5- Dificuldades encontradas.....	56
3.6- Convenções utilizadas nas tabelas e figuras.....	56
<b>4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO..</b> .....	<b>57</b>
<b>5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>81</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>84</b>
<b>ANEXOS</b>	

## 1 - INTRODUÇÃO

O surgimento dos medicamentos sobre a terra confunde-se com o aparecimento da humanidade, a partir do momento em que os primeiros habitantes terrestres começaram, instintivamente, a utilizar vegetais, animais e minerais como elementos de cura e alívio.

Na sociedade contemporânea, a realidade não se distancia do passado e, a possibilidade de esperar, por exemplo, a cura espontânea de um resfriado, parece cada vez mais remota. A tendência é a busca imediata de algum remédio, quase sempre um medicamento mesmo quando outras formas de tratamento pudessem ser mais adequadas à solução do problema.

Assim, o medicamento passa a exercer uma função simbólica sobre o indivíduo. Como produto simbólico, o medicamento pode ser reconhecido como signo ou símbolo, constituído por uma realidade material – significante, no caso do comprimido, da solução, a ampola e outras formas medicamentosas, que remetem a um conceito – significado que é a saúde.

Neste contexto, o medicamento passa a ter e a desempenhar um papel fundamental dentro da consulta médica, além de poupar o trabalho político e pessoal necessário para a obtenção de saúde. Para o indivíduo, a necessidade do receituário quando da obtenção do medicamento representa limitação da sua liberdade pessoal na busca imediata do alívio de um certo incômodo físico ou mental.

Desta forma, o consumo de medicamentos passa a ser regido por influência de condições externas, como a cultura, a economia e fatores legais que facilitam ou não

impedem a posse ou, inibem a dispensação de medicamentos sem a apresentação da receita médica.

Esta situação, muitas vezes, conduz para o quadro de automedicação considerada como o uso de medicamento sem prescrição médica, em que a própria pessoa decide qual fármaco utilizar. Nesta perspectiva, incluem-se como prerrogativas a prescrição (ou orientação) de medicamentos por indivíduos não habilitados, como: amigos, familiares ou balconistas de farmácias e/ou drogarias. Outra prática comum é a denominada automedicação orientada, que se refere à utilização de receitas antigas sem que elas tenham sido emitidas para uso contínuo.

Outra forma de influência evidente para a automedicação reside na facilidade de acesso aos medicamentos propiciados pela mídia. Assim, a publicidade reforça continuamente a impossibilidade de esperar a cura espontânea de um resfriado, por exemplo, acentuando o “pronto alívio” e o retorno às atividades normais, conferindo ao medicamento a imagem de eficiência.

Potencialmente, a automedicação é um fenômeno nocivo à saúde, uma vez que nenhum medicamento é inócuo ao organismo. É fato que o uso indevido de substâncias e, até mesmo drogas consideradas banais pela população, tais como os analgésicos podem acarretar diversas conseqüências, como resistência bacteriana, reações de hipersensibilidade, dependências e inclusive neoplasias, entre outros problemas. Sobretudo, o alívio momentâneo dos sintomas encobre a doença de base que passa desapercibida e pode assim progredir. Portanto, a prática da automedicação viria contribuir para o agravamento da doença em questão.

Esta investigação sobre a prevalência da automedicação entre professores universitários de Campina Grande é fruto de inquietações da autora enquanto farmacêutica, principalmente, no que diz respeito às motivações que conduzem a população selecionada a automedicar-se, na averiguação de seu posicionamento mediante o vigente sistema tradicional de terapêutica, centralizado na figura do médico e do medicamento.

A realidade da automedicação aponta, nitidamente, para a população em geral, no entanto, é interessante averiguar como este processo se dá entre professores universitários ligados à área tecnológica, já que consiste em uma categoria mais esclarecida e intelectualizada que a média da população. Desta forma, este trabalho pretende contribuir para o desenvolvimento de pesquisas voltadas para o melhor esclarecimento do problema da automedicação, entendendo que a população de professores recortada nesta dissertação, é composta por seres humanos e que, portanto, desfrutam dos benefícios e malefícios do medicamento, porém sob influência de motivações diferenciadas ou não.

Diante deste quadro, vimos ser necessário desenvolver uma pesquisa que nos permitisse responder as seguinte questão, dentro de uma abordagem interdisciplinar:

- Qual a extensão do problema da automedicação entre professores universitários na cidade de Campina Grande?

A problemática em torno do uso de medicamentos apresentada anteriormente está relacionada as seguinte hipóteses:

- A falta de uma política que dê racionalidade ao uso dos medicamentos e cujo propósito seja garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade desses medicamentos influi também na forma de utilização indiscriminada de drogas /

medicamentos por parte da população, mesmo entre pessoas mais informadas e de nível sócio-demográfico elevado.

- O desconhecimento do direito sanitário faz que os cidadãos, pouco instruídos (como também os esclarecidos), sejam influenciados através de insistentes apelos da indústria farmacêutica, principal divulgadora das informações sobre medicamentos a prescritores, dispensadores e receptores.

Para tanto, temos como objetivo geral, verificar a prevalência da automedicação entre professores universitários de Campina Grande e, os objetivos específicos foram: a) detectar o(s) grupo(s) farmacológico(s) dos medicamentos utilizados com maior frequência sem orientação médica; b) identificar as causas da automedicação entre professores universitários; c) verificar a ocorrência de problemas ocasionados pela automedicação.

Segundo os dados fornecidos pelo Centro de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual da Paraíba em Campina Grande em 2001, o referido centro é constituído por um universo de 110 professores, distribuídos entre os departamentos de: Matemática e Estatística; Química e Física.

A coleta de informações para a concretização da pesquisa foi feita entre os meses de outubro de 2001 e março de 2002 com os referidos docentes do Centro de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual da Paraíba, no Campus Universitário de Bodocongó. Visando a execução da presente pesquisa, com base no método dedutivo-hipotético, procedemos com a aplicação de questionário, testados inicialmente por meio de um estudo-piloto, para obtermos os dados analisados pelo método dedutivo.

Desta forma, a organização desta dissertação está disposta como segue:

O Capítulo 2, aborda a revisão da literatura, apresentando e discutindo interpretações dos diversos autores acerca do tema automedicação, relacionadas ao consumo mundial de medicamentos, o comércio, causas e conseqüências para a automedicação brasileira, fontes de informações sobre os medicamentos, entre outros.

O Capítulo 3, descreve a metodologia adotada no desenvolvimento do trabalho de forma mais detalhada, ressaltando informações valiosas, tais como: o tipo de pesquisa – métodos de abordagem e de procedimento, a constituição e descrição do universo estudado, o instrumento utilizado para o levantamento dos dados; o tratamento, a análise e a interpretação dos dados; as dificuldades encontradas e convenções utilizadas nas tabelas e gráficos.

O Capítulo 4 apresenta a análise dos dados obtidos e discussão dos resultados da pesquisa. As informações mais relevantes desta análise consistem em verificar a existência da automedicação entre docentes universitários do Centro de Ciências e Tecnologia em Campina Grande, detectando o(s) grupo(s) farmacológico(s) dos medicamentos utilizados com maior freqüência sem orientação médica e, sobretudo, verificar a ocorrência de problemas ocasionados pela automedicação.

Em seguida apresentam-se as considerações finais sobre a pesquisa, reforçando a necessidade de realização de campanhas educativas com o intuito de tornar racional o uso de remédios, assim como, a presença do profissional farmacêutico em cada estabelecimento de comércio de medicamentos e nos serviços de saúde.

## 2 - REVISÃO DE LITERATURA

### 2 - Automedicação: um problema de saúde mundial

#### 2.1 – Automedicação: dependência e uso abusivo de drogas

Estima-se que 99% dos lares possuem remédios armazenados em farmácias caseiras, com uma média de 10 medicamentos, sendo que apenas três foram prescritos por um médico. A automedicação é um problema comum e mais da metade (70%) dos pacientes que possuem remédios em casa os obtiveram sem recomendação ou receita médica (Lima, 1994).

Mal-estar, gripes, problemas gastrointestinais, dores em geral são uma rotina na vida de qualquer pessoa, o que justifica pouco uma consulta médica, a qual é substituída pela automedicação (Lima, 1994).

Estudos epidemiológicos mostram que a população mais adepta da automedicação são os acima de 65 anos e as mulheres, que compram medicamentos para os familiares (Lima, 1994).

Todo paciente deve ser bem alertado de que medicamentos armazenados em casa devem ser colocados fora do alcance de crianças, principalmente considerando o fato de que a maioria das farmácias caseiras é armazenada na cozinha ou no banheiro, ao acesso de todos os residentes (Lima, 1994).

Um dos riscos no uso de drogas pode alterar o humor, as emoções e minimizar a dor, por exemplo, é que alguns indivíduos acabam por apresentar dependência da droga. Eles continuam a tomá-la na ausência de indicações médicas, muitas vezes apesar de

conseqüências sociais adversas, e comporta-se como se os efeitos da droga fossem necessários para seu contínuo bem-estar (Goodman, 1991).

A intensidade desta necessidade mencionada, ou a dependência pode variar de um leve desejo a um impulso ao uso de drogas legais ou ilegais, e quando é incerta a disponibilidade da droga, os indivíduos podem mostrar-se preocupados com sua obtenção, recorrendo a vizinhos, familiares, drogarias, supermercados, no caso de drogas lícitas, por exemplo (Goodman, 1991).

Existem muitas drogas que os seres humanos consomem por conta própria, e não por aconselhamento médico. O aspecto comum aos vários tipos de drogas lícitas ou ilícitas capazes de gerar dependência é o fato de todas produzirem um efeito de gratificação (Rang, 1997).

Associado a esse efeito direto de gratificação da droga, existe geralmente também um processo de habituação ou adaptação, quando a droga é repetida ou continuamente administrada, de tal forma que a interrupção da administração da droga tem um efeito aversivo, do qual o indivíduo tentará escapar pela auto-administração da droga. A síndrome de abstinência física, que se associa ao estado de dependência física, é uma das manifestações desse tipo de habituação (Rang, 1997).

Em suma, três fatores principais estão envolvidos na dependência de drogas:

- A propriedade de gratificação inerente à droga.
- A habituação, que conduz a um efeito aversivo com a suspensão da droga (síndrome de abstinência física).
- O intenso desejo psicológico associado à abstinência.

No momento, os estudos têm alguma compreensão das bases neurológicas da gratificação e da habituação, o que vem fornecendo alguma esperança de uma intervenção terapêutica eficaz no difícil problema do tratamento da dependência de drogas, principalmente as ilícitas (Rang, 1997). Entretanto, no homem, o hábito do uso de quaisquer drogas evidentemente é sustentado por processos mais complexos e permanentes.

O uso excessivo ou incorreto de produtos comercializados livremente sem prescrição médica pode provocar problemas clínicos significativos. Um exemplo importante é a congestão de rebote decorrente do uso irregular de spray nasal por mais de três ou quatro dias. O uso inadequado e crônico de alguns antiácidos (por exemplo, o hidróxido de alumínio) pode causar constipação e até mesmo impactação em indivíduos idosos, bem como hipofosfatemia (Katzung, 1998).

O abuso de laxantes pode resultar em cólicas abdominais e distúrbios hidroeletrolíticos. O uso sistêmico crônico de alguns analgésicos contendo grandes quantidades de cafeína pode provocar cefaléia de rebote, e nefrite intersticial. Por fim, os antihistamínicos, os anestésicos locais, os antibióticos entre outros adquiridos sem prescrição médica, podem provocar reações alérgicas (Katzung, 1998).

### **2.1.1 – Farmácias caseiras**

As pessoas devem ter cuidados com o armazenamento de medicamentos em casa. Estes devem sempre estar fora do alcance de crianças, e os remédios desnecessários ou sobras de tratamentos devem ser jogados fora ou destruídos. É impossível evitar que pacientes não formem farmácias caseiras, independente da escolaridade que elas possuam,

e uma orientação para que produtos úteis e relativamente inócuos façam parte da mesma é melhor do que uma proibição ineficaz.

### 2.1.2 – Armazenamento de medicamentos

Os medicamentos devem ser armazenados em locais de baixa temperatura, particularmente na forma líquida. A geladeira é um local apropriado, mas cautela deve existir para que não haja confusão com produtos alimentares, por parte das crianças ou domésticas (Lima, 1994).

O prazo de validade é importante e todo paciente deve ser instruído a não armazenar medicamentos por tempos prolongados. Além da perda da potência por deterioração do produto, pode ocorrer contaminação de suspensões, xaropes ou soluções por bactérias ou fungos (Lima, 1994).

### 2.1.3 - Uso de medicamentos em países desenvolvidos e subdesenvolvidos

Segundo Arrais et al (1997, p.72):

*“em países desenvolvidos, o número de medicamentos de venda livre tem crescido nos últimos tempos, assim como a disponibilidade desses medicamentos em estabelecimentos não farmacêuticos, o que favorece a automedicação”.*

Todavia, os rigorosos controles desenvolvidos pelas instâncias que controlam o mercado de medicamentos, assim como a presença freqüente de farmacêuticos para orientar usuários, possibilitam uma fiscalização mais precisa na prática da automedicação.

No Brasil, entretanto, cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas da automedicação. Tal fenômeno justifica-se, segundo um artigo divulgado pela revista Veja

de 18 de setembro de 2000, devido à má qualidade da oferta de medicamentos, o não cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução na população em geral.

De acordo com Cordeiro (1980, p.5-6):

*“A questão do consumo de medicamentos tem sido abordada de forma crescente nos últimos anos face à importância que assume como prática terapêutica dominante. Cerca de 80% das consultas médicas implicam na prescrição de um ou mais medicamentos, sendo comum que a consulta médica seja realizada visando à repetição de uma prescrição anterior. As práticas de automedicação também adquirem relevância, não só pelo possível aumento de sua frequência, relatada internacionalmente, como pelos riscos de reações adversas e aumento da incidência de doenças iatrogênicas”.*

Pelo que foi exposto, percebemos que, além da importância médico-epidemiológica para o fenômeno da automedicação, acrescentam-se dados concretos da participação crescente dos medicamentos no tocante aos gastos no campo da saúde.

Desta forma, Cordeiro (1980) relata que,

*“a indústria farmacêutica assinala que as pressões contra o aumento dos gastos públicos e privados com o consumo de medicamentos são poucos justificadas por representarem estes gastos na maioria dos países industrializados, cerca de 10% dos gastos totais em saúde”.*

Entretanto, na Argentina, por exemplo, a compra de medicamentos representa aproximadamente 40% dos gastos familiares, sendo tais gastos seguidos pelos honorários

médicos. No total do país, os grupos de medicamentos mais freqüentemente prescritos na consulta médica são: antimicrobianos (20,7%), medicamentos de ação no sistema nervoso, reunidos em antipiréticos-analgésicos, tranqüilizantes e anti-espasmódico (17,3%) e nutrientes, principalmente vitaminas (6,4%).

#### 2.1.4 - A automedicação no Brasil: mania nacional

De acordo com o artigo publicado pela revista *Veja* em 18 de Setembro de 2000: 1, “...*está chovendo remédio no Brasil*”. Para tanto, o artigo indica ainda que a indústria farmacêutica faturava 5 bilhões de reais em 1994. No ano passado, foram 10 bilhões de reais, o que garante ao nosso país o quarto lugar na lista dos que mais consomem produtos farmacêuticos. Em vendas de remédios, o Brasil perde apenas para os Estados Unidos, a França e a Alemanha.

Alguns dos principais motivos para o aumento no consumo de medicamentos no país, são: primeiro – o aumento do poder aquisitivo das classes mais pobres depois da implantação do plano real. As pessoas que antes dependiam da distribuição gratuita de remédios nos hospitais públicos, agora podem gastar um pouco na drogaria da esquina. Outro motivador para o aumento dos gastos com medicamentos foi a abertura comercial que proporcionou a entrada no país de produtos como: vitaminas e complementos alimentares. Um terceiro motivador de ordem cultural é a fascinação de entrar em uma farmácia sem receita médica e sair com um produto qualquer. Assim como “*a dançarina Carla Perez ou os precatórios, a automedicação é uma das manias nacionais*” (França, 1997).

Segundo a fonte acima citada, o padrão de consumo do brasileiro na farmácia, de acordo com poder aquisitivo revela:

a) CLASSE A (renda de 4.000 reais acima) – vive atrás de novidades e adora pedir aos médicos o remédio da moda. A população é adepta da automedicação, escolhe seus medicamentos de acordo com o que ler nos jornais ou ouve de amigos. É o principal consumidor de vitaminas feitas sob encomenda, em farmácias de manipulação.

b) CLASSE B (renda média de 2.000 reais) – mantém em casa um pequeno estoque de remédios, vai a farmácia com mais frequência, mas normalmente olha mais do que compra. Com a classe A, é o principal consumidor de antidepressivos como o Prozac. Também consome coquetéis de vitaminas importadas, do tipo Stresstabs e Power Core.

c) CLASSE C (renda de 900 reais) – costuma ir a farmácia quando o médico manda comprar um remédio ou quando sente dor. Em média, visita drogarias uma vez por mês. Nas extravagâncias, consome inibidores de apetite, como Inibex e Fluril.

d) CLASSE D e E (renda de 500 reais ou menos) – só vai a farmácia quando tem problema de saúde. Normalmente não traz receita – consulta com o próprio balconista e acata a sugestão. É responsável pelo aumento das vendas de analgésicos, como Novalgina e Anador. Eventualmente, recorre a postos de saúde para conseguir remédios.

