

**GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**  
**AVALIAÇÃO DE PONTOS CRÍTICOS**

## Série Políticas e Práticas Sociais, 17

### Títulos em catálogo

Práticas do Serviço Social: espaços tradicionais e emergentes, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Assessoria: inovações e avanços da prática do serviço social, de *Marylin Jos & Sílvia do Valle Pereira*.

Ética e Cidadania: olhares da filosofia latino-americana, organizado por *Cecília Pires Pinto*.

Moral Moderna: a alteridade antropológica na filosofia cartesiana, de *Jesus Eurico Niranda Regina*.

Cidadania: considerações e possibilidades, de *Rita Inês Hofer Bonamigo*.

América Latina: Crescimento no Comércio Mundial e Exclusão Social, organizado por *Carlos Nelson dos Reis*.

Onde está o dinheiro – Pistas para a Construção do Movimento Monetário Mosaico, organizado por *Henk van Arkel, Paulo Peixoto de Albuquerque, Camilo Ramada e Heloisa Primavera*.

Ainda além do medo: filosofia e antropologia do preconceito, de *Ricardo Timm de Souza*.

Novo Voluntariado Social: teoria e ação, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Atores Sociais, Participação e Ambiente, organizado por *Jacqueline Oliveira Silva*.

Luta Ambiental e Cidadania, de *Caio Lustosa e Eva Benites*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: acesso e disponibilidade de medicamentos no Sistema Único de Saúde, organizado por *Paulo Mayorga, Ronaldo Bordin e Maria Ceci Misoczky*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: regionalização e descentralização no Sistema Único de Saúde, organizado por *Maria Ceci Misoczky, Ronaldo Bordin e Paulo Mayorga*.

Gestão em Assistência Farmacêutica: do acesso aos medicamentos à vigilância em saúde, organizado por *Ronaldo Bordin, Paulo Mayorga e Maria Ceci Misoczky*.

## CONSELHO EDITORIAL DACASA EDITORA

Carmem Délia Sanches (Porto Rico)

Danu A. Platas Fabre (México)

Edward Dew (EUA)

Jacqueline Oliveira Silva

Jack W. Meek (EUA)

Marcos A Pedlowski

Paul Douglas Fisher

Paulo Eduardo Mayorga Borges

Roger dos Santos Rosa

Ronaldo Bordin

PAULO MAYORGA  
MARIA CECI MISOCZKY  
RONALDO BORDIN  
Organizadores

# GESTÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA AVALIAÇÃO DE PONTOS CRÍTICOS

DACASA EDITORA  
2009

Esta Publicação foi financiada pelo Ministério da Saúde através do Convênio MS/FAURGS/50/2006

---

**G393** Gestão em assistência farmacêutica – avaliação de pontos críticos / org. por Paulo Eduardo Mayorga Borges, Maria Ceci Misoczky e Ronaldo Bordin. – Porto Alegre: Dacasa Editora, 2009. 132 p.; 16 x 23 cm. - (Série Políticas e Práticas Sociais)

Inclui bibliografia.

ISBN 978 858607276-1

I. Saúde Pública – gestão farmacêutica – avaliação. 2. Sistema Único de Saúde (SUS) – gestão farmacêutica – avaliação. 3. Medicamentos – gestão farmacêutica – avaliação. I. Mayorga, Paulo, org. II. Bordin, Ronaldo, org. III. Misoczky, Maria Ceci, org..

CDU 35.07:615.014 (048.83)

---

CIP – Catalogação na fonte: Paula Pêgas de Lima CRB 10/1229

Projeto Gráfico, Capa e Diagramação  
Publicato Design Editorial  
[www.publicato.com.br](http://www.publicato.com.br)

© DO AUTOR

Direito de Publicação  
Dacasa Editora  
Caixa Postal 5057  
90041-970 | Porto Alegre | RS  
[www.dacasaeditora.com.br](http://www.dacasaeditora.com.br)  
[dacasa@logic.com.br](mailto:dacasa@logic.com.br)

**ESTOQUE DOMICILIAR DE MEDICAMENTOS  
NA COMUNIDADE IBAENSE ACOMPANHADA  
PELO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Maria Ângela Ribeiro  
Isabela Heineck

## APRESENTAÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) surgiu como estratégia para priorizar as ações de proteção e promoção da saúde. Esse programa permite conhecer a realidade das famílias acompanhadas por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando o atendimento mais efetivo e humanizado. No entanto, são poucas as iniciativas relacionadas à participação do PSF no uso racional dos medicamentos. O objetivo deste estudo é realizar um levantamento dos medicamentos estocados nas residências de usuários do PSF para observar os hábitos de consumo e obter subsídios para a racionalização do uso dos medicamentos na comunidade.

Inicialmente, são abordados aspectos relacionados à descentralização, aos objetivos e ao funcionamento do PSF e da Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde com uma breve descrição desses serviços no cenário do estudo, o município de Ibiá-MG.

Na sequência, é apresentada uma revisão bibliográfica sobre os temas, a utilização e o estoque domiciliar de medicamentos. Com a caracterização da população e do estoque domiciliar de medicamentos naquela comunidade e a discussão sobre os resultados constata-se a existência de problemas e a necessidade de ações no sentido da racionalização desse recurso, por exemplo, a implementação do fracionamento e adequação das embalagens dos medicamentos e incentivo à adesão ao tratamento.

## O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A partir da Constituição Federal de 1988, o Brasil assumiu o compromisso de reorganizar o modelo de atenção à saúde, referenciado na perspectiva de saúde como direito de cidadania e como recurso que apoia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas assistenciais, preventivas e educativas. Esse modelo de atenção à saúde, Sistema Único de Saúde (SUS) tem como princípios norteadores o acesso universal, equânime e o atendimento integral e descentralizado da saúde (SOUZA e CARVALHO, 2003).

Nessa proposta, estão compreendidos os campos da assistência, das intervenções ambientais e das políticas externas ao setor de saúde que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença da coletividade. Os níveis de atenção à saúde são representados pela promoção, proteção e recuperação da saúde, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo. Trata-se de um modelo de atenção centrado na qualidade de vida e na relação das equipes de saúde com a comunidade, privilegiando a abordagem familiar (BRASIL, 1996).

Todo um aparato jurídico vem sendo construído com intuito de proporcionar sustentação a essa proposta. Nas instituições públicas, cada vez mais aumenta a discussão sobre a descentralização e fortalecimento do poder municipal (BRASIL, 1996).

Em 1990, a Lei n.º 8080, de 19 de setembro – Lei Orgânica da Saúde e a Lei n.º 8142, de 28 de dezembro regulamentaram as determinações da Constituição, consagrando os princípios da descentralização das ações e dos serviços de saúde, definindo atribuições dos gestores nas três esferas de atuação. A Lei 8080 estabelece a organização básica de ações e serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e às atribuições de cada esfera de governo no SUS. No Artigo 6º, dessa lei, está assegurado o provimento da Assistência Terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica. A Lei 8142 estabelece a participação da sociedade na gestão do sistema.

Após a aprovação da Lei Orgânica da Saúde, foi elaborada a Norma Operacional Básica (NOB) SUS/91, regulamentando as leis recentemente publicadas. Essa norma apontava para a descentralização, mas resguardando ainda para o poder central a prestação de assistência hospitalar aos cidadãos. Em 1993, com a edição da NOB/SUS 01/93, o Ministério da Saúde assume como prioridade absoluta o cumprimento dos dispositivos da Lei Orgânica da Saúde que regulamentam a implantação do SUS e pressupõem que o processo de descentralização implica redistribuição de poder, redefinição de atribuições dos gestores públicos e estabelece novas relações entre as esferas de governo. Essa norma traz a necessidade de um processo de pactuação com diálogo e negociação, em decorrência de que são estabelecidas instâncias colegiadas de decisão, como Conferência de Saúde, Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Bipartite (CIB) e Conselhos de Saúde. Em 1996, a NOB/SUS 02/96, reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde da população, organizando os serviços que estão sob a sua gestão e participando do acesso aos demais serviços fora do município. Afirma também, a participação do município no financiamento do SUS.

A Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 01/2001 busca, em relação à NOB/96, ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica de Saúde. Nela, está definido o processo de regionalização da assistência e atualização dos critérios de habilitação dos municípios.

De acordo com a NOAS/2001, os municípios podem habilitar-se em duas condições: Gestão plena da atenção básica ampliada e Gestão plena do sistema municipal. Na última, a administração municipal assume a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, prestando os serviços à população sob sua gestão, assim como controlando, auditorando e pagando os prestadores de serviços nos três níveis de atenção. Os recursos financeiros, inclusive aquele destinado à Assistência Farmacêutica Básica são repassados fundo a fundo para o Fundo de Saúde do município.

O secretário municipal de saúde é o ordenador das despesas e a operacionalização do 'Fundo' deve ser automática, sem interferências das secretarias de planejamento e fazenda (MARIN, 2003).

#### PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A reorganização do sistema de saúde brasileiro de acordo com esse novo referencial tem dado origem a várias estratégias e programas de intervenção, entre eles

o Programa Saúde da Família (PSF). Com base no princípio saúde como direito de todos, o objetivo dessas propostas é garantir a promoção da saúde por meio de um atendimento acessível a todos, de forma contínua, integral e de qualidade (SOUZA e CARVALHO, 2003).

O PSF surgiu como estratégia para concretização dos Sistemas Locais de Saúde e tem uma lógica inversa ao modelo de saúde predominante em todo mundo. O modelo predominante está centrado na doença, em que os profissionais de saúde aguardam a procura dos pacientes e, geralmente, não se preocupam com os agentes causais (SOUZA e CARVALHO, 2003).

O PSF, como toda política social, situa-se em um movimentado cruzamento de princípios e conceitos operacionais, nos quais são frequentes as contradições de natureza político-ideológica ou conceitual. Com efeito, o PSF poderia ser considerado, por exemplo, mais uma política racionalizadora, de caráter focal, nos moldes preconizados pelos organismos internacionais financiadores de programas sociais no terceiro mundo. Ao mesmo tempo, poderia ser entendido como uma intervenção coerente com os princípios de equidade, integralidade e universalidade conforme as disposições da Constituição Federal Brasileira de 1988. Pode também ser compreendido como um processo de construção social e intelectual, pertinente à realidade política, institucional e cultural brasileira (GOULART, 2002).

O PSF prioriza as ações de proteção e promoção da saúde. O atendimento é prestado na Unidade de Saúde ou no domicílio por uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Cada equipe é levada a conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, por meio de cadastramento e diagnóstico de suas características, tornando-se mais sensível às necessidades dos indivíduos atendidos. Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.500 pessoas. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Segundo Mendes (2000), o método adequado para a reestruturação do sistema consiste na apropriação de um espaço por vários atores sociais, sabendo que esse espaço representa muito mais do que uma superfície geográfica, tem ainda um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político e social que o caracteriza e se expressa em um território permanentemente dinâmico.

A reorganização da atenção básica pressupõe ainda o funcionamento de um sistema de referência e contrarreferência eficiente que assegure a integralidade das ações de saúde (SOUZA e CARVALHO, 2003).

Os sistemas de saúde orientados para a atenção primária à saúde são mais eficientes, pois evitam internações desnecessárias, representam economia, melhoram a equidade, diminuem o uso de medicamentos, facilitam o controle público sobre o sistema, oferecem mais satisfação aos usuários e têm maiores impactos sobre os níveis de saúde (ARAÚJO, 2003).



### A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA NO SUS

Sabe-se que a Assistência Farmacêutica contempla todas as atividades referentes ao medicamento e apoiam as ações de saúde demandadas por uma comunidade e envolve todos os cuidados para promover o uso racional de medicamentos (MARIN, 2003).

O Sistema Público engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade, utilização de medicamentos, nesta, está compreendida a prescrição e dispensação. Essa sequência de atividades deverá favorecer a permanente disponibilidade dos produtos de acordo com as necessidades da população, identificadas com base em critérios epidemiológicos para assegurar a qualidade e resolutividade ao usuário (BRASIL, 1998).

No ciclo da Assistência Farmacêutica, a fase de programação tem por objetivo garantir a disponibilidade de medicamentos previamente selecionados nas quantidades adequadas e no tempo oportuno para atender às necessidades de uma população-alvo, por meio de um serviço, considerando-se um determinado período de tempo (MARIN, 2003).

Para tanto, faz-se necessário conhecer os usuários e dispor de dados consistentes sobre o consumo de medicamentos da área ou serviço, seu perfil demográfico e epidemiológico, a oferta e demanda dos serviços de saúde, bem como da disponibilidade financeira que dispõe para a execução da programação (MARIN, 2003).

A descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica exige dos municípios uma organização da Assistência Farmacêutica. Essa organização deve garantir o acesso para promover o uso adequado dos medicamentos, evitando possíveis agravos e problemas resultantes da terapia medicamentosa (MARIN, 2003).

O acesso a medicamentos essenciais não depende somente do financiamento (BERMUDES et al., 2000), mas também do modo como está estruturada a sua distribuição nos diversos serviços de farmácia, dos processos de gerência e das estratégias econômicas utilizadas para o abastecimento (WHO apud FERRAES, 2002) <sup>1</sup>.

Entende-se que ter acesso a medicamentos significa poder adquiri-los, como também contar com o atendimento de profissional qualificado, capaz de verificar a adequação da prescrição e esclarecer dúvidas sobre o uso dos medicamentos, complementando informações e acompanhando o seu uso.