Na festa da automedicação é alarmante o aumento do consumo de drogas psicotrópicas, como anfetaminas e calmantes misturadas com álcool. A constatação rendeu alerta no relatório da Divisão Internacional de Controle de Narcóticos da ONU, pois embora esses remédios só sejam comercializados com retenção da receita médica, não há controle satisfatório sobre as vendas.

Segundo a ABIFARMA, em torno de 80 milhões de brasileiros são adeptos da automedicação. *“O Ministério da Saúde confirma: de cada três remédios vendidos no país, apenas um é receitado pelo médico. Os outros dois são comprados por indicação de*

*amigos, parentes, revistas, jornais ou sugestão do próprio balconista da farmácia” (Kelly, 2000).*

Como exemplo, vemos que as vendas do antiinflamatório Cataflan, cresceram 62% nos últimos 5 anos. Foram 30 milhões de caixas, quase uma para cada família brasileira. Por outro lado, o culto ao corpo provocou o aumento no consumo de vitaminas e pilulas de emagrecimento. Acontece também que a classe média passou a consumir antidepressivos à moda americana, ou seja, sem a recomendação do psiquiatra.

Conforme estudos médicos, pessoas com hábitos saudáveis podem vir a precisar de três ou quatro caixas de remédio por ano. Os brasileiros estão consumindo onze: oito delas sem prescrição médica. Todavia, essa característica – a automedicação – não é exclusivamente brasileira. Acontece em todo o mundo. Contudo, em muitos deles como Estados Unidos e Alemanha, a comercialização dos medicamentos é feita com maior seriedade.

Tal fato se justifica porque:

*“Pode-se dizer que os medicamentos surgiram sobre a Terra junto com a humanidade. A medida em que os primeiros homens, a partir de seu próprio instinto de sobrevivência, começaram a utilizar vegetais, animais e minerais como elementos de cura e alívio.” (Lima; Cardoso, 1999, p. 236)*

#### **2.1.5 - A prática da automedicação em todas as idades**

A presença de analgésicos, vitaminas, descongestionantes nasais, antissépticos, antidiarréicos, antiácidos, laxantes entre outros medicamentos é freqüente na maioria dos lares contemporâneos; sobretudo, como parte integrante do cotidiano das pessoas. Esses

medicamentos, comercializados muitas vezes sem receita médica, possibilitam a prática da automedicação, em que o indivíduo reconhece os sintomas de uma provável doença e a partir daí, passa a se tratar por conta própria. Inclui-se nesta designação genérica a prescrição (ou orientação) de medicamentos por pessoas não habilitadas, como amigos, familiares ou balconistas de farmácia, nesses casos também considerados exercícios ilegais da medicina (Bortoli apud Herrerias, 2000).

Ainda que escassos em nosso meio, estudos sobre padrões de consumo de medicamentos indicam que crianças são mais sujeitas a um consumo abusivo e que os médicos são os principais responsáveis pelas indicações (Weiderpass, 1998).

Assim também, a gestante está sujeita a intercorrências de saúde que impõem o uso de medicamentos. A gestação compreende situação única, na qual a exposição a determinada droga envolve dois organismos. A resposta fetal, diante da medicação, é diferente da observada na mãe, podendo resultar em toxicidade fetal, com lesões de variada monta, algumas irreversíveis (Gomes, 1999).

Outro dado importante no que tange aos estudos sobre a automedicação diz respeito ao fato de que :

*“... assim como o número de indivíduos idosos vem aumentando, o consumo de medicamentos por esta população acompanha esta tendência. Os idosos são, possivelmente, o grupo etário mais medicalizado na sociedade, devido ao aumento de prevalência de doenças crônicas com a idade” (Mosegui, 1999, p.438).*

Afirma Bucher apud Gomes (1999, p.247): há no Brasil o chamado “folclore hipocondríaco”, que consiste na procura de qualquer tipo de atendimento – desde reza a

medicamentos industrializados – com a finalidade de sanar as queixas advindas, por vezes, da falta de atenção às necessidades básicas de sobrevivência. A utilização de medicamentos industrializados tem crescido ao ponto de incorporar-se ao acervo popular de conhecimentos, permitindo os palpites diagnósticos e terapêuticos, num processo que levará à tendência crescente à automedicação.

Há na literatura a idéia de que setores que encontram barreiras sócioeconômicas ao sistema de atenção médica estivessem mais propensos a realizar automedicação como recurso alternativo para atender a sua demanda por saúde. No Brasil, onde a saúde pública não tem recebido recursos orçamentários adequados e cuja estrutura organizacional representada pelos SUS não alcançou patamar suficientemente eficiente, poder-se-ia esperar que a demanda por saúde nas classes que dependem desse sistema estariam mais sujeitas a se automedicar (Vilarino, 1998).

Sob o ponto de vista legal, o medicamento é um produto de consumo e o paciente é um consumidor que tem direito a receber todas as informações necessárias para a adequada utilização e conservação do medicamento adquirido. No nosso país, a bula representa o principal material informativo fornecido aos pacientes na aquisição de medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica. A obrigatoriedade da inclusão da bula na embalagem dos medicamentos é regulamentada pela portaria nº 110 da Secretaria de Vigilância Sanitária, de Março de 1997. A portaria ainda prevê a padronização dos textos das bulas referentes a cada substância ativa, elaborados pela Secretaria de Vigilância Sanitária e publicados no Diário Oficial da União (Brasil, 1997).

Contudo, estudos sobre adequação da forma e conteúdo das bulas medicamentosas sugerem que elas estão disponíveis nas embalagens dos medicamentos mais para atender a

uma exigência legal do que propriamente para educar e orientar o paciente quanto ao uso racional e correto dos mesmos (Silva, 2000).

Por força de muitos motivos, a utilização de medicamentos vem sendo feita de maneira insatisfatória em relação ao que se poderia esperar. Prescrições desnecessárias, automedicação inconseqüente e erros na seleção e utilização de produtos farmacêuticos vêm sendo observados em todos os países do mundo, especialmente naqueles em desenvolvimento.

#### **2.1.6 - Causas para automedicação no Brasil**

Para Bucher (1992, p. 23), os fatores que afetam o consumo de medicamentos no Brasil de forma exagerada e indiscriminada são:

*“a ausência ou omissão no controle da produção e comercialização de drogas por parte do Estado, o intenso esforço persuasivo por renda, o baixo nível educacional da população brasileira e o alto grau de sugestibilidade e credulidade de amplos segmentos populacionais”.*

Ademais, o consumo de medicamentos no nosso país é um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde, como também da propaganda dirigida a médicos e a população. Desta forma, Weiderpass et al (1998) ressaltam que com o estudo da demanda de medicamentos, pode-se identificar a necessidade de intervenções específicas, como, esclarecimento à população quanto: ao uso inadequado de medicamentos; à formação em educação continuada de profissionais de saúde para prescrição racional; à localização de pessoas em risco de consumo crônico de medicamentos inadequados. Além disso, pode

subsidiar a elaboração de políticas públicas para conter a venda e o uso de medicamentos desnecessários.

No Brasil, como em grande parte dos países, existem medicamentos cuja comercialização só deveria ser efetuada após a apresentação da receita médica, uma vez que podem ocasionar problemas no transcorrer do tratamento e necessitam de acompanhamento médico. Com intuito de caracterizá-los, determinou-se o termo “faixa vermelha”. Outros medicamentos com riscos especiais de causar dependência são caracterizados como “faixa preta”. O restante dos medicamentos são considerados de venda livre, isso significa que podem ser adquiridos sem receita médica, mas não significa que possam ser vendidos sem cumprir exigências legais (Weiderpass, 1998).

A automedicação com medicamentos de venda sob prescrição médica é a mais freqüente nos casos de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes ou angina. Nestes casos, a partir da orientação médica inicial, o paciente por si próprio passa a utilizar o recurso terapêutico aprendido e desenvolve conhecimento sobre os sintomas de agravamento do seu distúrbio. É o caso de pacientes diabéticos, que controlam diariamente o seu uso de insulina (Weiderpass, 1998).

Em muitos estabelecimentos comerciais de produtos farmacêuticos, as regras do comércio são tidas como prioridade e, para que o lucro seja satisfatório, não existem limites éticos, nem científicos que possam garantir o bem estar do consumidor (paciente). A indústria farmacêutica ao oferecer bonificação ao proprietário da farmácia, e prêmios aos balconistas pelo seu empenho na venda de determinados medicamentos, incentiva a empurroterapia, prática que desrespeita até mesmo a receita médica (Juarez, 2000).

Certamente, um dos fatores determinantes do elevado grau de automedicação no Brasil é o baixo nível de organização da assistência médica, disponível para população, principalmente de baixa renda. Este argumento, presente em vários trabalhos, embora importante sob o ponto de vista quantitativo, não explica, nem justifica o fenômeno em sua essência (Weiderpass, 1998).

A automedicação ocorre também nas camadas privilegiadas da população, mesmo dispondo de todos os serviços médicos desejáveis e é prática corrente em países de primeiro mundo, com elevado grau de organização em seus sistemas de saúde (Weiderpass, 1998).

Uma das vias que contribuem nitidamente para a automedicação é a prescrição médica (Weiderpass, 1998). Em um primeiro momento, o médico prescreve um medicamento para o paciente, conferindo a determinado produto, até então desconhecido, um significado: o de resolver o problema apresentado ou fazer desaparecer os sinais e sintomas.

Outra influência da prescrição médica é o uso crônico do medicamento prescrito, em que o paciente prolonga o tratamento indefinidamente sem retornar ao médico para uma avaliação de resultados. Tal procedimento que pode ser definido como sobrevida da prescrição, denota a insuficiência de informações fornecidas ao paciente pelo médico que executa a prescrição. Para Carlini (1995), os descaminhos da medicina oficial são muito claros. Sua mercantilização, com a conseguinte massificação do atendimento, fez com que o médico praticamente deixasse de ver no doente um ser humano, obrigando-se a atendê-lo de forma rápida e superficial.

Todavia, outros fatores são responsáveis por tais descaminhos, como: a enorme pressão da propaganda médica, a introdução injustificada de novos remédios no mercado, e finalmente, a manipulação econômica que leva a medicina a depender cada vez mais de onerosos meios diagnósticos (Lefevrè, 1995).

Assim, com:

*“A relação médico-paciente destruída, o médico automatizado (pressionado por vários ângulos) e, a automedicação generalizada (a população usando por sua própria conta remédios de potente ação farmacológica), não é de se estranhar que a medicina acadêmica e os remédios alopáticos tenham se tornado alvo de críticas e suspeitas por parte da sociedade” (Carlini, 1995).*

Ademais, as frequentes denúncias de que os medicamentos proibidos no exterior são impunemente vendidos no Brasil, e nos inúmeros relatórios a respeito dos efeitos indesejáveis dos medicamentos quando usado sem qualquer tipo de controle ou orientação. É importante esclarecer que as campanhas de alerta são válidas, no sentido de coibir os abusos cometidos, oriundo do desvio das finalidades da medicina decorrente de um sistema econômico e político desumano, e não a eles – os medicamentos. Grande parte deles são reconhecidamente eficazes, minorando o sofrimento e curando doenças. Muitas vezes, por terem ação farmacológica tão abrangente é que podem também, quando mal administrados, gerar reações adversas (Carlini, 1995).

### 2.1.7 - A história da identificação das reações adversas

De acordo com Rosenfeld (1998, p.239), *“a história da identificação das reações adversas está articulada à da criação pelo Estado de normas para garantir a qualidade dos remédios e proteger a saúde da população contra o charlatanismo e a fraude”*.

Sabe-se que o registro das reações indesejáveis causadas pelos remédios, bem como as punições estabelecidas aos responsáveis confundem-se com o surgimento da humanidade e, por conseguinte, da medicina. Rosenfeld (1998, p.239) remota ao “Código de Hammurabi da Babilônia”, datado de 2200 a.C., dizia que um médico que causasse a morte de um paciente perderia as mãos. Hipócrates (460 – 570 a.C.) preconizava “não causem dano” e Galeno (131 – 201 d.C.) advertia contra os perigos das prescrições mal escritas e obscuras. Os efeitos tóxicos do arsênico e dos unguentos de mercúrio eram conhecidos. Em 1224, o Imperador de Hohenstaufen, Frederico II, implantou a inspeção regular dos compostos preparados nas farmácias e declarou que a vida de um fornecedor seria sacrificada caso o consumidor morresse. No Renascimento (1500 – 1750), surgiram as farmacopéias. Os autores da primeira Farmacopéia de Londres, em 1618, condenavam as pessoas que vendiam as mais repugnantes misturas sob a designação de remédio, embora eles mesmos incluíssem vermes, serpentes secas e pulmão de raposa no catálogo de medicamentos aceitáveis”.

Segundo Davies apud Rosenfeld (1998, p. 240):

*“no século XVII, pela primeira vez, uma droga foi proscrita por causa de sua toxicidade. Todavia, confusões e incertezas com relação à ação dos medicamentos permitiram que fatos como a administração do mercúrio em pacientes acontecesse”*.

Alguns destes apresentaram perda dos dentes, úlcera ou gangrena da boca e face e osteomielite da mandíbula. Apesar disto, ele foi usado ainda por muitos anos.

No Brasil, a partir do século XVI, tornou-se privativo aos boticários, a distribuição de drogas, sendo assim, fixadas multas e apreensões de estoques nos casos da violação da lei. Nesta época, cria-se a figura do profissional responsável e, passam a ser exigidas nas boticas: balanças, pesos, medidas, vasilhames, entre outros (Rosenfeld, 1998).

Na Europa, entre os anos de 1750 e 1830 surgiram os primeiros registros nacionais de mortalidade e os inquéritos regionais. Nesta época, também aparece a polícia médica - ancestral direto da vigilância sanitária - para evitar entre outras coisas, a concorrência fraudulenta entre os produtores de medicamentos (Rosenfeld, 1998).

Com o século XIX, é criada a lei de patentes para medicamentos, assim como é feito o isolamento da morfina pura a partir do ópio em 1805, fatos estes de grande importância para o desenvolvimento industrial farmacêutico. As primeiras farmacopéias são organizadas e, pela primeira vez estabeleceram-se os padrões de pureza dos fármacos.

No Brasil, adota-se a prática das visitas às boticas e as inspeções sanitárias, exercidas pelo físico-mor e cirurgião-mor do Império até 1828, e posteriormente, pelas Câmaras Municipais. Pouco depois, a Sociedade de Medicina passou a exercer algumas ações de regulamentação, aplicando multas aos que anunciavam a cura pela imprensa ou em locais públicos, bem como vendiam remédios não aprovados pela Sociedade de Medicina (Rosenfeld, 1998).

Finalmente, nos últimos anos do século XIX e início do século XX, surgiram na Inglaterra, Suíça e Estados Unidos as primeiras legislações e órgãos específicos de controle de medicamentos, enfatizando a proteção do consumidor contra as fraudes. Todavia, a

Noruega e a Suécia foram pioneiras no desenvolvimento de uma regulamentação voltada não somente para a segurança, mas também para a eficácia dos fármacos (Lee & Herzstein apud Rosenfeld, 1998, p.240). Neste período, aconteceram os primeiros inquéritos suspeitos de reações adversas, como o caso de mortes súbitas durante anestesia por clorofórmio e a icterícia após o uso de arsenicais no tratamento da sífilis.

Embora há muito tempo tenham sido criados órgãos de controle para os medicamentos, não foi suficiente para em 1937, ocorrerem mais de cem mortes pelo dietilenoglicol contido no xarope de sulfanilamida, embora os efeitos tóxicos já haviam sido documentados.

No Brasil, só no início do século XX foi que apareceram as primeiras regulamentações para garantir a qualidade dos medicamentos.

*“No plano Federal, o decreto nº 19.606/1931 estabeleceu as normas para o controle sanitário e a atuação da indústria farmacêutica, inovando em alguns aspectos, o condicionamento da venda dos produtos que agem sobre o sistema nervoso central e causam dependência física ou psíquica à retenção da receita médica na farmácia” (Zubioli apud Rosenfeld, 1998, p.240).*

No plano regional, os Estados do Paraná e de São Paulo foram pioneiros. No Paraná, em 1864, concedeu-se a permissão para o exercício da medicina e da farmácia. Já em São Paulo, em 1938, cria-se o serviço de Laboratórios de Saúde Pública, como Instituto Butantã, o Instituto Bacteriológico e o Laboratório de Análises Químicas e Bromatológicas, sendo os dois últimos que deram origem ao Instituto Adolfo Lutz, órgão de referência no país até hoje.