### O PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA EM IBIÁ-MG E A ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Em 1997, foi implantado no município de Ibiá-MG o Programa Saúde da Família como estratégia de mudanças do modelo assistencial.

A partir de abril de 2000, o município habilitou-se, segundo a NOB/SUS-01/96, em Gestão Plena do Sistema Municipal, passando a receber automaticamente e regularmente

<sup>1</sup> WHO in Genebra, apud FERRAES, A.B. *Política de medicamentos na Atenção Básica e Assistência Farmacêutica no Paraná*. Dissertação de mestrado, 2002.

fundo a fundo todos os recursos do governo federal. Nessa modalidade de gestão, cabe ao município o comando total do SUS, isto é, de toda a rede de assistência ligada ao SUS. O município tornou-se responsável imediato pelas necessidades de saúde de sua população e os cidadãos dispuseram de novos mecanismos de participação.

Para a Farmácia Básica, o pacto baseou-se na tripartite, ou seja, recursos que envolvem além do fundo federal, a parte do estado com medicamentos em espécie e contrapartida do município. Essa contrapartida tem sido de tal forma que não faltam medicamentos nas Unidades de Saúde e hospital, já que os valores pactuados são realmente um incentivo mínimo para a assistência.

O município tem uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, composta por três Farmacêuticos (representantes da Assistência Farmacêutica, Laboratório de Análises Clínicas e Vigilância à Saúde), quatro médicos (Clínico-geral, representante da Pediatria e Clínica Cirúrgica), um enfermeiro (enfermeira do Programa Saúde da Família), um odontólogo, como Coordenador do Programa Saúde da Família e um administrador (Secretário Municipal de Saúde), que realiza o acompanhamento da Relação de Medicamentos Essenciais (Rename) e o seu ajuste quando necessário. Essa comissão auxilia a Assistência Farmacêutica a organizar os serviços em relação à forma de atendimento nas unidades de dispensação do Programa Saúde da Família e a elaborar protocolos farmacoterapêuticos.

Entretanto, a Comissão de Farmácia e Terapêutica não tem autonomia para acompanhar a gestão do orçamento e discutir a Assistência Farmacêutica.

#### UTILIZAÇÃO E ESTOQUE DOMICILIAR DE MEDICAMENTOS

A utilização de medicamentos foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como sendo “a comercialização, distribuição, prescrição e o uso de medicamentos na sociedade, com especial destaque sobre as conseqüências médicas, sociais e econômicas” (WANING, 2001).

As grandes e importantes transformações ocorridas nos padrões de utilização de medicamentos, nas últimas décadas, ocorreram devido ao grande número de moléculas farmacologicamente ativas, descobertas e lançadas no mercado sob a forma de medicamentos industrializados a partir dos anos de 1930/40 (TOGNONI e LAPORTE, 1989).

Os medicamentos para parcelas cada vez maiores da população têm representado uma maneira simples, rápida e concreta para a superação dos males que os afligem, uma estratégia mágica que além de combater doenças soluciona necessidades sociais. Para as classes de maior poder aquisitivo, é instrumento de proteção à saúde e para as de menor renda, manutenção e reposição da força de trabalho. Pode ainda ser o medicamento da moda, o qual responde a necessidades e mito explorados pela publicidade com os consumidores e prescritores (PERINI e ACURCIO, 2000).

Nas Farmácias Caseiras, observa-se que o percentual de medicamentos não essenciais e o estoque de produtos adquiridos por automedicação são consideráveis. Fatores relacionados com esse fato são o hábito de prescrever o que há de mais novo

no âmbito da terapêutica (LUÍZA, 2000) e a exploração desenfreada da propaganda (PEPE & CASTRO, 2000).

A automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente ou de seu responsável em obter e utilizar um produto que, conforme acredita, lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas (PAULO e ZANINI, 1988). Apesar de existirem poucos estudos sobre o tema no país, parece ser uma prática comum que possibilita agravos e mascaramento de doenças, interações medicamentosas e intoxicações (MARIN, 2003).

RIBEIRO e colaboradores (2002), em estudo exploratório sobre o uso de medicamentos, verificaram que a população de Ibiá-MG, culturalmente, está acostumada a lidar com medicamentos como sendo “mercadorias”, valendo-se da prática da corriqueira automedicação. O medicamento foi considerado como substituto dos prazeres da vida, alívio dos problemas de relacionamento familiar e comunitário, de desemprego e falta de dinheiro. Foi observado, ainda, o descarte no lixo doméstico por falta de confiança no medicamento do “governo” ou rivalidades políticas e alteração, ou suspensão da terapia prescrita. O uso de plantas consideradas popularmente como medicinais, sem orientação, era frequente e o consumo de determinadas classes terapêuticas na comunidade parecia ser elevado.

Finalmente, foram encontradas pessoas utilizando tais medicamentos, associados ou não com álcool, em tentativas de suicídio. Esse dado está de acordo com os da Vigilância Epidemiológica do município que demonstra uso abusivo e tentativas de suicídio com medicamentos (IBIÁ, 2003)<sup>2</sup>. As estatísticas revelam que o medicamento é o produto que mais causa intoxicação, no estado de Minas Gerais e no país (CEATOX, 2003 e SERVITOX, 2003).

Nos EUA, de 1999 a 2000, o gasto com medicamentos de venda sob prescrição cresceu 17,3%. Tal crescimento foi maior do que o observado em qualquer outro serviço de saúde. O envelhecimento da população é uma possível explicação para o fenômeno. O número de produtos usados pelos idosos está entre dois e cinco e parece aumentar à custa dos medicamentos de venda livre (COSTA et al., 2003).

O comércio dos medicamentos de venda livre está crescendo no mundo inteiro. No Brasil, a produção de medicamentos de venda livre representa 30% do faturamento total do mercado farmacêutico. Os números, que já são elevados, podem crescer mais 15% nos próximos cinco anos de acordo com a previsão da Associação Brasileira da Indústria de Medicamentos Isentos de Prescrição (ABIMIP) (SANTOS, 2002).

Segundo HEINECK e colaboradores (1998), os medicamentos de venda livre no Brasil são de baixo valor terapêutico e o consumo de muitos deles representa um gasto desnecessário para a população.

<sup>2</sup> RIBEIRO, M.A. ; OLIVEIRA, J.B. e col. *Prêmio Qualidade Mineira em Saúde* – Secretaria Municipal de Saúde de Ibiá –MG, 2002.

Na Irlanda do Norte, WAZAIFY e colaboradores (2005) estudaram 1.107 casos de intoxicações por medicamentos, em um período de três meses, com início em 1º de dezembro de 2002 e término em março de 2003. As intoxicações por medicamentos de venda livre representaram 40,1% dos casos. Parte das intoxicações foi causada devido ao uso de apenas um medicamento (24,0%). As sobredoses ocorreram principalmente em mulheres (62,3%) entre 31 e 50 anos de idade (44,9%). De acordo com os relatos, a maioria das intoxicações foi intencional e apenas 28 casos foram considerados acidentais. Os medicamentos de venda livre utilizados foram Paracetamol, Ácido Acetilsalicílico e Ibuprofeno, geralmente associados a outros medicamentos.

MENA e colaboradores (2004) realizaram, no Chile, um levantamento epidemiológico a partir de registros sobre intoxicações em um período de 10 anos, em que chegaram à conclusão de que os medicamentos são as substâncias mais comumente implicadas nas intoxicações. Os medicamentos que atuam no Sistema Nervoso Central foram os mais recorrentes (40,3%), entre eles os benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, antidepressivos (tricíclicos e inibidores seletivos da recaptção de serotonina), fenotiazinas e narcóticos-opiáceos. Estavam envolvidos também os medicamentos que atuam no sistema respiratório: anti-histamínicos, broncodilatadores, mucolíticos, antitussígenos (10,9%), antimicrobianos (6,2%), hormônios (5,5%) e fármacos que atuam no nível cardiovascular (antiarrítmicos, anti-hipertensivos e vasodilatadores) (4,7%).

Se em algumas situações o medicamento é subutilizado para o controle das doenças, em outras se observa um uso irracional que se traduz pelo consumo excessivo de produtos supérfluos e não indicados. O uso de múltiplos produtos, a prescrição dos contraindicados, o uso de dois ou mais fármacos com a mesma atividade farmacológica e o treinamento inadequado da equipe de saúde favorecem o aparecimento dos efeitos adversos e interações. O aprimoramento da qualidade da prescrição médica e o estímulo às investigações sobre o uso de medicamentos beneficiam a população. Cabe então, aos gestores dos sistemas de saúde, garantir o acesso aos produtos e a oferta de fármacos com o melhor perfil quanto à relação benefício *versus* risco. O acesso aos medicamentos segue as desigualdades sociais e econômicas. Vinte e cinco por cento da população mundial não têm acesso ou têm acesso limitado aos fármacos. Estima-se que 23% dos brasileiros consumam 60% da produção e que 64,5 milhões de pessoas, em condições de pobreza, não tenham como comprar medicamentos (ROZENFELD, 2003).

Entre os fatores preditores do uso dos medicamentos, estão a idade avançada, o sexo feminino, as más condições de saúde e a depressão. A prevalência de uso de medicamentos, ajustada por idade, é maior entre as mulheres as quais apresentam piores estado funcional e saúde autorreferida, sintomas depressivos e maior número de hospitalizações. A idade é uma variável preditora do uso de medicamentos e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida. O aumento do uso de produtos com a idade depende da classe ou da subclasse terapêutica considerada e de o produto ser ou não de venda livre (ROZENFELD, 2003).

No Brasil, estudos populacionais sobre o consumo de produtos farmacêuticos evidenciam o uso crescente com a idade tanto em pequenos povoados do interior (HAAK, 1989) como em grandes centros urbanos (BARROS, 1983). O número médio de produtos consumidos oscila entre 2 e 3,2. Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, verificou-se que 80,2% dos idosos usam regularmente medicamentos prescritos. Esse uso é mais acentuado entre as mulheres e após os 70 anos de idade. Quase 30% consomem medicamentos não prescritos, sem diferenças entre os gêneros, sendo a maioria dos consumidores mais jovem, entre 60 e 69 anos. Além da idade e do sexo, têm sido identificados outros fatores predisponentes para o uso de medicamentos. No grupo dos idosos, as mulheres mais velhas, com maior renda familiar e com mais sintomas utilizam mais medicamentos prescritos pelo médico.

O tamanho da família e as atitudes favoráveis em relação aos serviços não médicos são variáveis predisponentes para o consumo de produtos de venda sem prescrição médica (COSTA, 2003).

BARROS (1983), comparando classes terapêuticas mais usadas por idosos na cidade de Campinas com resultados de estudos realizados em grandes cidades, verificou que são similares. As principais são as que agem sobre o aparelho cardiovascular (28%); o sistema nervoso central (13,6%); os analgésicos e antitérmicos (10,4%); as que agem sobre o aparelho respiratório (8,4%); sobre o aparelho digestivo (8,4%), as vitaminas e os antianêmicos (5,4%).

MIRALLES apud ROZENFELD (2003)<sup>3</sup> relata que, no município do Rio de Janeiro, 24% dos idosos usam pelo menos um anti-hipertensivo e 24%, pelos menos, um diurético, vindo a seguir os produtos para insuficiência cardíaca congestiva (17,9%), os antirreumáticos (14,2%) e os analgésicos e antipiréticos (13,9%).

Da mesma forma, CORDEIRO apud ROZENFELD (2003)<sup>4</sup> concluiu, em estudo realizado no município de Nova Iguaçu, RJ, que os remédios consumidos entre os homens de 60 a 69 anos são “para o coração” e “para a pressão” (13,1%), as vitaminas e os analgésicos respondendo, cada um deles, por cerca de 10%, vindo a seguir os produtos para tosse e fígado. Entre as mulheres, 17,1% consomem produtos para a pressão e para o coração; 14,3% usam analgésicos e 8,6%, vitaminas. As taxas de automedicação entre os idosos parecem ser menores do que as da população em geral.

A maioria dos consumidores de psicofármacos, no Rio de Janeiro, foi de mulheres idosas, jovens, divorciadas e viúvas com baixa renda familiar (ALMEIDA, 1994).

<sup>3</sup> MIRALLES, M.A., 1992. *Access to Care and Medication Use Among the Ambulatory Elderly in Rio de Janeiro, Brazil*, Ph.D. Thesis, Gainesville: University of Florida apud ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma Revisão. *Caderno de Saúde Pública* (Rio de Janeiro), v.19, n.3, p.1-13, 2003.

<sup>4</sup> CORDEIRO, H.; 1980. *A indústria de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Graal apud ROZENFELD, S. Prevalência fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. *Caderno de Saúde Pública*, (Rio de Janeiro). v.19, n.º3, p.1-13, 2003.

Em outro estudo realizado em Porto Alegre, foi observado que o consumo de benzodiazepínicos cresce com a idade e com a condição de viúvo ou separado (WORTMANN et al., 1994).