Apesar da criação dos órgãos de controle e da divulgação dos graves acidentes relacionados ao uso dos medicamentos no Brasil e no mundo, a difusão de informações sobre toxicidade sempre foi tardia e muitas vezes de efeito transitório. Desta forma,

*“foram necessários 47 anos para se descobrir que o analgésico amidopirina produzia intoxicação medular; a aspirina foi usada durante 39 anos antes de ser incriminada como responsável por causar hemorragia gástrica e outros 20 para que a notícia se espalhasse; os perigos do cloranfenicol foram observados no início da década de 50, mas décadas depois de advertências ainda eram desconsideradas” (Davies apud Rosenfeld, 1998, p.241).*

Assim, entre as décadas de 30 e 60, testemunhou-se o mais intenso desenvolvimento de toda a história das descobertas de agentes profiláticos e terapêuticos. Surgiram os antibióticos e tranqüilizantes que revolucionaram a prática médica. Nesta época surgiu o primeiro livro inteiramente dedicado às reações adversas, em 1952. Em 1961, aparecem as primeiras notícias dos efeitos danosos da talidomida – o nascimento de bebês com deformidades dos membros. Tal episódio trágico marcou o início de uma nova era no controle das reações adversas aos fármacos.

#### **2.1.8 - Conseqüências da automedicação**

A prática mundial permite observar o uso abusivo e não justificado de determinados medicamentos, sem uma adequada avaliação da relação risco-benefício de certos procedimentos.

*“A automedicação é uma prática adotada por boa parte da população como busca de alívio imediato para seus problemas de saúde. Esse hábito pode comprometer a*

*saúde das pessoas em vez de sanar seu problema, uma vez que não há procura de orientação médica para se obter um diagnóstico adequado” (Meleiro, 2001, p.129).*

Com a prática da automedicação pode acontecer o mascaramento de uma doença mais séria que deixará de ser atendida precocemente. Um outro fator, são as complicações sérias que podem advir a pacientes que fazem uso de medicamentos de forma errônea, como os hipertensos e diabéticos, entre outros.

No Brasil o problema é bem evidente e, os exemplos são diversos, como a popularização do uso de antiinflamatórios não-esteroidais (em especial, o diclofenaco), de antibióticos (penicilina G benzatina), antigripais, entre outros (Gilman, 1991).

De modo geral, as justificativas dadas para o uso abusivo de injetáveis são: “ação rápida”, “estou acostumado”, “uma ampola corresponde a dez comprimidos”. É bem verdade que, na maioria das situações, as condições técnicas e higiênicas de administração dessas injeções são alarmantes, podendo resultar até em comuns abscessos iatrogênicos no glúteo e deltóide (Gilman, 1991). Uma outra justificativa dada agora por profissionais da saúde, especificamente – os médicos, é que o pedido feito pelo paciente aumenta a adesão e, seria diminuída se fosse por via oral.

Estabelece-se então, um ciclo vicioso, em que os pacientes querem injeções porque os profissionais da saúde a aplicam e, por sua vez, estes profissionais aplicam injeção porque pensam que os pacientes esperam por isso.

Todavia, é consensual o pensamento de que o uso de injetáveis geralmente é desnecessário e submete o paciente a um risco inaceitável de contrair doenças, como: a

hepatite, a Aids, entre outras; ou ocasionar eventos adversos, a exemplo de: abscessos, anafilaxia, hematomas, lesões nervosas, etc.

Não obstante ao problema apresentado, antigripais, descongestionantes nasais e antitérmicos – analgésicos de venda livre são utilizados com frequência, para a prevenção ou para o tratamento dos sintomas causados pela gripe. Desencadeada por vírus, a gripe tratada, ou não, tende a se resolver, em 1-2 semanas. De modo geral, as medidas terapêuticas resumem-se em repouso, ingestão adequada de fluidos e tratamento sintomático. Sintomas específicos podem ser atenuados, através da administração de medicamentos contendo apenas um princípio ativo eficaz para o sintoma em questão. Entretanto, é atribuída aos medicamentos contendo associações uma eficácia terapêutica superior àqueles cuja formulação apresenta apenas um princípio ativo.

A divulgação inadequada destas associações, aliadas ao desconhecimento de seus efeitos, pode causar sérias reações adversas ao usuário.

Os grupos farmacológicos mais comercializados no Brasil são, entre outros: ácido ascórbico + cafeína + clorfeniramina + salicilamida, ou ácido acetilsalicílico + cafeína + dexclorfeniramina + fenilefrina, ou ácido ascórbico + paracetamol (antigripais); Bromofeniramina + fenilefrina + fenilpropanolamina ; carbinoxamina + fenilefrina + fenilpropanolamina + feniltoloxolamina; fenilpropanolamina + feniltoloxolamina + paracetamol (descongestionantes nasais); adifenina + dipirona + prometazina; cafeína + dipirona + isometepteno; ácido acetilsalicílico + cafeína (Gilman, 1991).

Às vezes, o emprego concomitante de medicamentos pode ser necessário para a obtenção do resultado terapêutico desejado ou para o tratamento de doenças coexistentes. Entretanto, quando um paciente recebe vários fármacos ao mesmo tempo, é essencial que o

médico conheça o potencial das associações medicamentosas específicas para produzir interações adversas.

O conhecimento das propriedades básicas das substâncias utilizadas na terapêutica de um paciente, bem como da ação farmacológica empregada em um medicamento, é essencial para a prática da medicina. Para Fonseca (1994, p. 1), *“isto não é suficiente, pois é preciso pensar que o corpo humano é um sistema complexo formado por uma infinidade de substâncias que fatalmente entrarão em reação com fármacos ingeridos”*. Também é possível considerar que, com a introdução de mais de uma substância no organismo, sejam elas para fins terapêuticos ou não, possam atuar entre si.

Na verdade, o conhecimento das interações medicamentosas possibilita evitar situações de insucesso terapêutico (antagonismo) ou evitar ou minimizar o aparecimento de toxicidade medicamentosa, quer pelo ajuste das dosagens ou do esquema posológico, quer pelo uso de drogas alternativas. Em outros casos, possibilita também uma maior eficácia terapêutica e/ou redução dos efeitos colaterais, utilizando-se esquemas combinados de tratamento (Fonseca, 1994).

Vários estudos demonstram a disponibilidade de medicamentos nos domicílios e a irracionalidade no uso, em boa parte, causada pela automedicação (Lima, 1994).

Diante desta realidade, é imperativo a inserção do profissional farmacêutico junto às comunidades para prestar a assistência eficaz e duradoura, no que diz respeito aos medicamentos. Isto porque, na maioria das residências brasileiras, é comum a presença de remédios para dor e febre, diarreia, vômitos, antialérgicos tópicos, anti-sépticos, entre outros. Agrava-se ainda mais o problema, porque na maioria das vezes, tais remédios estão

ao alcance de crianças; o local de armazenamento apresenta-se de forma irregular, como: sobre a geladeira, próximo ao fogão, além de outros lugares.

Vale salientar que nem sempre o medicamento traz saúde. Um simples descuido do seu usuário ou dos profissionais de saúde envolvidos em sua terapia pode gerar transtornos inimagináveis, que vão de um simples mal estar passageiro a uma internação hospitalar, mesmo que o epicentro do problema seja um medicamento “ingênuo” (Lefèvre, 1991).

Dados da literatura científica referendados pela OMS indicam que cerca de 50% das RAMs – Reações Adversas a Medicamentos - seria evitada, se as pessoas usassem medicamentos corretamente. Afinal, diz-se que todo remédio é um veneno em potencial e, que a fronteira que separa o bem do mal (o poder de curar do poder de gerar malefícios) é tênue, quando se trata de medicamento (Lima, 1994).

A Folha de São Paulo (10/03/2000) destacou os problemas ocasionados pelos efeitos indesejáveis dos medicamentos. O foco da reportagem foi o desenvolvimento da Síndrome de Stevens-Johnson em uma enfermeira de 63 anos, em São Paulo. Tal Síndrome é uma reação alérgica extrema e não estava descrita na bula do medicamento de que ela fazia uso – um anticonvulsivante. A Síndrome manifestou-se por lesão na pele, aparentando queimaduras, que se estenderam também pelas mucosas dos lábios, do ânus, vagina e intestino. O pior é que os pacientes que contraem tal doença acabam morrendo de desidratação.

No mundo inteiro é cada vez maior o número de reações adversas a medicamentos e a maior parte dos casos, ocorre em indivíduos que realizam a automedicação. Nos EUA, em 1999, foram registrados 120 mil de internações hospitalares decorrentes do uso inadequado dos medicamentos. No Brasil, a intoxicação por medicamentos é uma das

ocorrências mais comuns – em 1998, por exemplo, o Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX), órgão da estrutura organizacional da Universidade de São Paulo (USP), registrou 3.211 casos de intoxicação, dos quais cerca de 40% provocados por uso de medicamentos (Monteiro, 2001).

Para os adeptos da automedicação, os xaropes, gotas nasais e laxantes encontrados nas farmácias parecem convidativos, sem nenhum perigo, “inofensivos”. Porém, está comprovado que a utilização indevida de medicamentos para dor, febre ou resfriado pode provocar sérios prejuízos à saúde.

Os remédios agem no organismo de duas formas distintas: com uma ação local no estômago e uma ação sistêmica. Isto significa que quanto mais se tomam remédios, maior é o risco de se ter uma irritação ou mesmo uma hemorragia no estômago o que é facilmente percebido no uso indiscriminado da aspirina, por pessoas que buscam prevenir infartos ou outras doenças cardiovasculares. Por sua vez, o uso da vitamina A em doses altas e, por longo período, pode ocasionar distúrbios neurológicos (Lima, 1994).

É evidente também que a faixa etária torna-se significativa quando se trata do uso de medicamentos. Crianças, mulheres grávidas e idosos necessitam de cuidados com os remédios: as crianças pela constituição física, ainda em formação; as mulheres pelo fato de estarem gerando uma nova vida, onde a auto-ingestão de remédios pode vir a prejudicar o feto; os idosos devido à sua constituição física mais frágil e vulnerável. Os doentes ou aqueles que fazem tratamento médico mais longo e são portadores de doenças mais graves, em hipótese alguma podem se automedicar.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 1993) reconhece a automedicação como um problema até certo ponto inevitável e em estudo datado de 1986, aponta os riscos

inerentes, aos quais devemos estar atentos: diagnóstico incorreto do distúrbio; escolha da terapia inadequada, dosagem inadequada ou excessiva; risco de dependência; armazenamento incorreto ou excessivamente longo dos medicamentos; reações alérgicas, entre outros.

É preciso reduzir os hábitos de automedicação e combater a “empurroterapia” nas farmácias. Uma das evidências disso é que nos países desenvolvidos, onde há maior controle da venda e do consumo de remédios, o índice de intoxicação em relação ao total da população é de 1,5% ao ano. Nos países em desenvolvimento, entre os quais o Brasil, é de 3%. O custo desse problema de saúde pública é alto. Estudo feito na Alemanha mostra que as reações adversas a medicamentos (RAMs) - que não são provocados pelo uso indevido dos remédios, mas por seus efeitos colaterais – aumentam a média de permanência dos pacientes no hospital 8,7 dias. Como o custo médio do paciente na Alemanha é US\$ 260 dólares, o custo anual das RAMs chega a US\$ 588 milhões por ano. Nos Estados Unidos, atinge a marca de US\$ 3 bilhões (Meleiros, 2001).

Outro aspecto a ser considerado quando se trata de medicamentos é o aumento da resistência bacteriana. Muitas vezes, tal remédio pode tornar mais difícil o tratamento de doenças comuns em crianças, como a dor de garganta e infecções no ouvido.

Nos perigos do abuso do uso de medicamentos sem orientação apropriada estão também os remédios tidos como homeopáticos, como é o da fórmula 46® (Almeida Prado) que contém fenoftaleína, a qual provoca a contração de todos os músculos lisos do corpo (estômago, intestino e útero); em doses excessivas pode provocar o abortamento (Meleiro, 2001, p.130).

É comum algumas pessoas fazerem estoques de medicamentos em casa e, nos casos de médicos, estes acabam ampliando seus próprios estoques com amostras grátis. Algumas vezes, esquecem-se de ver a data de validade, podendo apresentar quadros de intoxicação ao se automedicarem.

Estudos demonstram que certos traços de obsessividade na personalidade dos remédios, somados ao sentimento de indispensabilidade e a falta de procura do prazer, predispoem à desordem afetiva na meia-idade. Reforçaram que a profissão médica é particularmente inclinada a doenças psiquiátricas, como alcoolismo, dependência de drogas e depressão (Meleiro, 2001, p.131).

Os médicos são qualificados como pacientes especiais pelo conhecimento técnico-científico e pela classe social a que pertencem. Mas, o fato de serem especiais não os conduz, geralmente, a um melhor cuidado com sua própria saúde (Meleiro, 2001, p.132).

## **2.2 - A Indústria farmacêutica brasileira**

Nos últimos decênios, a indústria farmacêutica estabelecida no país foi beneficiada com profundas transformações técnico-científicas verificadas em todos os setores de produção.

Por volta de 1850 *“existiam no Rio de Janeiro inúmeras lojas dirigidas por práticos de farmácias, as chamadas boticas, onde não só se aviavam receitas como também se faziam os próprios remédios, utilizando como matéria-prima a nossa flora diversificada”* (Lima, apud Giovanni, 1980, p. 49).

A indústria farmacêutica nacional originou-se do desenvolvimento de algumas dessas farmácias, que se tornaram grandes e médias empresas de estrutura familiar. A tecnologia empregada, embora muito simples – consistindo de processos extrativos

vegetais e de órgãos de animais, na fabricação de soros e vacinas e na execução de pequenas sínteses – era desenvolvida por técnicos e cientistas ligados aos laboratórios nacionais, sendo os principais insumos fabricados no país (Lima, apud Giovanni, 1980).

Após a Segunda Guerra Mundial, teve início a escalada de empresas estrangeiras no mercado brasileiro. Contribuiu decisivamente para tal, entre outros fatores, as descobertas efetuadas no exterior, nas décadas de 30 e 40, de produtos farmacêuticos de origem sintética, de alta atividade farmacológica e eficácia terapêutica, como os hormônios, as sulfas e principalmente os antibióticos, dentre os quais a penicilina foi o primeiro a ser produzido industrialmente (Lima, apud Giovanni, 1980).

Favorecidas pela contínua e rápida evolução tecnológica, pela adoção de modernas técnicas de comercialização e por uma política de patentes, em vigor até 1969 – que se traduzia, na prática, pelo monopólio de processos de fabricação e de produtos, as empresas multinacionais deslocaram para mercados marginais as firmas brasileiras, tornando-se cada vez mais vulneráveis (Lima apud Giovanni, 1980).

Poucas são as exceções; e um de seus exemplos mais típicos é o caso do farmacêutico mineiro Cândido Fontoura, que descobrindo o Biotônico Fontoura e contando com um excelente divulgador – Monteiro Lobato – não só deu início a uma florescente indústria, como conseguiu inserir seu produto, simultaneamente, na literatura e na tradição popular brasileira (Giovanni, 1980, p. 50).

### **2.2.1. Fontes de informações sobre medicamentos**

Já é possível perceber que as fontes de informação utilizadas por médicos para as suas prescrições, na verdade, se constituem em mais um veículo de propaganda, mesmo que tentem se fazer passar como fonte objetiva e confiável de informações terapêuticas.

*“Sob a égide da economia de mercado, a informação disponível sobre os medicamentos, destinada ou não aos prescritores, é produzida e disseminada, em grande medida, pelos próprios fabricantes. Confirmando a importância que é outorgada à publicidade, é suficiente recordar que os produtores gastam nessa atividade entre 15% e 25% do seu faturamento global. Visando objetivos mais comerciais que sanitários, é patente o caráter tendencioso desse tipo de informação, com todas as conseqüências daí advindas”* (Barros, 1995, p. 421).

Os fabricantes de medicamentos utilizam, veementemente, meios diretos e indiretos para efetuar a publicidade de seus produtos, na comunidade médica. Entre os instrumentos diretos destacam-se: os anúncios em revistas médicas, a distribuição de amostras grátis, folhetos impressos, brindes, o financiamento de recepções ou coquetéis em congressos e patrocínio de viagens (Barros, 2000).

Incluem-se nos mecanismos indiretos de publicidade utilizados pelos fabricantes: o financiamento de programas de educação continuada, de associações profissionais ou de revistas médicas, além da produção de material tido como educativo, acrescido do relacionamento com autoridades sanitárias, com políticos e com professores e especialistas famosos (Hemmink e Pesonen apud Barros, 2000).

Os fatos apresentados denunciam deficiências graves, as quais chamam cada vez mais a atenção de órgãos, como a OMS (1993), que sugere a necessidade de que cada país tome a iniciativa de organizar seu próprio formulário terapêutico, estabelecendo critérios para utilização dos medicamentos e, sobretudo, facilitando as opções dos prescritores.