BÉRIA e colaboradores (1993) investigaram padrões de consumo de medicamentos em uma coorte de 4.746 crianças e as influências das variáveis socioeconômicas e de utilização dos serviços de saúde na cidade de Pelotas (RS). As crianças tinham idade entre 35 e 53 meses. Foi verificado que 55,8% das crianças haviam consumido medicamentos nos últimos 15 dias. Dentre estas, cerca de 30% haviam utilizado um medicamento e 8,8% três ou mais. Os principais responsáveis pela prescrição foram, em 62,7% dos casos, o médico e, em 32,3%, a mãe. Os medicamentos mais utilizados foram ácido acetilsalicílico, vitaminas com sais minerais, associações antigripais, mebendazol e estimulantes do apetite. De acordo com esses resultados, os pesquisadores alertaram para um alto consumo de medicamentos entre as crianças, mostrando uma grande disponibilidade de medicamentos nos domicílios, bem como o risco de intoxicação.

É grande a presença, o uso e a disponibilidade de medicamentos no meio doméstico, na Itália, conforme relata GABRIELE e colaboradores (1989). Em média, 12,8 medicamentos foram encontrados por residência, dos quais, somente 30% estavam em uso.

WOLD e HUNSKAR (1992) verificaram as condições dos medicamentos estocados em 1.512 casas, na Noruega, pelo envio de um questionário, ao qual 33% das famílias responderam. Observaram que de cada quatro medicamentos avaliados, três deles estavam vencidos. A metade das casas tinha lugar específico para guardar os medicamentos. Foram encontrados, em média, nove produtos por casa, sendo que a maioria deles havia sido parcialmente utilizada. Os medicamentos mais estocados foram os de venda livre. A preferência para a guarda dos medicamentos foi na cozinha e no quarto.

Outro exemplo foi de um estudo realizado por KIYINGI e LAUWO (1993), que teve como objetivo verificar a prevalência do uso oral de medicamentos em uma vila, em Papua Nova Guiné, na Austrália. Das 176 preparações encontradas, o uso corrente foi reportado para 111 itens, sendo que os outros foram usados parcialmente e 26 deles guardados para uso futuro. Além disso, foram verificados automedicação, adesão incompleta ao tratamento e uso de medicamentos vencidos.

YOUSIF (2002), no Sudão, estudou hábitos de utilização e estoque de medicamentos em domicílio, em um estudo que envolveu 469 famílias de diferentes áreas nessa região. Aproximadamente, 97% das famílias investigadas tinham pelo menos um medicamento estocado em casa. O estudo revelou ainda uma alta taxa de automedicação (46,9%), repetição e uso além do vencimento de medicamentos estocados (55,0%) e uma alta taxa de troca de medicamentos entre as famílias (59,3%). A compra de medicamentos sem prescrição mostrou-se também um hábito frequente na população estudada. Muitos pacientes não cumprem com exatidão a duração das prescrições. Foram encontradas, em estoque, 2.079 preparações medicamentosas.

WASSERFALLEN e colaboradores (2003), na Suíça, desenvolveram um estudo com pessoas idosas avaliando a composição dos medicamentos estocados em casa e o custo

correspondente desses medicamentos. Constatou-se que os idosos, além de utilizar medicamentos prescritos por vários médicos, devido a múltiplas doenças crônicas, usavam também medicamentos de venda livre. Foram incluídos no estudo 195 pacientes, todos pacientes hospitalizados por mais de 24 horas, com idade igual ou maior que 75 anos. Realizando visita domiciliar, encontraram um total de 2.059 medicamentos com média de 10,3 (1 a 42) por paciente. O valor calculado de medicamentos estocados, em casa, foi de 62.826 dólares, no total, ou 320 dólares por paciente. Desses medicamentos, somente um terço era utilizado regularmente.

ARROYO (1990) pesquisou a “Farmácia Caseira” da população de um distrito sanitário em Pamplona, na Espanha. A pesquisa foi realizada por meio de entrevista domiciliar em 146 residências. Considerou, para efeito de estudo, todo medicamento que estivesse em estoque e que não fizesse parte de nenhum tratamento em curso. Encontrou uma média de 3,4 ( $\pm 2$  medicamentos) por residência. Os grupos terapêuticos mais estocados foram medicamentos com ação nos sistemas nervoso central, respiratório, digestivo, metabólico, locomotor, cardiovascular, dermatológicos e anti-infecciosos.

De acordo com VICTORA apud FERNANDES (2000)<sup>5</sup>, o estoque de medicamentos ou “Farmácia Caseira” pode ser entendido como sendo o acúmulo doméstico de medicamentos, perfazendo tanto os medicamentos em uso quanto os de uso esporádico e os que estão fora de uso. Esse estoque pode ser formado por aquisição por meio de prescrição de compra por iniciativa própria de medicamentos de venda livre ou não, por orientação de terceiros, sendo que essa influência ocorre mesmo por diferentes meios de comunicação. Um estoque domiciliar de medicamentos influencia nos hábitos de consumo de moradores, implica automedicação e reutilização de prescrições.

Para assegurar um abastecimento adequado, suficiente e oportuno de medicamentos essenciais nas unidades de atenção primária, o planejamento é requisito indispensável para fechar o ciclo de atenção à saúde. Entretanto, constitui um problema nas unidades de atenção primária. Esse problema tem origem na insuficiência de recursos públicos, na aquisição, no armazenamento e, sobretudo, na distribuição dos medicamentos à população (RESÉNDEZ, 2000).

Segundo ARREDONDO e colaboradores (1999), em um estudo realizado no México, no qual foram analisados os custos de procedimentos por usuários na Assistência Médica ambulatorial, o gasto com medicamentos foi três vezes mais elevado do que o destinado para a assistência médica.

Diante da escassez de recursos, impõe-se a necessidade de alocá-los de forma mais eficiente possível. A concentração de medicamentos desnecessários e sobras de tratamento nas “Farmácias caseiras” podem, de certa forma, resultar em problemas

<sup>5</sup> VICTORA, C.G.; BARROSA, F.C.; VOUGHAN, J.P. *Epidemiologia da desigualdade*. 2. Ed. São Paulo: Hucitec, 1989 apud FERNANDES, L. C. *Caracterização e análise da Farmácia Caseira ou Estoque domiciliar de medicamentos*. UFRGS. Dissertação de Mestrado, 2002.

no planejamento para aquisição de medicamentos e controle da demanda ou, ainda, na sua falta para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

#### CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ESTUDADA

Ibiá é uma cidade situada na parte oeste de Minas Gerais, no chamado Alto Paranaíba, integrando a microrregião do planalto de Araxá (MG), já no Triângulo Mineiro. No que se refere ao Sistema Único de Saúde, o município está vinculado à Gerência de Saúde de Uberaba-MG.

Segundo resultados preliminares do mapa censitário do Programa Saúde da Família de 2003, o PSF desse município acompanha uma população de 22.128 pessoas. Durante os meses de julho, agosto e setembro de 2004, foi aplicado um questionário a 285 de um total de 1.601 famílias residentes nas 10 microáreas selecionadas para o estudo. As 10 microáreas trabalham com PSF de 12 bairros e um distrito na zona rural.

A população estudada totalizou 915 pessoas. O número de moradores em cada família foi de, no mínimo, um e, no máximo, nove. Em média, cada domicílio apresentava 3,2 moradores.

A faixa etária dos integrantes das famílias variou de 1 mês a 95 anos. Desses integrantes, 76 eram crianças menores de 5 anos, o equivalente a 8,3% dos moradores; 14,05% crianças menores de 10 anos e 2,0% eram adultos maiores de 80 anos. A maioria dos indivíduos encontrava-se na faixa etária de 20 a 40 anos (26,5%).

Vinte e três por cento das famílias que participaram do estudo não informaram a renda mensal. Considerando a renda dos que informaram, a variação ficou entre R\$194,00 e R\$4.300,00. Analisando a distribuição da renda familiar, percebe-se que é significativo o grupo populacional que tem renda inferior a R\$500,00/família (30,8%).

Em relação à escolaridade, a maioria (66%) dos indivíduos concluiu o ensino fundamental e 5,3% dos moradores eram analfabetos. As crianças menores de 5 anos foram excluídas dessa análise e 62 moradores não informaram esse dado. Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (1997), o município tem um percentual de 95% de pessoas alfabetizadas. Os dados encontrados no estudo se assemelham a esse percentual.

#### ESTOQUE DE MEDICAMENTOS

O número de medicamentos encontrados no estoque domiciliar variou de 1 a 36, sendo a média de 8,4 medicamentos por domicílio. Essa média é semelhante a encontrada em alguns estudos nacionais.

FRANCO e colaboradores (1987), na Bahia, encontraram uma média de 9,2 medicamentos por domicílio. Verificou-se um percentual de 50% de indivíduos economicamente inativos na amostra estudada. O maior consumo de medicamentos estava diretamente relacionado com a população sem inserção produtiva formal (66,8%). O consumo de medicamentos de forma global, inferior a 50%, ocorreu



entre os profissionais liberais, sendo que os maiores índices de automedicação foram detectados nas classes assalariadas, especialmente empregadas em serviços domésticos. Segundo os autores, esse resultado pode ser o reflexo das dificuldades de acesso, por essas classes, aos serviços de saúde.

No entanto, os resultados em relação à média de medicamentos deste trabalho e do estudo de FRANCO e colaboradores (1987) difere muito da média observada por FERNANDES (2000), que realizou estudo similar em Porto Alegre, encontrando uma média de 20 medicamentos/residência.

A amostra estudada por FERNANDES (2000) tinha renda familiar relativamente alta, devido aos critérios adotados na seleção da população estudada que excluía as unidades sanitárias com preponderância de estratos mais pobres.

Do total de 285 famílias entrevistadas no presente estudo, em 18 delas os moradores não apresentaram nenhum medicamento em estoque. O restante (93,5%) apresentou, pelo menos, um medicamento estocado. Em estudo realizado em Nova Guiné, por KIURING e LAUWO (1993), das 139 famílias entrevistadas, 73 tinham o hábito de estocar medicamentos. Nas outras famílias, 66 residências que não tinham nenhum medicamento em estoque, a informação era que costumavam se desfazer das sobras. O hábito de estocar medicamentos deve-se em parte ao modelo político-econômico da nossa sociedade, cujo objetivo é o consumismo (VANZELER e RODRIGUES, 1999).

Foram encontrados, nas Farmácias Caseiras, 2.394 medicamentos, sendo que para 8,3% não foi possível localizar a composição ou até mesmo o registro no Ministério da Saúde.

Esse fato sugere que medicamentos estão sendo comercializados sem a devida aprovação pelo órgão competente e que o banco de dados, disponibilizado para consulta na página da ANVISA, está desatualizado. A utilização de produtos sem registro é preocupante, pois é desconhecida a sua eficácia e segurança. O banco de dados desatualizado, além de dificultar a realização de estudos como este, pode prejudicar ações de profissionais de saúde em questões relacionadas aos medicamentos.

A distribuição dos produtos, segundo o grupo terapêutico, está apresentada na Tabela I.

**Tabela I:** Distribuição dos produtos do estoque domiciliar segundo o Grupo Terapêutico

<b>Grupos Terapêuticos</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Trato Alimentar e Metabolismo</b>	<b>308</b>	<b>14,0</b>
Prep. Estomatológico	33	1,5
Antiácidos	90	4,1
Problemas Funcionais do estômago e intestino	70	3,2
Antidiabéticos	40	1,8
Vitaminas	25	1,1
Outros	50	2,3

<b>Sangue e Órgãos Hematopoiéticos</b>	<b>91</b>	<b>4,2</b>
Antitrombóticos	63	2,9
Antianêmicos	25	1,1
Soluções para infusão e substitutos do sangue	3	0,2
<b>Sistema Cardiovascular</b>	<b>428</b>	<b>19,5</b>
Terapia cardíaca	34	1,5
Anti-hipertensivos	14	0,6
Diuréticos	141	6,4
Vasodilatadores Periféricos	11	0,5
Vasoprotetores	31	1,4
Beta bloqueadores	67	3,0
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	22	1,0
Inibidores da ECA	99	4,5
Redutores dos lípides séricos	9	0,4
<b>Dermatológicos</b>	<b>138</b>	<b>6,3</b>
Antifúngicos	38	1,7
Corticoides tópicos	31	1,4
Outros produtos dermatológicos	69	3,1
<b>Sistema Genitourinário</b>	<b>46</b>	<b>2,1</b>
Anti-infecciosos e antissépticos	14	0,6
Outros Ginecológicos	3	0,2
Hormônios sexuais e moduladores genitais	15	0,7
Produtos de uso urológico	14	0,6
<b>Hormônios Sistêmicos, exceto sexuais</b>	<b>13</b>	<b>0,6</b>
Corticoides	5	0,2
Terapia para Tireoide	8	0,4
<b>Hormônios Sistêmicos, exceto sexuais</b>		
Anti-infecciosos Sistêmicos	140	6,4
Antibacterianos	128	5,8
Outros	12	0,6
<b>Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores</b>	<b>3</b>	<b>0,1</b>
Agentes Antineoplásicos	1	0,04
Terapia Endócrina	1	0,04
Imunoestimulante	1	0,04