Segundo Pepe (2000, p. 816), *“a produção e a transmissão de informações a respeito dos medicamentos não se traduz necessariamente em conhecimento”*. Saraceno (1993, p. 164) aborda, por exemplo, a informação que é veiculada aos prescritores acerca dos psicofármacos e considera o conhecimento como *“(...) um trabalho ativo e crítico das*

*informações; é um processo complexo de ativação de nexos (...)*". Isto posto, percebemos que este processo é dificultado ou é inexistente quando o fenômeno da divulgação de informações se sobrepõe e, não se efetue sua transformação em conhecimento. Não obstante, a ocorrência e a importância deste fenômeno encontram-se na dependência de quem seja o produtor, bem como o receptor das informações, principalmente, da cumplicidade existente entre ambos.

Nos nossos tempos, verificamos que as informações sobre medicamentos produzidas e difundidas tanto aos profissionais, como aos consumidores nem sempre são isentas, tornando necessária uma atitude crítica frente a elas. Nas mãos dos profissionais de saúde, prescritores e dispensadores, está de forma direta ou indireta, a saúde do paciente. É fundamental, portanto, que estes profissionais busquem sempre o acesso a fontes fidedignas e, sobretudo, atualizadas sobre os medicamentos. Até porque, certas fontes de informação tentem transformar prescritores e dispensadores em "consumidores acrílicos" de medicamentos (Pepe, 2000).

As fontes de informações produzidas e difundidas a respeito de medicamentos são de variadas matizes, podendo ser resumidas da seguinte maneira (Pepe, 2000, p. 817):

- a) Literatura científica publicada em revistas científicas independentes e, internacionalmente reconhecidas, como: British Medical Journal, Journal of the American Pharmaceutical Association;
- b) Literatura publicada em outras revistas não indexadas, algumas delas financiadas, ao menos em parte, pela indústria farmacêutica;
- c) Fontes de informação de cunho formativo produzida/existente em locais de graduação/pós-graduação;

- d) Fontes de informação oficiais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), WHO Drug Information;
- e) Fontes de informação produzidas pela indústria farmacêutica que vão desde prospectos até compilações de bulas medicamentosas publicadas anualmente, as quais no Brasil recebem os nomes de Dicionários de Especialidades Farmacêuticas (DEF)
- f) Livros-textos, contendo informações mais gerais, como os de Medicina e Farmácia – ou mais específicas, relativas à Farmacologia, terapêutica e reações adversas.
- g) Informações trocadas entre os profissionais que podem ocorrer durante a prática diária em reuniões, palestras, congressos ou cursos realizados nas sociedades ou associações profissionais;
- h) Farmacopéias, como: The British Pharmacopocia, a Farmacopéia Brasileira.
- i) Informações disponibilizadas através do computador, como: MED-LINE, DRUG-LINE, etc...

Cabe lembrar que os prescritores necessitam ter acesso a informações acerca da relevância clínica dos medicamentos, em particular, quanto às indicações, efeitos adversos, bem como ao custo comparado com alternativas disponíveis. As informações menos distorcidas resultam de ensaios clínicos controlados bem desenhados e, de estudos de farmacovigilância e de utilização de medicamentos (Pepe, 2000).

Por sua vez, é dever do receptor destas informações saber selecionar os estudos menos enviesados, uma vez que alguns resultados visam objetivos mais comerciais do que propriamente científicos (Gerez, 1993).

De qualquer modo, apenas o conhecimento acerca dos medicamentos não é suficiente para a terapêutica alcançar seu melhor resultado. Na verdade, o sucesso se desencadeia a partir do momento em que um paciente começa a falar de seus males e da forma como se comunicarão paciente, prescritor e dispensador. Assim, quanto mais harmoniosa a relação entre os três segmentos, melhores serão as respostas obtidas a partir do tratamento medicamentoso (Gerez, 1993).

### **2.2.2 - Consulta ao Dicionário de Especialidades Farmacêuticas**

No Brasil predomina como guia terapêutico, o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF), anualmente editado e distribuído pela entidade que congrega os produtores de medicamentos. Todavia, um estudo feito por Barros (2000, p. 424)

*“aponta para as deficiências de ordem qualitativa e quantitativa nas informações que estão disponíveis no compêndio brasileiro (DEF), fato que certamente, contribui para uma prescrição e utilização menos racional de uma série de produtos, entre os mais vendidos no país”.*

O fato torna-se ainda mais preocupante se observarmos estudo realizado anteriormente pelo mesmo autor (Barros, 1995, p. 43), realizado em Recife, entrevistando médicos e estudantes de medicina, constatou que mais da metade destes últimos não têm o hábito de consultar textos de farmacologia, tendo 65% deles afirmado que consultam, impreterivelmente, o DEF. Ademais, os médicos também incluídos no estudo, na sua

maioria, afirmaram não utilizar os compêndios de farmacologia e/ou terapêutica, tendo 52% das respostas referido o DEF como guia terapêutico sobre o qual recaiu a preferência dos entrevistados.

Vale a pena mencionar ainda com base nos estudos de Barros (2000, p. 426):

*“...que as contra-indicações, efeitos adversos e interações com outros medicamentos não constam do compêndio brasileiro para o Diclofenaco Potássico (Cataflan), Cefalexina (Keflex) e Diclofenaco Sódico (Voltarem), produtos que ocupam o primeiro, segundo e quarto lugares, respectivamente, entre os mais vendidos. Para o primeiro e quarto desses produtos, o PDR (Physicians' Desk Reference dos Estados Unidos), aponta reações adversas que vão desde sintomas gastrointestinais até efeitos mais graves, como é o caso da anafilaxia. Em relação ao Captopril (Capoten), quinto mais vendido, o DEF ignora as inúmeras reações adversas que este fármaco pode vir a provocar e que estão claramente anunciadas no PDR, a exemplo de efeitos sobre o sistema cardiovascular (hipertensão, taquicardia) ou genitourinário (insuficiência renal, proteinúria, poliúria, impotência)”.*

As conclusões advindas do estudo acima, indicam que a relevância delegada ao DEF no Brasil, como fonte de informações e consulta de grande parte dos prescritores de medicamentos, é preocupante. Sobretudo, porque no país não existem alternativas de informações direta ou indireta a respeito de medicamentos desvinculados dos produtos; o compêndio terapêutico brasileiro (DEF) deixa de incluir dados primordiais para respaldar uma prescrição racional, minimizando assim, usos inadequados e riscos potenciais.

## 2.3 – Relação medicamentosa

### 2.3.1. Prescritor, dispensador, receptor

Fato importante e merecedor de reflexão é a relação prescritor/dispensador. Entre outros aspectos, a integração entre os segmentos citados permite, através da combinação de conhecimentos especializados e complementares, o alcance de resultados eficientes, beneficiando principalmente, o paciente. Atualmente, é fato que as práticas médicas, farmacêuticas e de outros profissionais da saúde em conjunto, possibilita o desenvolvimento de atividades comuns e absolutamente essenciais, em ponto nevrálgico: o medicamento.

A troca de experiências e informações atualizadas sobre os fármacos é essencial à terapêutica. Porém, no passado os farmacêuticos eram percebidos pelos médicos como invasores no campo da dispensação de medicamentos.

No momento, o terreno da prescrição (pelo médico) e dispensação (pelo farmacêutico) ainda tem tido seus percalços. Todavia, há de se considerar que o profissional farmacêutico pode ser considerado peça-chave na garantia da qualidade do cuidado médico. Para Pepe (2000, p.819), *“o farmacêutico representa uma das últimas oportunidades de, ainda dentro do sistema de saúde, identificar, corrigir ou reduzir possíveis riscos associados à terapêutica. Suas responsabilidades, no momento da dispensação, são múltiplas. Envolve questões de cunho legal, técnico e clínico”*.

De acordo com Pepe (2000, p.820), *“a prescrição é, na maioria das vezes, feita pelo profissional médico”*. Na verdade, ela é o resultado de uma série complexa de decisões que este profissional toma após a anamnese. Desta forma, o médico aparece como elemento responsável pela indicação de um medicamento, sugerindo assim, que o

médico sabe a respeito da doença e que está zelando pela saúde do paciente. Contudo, o prescritor pode se deixar influenciar, primeiro por suas convicções, ou por fatores externos a ele, como: local de trabalho, propaganda farmacêutica, interesses econômicos, enfim.

Por sua vez, *“Os pacientes buscam os médicos cuja prática vai ao encontro de suas aspirações e, de certa forma, pode tanto avaliar um médico em função do remédio como vice-versa”* (Pepe, 2000, p.820). Por seu lado, o paciente, muitas vezes, dá valor maior a um encontro acolhedor com o seu médico, ou quanto ao tratamento indicado por este profissional, que permitirá ao paciente lidar com outras situações de sua vida social.

Basicamente, é a partir da consulta ao paciente que o prescritor vai decidir a necessidade da prescrição e, com isto, decidir o melhor fármaco para cada caso. O paciente, do seu ponto de vista, vai decidir se seguirá às recomendações feitas de forma integral, parcial ou se não aderirá ao tratamento proposto (Pepe, 2000, p.820).

Para Pepe (2000, p.820), *“a dispensação não configura apenas a ocasião em que determinada receita ou prescrição é aviada. Não é troca de mercadorias por receita médica. Tão, ou mais, importante que o medicamento recebido pelo paciente é a informação envolvida”*.

Nesta perspectiva, a prática informativa e educativa sobre os fármacos tem início na consulta médica e, tem sua efetividade no recinto da farmácia, onde surgirão esclarecimentos acerca da prescrição médica correta (dose, posologia, entre outros itens), cuidados especiais no armazenamento dos fármacos, efeitos adversos, etc.(Pepe, 2000).

Eis que surge o farmacêutico nas drogarias e farmácias contrariando uma prática ainda comum no nosso país (ausência deste profissional), para demonstrar que as atividades entre prescritor/dispensador são complementares e não excludentes.

Na melhor das hipóteses, se tudo correr bem, o medicamento realmente servirá a seu propósito: mitigar o sofrimento do indivíduo. Na pior das hipóteses, pode ser que o paciente procure outras alternativas terapêuticas que se traduzem em cura, ou maior sofrimento para o mal apresentado.

### **2.3.2. Face positiva do medicamento**

Os medicamentos constituem atualmente ferramentas poderosas para mitigar o sofrimento humano. Produzem curas, prolongam a vida e retardam o surgimento de complicações associadas às doenças, facilitando o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade. Além disso, é possível considerar o uso apropriado e inteligente dos medicamentos como tecnologia altamente custo-efetiva, uma vez que pode influenciar, de modo substantivo, a utilização do restante do cuidado médico (Avorn apud Pepe, 2000, p.816).

Todavia, há de se considerar que o medicamento pode levar a dois caminhos distintos: por um lado, sua utilização inadequada pode ocasionar doenças iatrogênicas, por um outro ângulo, combate problemas de saúde já existentes onde são investidos inúmeros recursos financeiros e tecnológicos.

É bem verdade que enquanto nos países desenvolvidos os medicamentos constituem ferramentas disponíveis para promover e manter a saúde da população, nos países em desenvolvimento, o uso dos medicamentos servem apenas para mascarar deficiências na prestação de assistência à saúde de seus habitantes.

Para Pepe (2000, p.816), *“a falta de serviços básicos de saneamento – rede de água e esgoto – que sirvam às camadas mais carentes e mais submetidas às desigualdades sociais, pode provocar, por exemplo, a recrudescência de doenças simples, como as*

*parasitoses*". Neste caso, o tratamento medicamentoso já não garantiria, por si, a cura do paciente.

Por sua vez, a inexistência de políticas públicas de saúde que resultem em ações de promoção e prevenção à saúde, acabam por conduzir a medicina para a face curativa e não preventiva.

### **2.3.3 – Face negativa do medicamento**

Todas as drogas são capazes de produzir efeitos nocivos e benéficos. Os efeitos nocivos podem ser : (a) relacionados ou (b) não relacionados com a ação farmacológica principal do fármaco (Rang, 1997).

Muitos dos efeitos adversos da primeira categoria são previsíveis, pelo menos quando a farmacodinâmica é compreendida em detalhe suficiente. Esses efeitos algumas vezes são denominados reações adversas do tipo A. Os efeitos adversos da segunda categoria também podem ocorrer de maneira previsível quando o fármaco é ingerido em dosagens excessivas – por exemplo, hepatotoxicidade por paracetamol, zumbido induzido por aspirina, durante a gestação – teratogenicidade por talidomida (Rang, 1997).

Além destes, podem ocorrer efeitos adversos imprevisíveis não relacionados com a ação farmacológica principal do fármaco, como: cloranfenicol – anemia aplástica; penicilina-anafilaxia (Rang, 1997). Estas reações idiossincráticas costumam ser graves e irreversíveis.

#### **2.3.3.1 – Efeitos nocivos de fármacos analgésicos**

O controle da dor é uma das indicações mais importantes a que se destinam os medicamentos. Os agentes analgésicos produzem analgesia agindo sobre o sistema nervoso central (no caso dos medicamentos derivados da morfina). Já os anestésicos locais agem na

periferia, enquanto que as drogas semelhantes à aspirina agem através de efeitos tanto centrais quanto periféricos (Rang, 1997).

Todavia, a tolerância aos opióides (isto é, um aumento na dose necessária para produzir determinado efeito farmacológico) instala-se com rapidez e é demonstrada prontamente (Rang, 1997).

Em si tratando de dependência física e psicológica, constatamos que a morfina e seus derivados produzem uma poderosa dependência psicológica, demonstrada como uma enorme ânsia pelo medicamento (Rang, 1997).

Entre os principais efeitos indesejáveis relacionados aos analgésicos estão: constipação, prurido, euforia, náuseas e vômitos, convulsões, entre outros (Rang, 1997).

#### **2.3.3.2 – Efeitos nocivos de agentes antibacterianos**

Em geral, existem duas necessidades importantes na escolha de antibióticos para tratar uma infecção bacteriana. São elas: a identificação do organismo infectante e a determinação de sua sensibilidade aos agentes antibacterianos (Rang, 1997).

Deve-se levar em consideração também alguns aspectos do hospedeiro, como: a exposição prévia a antibióticos, a idade, as funções hepática e renal, o local da infecção, a administração concomitante de outras drogas que possam interagir com o antibiótico e o fato de a paciente estar grávida ou de tratar-se de um paciente com o sistema imunológico comprometido (Rang, 1997).

Desta forma, percebemos o quanto é complexo a administração incorreta de um antibiótico, pois os efeitos colaterais advindos deste tipo de droga podem ser discretos e moderados, como: náuseas, vômitos, cefaléia, etc; mas podem ser efeitos tóxicos graves,

como: hepatite, febre, reações anafilactóides, depressão da medula óssea, nefrotoxicidade, e outros. Nestes casos, exige-se a suspensão imediata da terapia (Rang, 1997).

Um outro aspecto a ser considerado, na utilização de antibióticos é a resistência bacteriana. Isto porque existem drogas antibióticas específicas para microorganismos gram-positivos e gram-negativos. Assim, a banalização na utilização de antibióticos pode mascarar temporariamente uma doença mais séria, ou simplesmente, pode ocorrer que a administração não esteja atingindo os seus objetivos, tornando-se ineficaz.

#### **2.3.3.3 – Efeitos nocivos de fármacos antivirais**

Os vírus são os menores agentes infecciosos, talvez isto explique o fato de grande parte da população estar constantemente acometida de gripes e resfriados, entre outras doenças causadas por estes agentes (Rang, 1997).

Todavia, quando mal administrados, os medicamentos antivirais podem causar pancreatite, cefaléia, distúrbios gastrointestinais, insônia, erupções, depressões da medula óssea, entre outros.

#### **2.3.3.4 – Efeitos nocivos de drogas sedativo-hipnóticas**

Um composto sedativo (ansiolítico) eficaz deve reduzir a ansiedade e exercer um efeito calmante, com pouco ou nenhum efeito sobre as funções motoras ou mentais. O grau de depressão do sistema nervoso central deve ser o mínimo compatível com a eficácia terapêutica. Uma droga hipnótica deve produzir sonolência e encorajar o início e a manutenção de um estado de sono que se assemelhe o mais possível do estado de sono natural. Os efeitos hipnóticos envolvem uma depressão mais profunda do sistema nervoso central que a sedação, isto pode ser obtido com muitas drogas sedativas simplesmente aumentando-se a dose (Katzung, 1998).

A queixa de insônia é uma das mais frequentes na utilização deste grupo de medicamentos – sedativos/hipnóticos. Porém, a insônia exige uma avaliação cuidadosa para se descobrir possíveis causas (orgânicas, psicológicas, situacionais, etc.) que talvez possam ser tratadas sem drogas hipnóticas ou sedativas (Katzung, 1998).

Muitos dos efeitos adversos comuns das drogas nesta classe são aqueles conseqüentes à depressão, relacionada à dose, das funções do sistema nervoso central. Doses baixas podem ocasionar sonolência, alteração do juízo crítico e diminuição da capacidade motora, por vezes com um impacto significativo sobre a capacidade de dirigir veículos automotores, o desempenho no trabalho e as relações pessoais. Relatos de teratogenicidade levando a deformações fetais após o uso de certos benzodiazepínicos justificam a cautela no uso destas drogas durante a gravidez. A dose letal de qualquer sedativo-hipnótico varia com o paciente e com as circunstâncias (Katzung, 1998).

#### **2.3.3.5 – Efeitos nocivos de fármacos antiprotozoários e antihelmínticos**

O ser humano é acometido, muitas vezes em sua vida, de doenças causadas por protozoários ou helmintos. A transmissão das doenças é feita através da ingestão de cistos ou ovos em água ou alimentos contaminados, embora possa haver transmissões por contato direto ou por insetos agindo como vetores mecânicos (Lima, 1994).

Por este fato, é comum a ingestão de medicamentos antiprotozoários e antihelmínticos por conta própria. Todavia, este grupo de medicamentos pode ocasionar além da resistência, retinopatia irreversível, ototoxicidade, convulsões, hipotensão, prurido entre outros sintomas, quando administrado de forma incorreta ou repetidamente (Lima, 1994).

### **2.3.3.6 – Efeitos nocivos de medicamentos anti-hipertensivos**

Um princípio básico na terapêutica anti-hipertensiva é o de que os pacientes podem necessitar de vários medicamentos que ataquem os três principais locais determinantes do aumento da resistência vascular periférica: o núcleo vasomotor simpático central; o sistema nervoso simpático periférico; e diretamente, a musculatura lisa arteriolar (Dipalma, 1980).

Na prática, a hipertensão constitui um problema singular na terapêutica. Ela é comumente uma doença que se prolonga por toda a vida, que causa poucos sintomas até o estágio mais avançado. Para um tratamento eficaz devem ser consumidos diariamente medicamentos que são caros e freqüentemente produzem efeitos adversos, como: hipotensão, taquicardia, alteração do paladar, febre, entre outros (Dipalma, 1980).

### **2.3.3.7 – Efeitos nocivos dos repositores hormonais e contraceptivos**

Durante a vida fértil da mulher, é comum a administração de drogas contraceptivas. Todavia, grande parte das pacientes utiliza tais medicamentos sem acompanhamento médico, desconhecendo as contra-indicações e os efeitos adversos que podem ocorrer (Katzung, 1998).

Entre os efeitos discretos podem ser citados: náusea, mastalgia, pigmentação da pele, acne, etc. Porém, o risco de tromboembolismo, infarto do miocárdio, câncer, entre outros.

Em si tratando de menopausa, muitas mulheres adotam tratamentos à base de repositores hormonais. Estes necessitam de rigor e acompanhamento médico constante, pois tais medicamentos podem ocasionar aumento de pêlos corporais, aparecimento de nódulos e até mesmo, i câncer (Katzung, 1998).

### **2.3.3.8 – Efeito nocivo das vitaminas/hipovitaminosas**

Existem cerca de dez doenças causadas pela deficiência de vitaminas, embora o número de vitaminas seja maior. Algumas são tão comuns nos alimentos que as pessoas que comem nunca apresentam deficiência (Lima, 1994).

Todavia, é comum a utilização de antianêmicos sem prescrição médica, principalmente entre crianças e grávidas. A ingestão de uma dose elevada ou o uso de doses acima das necessidades diárias podem causar uma série de fenômenos, como: uma coloração benigna amarelo-alaranjada da pele, sonolência, edema de papila, náuseas, vômitos, fraqueza, diminuição da função renal que evolui para insuficiência e morte (Lima, 1994).

### **2.3.4 – Políticas de assistência farmacêutica no Brasil**

#### **2.3.4.1 – CEME, RENAME, e Farmácia Básica**

A Central de Medicamentos (CEME) foi criada em 25 de junho de 1971, tendo como objetivos principais a promoção e a organização das atividades de assistência farmacêutica aos estratos populacionais de reduzido poder aquisitivo, o incremento à pesquisa científica e tecnológica no campo químico-farmacêutico e o incentivo à instalação de fábricas de matérias-primas e de laboratórios pilotos (Cosendey, 2000).

De acordo com objetivos específicos da CEME, destaca-se a identificação de indicadores, como a incidência de doenças por região e por faixa de renda, o levantamento da capacidade de produção dos laboratórios farmacêuticos, a racionalização das categorias básicas de medicamentos por especialidades, a organização de eventos científicos, o planejamento e a distribuição e venda de medicamentos em todo o território nacional (Bermudez, 1995).

Neste contexto, a CEME passou por várias fases desde sua criação. Por ser um órgão que estava ligado diretamente à Presidência da República, estaria sujeita às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época. Por isso, desviava-se dos seus objetivos iniciais, na medida em que o contexto político se alterava.

Em 1975 foi instituída a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), com a proposta de ser periodicamente revisada (Bermudez, 1995).

A RENAME era um instrumento estratégico da Política Nacional de Medicamentos. Os técnicos da CEME, após diversos estudos, chegaram a listar 305 substâncias farmacêuticas (fármacos básicos) que possibilitaram atender 99% das necessidades médicas da população, racionalizando os critérios e procedimentos de compra (Pereira, 1995).

Após 15 anos da última revisão publicada no país, a RENAME foi finalmente atualizada em 1998, seguindo diretrizes recomendadas pela OMS, tendo por base a revisão feita em 1993 pela CEME, mas não divulgada, além de revisão de literatura mundial recente. Nesta edição, conferiu-se ênfase à avaliação de segurança e eficácia, como também considerar a respeito da disponibilidade dos produtos no mercado interno. A nova lista contém 303 princípios ativos em 545 apresentações destinadas a atender as principais nosologias prevalentes no Brasil (MS, 1998).

Embora a RENAME seja uma lista de medicamentos prioritários, o seu fornecimento por parte do governo para as unidades de saúde foi deficiente durante um grande período de existência da CEME.

Em 1987, entrou em operacionalização a Farmácia Básica, que foi uma proposta governamental para racionalizar o fornecimento de medicamentos para a atenção primária de saúde (Bermudez, 1995),

Foi idealizada como um módulo-padrão de suprimento de medicamentos selecionados da RENAME, que permitiam o tratamento das doenças mais comuns da população brasileira, especialmente aquelas voltadas para o nível ambulatorial (Bermudez, 1995).

Os módulo-padrão foram planejados para atender as necessidades de três mil pessoas por um período de seis meses, constando de 48 medicamentos. Posteriormente, foram acrescentados à Farmácia medicamentos de uso contínuo, totalizando 60 medicamentos considerados de maior demanda na rede pública de saúde (Médici, 1991).

Em 1987, ano em que o programa foi implantado, apenas 3.370 dos 4.600 municípios brasileiros foram beneficiados com a Farmácia Básica. As descontinuidades nos fornecimentos nos anos posteriores impediram que este programa tivesse um desempenho mais satisfatório. Em 1989, o programa contemplou 50 milhões de pessoas, por intermédio de mais de 19.200 farmácias básicas implantadas (Médici, 1991).

Embora na concepção da Farmácia Básica tenham sido consideradas as diversidades regionais, a sua implantação por um módulo-padrão em nível nacional não contemplou estas diversidades. O mesmo módulo-padrão era utilizado em todas as regiões do Brasil que apresentam perfis epidemiológicos totalmente diferenciados. Este fato teve como consequência a falta de alguns medicamentos e o excesso de outros, o que incorria em desperdícios. A falta de planejamento na produção e distribuição dos medicamentos do programa fazia com que as unidades de saúde recebessem muitos medicamentos com a

data de validade próxima ao vencimento, o que promovia grandes perdas, pois todas as unidades encontravam-se com grandes quantidades destes produtos, impossibilitando, inclusive, seu remanejamento.

Em 1998, com a promulgação da nova Constituição Federal do Brasil, foi conferido ao Estado o papel de assegurar a saúde de forma universal, integral e equânime, incluindo a assistência farmacêutica. Apesar disto, no período entre 1991 e 1992, a CEME reduziu a 20% seus níveis históricos de cobertura da demanda de medicamentos para o SUS (Bermudez, 1995).

A partir de 1990, com o advento do governo Collor, os problemas da CEME se agravaram. Aliada aos escândalos de tal governo, a CEME foi desativada e o realinhamento estratégico das competências, planos, programas e projetos a cargo da mesma (Bermudez, 1995).

Desta forma, as suas atividades foram pulverizadas em diferentes órgãos do Ministério da Saúde, como Secretaria de Vigilância Sanitária, Secretaria de Políticas de Saúde, entre outras.

#### **2.3.4.2 - Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde**

No final de 1992, a crise no setor brasileiro de medicamentos agravou-se devido a problemas de aumento dos preços de venda destes, decorrentes do fim do controle de preços por parte do governo. Entre abril do ano citado e abril de 1993, os preços de alguns medicamentos aumentaram em 2.600%, na tentativa de recuperar a margem de lucro perdida durante o período com controle governamental. Desta forma, o acesso da população aos medicamentos foi ainda mais dificultada.

Durante mais de 20 anos, os medicamentos básicos à população eram distribuídos pela CEME (Central de Medicamentos). Contudo, segundo Cosendey (2000, p.172) *“por ser um órgão que estava ligado diretamente à Presidência da República, estaria sujeita às influências das várias correntes ideológicas e dos interesses políticos que predominavam na época. Por isso, desviava-se dos seus objetivos iniciais, na medida em que o contexto político se alterava”*.

Para suprir os medicamentos básicos necessários à população brasileira de baixa renda, foi criado em 1998, o Programa de Farmácia Básica, destinado exclusivamente à atenção primário à saúde, no SUS.

Neste mesmo ano, os meios de comunicação divulgaram o escândalo dos medicamentos falsificados, que envolviam desde o empresário, político, sistema de saúde, indústrias farmacêuticas, distribuidoras, farmácias e drogarias, criando uma repercussão nacional, ocasionando por parte do Ministério da Saúde e Secretaria de Vigilância Sanitária, o fechamento de laboratórios industriais farmacêuticos que funcionavam ilegalmente ou não atendendo às condições mínimas de boas práticas de fabricação, entre outras medidas (Zubioli, 1992).

Neste momento, as autoridades sanitárias do país, pressionadas pela sociedade, estabeleceram a Portaria 802/98 e as Resoluções 391/99 e 328/00, que regulamentam definitivamente a presença do profissional farmacêutico no controle, produção, distribuição, transporte e armazenagem de produtos farmacêuticos. Definem também, o processo de atenção farmacêutica no atendimento da população, orientando-a no uso seguro e racional do medicamento, bem como garantindo a qualidade do mesmo que é ofertado à população.

Este programa foi extinto, em 1999. Restrições a ele são feitas por não levar em consideração o perfil epidemiológico da população, pois eram os mesmos medicamentos para municípios com problemas de saúde diferentes, ocorrendo falta de itens, em alguns lugares, e excesso, em outros.

Outros inconvenientes foram a falta de farmacêutico responsável pelos medicamentos e a sua distribuição pelos correios, uma vez que os medicamentos poderiam ser expostos ao sol, por determinados períodos de tempo ou, serem armazenados em locais inadequados. Na verdade, o ponto positivo do programa é que ele foi um primeiro passo, embora incipiente, para a descentralização do setor.

Oito anos após a regulamentação da Política de Saúde (Lei 8.08/90), o governo nomeou um grupo para formular a Política Nacional de Medicamentos (PNM), que foi apresentada, em forma de Portaria (nº 3.916/98), sendo considerado um avanço significativo para o setor, pois propõe “garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (Brasil, 1999). Nesta política, a assistência farmacêutica é uma das prioridades, devendo ser reorientada, particularmente, no que se refere à descentralização, e ressaltando que as três esferas do governo devem assegurar em seus orçamentos os recursos necessários para a aquisição e distribuição dos medicamentos (Brasil, 1999).

A assistência farmacêutica deve ser abordada como um dos componentes da promoção integral à saúde que pode utilizar o medicamento como um importante instrumento para o aumento da resolubilidade do atendimento ao paciente.

É só com a atenção farmacêutica que a mesma humanidade, que tanto se surpreende com as façanhas da tecnologia farmacêutica e dos modernos medicamentos, vai se livrar das iatrogenias (as doenças decorrentes do uso inadequado do remédio). Está claro que o farmacêutico é o profissional do paciente/medicamento e, que a sociedade precisa usufruir desse patrimônio humano, em seu favor.

### **3 - ASPECTOS METODOLÓGICOS**

O presente capítulo detalha os procedimentos metodológicos utilizados na pesquisa, discriminando os métodos de abordagem e de procedimento adotados, bem como os conceitos usados para o estudo da prevalência da automedicação em professores universitários do Centro de Ciências e Tecnologia da Universidade Estadual da Paraíba, no município de Campina Grande – PB.

#### **3.1 – Tipo de estudo**

Com o objetivo de verificar a prevalência da automedicação entre professores universitários de Campina Grande-PB, optou-se por um estudo do tipo transversal (Lakatos, 1980).

#### **3.2 – Universo da pesquisa**

A população estudada foi a de professores do Centro de Ciências e Tecnologia da UEPB (CCT), campus de Bodocongó em Campina Grande – PB. O centro possui 118 professores sendo que, destes, 11 estavam afastados realizando cursos de pós-graduação e 7 encontravam-se em licença ou a disposição de outros órgãos. Desta forma trabalhou-se com 100 professores tendo sido utilizado como critério de inclusão professores do CCT que estivessem em atividade no momento da pesquisa. A pesquisa foi realizada entre os meses de outubro de 2001 e março de 2002.

### 3.3 – Métodos e técnicas utilizadas

As entrevistas com os professores foram realizadas utilizando-se um questionário onde as perguntas podiam apresentar uma ou mais alternativas de resposta. Este instrumento de pesquisa encontra-se no anexo 1. Foi elaborado, sobretudo, segundo o que estabelece Barbosa Filho (1994), *“o questionário é um instrumento capaz de coletar dados que sirvam, realmente para responder ao problema abordado. O seu conteúdo deverá se constituir de um conjunto de indicadores relacionados com o problema central de investigação.”*

Com o intuito de evidenciar possíveis dificuldades e problemas com o instrumento definitivo, aplicou-se um pré-teste, não tendo havido necessidade de mudanças significativas nos questionários para a coleta de dados.

Durante a aplicação dos instrumentos sob a coordenação da mestranda, todos os respondentes foram informados quanto ao teor do estudo e da confiabilidade das informações coletadas. Assumimos cumprir as diretrizes regulamentadoras emanadas da resolução nº 196/96 do conselho nacional de Saúde/MS e suas complementares outorgada pelo decreto nº 93933, de 14 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito a comunidade científica aos sujeitos da pesquisa e ao estado. Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível mantendo em arquivo todas as informações inerentes à pesquisa, respeitando o sigilo e o anonimato de cada sujeito incluído na pesquisa, por cinco anos após o término desta (Brasil. 1997).

O questionário utilizado nesta pesquisa continha 22 variáveis distribuídas da seguinte forma:

I – Características sócio-econômicas e demográficas

Nesta parte (questões 1-6) trabalhou-se com os fatores sócio-econômicos e aspectos demográficos dos respondentes através de informações vinculadas ao:

A – Sexo

B – Idade

C – Estado civil

D – Nível de instrução

E – Renda familiar

F – Plano de saúde

II – Características automedicativas

Com as questões 07-7.5, procurou-se detectar o consumo de medicamentos nos quinze dias antecedentes à pesquisa, bem como os motivadores para tal consumo.

III – Características lingüísticas

Nas questões de 08 a 11, evidenciou-se a conceituação e o uso de termos, como: droga, medicamento-homeopático, fitoterápico e alopático.

IV – Prescrição médica

Neste bloco (questões 11 a 14) verificou-se a importância dada ou não à consulta médica, a prescrição dos remédios, bem como, o que diz respeito aos motivadores para a possível não procura de tais profissionais.

V – Aquisição de medicamentos

Com as questões 15 a 17 procurou-se verificar as formas mais utilizadas na aquisição de medicamentos, a presença ou não da reutilização de receitas antigas, assim como o que se refere ao final do tratamento com medicamentos.

#### VI – Problemas com a automedicação

Nesta parte (questões 18-19.1) detectou-se os principais efeitos adversos oriundos do consumo de medicamentos sem prescrição médica.

#### VII – Grupos farmacológicos

Neste bloco (questões 20-21) constataram-se os grupos farmacológicos mais usados com ou sem receitas médicas.

### **3.4 – Tratamento de dados**

As informações levantados através do instrumento de coleta de dados utilizado nesta pesquisa, foram analisadas através de técnicas estatísticas. Primeiramente foi feita uma análise descritiva do material coletado através de distribuições de frequência e gráficos. Em seguida alguns cruzamentos de dados trouxeram informações complementares.

Este trabalho foi feito utilizando-se os seguintes softwares:

- Epi-Info versão 6.04d (Dean et al, 2001).
- Microsoft Excel (versão 00) – utilizado na criação e elaboração dos gráficos.

### 3.5 – Dificuldades encontradas

Neste estudo foram constatadas, entre outras, as seguintes limitações:

- A listagem dos docentes integrantes do universo não foi fornecida pelo Departamento de Recursos Humanos da Universidade Estadual da Paraíba, como foi previamente solicitado em ofício. Fato este que retardou o andamento da pesquisa.
- O período grevista que assolou a instituição no período de outubro de 2001 a março de 2002 dificultou a localização dos docentes para a aplicação dos questionários.