continua >

<b>Sistema Musculoesquelético</b>	<b>161</b>	<b>7,4</b>
Anti-inflamatórios e antirreumatóides não esteroidais	110	5,1
Produtos de uso tópico para dores articulares e musculares	11	0,50%
Relaxante muscular	38	1,7
Antigotosos	1	0,04
Fármacos para tratamento de enfermidades ósseas	1	0,04
<b>Sistema Nervoso</b>	<b>462</b>	<b>21,0</b>
Analgésicos	245	11,1
Antiepilépticos	34	1,5
Antiparkinsonianos	5	0,2
Psicolépticos	80	3,6
Psicoanalépticos	78	3,5
Outros fármacos que atuam no Sistema Nervoso	20	0,9
<b>Antiparasitários</b>	<b>10</b>	<b>0,5</b>
Antiprotozoários	1	0,04
Anti-helmínticos	6	0,3
Ectoparasiticidas	3	0,1
<b>Sistema Respiratório</b>	<b>261</b>	<b>11,9</b>
Produtos de uso nasal	50	2,3
Produtos para garganta	1	0,04
Agentes para problemas das vias respiratórias	60	2,7
Agentes para resfriado	84	3,8
Anti-histamínicos	55	2,5
Outros produtos para trato respiratório	11	0,5
<b>Órgãos dos Sentidos</b>	<b>131</b>	<b>6,0</b>
Oftalmológicos	32	1,4
Otológicos	13	0,6
<b>Todos outros produtos terapêuticos</b>	<b>86</b>	<b>3,9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>2.196</b>	<b>100,0</b>

Dos 2.196 medicamentos cuja composição era conhecida, 2.122 (96,2%) eram especialidades farmacêuticas, 58 (2,5%) produtos oficiais e 28 (1,3%) produtos magistrais.

Pode-se constatar que os medicamentos para tratamento do Sistema Nervoso (21,05%), dentre esses os analgésicos, são os produtos majoritários (11,2%) e em seguida, os Psicolépticos e Psicoanalépticos (7,2%). FERNANDES (2000) também observou que os medicamentos mais frequentemente estocados eram os que atuam no SNC (21,9%), dentre os quais prevaleceram os analgésicos (17,9%).

Os medicamentos com ação no Sistema Cardiovascular (19,5%) apareceram em segundo lugar. Em relação aos anti-hipertensivos, deve-se considerar a prevalência da doença em nosso meio; dessa forma, o armazenamento não pode ser atribuído simplesmente às sobras, mas ao tratamento contínuo.

As principais formas farmacêuticas dos medicamentos encontrados em estoque foram comprimidos (53,7%), solução oral (14,7%), cápsula (9,8%) e xarope (4,9%), conforme apresenta a Tabela 2.

A maioria dos medicamentos estocados era de especialidades farmacêuticas para via oral e tópica, sugerindo que esses são os produtos mais utilizados. A pequena prevalência de produtos injetáveis já era esperada por se tratar de observação realizada na comunidade. Os medicamentos injetáveis são produtos mais caros, de uso restrito para determinadas situações e que requerem pessoas treinadas para a sua administração.

**Tabela 2:** Distribuição das Formas Farmacêuticas mais frequentes

<b>Formas Farmacêuticas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sólidas</b>	<b>1.573</b>	<b>66,5</b>
Comprimidos	1.268	53,6
Cápsulas	232	9,8
Pós	73	3,0
<b>Semisólidas</b>	<b>172</b>	<b>7,3</b>
Pomadas/Cremes	172	7,3
<b>Líquidos Não-estéreis</b>	<b>494</b>	<b>21,0</b>
Suspensões	30	1,3
Xampus	1	0,0
Solução Oral	348	14,7
Xaropes	115	4,9
Estéreis	123	5,2
Injetáveis	15	0,6
Outras Formas Farmacêuticas	108	4,6
<b>TOTAL</b>	<b>2.362</b>	<b>100,0</b>

Os medicamentos foram encontrados no quarto (42,9%), cozinha (40,6%), sala (10,2%), copa (3,2%) e banheiro (2,9%). Nesses locais, os medicamentos ficavam armazenados dentro de armários, guarda-roupas, gavetas, em cima de móveis (mesa, raque, cômoda) e eletrodomésticos (geladeira, micro-ondas), janelas da cozinha e banheiro, entre outros.

Estudos que abordaram a guarda de medicamentos apontam a cozinha como o principal lugar para essa prática (WOLD e HUNSKAR, 1992; RIDOUT et al., 1986; FERNANDES, 2000). De acordo com FERNANDES (2000), a cozinha é um cômodo

que está presente em toda e qualquer casa, por menor que seja, disponibiliza água e outros líquidos, o que favorece a administração e o não esquecimento, além de ser de fácil acesso a todos os moradores. No entanto, SCHENKEL (1996), reforça que o acesso facilitado é fator de risco para intoxicações em crianças e a proximidade aos alimentos pode induzir o uso desnecessário por parte dos moradores.

Sabe-se que a estabilidade da formulação depende tanto do fármaco quanto da mistura de excipientes ou veículos usados, assim como interação entre ambos, face às condições em que estão submetidos. Essas condições podem ser intrínsecas e extrínsecas. As primeiras, de responsabilidade do fabricante, relacionadas com a matéria-prima, processos produtivos e materiais de embalagem; as extrínsecas correspondem a fatores ambientais como luminosidade, temperatura e umidade. Quando a guarda dos medicamentos não é feita corretamente, perde-se a estabilidade da fórmula farmacêutica, tornando os medicamentos inadequados para uso.

Dos 25 locais de estoque de medicamentos identificados, 15 (60,1%) possibilitavam a exposição dos produtos ao calor e seis (25,5%) possibilitavam o alcance às crianças. Diante desses dados, faz-se necessário sugerir um processo de educação das famílias pelos Agentes Comunitários e outros profissionais da saúde, com o objetivo de mudar o comportamento em relação aos medicamentos, a fim de usá-los de forma racional e armazená-los adequadamente.

As equipes do PSF, com a supervisão do serviço de Assistência Farmacêutica do município, realizam, desde 2001, um trabalho de recolhimento de medicamentos vencidos nos domicílios. Estes, após registro em uma planilha, são encaminhados à Vigilância Sanitária para descarte dos medicamentos da melhor forma possível. Segundo PEREIRA (2004), os medicamentos vencidos ou deteriorados deverão ser descartados de forma correta e com preservação da natureza, considerando-se que tais produtos não devem ser jogados no lixo doméstico, no vaso sanitário, nem no esgoto.

Embora exista no município um sistema de recolhimento de medicamentos vencidos por parte dos Agentes Comunitários da Saúde, foi encontrada uma proporção de 18,5% de medicamentos com o prazo de validade expirado. Dentre estes, 4,1% eram provenientes do Sistema Público, 3,3% haviam sido adquiridos em Farmácias, 3,8% por empréstimo e 7,3% por doações. Os medicamentos adquiridos por doações são distribuídos por pastorais religiosas e comunidades espíritas da cidade. Nesse caso, observou-se que o percentual de vencimento foi maior, provavelmente, porque as pessoas recebem medicamentos dos quais não têm necessidade de uso.