### 3.6 – Convenções utilizadas nas tabelas e figuras

- As tabelas e as figuras representam a frequência e distribuição da variável investigada;
- A precisão adotada para exibição de percentuais nas tabelas e gráficos, foi de uma casa decimal. Tal precisão pode implicar em resultados iguais a 99,9% ou 100,1% quando somados os percentuais parciais para a mesma variável;
- (-) Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamentos.
- A identificação das tabelas e figuras foram feitas com algarismos arábicos de modo crescente não subordinados a capítulos ou seções.

## 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO ESTUDADA.

A identificação das características sócio-demográficas dos professores que atuam no CCT da Universidade Estadual da Paraíba no município de Campina Grande em 2002, foi feita com base nas seguintes variáveis: sexo, idade, estado civil, titulação e renda familiar. Os resultados encontram-se dispostos na Tabela 01 abaixo.

Analisando a variável sexo, constatamos que 63,0% dos professores eram do sexo masculino e 37,0% feminino, havendo portanto uma maior proporção de homens no referido centro. Em relação à idade observou-se que a maior parte dos indivíduos pesquisados estava entre a faixa de 40-49 anos (58,0%), sendo seguidos por aqueles de faixa etária entre 30-39 anos (34,0%) e, apenas 8,0% tinham mais de 50 anos. A idade é um fator importante nos estudos sobre automedicação, pois para Mosegui (1999) tal fenômeno atinge cada vez mais pessoas idosas, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas com o avançar da idade.

Observamos também no estudo no que se refere ao estado civil, que 8,0% eram desquitados, 16,0% solteiros e 76,0% casados. Dado significativo, sobretudo, para Bortoli (apud Herrerias, 2000) que reconheceu a presença freqüente de medicamentos como parte integrante do cotidiano das pessoas, principalmente as casadas, fato este que, segundo o referido autor, facilita a prática da automedicação.

Em relação à titulação dos indivíduos pesquisados, verificamos que 4,0% possuíam graduação, 34,0% especialização, 56,0% mestrado e 6,0% doutorado. Estes números justificaram renda familiar em torno de 3 a 5 salários mínimos (5,0%), 6 a 10 salários

mínimos (37,0%), e acima de 10 salários (58,0%), Para Weiderpass (1998), a automedicação ocorre também nas camadas privilegiadas da população, mesmo dispondo de todos os serviços médicos.

Como pode ser visto ainda na Tabela 01, um grupo maior de professores, 53,0% possuía plano de saúde, enquanto 47,0% não possuíam. De acordo com Cordeiro (1980) as práticas de automedicação adquirem relevância frente às características das consultas médicas. De acordo com o autor, 80% das consultas médicas implicam na prescrição de um ou mais medicamentos anteriormente não indicados, ou, o que é mais alarmante, à repetição de uma prescrição anterior, que salvo em alguns casos, como em doenças crônicas-degenerativas, se tornam desnecessárias.

Tabela 01: Características sócio-demográfica da população estudada

<b>1. Sexo</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Masculino	63	63 %
Feminino	37	37 %
Total	100	100 %
<b>2. Faixa etária</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
30 – 39 anos	34	34,0
40 – 49 anos	58	58,0
50 – 59 anos	7	7,0
> 60 anos	1	1,0
<b>3. Estado Civil</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Solteiro	16	16
Casado	78	76
Desquitado	8	8
Total	100	100
<b>4. Titulação</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Graduação	4	4
Especialização	34	34,0
Mestrado	56	56,0
Doutorado	6	6,0
Total	100	100
<b>5. Renda Familiar</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
3 a 5 salários	5	5,0
6 a 10 salários	37	37,0
> 10 salários	58	58,0
Total	100	100
<b>6. Plano de Saúde</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Possui	53	53,0
Não possui	47	47,0
Total	100	100

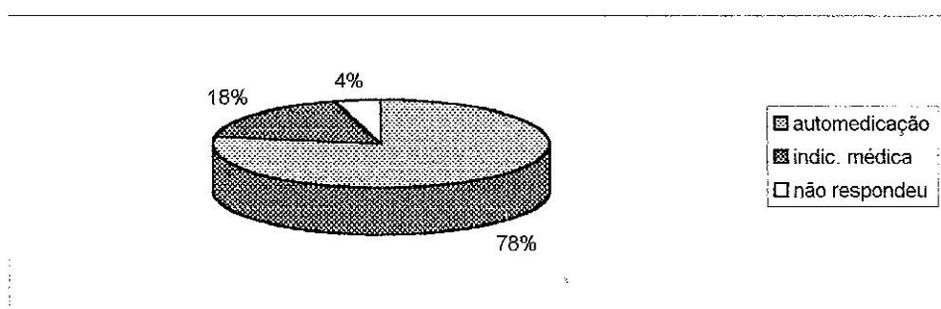
#### 4.2. CARACTERÍSTICAS DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS E AUTOMEDICAÇÃO ENTRE OS PROFESSORES UNIVERSITÁRIOS

Esta pesquisa foi planejada de maneira a se obter dois tipos de informações relativas à automedicação entre os entrevistados. A primeira refere-se ao consumo recente de medicamentos e, para este grupo de variáveis, optou-se pelo corte de quinze dias

anteriores à realização da entrevista. Consideramos este período adequado para se conseguir informações que dependessem da memória dos entrevistados. O segundo grupo de variáveis refere-se às opiniões, percepções e formas de consumo de medicamentos e automedicação. Sendo assim, e para maior clareza do leitor, estes resultados serão apresentados separadamente nas seções 3.2.1 e 3.2.2 abaixo. A seção seguinte 3.2.3 refere-se às diferenças observadas nas práticas de automedicação em função do sexo dos entrevistados.

#### 4.2.1 Consumo de medicamentos nos quinze dias anteriores à pesquisa

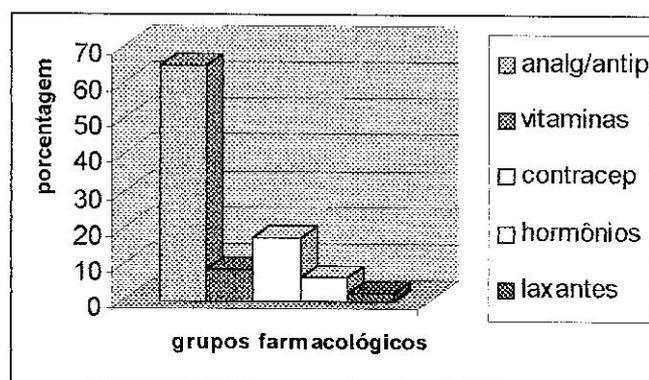
A Tabela 02 abaixo indica que o consumo de medicamentos na população estudada é alto, equivalendo a 45%, ou seja, quase metade dos professores usaram algum tipo de medicamento nos quinze dias anteriores à pesquisa. Verificamos que, a indicação do medicamento consumido ocorreu prioritariamente pelo próprio indivíduo (66,6%), sendo que a indicação por amigos e vizinhos equivaleu a 11,6% das respostas, perfazendo um total de 78,2%, valor que reflete a automedicação dentro do grupo de professores estudados (Figura 01). Apenas 17,7% dos entrevistados seguiram orientação médica para o consumo dos medicamentos utilizados nos 15 dias anteriores à pesquisa



**Figura 01:** Automedicação nos quinze dias que antecederam a pesquisa

O Ministério da Saúde quando alerta para o perigo da automedicação, mostra que, de cada três remédios vendidos no país, apenas um é receitado pelo médico (Kelly, 2000). Na verdade os nossos resultados projetam uma situação ainda pior, onde apenas cerca de um em cada cinco medicamentos consumidos foram indicados pelo médico.

Pode-se verificar ainda Tabela 02 e Figura 02, os grupos farmacológicos das drogas que os entrevistados utilizaram nos quinze dias que antecederam à pesquisa. Houve uma predominância de analgésicos/antipiréticos equivalendo a 64,4%.



**Figura 02:** Grupos farmacológicos utilizados

Sabe-se que os fármacos analgésicos/antipiréticos produzem poderosa dependência psicológica demonstrada pela enorme procura do medicamento e, principalmente, que tais medicamentos podem causar constipação, euforia, náuseas, vômitos, convulsões, entre outros efeitos indesejáveis (Rang, 1997).

De fato, a presença de analgésicos, vitaminas, descongestionantes nasais, antiácidos entre outros medicamentos, é freqüente nos lares contemporâneos. Muitas vezes, o indivíduo reconhece os sintomas de uma doença e passa a se tratar por conta própria,

desconhecendo ou não atentando para os problemas decorrentes da automedicação (Herrerias, 2000).

**Tabela 02:** Consumo de medicamentos, grupos farmacológicos e automedicação nos 15 dias anteriores à pesquisa.

<b>1. Consumo de medicamentos</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Sim	45	45
Não	55	55
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>2. Indicação do medicamento consumido</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Eu mesmo	30	66,6
Médico	8	17,7
Amigos e vizinhos	5	11,6
Não responderam	2	2,3
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
<b>3. Tipo de medicamento consumido/ grupo farmacológico</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Analgésicos/ antipiréticos	29	64,4
Vitaminas	4	8,8
Contraceptivos	8	17,7
Hormônios	3	6,6
Laxantes	1	2,2
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>
<b>4. Motivo para o consumo do medicamento</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Dor de cabeça	18	41,9
Gripe/resfriado	2	4,7
Febre	5	11,6
Dores em geral	3	7,0
Problemas digestivos	3	7,0
Outros	12	25,6
Não responderam	2	2,3
<b>Total</b>	<b>45</b>	<b>100</b>

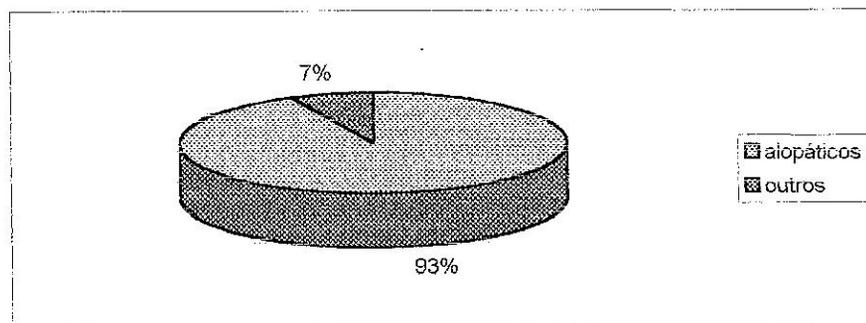
A Tabela 02 mostra ainda os motivos para a ingestão do(s) medicamento(s) nos quinze dias antecedentes à pesquisa. A porcentagem referente a dores de cabeça obteve 41,9% das respostas.

Para Lima (1994), a utilização indevida de medicamentos para dor, febre ou resfriado é comum entre as pessoas, porém, tais medicamentos podem provocar prejuízos à saúde quando mal administrados, como é o caso dos antivirais que podem provocar pancreatite, distúrbios gastrointestinais, insônia, depressão da medula óssea, entre outros sintomas.

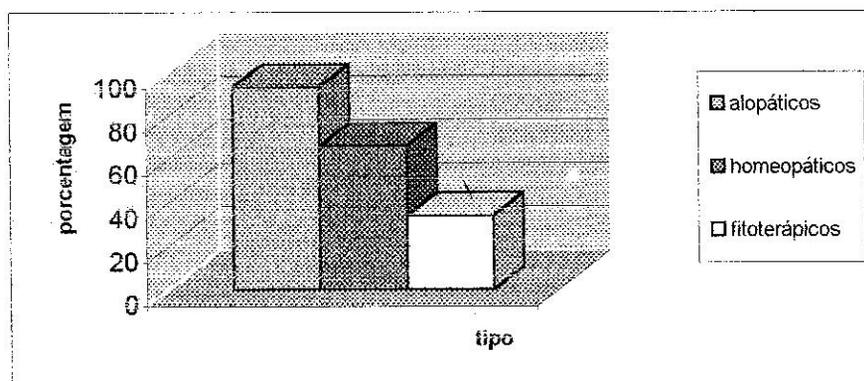
Gomes (1999) chama a atenção para o folclore hipocondríaco ao comentar o aumento na utilização de medicamentos industrializados por iniciativa própria das pessoas, permitindo os palpites diagnósticos e terapêuticos, numa tendência crescente a automedicação.

#### **4.2.2 Características gerais sobre aquisição e uso de medicamentos**

Observou-se pelos resultados deste estudo que houve um elevado índice da utilização de medicamentos alopáticos, 93,0% (Figura 03), entretanto, quando indagados sobre o uso de homeopáticos e fitoterápicos, os respondentes indicaram 66,0% e, 34,0%, respectivamente. Isto quer dizer que muitas pessoas fazem uso concomitante de diferentes tipos de medicamentos, sendo que apenas 7,0% dos professores não usam remédios alopáticos. De acordo com a literatura, a fronteira que separa o “bem do mal” é tênue em se tratando de medicamentos e, os perigos do abuso no uso sem orientação apropriada estão também em remédios homeopáticos e fitoterápicos. Um exemplo disto é o caso da fórmula 46<sup>®</sup> (Almeida Prado) que por conter fenoftaleína pode causar aborto (Meleiro, 2001).



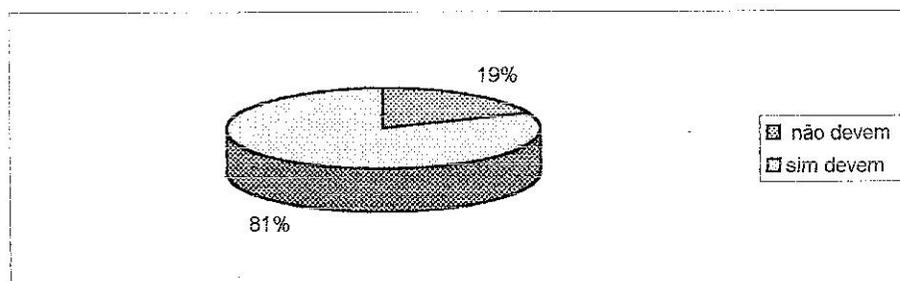
**Figura 03:** Consumo de medicamentos alopáticos na população estudada.



**Figura 04:** Tipo de medicamentos utilizados pela população estudada

A Tabela 03 abaixo, traz informações relativas a opiniões dos professores sobre automedicação e algumas características do consumo de medicamentos. Quanto à opinião dos professores sobre a propriedade ou não do consumo de medicamentos sem indicação médica, observou-se que apenas 19,0% dos entrevistados disseram que os medicamentos não devem ser consumidos sem orientação médica, enquanto que 81,0% disseram que sim. Destes, 57,0% responderam que devem ser tomados apenas os sintomáticos, ou seja os analgésicos, antitérmicos, antiespasmódicos; 11,0% responderam que sim, devem ser

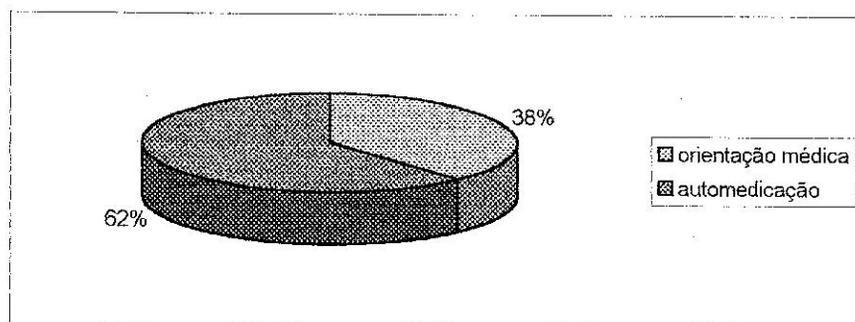
tomados sempre que se julgar seguro e 13,0 % responderam que sim, devem ser tomados apenas os não controlados.



**Figura 05:** Opinião dos professores sobre o consumo de medicamentos sem orientação médica

Percebemos que é alto o percentual de professores (57,0%) que julgou seguro a utilização de analgésicos, antitérmicos e antiespasmódicos. A crença na ciência permitiu que as pessoas banalizassem a realidade amedrontadora dos fatos, pois se sabe que o remédio cura (mais rapidamente, mais a fundo do que o chá ou a erva, entre outros cuidados alternativos), mas também pode viciar, causar dependência e, até a morte. Como no caso dos antianêmicos sem prescrição médica, comumente usados pelas gestantes e crianças, cujas doses acima das necessidades diárias podem causar sonolência, náuseas, vômitos, diminuição da função renal que evolui para a insuficiência e morte (Lima, 1994).

Quando se perguntou sobre a forma como comumente adquirem os medicamentos, 38,0% dos professores disseram seguir orientação médica atual. Os outros 62,0% compram por conta própria ou indicação de amigos, familiares, balconista de farmácia, etc. (Figura 06). Para Lima (1994), a automedicação é um problema comum. O autor verificou que mais da metade (70,0%) dos pacientes que possuem remédios em casa os obtiveram sem recomendação ou receita médica.



**Figura 06:** Forma usual de aquisição de medicamentos

Observamos também na nossa pesquisa que a maioria dos professores (70,0%) reutilizam receitas antigas, sendo que apenas 30,0% dos mesmos não o fazem. Pela Tabela 03, verificamos ainda, que 53,0% dos entrevistados reutilizam as receitas antigas às vezes enquanto que 17,0% reutilizam com frequência. Segundo Weiderpass (1998), uma das vias que colaboram nitidamente para a automedicação é a prescrição resultante de uma consulta insuficiente de informações ao paciente, o qual prolonga o tratamento indefinidamente sem retornar ao médico para uma avaliação de resultados.

A maioria dos professores (52,5%), indicou a leitura da bula medicamentosa como principal responsável pelo fim do tratamento sem receita médica. Dado importante a ser considerado, pois para Pepe (2000), as informações menos distorcidas a respeito de medicamentos resultam de ensaios clínicos controlados, estudos de farmacovigilância e de utilização de medicamentos. Por outro lado, Silva (2000) aponta que estudos sobre adequação da forma e conteúdo das bulas medicamentosas sugerem que elas estão disponíveis nas embalagens dos medicamentos, mais para atender a uma exigência legal do que para orientar o paciente a respeito do uso racional e correto dos mesmos. Cabe ao receptor destas informações selecionar os estudos menos enviesados, já que resultados

muitas vezes apresentados nas bulas visam objetivos mais lucrativos do que propriamente científicos (Saraceno, 1993).

Encerrando esta parte da análise, verificamos pelo menos um ponto bastante positivo nesta pesquisa, ou seja, 100% dos professores responderam que conferiam a data de validade dos medicamentos. No entanto, percebemos que, se por um lado a alta escolaridade dos entrevistados permitiu esta preocupação, por outro, a mesma consciência não se estendeu, pelo menos para a maioria deles, para a preocupação com os possíveis riscos do consumo inadequado de medicamentos.

**Tabela 03:** Opinião sobre a automedicação, forma de aquisição de medicamentos e reutilização de receitas antigas

<b>1. Opinião sobre a automedicação</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Sim, sempre que julgar seguro	11	11,0
Sim, apenas os não controlados	13	13,0
Sim, apenas os medicamentos sintomáticos	57	57,0
Não, nunca	19	19,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>2. Forma usual de aquisição de medicamentos</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Indicação médica	38	38,0
Outros	62	62,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>3. Reutilização de receitas antigas</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Sim, com frequência	17	17,0
Não	30	30,0
Às vezes	53	53,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>4. Conferência da data de vencimento do medicamento</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Sim	100	100
Não	0	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
<b>5. Responsável pelo final do tratamento sem receita médica</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Balconista de farmácia e/ou drogaria	2	2,0
Farmacêutico	7	7,0
Leitura da bula medicamentosa	52	52,0
Alívio do problema	38	38,0
Outros	1	1,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

#### 4.2.3- Gênero, padrões de utilização de medicamentos e automedicação

Como foi visto no início deste capítulo, as mulheres compunham 37,0% da população estudada e dentre elas, apenas 24,3% não tinham plano de saúde, enquanto que 75,7% tinham. Os homens, ao contrário, tinham proporcionalmente menor adesão a planos de saúde que as mulheres (60,3% deles não tinham). As diferenças apontadas acima indicaram que existe uma relação estatisticamente significante entre sexo e posse de plano de saúde, mostrando que houve uma probabilidade 2,5 vezes maior de um professor não ter plano de saúde sendo homem quando comparado às mulheres ( $RR = 2,48$   $p < 0,05$ ). Isto poderia estar mostrando uma maior preocupação das mulheres com a saúde, considerando-se aqui a homogeneidade salarial em função do sexo do professor.

A Tabela 04 abaixo apresenta os cruzamentos feitos com a variável sexo e automedicação e indica que, nos quinze dias anteriores à pesquisa, as mulheres consumiram mais medicamentos que os homens; 67,0% delas consumiram, enquanto que apenas 31,0% dos homens o fizeram. Observou-se ainda que dentre as que consumiram medicamentos, 75,0% se automedicaram, o que representa um alto percentual. No entanto, o percentual de homens que se automedicaram foi ainda maior, atingindo aproximadamente 90,0%. Esta diferença poderia estar associada ao maior acesso aos médicos, já que as mulheres têm plano de saúde em uma proporção maior.

**Tabela 04:** Plano de saúde, consumo de medicamentos e automedicação nos quinze dias anteriores à pesquisa por sexo.

Variável	Masculino		Feminino	
	(n)	%	(n)	%
<b>1. Plano de saúde</b>				
Não	38	60,3	9	24,3
Sim	25	39,7	28	75,7
Total		100		100
<b>2. Consumo de medicamentos</b>				
Não	43	68,3	12	32,4
Sim	20	31,7	25	67,6
Total		100		100
<b>3. Automedicação</b>				
Automedicação	17	89,5	18	75,0
Indicação médica	2	10,5	6	25,0
Total		100		100

A grande maioria dos entrevistados deste estudo, considerou que o medicamento deveria ser tomado sem indicação médica, sendo maior a proporção de mulheres que tinham esta opinião, 89,2% contra 76,2% dos homens (conforme Tabela 06).

Quando perguntados sobre a forma usual de adquirir os medicamentos, os entrevistados indicaram haver uma maior proporção de mulheres que se automedicam (70,3%) em relação aos homens (51,1%).

**Tabela 05.** Forma de aquisição de medicamentos, opinião sobre a automedicação e sexo.

Variável	Masculino		Feminino	
	(n)	%	(n)	%
<b>1. Forma de aquisição de medicamentos</b>				
Indicação médica	27	42,9	11	29,7
Outros	36	51,1	26	70,3
Total	63	63,0%	37	37,0%
<b>2. Opinião sobre a automedicação</b>				
Sim	48	76,2	33	89,2
Não	15	23,8	4	10,8
Total	63	63%	37	37,0%

#### **4.3. COMPLICAÇÕES ADVINDAS DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS, PREOCUPAÇÕES SOBRE A AUTOMEDICAÇÃO E FORMAS DE AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Quando indagados sobre o aparecimento de problemas decorrentes do uso de medicamento, 70,0% dos professores responderam afirmativamente, apontando logo em seguida as principais queixas, como: vômitos e diarreias, 35,7%; hipotensão e sonolência, 22,7%; náuseas, 17,1%; intoxicação, 10,0%, entre outros (Tabela 06).

A relevância destes dados é grande se considerarmos o que disse Rang (1997) quanto aos efeitos adversos imprevisíveis não relacionados com a ação farmacológica principal do fármaco, como por exemplo, o cloranfenicol, que pode ocasionar anemia aplástica e, a penicilina, causando anafilaxia. Ambas reações idiossincrásicas que costumam ser graves e irreversíveis.

Schreiber (2001) destacou o problema relativo aos medicamentos que contém associações. Muitas vezes, há uma divulgação inadequada dos componentes da fórmula,

fato que aliado ao desconhecimento de seus efeitos pode causar sérias reações adversas ao usuário.

Observamos que não existia entre os professores uma percepção do perigo associado ao consumo de uma substância estranha ao seu organismo. Quando perguntados sobre o conceito de DROGA, percebemos que 55,0% dos professores associam a palavra à coisa ruim. Apenas 27,0% conceituaram a palavra citada como sinônimo para medicamento e, 18,0% atentaram para algo do BEM e MAL (Tabela 06). Segundo Rang (1997), todas as drogas podem ter efeitos benéficos e maléficos ao ser vivo, sendo aspecto comum aos vários tipos de drogas lícitas ou ilícitas capazes de gerar dependência o fato de todas produzirem um efeito de gratificação, associado a um processo de habituação ou adaptação. Talvez este seja o fato que explique a alta prevalência da prática da automedicação observada neste estudo.

**Tabela 06:** Problemas decorrentes do uso de medicamentos, queixas e conceito da palavra droga.

<b>1. Problemas decorrentes do uso</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Sim	70	70,0
Não	30	30,0
Total	100	100 %
<b>2. Principais queixas</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Vômitos	14	20,0
Náuseas	12	17,1
Tremores	3	4,2
Diarréias	11	15,7
Intoxicação	7	10,0
Taquicardia	4	5,7
Sonolência	10	14,2
Cefaléia	1	1,4
Hipotensão	6	8,5
Outros	2	2,8
Total	70	100
<b>3. Conceito da palavra Droga</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
Coisa boa	27	27,0
Coisa ruim	55	55,0
Mal e bem	18	18,0
Total	100	100

No nível de análise a seguir, avaliamos algumas percepções e comportamentos dos professores quanto a automedicação. Estas informações encontram-se na Tabela 07 abaixo.

Quando perguntamos aos professores se já haviam tido algum problema decorrente do uso de medicamentos, verificamos que um número significativo, quase um terço deles, respondeu que sim. Ainda assim, este estudo mostrou uma alta prevalência de automedicação. Constatamos ainda que, mais de 80 % dos professores disseram preocupar-se com as consequências da automedicação, mas, mesmo assim, 23,3% daqueles que já haviam tido problemas ainda não se preocupavam.

Vimos também que, dos que mencionaram ter tido problemas com a automedicação, 73,3% citaram outras pessoas: vizinhos, amigos, familiares, balconistas de drogarias e farmácia; como os principais responsáveis pela indicação dos medicamentos consumidos, confirmando assim, os relatos da literatura sobre automedicação.

Um outro dado de alto valor a ser considerado no estudo (Tabela 07), foi que dos professores que tiveram complicações com a automedicação, 83,3% consideraram que os medicamentos deveriam ser tomados sem prescrição médica. Fato preocupante, uma vez que mesmo relatando efeitos indesejados em si próprios devido ao uso de remédios sem orientação precisa, os professores permaneciam banalizando as reações medicamentosas previstas e, imprevistas quando da ação dos fármacos. Outrossim, tais professores eram, na sua maioria, casados o que poderia favorecer a disseminação da prática automedicativa no âmbito familiar, particularmente (Rosenfeld, 1997) mostra que vários estudos relacionam largamente a disponibilidade de medicamentos nos domicílios e a irracionalidade no seu uso com a automedicação.

**Tabela 07:** Problemas com o uso de medicamentos, preocupações com as conseqüências da automedicação.

1. Problemas com o uso de medicamentos	Preocupações com conseqüências da automedicação		Total
	Sim	Não	
Sim (%)	23 (76,7%)	7 (23,3%)	30
Não (%)	60 (84,5%)	10 (14,5%)	70
Total	83	17	100
2. Problemas com o uso de medicamentos	Responsável pela indicação dos medicamentos		Total
	Médico	Outros	
Sim (%)	8 (26,7%)	22 (73,3%)	30
Não (%)	30 (42,9%)	40 (57,1%)	70
Total	38	62	100
3. Problemas com o uso de medicamentos	Opinião sobre a automedicação		Total
	Sim	Não	
Sim (%)	5 (16,7%)	25 (83,3%)	30
Não (%)	14 (20,0%)	56 (80%)	70

#### 4.4. RISCOS DA AUTOMEDICAÇÃO FRENTE AOS DIFERENTES GRUPOS FARMACOLÓGICOS

Os professores foram perguntados quanto aos tipos de medicamentos que usualmente consomem sem indicação médica. Os resultados, dispostos na Tabela 08 abaixo, mostram que os principais grupos farmacológicos usados sem a prescrição médica foram: analgésicos/antitérmicos (72,5%), antibióticos (9,0%); antiparasitários (9,1%); entre outros.

Como foi visto na revisão da literatura, particularmente na seção 1.3.4.1, os riscos decorrentes do uso inadequado ou prolongado de diferentes tipos de medicamentos são significantes. O risco é alto quando se trata do uso inadequado de antibióticos, por exemplo, cuja banalização na utilização pode mascarar temporariamente uma doença mais séria, ou simplesmente pode ocasionar resistência bacteriana (Rang, 1997).

Para Lima (1994), o uso de antiparasitário, bastante comum durante a vida humana, pode causar além de resistência, hipotensão e convulsões, entre outros sintomas, quando administrados de forma incorreta ou repetidamente. É preocupante o fato de termos encontrado na população estudada um percentual alto, de quase 10%, de uso de antibióticos e antiparasitários sem prescrição médica.

Como destacou Katzung (1998) a utilização de medicamentos sem prescrição médica pode ocasionar problemas clínicos significativos como por exemplo a congestão de rebote decorrente do uso regular de spray nasal por mais de quatro dias; ainda, destaca o autor que, o uso sistêmico crônico de alguns analgésicos contendo cafeína podem provocar cefaléia de rebote e até nefrite intersticial, entre outros problemas.

Dos medicamentos usados sem receita médica, 0,7% foram aqueles com ação no sistema cardiovascular, talvez por serem caros e freqüentemente produzirem efeitos adversos, como hipotensão, taquicardia, febre, etc. (Dipalma, 1980). Outro dado coletado e que mereceu atenção foi que apenas 2,2% dos professores utilizavam remédios que atuavam sobre o sistema nervoso central, como mostra a Tabela 08. A cautela no uso deste grupo de medicamentos poderia estar relacionada ao local de atuação – o cérebro – uma vez que os entrevistados necessitavam diariamente da lucidez e plena atividade mental.

O desempenho físico e intelectual poderia ser comprometido sob os efeitos de drogas hipnóticas/sedativas que causam sintomas popularmente conhecidos como:

alteração do juízo crítico, diminuição da capacidade motora, refletida no ato de dirigir veículos automotores, no desempenho do trabalho e nas relações pessoais. Além disto, a dose letal de qualquer sedativo-hipnótico varia com o paciente e as circunstâncias (Katzung, 1998).

**Tabela 08:** Automedicação e grupos farmacológicos

<b>Medicamento usado sem receita médica</b>	<b>Freqüência (n)</b>	<b>%</b>
Analgésicos/Antipiréticos	95	67,3
Ação sobre o sistema nervoso central	03	2,1
Ação sobre o sistema cardiovascular	01	0,7
Ação sobre o sistema gastrointestinal	05	3,5
Antibióticos	17	12,0
Antiparasitários	12	8,5
Vitaminas/Antianêmicos	08	5,6
<b>Total</b>	<b>141 *</b>	<b>100</b>

\* Estes valores correspondem a questões de múltiplas respostas

#### 4.5 AUTOMEDICAÇÃO E ASSISTÊNCIA À SAÚDE

No presente estudo ficou evidenciado que 51,0% dos professores procuram o médico ocasionalmente, apenas quando apresentavam algum problema (Tabela 10). Observou-se também que 70,9% apontaram a falta de tempo para não consultarem o médico com mais freqüência, sendo que 12,7% indicaram a insatisfação em relação ao atendimento de saúde pública, e, 8,1% referiram-se à experiência negativa do passado, como: o estabelecimento de consultas em horários inconvenientes, prescrições inadequadas, entre outras queixas.

Para Carlini (1995), os descaminhos da medicina oficial são muito claros, pois sua mercantilização, com a conseguinte massificação do atendimento, fez com que a relação médico-paciente se tornasse insípida. Segundo o autor, muitos médicos deixaram de ver no doente um ser humano, obrigando-se a examiná-lo de forma superficial e rápida.

Os pacientes, na maioria das vezes, buscam os médicos cuja prática vai ao encontro de suas aspirações e, de certa forma, podem tanto avaliar um médico em função do remédio que ele irá indicar como prática comum entre os prescritores, assim como a eficácia do medicamento quando utilizado, a qual determinará a competência do profissional. Por outro lado, a inexistência de políticas públicas de saúde que resultem em ações de promoção e prevenção à saúde, acabam por conduzir a medicina para a sua face curativa e não preventiva (Pepe, 2000).

**Tabela 09:** Consulta médica e motivo (s) para não visitar o médico

<b>1. Consulta Médica</b>	<b>Frequência (n)</b>	<b>%</b>
A cada dois ou três meses	1	1,0
Semestralmente ou anualmente	47	47,0
Ocasionalmente	51	51,0
Outros	1	1,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>
<b>2. Motivo para não consultar o médico</b>	<b>Frequência *</b>	<b>%</b>
Falta de tempo	78	70,9
Insatisfação com atendimento	14	12,7
Por experiência negativa do passado	9	8,1
Outros	9	8,1
<b>Total</b>	<b>110</b>	<b>100</b>

\* Estes valores correspondem a questões de múltiplas respostas

Pelos cruzamentos realizados abaixo, observamos que, mesmo tendo plano de saúde, 83,0% reutilizavam receitas antigas; 40,1% não procuravam o médico por falta de tempo e, 27,7% obedeciam a indicação de outras pessoas. Os dados encontrados reforçaram ainda mais a idéia que a automedicação é um assunto altamente relevante, uma vez que, mesmo em se falando de uma população especialmente esclarecida, ou seja, de professores universitários, a saúde como um todo, é sempre deixada para segundo plano, consolidando assim, a idéia de que medicamento serve apenas para mitigar sofrimentos momentâneos dos indivíduos.

Pelo que foi observado, a simples aquisição de um plano de saúde não garante qualidade de vida, pois a falta de políticas públicas voltadas para a atenção farmacêutica favoreceu neste estudo a prática da automedicação.

**Tabela 10:** Reutilização de receitas antigas, motivo para não consultar o médico, automedicação e plano de saúde

Plano de saúde	Reutilização de receitas antigas				Total
	Sim		Não		
Sim (%)	39	(83,0)	8	(17,0)	47
Não (%)	31	(58,5)	22	(41,55)	53
<b>Total</b>	70		30		100

Plano de saúde	Motivo para não consultar o médico *				Total
	Falta de tempo	Insatisfação	Experiência negativa	Outros	
Sim (%)	45 (40,1)	6 (5,3)	3 (2,6)	6 (5,3)	60
Não (%)	34 (30,3)	8 (7,1)	7 (6,2)	3 (2,7)	52
<b>Total</b>	79	14	10	9	112

Plano de saúde	Responsável pela indicação dos medicamentos				Total
	Sim		Não		
Sim (%)	34	(72,3)	13	(27,7)	47
Não (%)	28	(52,8)	25	(47,2)	53
<b>Total</b>	62		38		100

\*Estes valores correspondem a questões de múltiplas respostas.

Como vimos, a automedicação também ocorre nas classes privilegiadas da população. Os resultados apresentados neste estudo apontam para a necessidade de intervenções específicas acerca das informações sobre medicamentos, principalmente no que se refere ao uso racional e, ao risco do consumo crônico de remédios inadequados. Afinal, toda droga é um veneno em potencial.

#### 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos inicialmente afirmar, com base nos resultados obtidos, que as hipóteses levantadas para este trabalho foram confirmadas. Os dados apresentados mostram claramente uma alta prevalência de automedicação entre os professores universitários.

Nesta pesquisa trabalhamos com uma população que poderíamos considerar como privilegiada dentro da sociedade brasileira. Os professores universitários, embora não percebam os mais altos salários, possuem um nível sócio-demográfico relativamente alto para os padrões nacionais e mais, pela própria natureza do seu trabalho tendem a ser as pessoas mais informadas e conscientes. Mesmo assim, observamos que não há, pelo menos entre a maioria deles, um uso racional dos medicamentos.

Tal fato pode ser constatado pelos resultados acima apresentados onde se observou uma prevalência de automedicação igual a 78,2% nos quinze dias que antecederam a pesquisa. E quanto às opiniões dos professores, 81,0% consideram que o medicamento deve ser consumido por conta própria. Ainda, verificamos quanto à forma usual de aquisição de medicamentos que 62,0% os adquirem sem prescrição médica, sendo que apenas 38,0% seguem orientação profissional atualizada.

Na população estudada 47,0% não possuía plano de saúde e, aproximadamente 80,0% dos professores não procuravam regularmente o médico por falta de tempo ou outros motivos. Fatores estes que poderiam estar relacionados ao alto percentual de automedicação observado acima.

Os resultados da pesquisa demonstram também que 70,0% dos entrevistados afirmaram já ter tido problemas decorrentes da automedicação, destacando-se: vômitos

(20,0%). O grupo farmacológico observado com mais prevalência na automedicação foi o dos analgésicos/antipiréticos (64,4%), predominantemente utilizados por dores de cabeça (41,9).

Percebemos que tal prática é influenciada por condições externas, como a cultura, a economia e fatores legais, os quais facilitam ou não impedem a aquisição ou dispensação racional de medicamentos com ou sem a apresentação da prescrição médica.

Pelo que foi exposto nesta pesquisa e, olhando bem para a história do desenvolvimento das civilizações, é possível compreender melhor o paradigma saúde-doença. Na verdade, o homem sempre se imaginou auto-investido do poder de criar e/ou destruir. Assim, ele cria símbolos ou representantes de sua interferência sobre o seu ser.

Neste contexto, o medicamento aparece, atualmente, como um desses símbolos que chamam mais a atenção, por infiltrar-se e tornar-se parte das diversas culturas. É notório o aprisionamento das pessoas nas sociedades contemporâneas, independente do nível sócio-demográfico, à crença mística de resolver complicadíssimas questões de saúde e doença por meio de uma mercadoria – o medicamento. Há de se considerar também, que por trás desta mistificação em forma de eficácia científica, existe a acumulação de um dos segmentos mais lucrativos do capital industrial.

O ideal é que as pessoas não se automediquem, uma vez que a vida saudável não está no balcão da farmácia ou drogaria, mas sim nos cuidados de higiene pessoal e ambiental, hábitos sadios e qualidade de vida. A prática de esportes, caminhadas, alimentação balanceada, lazer e descanso dão mais sabor e qualidade à vida humana do que qualquer remédio.

Justifica-se assim, a luta contra essa engrenagem mirabolante que rege a cultura medicamentosa, através de ações para racionalizar o consumo de medicamentos e a automedicação, com objetivo da promoção e proteção da saúde individual e coletiva. Esta racionalização requer fundamentalmente uma aproximação intersetorial, com o envolvimento de elementos chave na cadeia do medicamento: governo, indústria farmacêutica e profissionais da área da saúde, atuando no estabelecimento e instrumentalização das leis que possibilitem alcançar estes objetivos.

Extrapolando-se os resultados desta pesquisa para a população como um todo, onde o nível educacional e de informação é sensivelmente mais baixo, podemos seguramente dizer que a automedicação é um grave problema de saúde pública no Brasil.

A realização de outros trabalhos epidemiológicos com diferentes categorias de profissionais de nível sócio-demográfico elevado, permitirá uma comparação entre os grupos e, possivelmente, uma melhor discussão sobre este tema relevante dentro da saúde pública – a automedicação.

## REFERÊNCIAS

ARRAIS, P. S. D. et al. *Perfil da automedicação no Brasil*. In: Rev. Saúde Pública. São Paulo: n. 1, vol. 31, 1997, p. 71-77.

BARROS, J. A. C. *A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas*. In: Cadernos Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(2): 421-28, abr-jun, 2000.

\_\_\_\_\_. *Produtores de medicamentos versus consumidores: quem sairá ganhando?* In: Ver. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 105-109, 1995.

\_\_\_\_\_. *A propaganda de medicamentos – atentado à saúde?* São Paulo. Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. HUCITEC, 1995.

BERMUDEZ, J. Z. & POSSAS, C. A. *Análise crítica da política de medicamentos no Brasil*. São Paulo: HUCITEC, 1995.

BUCHER, R. *Drogas e drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 110 de 19 de março de 1997. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 23 de março de 1997.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Políticas de Saúde. Portaria nº 3.916 de 20 de junho de 1999. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 24 de junho de 1999.

\_\_\_\_\_. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME).  
Brasília:MS, 1998.

\_\_\_\_\_. Lei 9787. Diário Oficial da República Federativa do Brasil,  
Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Lei 8080. Diário Oficial da República Federativa do Brasil,  
Brasília, DF, 1990.

\_\_\_\_\_. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas  
envolvendo seres humanos. Brasília, DF, 1997.

\_\_\_\_\_. Política Nacional de Medicamentos. Secretaria de Políticas da Saúde. Brasília, DF, 1999.

CARLINI, E. A. *Medicamentos, drogas e saúde*. São Paulo, HUCITEC – SOBRAVIME, 1995.

CORDEIRO, H. *A indústria da saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, 1980, p. 25.

COSENDEY, M. A. E. et al. *Assistência farmacêutica na atenção básica de saúde*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 16(1), p. 171-182, jan-mar, 2000.

DEAN, A. G. et. al. Epi Info, version 6.04d: a word processing data base, and statistics program for epidemiology on microcomputers. Centers of disease control and prevention, Atlanta, USA, 2001.

DIPALMA, J. R. *Farmacologia básica em medicina*. Rio de Janeiro, Interamericana, 1980.

FRANÇA, V. *O Brasil se entope de remédios*. Revista Veja, São Paulo, v. 1, n. 11 de Junho, 1997.

FONSECA, A. L. *Interações medicamentosas*. 2ª ed., Rio de Janeiro, EPUC, 1994.

GEREZ, J. C. *Indústria farmacêutica: histórico, mercado e competição*. In: Rev. Ciência Hoje. Brasília – Ministério da Saúde: n. 89, vol. 15, Abril, 1993, p. 21-30.

GILMAN, A. G. et. al. *As bases farmacológicas da terapêutica*. Rio de Janeiro, Guanabara, Koogan, 1991.

GIOVANNI, G. *A questão dos remédios no Brasil*. São Paulo: Polis, 1980.

GOMES, K. R. O. et. al. *Prevalência do uso de medicamentos na gravidez e relações com características maternas*. In: Rev. Saúde Pública. São Paulo: n. 3, vol. 33, 1999, p. 246-254.

HERRERIAS, T. et. al. *Automedicação em Curitiba*. In: Rev. Pharmacia Brasileira. Brasília: n. 20, Maio/Junho 2000.

JUAREZ, T. da, et al. *Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000.

KATZUNG, B. G. *Farmacologia: Básica e Clínica*. 6ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1998.

KELLY, R. *Está chovendo remédio no Brasil*. Revista Veja, São Paulo, n. 12, p. 1-6, set. 2000.

LAKATOS, E. M. e MARCONI, M. de A. *A metodologia do trabalho científico*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1980.

LEFÈVRE, F. Saúde, mídia e reificações. In: *Saúde e comunicações: visibilidades e evidências*. In: PITTA, Áurea M. R. (org.). São Paulo: HUCITEC, 1995, p. 139-147.

\_\_\_\_\_. *O medicamento como mercadoria simbólica*. São Paulo, Cortez, 1991.

\_\_\_\_\_. *Mitologia sanitária: saúde, doença, mídia e linguagem*. São Paulo, EDUSP, 1999.

LIMA, R. S. C. e CARDOSO, M. A. A. Adulteração de medicamentos: ausência do farmacêutico como agente de saúde pública. In: GUIMARÃES, A. F.; MEDEIROS, J. L. A.; BRASILEIRO, M. do C. E. (orgs). *O olhar multifacetado na saúde*. Campina Grande, EDUEPB, 1999. p.235-255.

LIMA, D. R. *Manual de Farmacologia Clínica, terapêutica e toxicológica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1994.

MÉDICI, A. C. et al. *A política de medicamentos no Brasil*. Rio de Janeiro. Escola Nacional de Ciências Estatísticas. IBGE, 1991.

MELEIRO, A. M. A. Silva. *O médico como paciente*. São Paulo: Lemos – Editorial, 2001.

MONTEIRO, M. Os riscos da automedicação. Disponível em < [www.maisde50.com.br](http://www.maisde50.com.br) >  
Acesso em 01 de Julho de 2001.

MOSEGUI, G. B. G. et. al. *Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos*. In: Rev. Saúde Pública, São Paulo: n. 5, vol. 33, 1999, p. 437-444.

NAVES, P. Automedicação no Brasil. Folha de São Paulo. São Paulo, 10 de mar. 2000, Caderno 4, p. 06.

PEPE, V. L. E. e CASTRO, C. G. S. O. de. *A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16(3): 815-822, Jul-Set. 2000.

PEREIRA, A. A. Produção descentralizada de medicamentos essenciais no Instituto de Tecnologia em Fármacos do Estado do Rio de Janeiro: um diagnóstico estratégico de sua implementação. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro. Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas, 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. O papel do farmacêutico no Sistema de Atenção à saúde. Tokyo, n. 95.01, 1993.

RANG, H. P. et. al. *Farmacologia*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1997.

ROSENFELD, S. *Farmacovigilância: elementos para discussão e perspectivas*. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 14(2): 237-263, Abr-Jun, 1998.

SILVA, T. et. al. *Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente*. In: Rev. Saúde Pública. São Paulo: n. 2, vol. 34, 2000.

VILARINO, J. F. et. al. *Perfil da automedicação no Brasil*. In: Rev. Saúde Pública. São Paulo: n. 1, vol. 32, 1998.

ZUBIOLI, A. *Profissão: Farmacêutico. E agora?* Brasília: Louise Editora, 1992.

WEIDERPASS, E. et. al. *Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do sul do Brasil*. In: Rev. Saúde Pública. São Paulo: n. 4, vol. 32, 1998.

**ANEXOS**



**10. Você usa medicamentos homeopático e/ou fitoterápico:**

- 1.( ) Sim    2.( ) Não    9.( ) ns/nr

**10.1. Com que frequência:**

- 1.( ) Diariamente  
2.( ) Mais de uma vez por semana  
3.( ) Quinzenalmente  
4.( ) 1 vez por mês  
5.( ) Ocasionalmente, quando tem algum problema  
6.( ) Outros

**11. Você usa medicamentos alopáticos:**    1.( ) Sim    2.( ) Não    9.( ) ns/nr

**11.1. Com que frequência:**

- 1.( ) Diariamente  
2.( ) Mais de uma vez por semana  
3.( ) Quinzenalmente  
4.( ) 1 vez por mês  
5.( ) Ocasionalmente, quando tem algum problema  
6.( ) Outros: \_\_\_\_\_

**12. Você procura o médico:**

- 1.( ) Uma ou mais vezes por mês  
2.( ) A cada dois ou três meses  
3.( ) Semestralmente ou anualmente  
4.( ) Ocasionalmente, quando tem problema  
5.( ) Outros: \_\_\_\_\_

**13. Caso você não procure o médico usualmente, aponte algum(s) motivo(s):**

- 1.( ) Falta de dinheiro  
2.( ) Falta de tempo  
3.( ) Insatisfação em relação ao atendimento de saúde pública  
4.( ) Por experiência negativa do passado  
5.( ) Outros: \_\_\_\_\_

**14. Na sua opinião, o medicamento deve ser tomado sem indicação médica:**

- 1.( ) Sim, sempre que julgar seguro  
2.( ) Sim, apenas os não controlados  
3.( ) Sim, apenas os medicamentos sintomáticos (analgésicos, antitérmicos, antiespasmódicos)  
4.( ) Não, nunca  
9.( ) ns/nr

**15. De que forma você costuma adquirir os medicamentos:**

- 1.( ) Por indicação médica atual  
2.( ) Por conta própria  
3.( ) Por indicação de alguém como: amigos, familiares, etc.  
4.( ) Por influência da mídia (propagandas em TV, rádio, revistas, etc.)  
5.( ) Por sugestão de balconista de farmácia e drogaria  
6.( ) Pela leitura de bulas  
7.( ) Outros: \_\_\_\_\_

**16. Você costuma reutilizar receitas antigas:**

- 1.( ) Sim, com frequência    2.( ) Não    3.( ) Às vezes    9.( ) ns/nr

**17. Você confere a data de vencimento, antes de tomar um medicamento:**

- 1.( ) Sim    2.( ) Não    9.( ) ns/nr

**18. Na aquisição de medicamentos sem receita médica, como você sabe quando é o final do tratamento:**

- 1.( ) O balconista da farmácia orienta  
2.( ) O farmacêutico orienta  
3.( ) Você decide pela leitura da bula medicamentosa  
4.( ) Você interrompe o tratamento quando sente alívio  
5.( ) Outros: \_\_\_\_\_

**19. Você tem receio em tomar medicamento por conta própria e, depois sentir algum problema:**

- 1.( ) Sim    2.( ) Não    9.( ) ns/nr

**20. Você já sentiu algum(s) problema(s) com o uso de medicamento(s):**

- 1.( ) Sim    2.( ) Não    9.( ) ns/nr

**20.1. Em caso afirmativo, aponte o tipo de problema:**

- 1.( ) Vômitos    2.( ) Náuseas    3.( ) Tremores  
4.( ) Diarréias    5.( ) Intoxicação    6.( ) Taquicardia  
7.( ) Sonolência    8.( ) Cefaléia    9.( ) Hipotensão  
10.( ) Outros: \_\_\_\_\_

**21. Qual(is) o(s) tipo(s) de medicamento(s) você usa sem receita médica:**

- 1.( ) Analgésico/antitérmico    6.( ) Antiparasitários  
2.( ) Ação sobre o sistema nervoso central    7.( ) Vitaminas/antianêmico  
3.( ) Ação sobre o sistema cardiovascular    8.( ) Outros: \_\_\_\_\_  
4.( ) Ação sobre o sistema gastro-intestinal    9.( ) ns/nr  
5.( ) Antibióticos

**22. Qual(is) o(s) tipo(s) de medicamento(s) você usa com receita médica:**

- 1.( ) Analgésico/antitérmico    6.( ) Antiparasitários  
2.( ) Ação sobre o sistema nervoso central    7.( ) Vitaminas/antianêmico  
3.( ) Ação sobre o sistema cardiovascular    8.( ) Outros: \_\_\_\_\_  
4.( ) Ação sobre o sistema gastro-intestinal    9.( ) ns/nr  
5.( ) Antibióticos



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
MESTRADO INTERDISCIPLINAR EM SAÚDE COLETIVA

Pesquisa: “Automedicação e saúde: consumo de medicamentos entre professores universitários de Campina Grande – PB”.

**AUTORIZAÇÃO DO ENTREVISTADO**

Eu, \_\_\_\_\_, autorizo a utilização das informações contidas no questionário de pesquisa para uso em material didático ou de publicação científica.

Campina Grande, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2002.

---

Assinatura do pesquisado