Não foi encontrada nenhuma amostra grátis no estoque domiciliar, o que pode ser explicado pela quantidade em que o produto é fornecido, não favorecendo sobras. Cabe ressaltar que o serviço da Assistência Farmacêutica proíbe visitas de propagandistas de Indústrias Farmacêuticas na rede pública de saúde do município.

Em relação à procedência, 738 (31,7%) medicamentos haviam sido adquiridos na rede pública, 1.548 (64,7%) em estabelecimentos particulares e os demais, 108 (4,5%) resultaram de doações ou empréstimos.

Considerando apenas aqueles medicamentos provenientes do Sistema Público e de estabelecimentos privados, 55% eram sobras de tratamentos anteriores. Como motivos das sobras, os usuários relataram: quantidade prescrita e/ou dispensada superior à quantidade necessária (19,7%), não cumprimento do tratamento conforme indicado pelo médico (18,5%) e aquisição por conta própria, ou seja, por automedicação (16,7%) (Tab. 3). Os demais, 45%, correspondiam a medicamentos que estavam em uso no momento da entrevista e/ou a sobras de tratamentos cujos motivos não foram identificados, pois o usuário não quis ou não soube informar. Dessa forma, pode-se esperar que o percentual de automedicação e de não adesão ao tratamento seja maior.

**Tabela 3:** Distribuição dos motivos para a formação do estoque domiciliar de medicamentos de acordo com a proveniência.

Motivo do estoque	Medicamentos adquiridos no sistema público n (%)	Medicamentos adquiridos em estabelecimentos privados n (%)	Total n (%)
Prescrição/dispensação acima da duração do tratamento	153 (20,7)	297 (19,2)	450 (19,7)
Não cumprimento do tratamento	126 (17,1)	297 (19,2)	423 (18,5)
Aquisição por conta própria	68 (9,2)	315 (20,3)	383 (16,7)
Em uso ou motivo não especificado	391 (53,0)	639 (41,3)	1030 (45,0)
Total	738 (100,0)	1.548 (100,0)	2.286 (100,0)

Melhorar as práticas de prescrição e dispensação na atenção básica é sem dúvida essencial para otimização desses recursos. A prescrição e dispensação racional são práticas que precisam ser constantemente estimuladas no serviço público municipal como parte integrante da promoção à saúde.

A redução do estoque doméstico de medicamentos é um dos objetivos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 135, de 18 de maio de 2005, que trata do fracionamento de medicamentos por farmácias privadas e de natureza pública. É uma medida de grande impacto social e sanitário, mas ainda será necessário transformar as farmácias brasileiras em estabelecimentos profissionais de saúde (SANTOS, 2005).

O descumprimento da terapia medicamentosa por parte dos usuários, pode resultar em agravamento das enfermidades e gastos para manejar essas situações, principalmente no caso de pacientes crônicos. Percebe-se, por meio dos resultados, a necessidade de informar o usuário sobre a importância do cumprimento do

tratamento. Nesse sentido, a capacitação dos profissionais envolvidos com a dispensação deveria estar entre as prioridades dos órgãos de saúde do município. A etapa da dispensação é fundamental, pois em muitos casos, é a última oportunidade de sensibilizar o usuário a seguir o tratamento prescrito.

Aproximadamente, 20% dos medicamentos foram comprados em farmácias sem receita médica. Esse percentual sugere uma inserção de medicamentos adquiridos por automedicação. A automedicação é reconhecida como fenômeno de autocuidado, até certo ponto, inevitável. Essa prática pode ocasionar economia para o estado pela redução da procura pela assistência médica em distúrbios considerados menores. Entretanto, pode gerar aumento de gastos e graves danos à saúde. A Organização Mundial da Saúde tem procurado avaliar o seu impacto e tem recomendado a realização da automedicação orientada por algum profissional da saúde (WHO, 2003). A aquisição de medicamentos sem receita médica a partir da rede municipal não era esperada. Esse resultado também indica a necessidade de treinamento de auxiliares de farmácia para o atendimento aos usuários conforme as normas preconizadas pela Assistência Farmacêutica do município.

O PSF tem como propósito final contribuir para a otimização dos recursos disponíveis no serviço de saúde, desafogando hospitais e Unidades de Saúde do Município. Dessa forma, acredita-se que haveria espaço para participação dos Agentes Comunitários de Saúde no processo de utilização dos medicamentos, que para tanto, poderiam contar com a orientação e supervisão do farmacêutico.

Foi possível verificar a relação entre a renda familiar e a procedência dos medicamentos em estoque. Nas residências de famílias com faixa de renda até quinhentos reais, 50% dos medicamentos, em estoque, eram provenientes do Sistema Público. Esse percentual reduz para 38 e 10% nas com renda entre quinhentos e mil reais e entre mil e dois mil reais, respectivamente. Nas com renda entre dois e três mil foi de 2% e naquelas com renda superior a três mil reais não foram encontrados medicamentos procedentes do Sistema Público.

Diante desses dados, e considerando que 64,7% dos medicamentos foram adquiridos em estabelecimentos particulares, percebe-se que o atual incentivo à Assistência Farmacêutica Básica é um recurso mínimo que as esferas do governo disponibilizam para os medicamentos na atenção básica, mas que não abrange a demanda da população. Torna-se importante que sejam articuladas novas estratégias e parcerias no sentido de aumentar esse recurso para melhorar a oferta de medicamentos básicos a quem deles necessita.

Ao analisar o número de medicamentos estocados por residência, em relação à idade dos usuários, constatou-se que 11% dos medicamentos estocados pertenciam a crianças, 21,1% a adultos e 67,8% a idosos. Esses resultados confirmam os relatos de ROZENFELD (2003) de que a idade é uma variável preditora do uso de medicamentos e seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida.

Para 346 (14,4%) itens dos medicamentos foi possível obter o custo. Isso porque foram analisados apenas os medicamentos originários do sistema público de saúde, para

os quais foram encontrados os valores de compra. A Secretaria Municipal de Saúde tem optado por comprar de laboratórios oficiais para não submeter-se a processos licitatórios. No entanto, dispensou um acompanhamento mais intenso do farmacêutico e, com isso, o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) não foi alimentado durante vários meses.

Este estudo aponta para a importância da sistematização dos registros de dados nas diversas etapas e criação de sistema de informação abrangente na Assistência Farmacêutica básica, com a perspectiva de auxiliar nas compras no controle de estoques e principalmente na dispensação de medicamentos. A partir dos dados, constata-se a existência de problemas no uso de medicamentos e a necessidade de ações no sentido da racionalização desse recurso, por exemplo, a capacitação dos profissionais envolvidos com o uso de medicamentos, a implementação do fracionamento, a adequação das embalagens dos medicamentos e o incentivo à adesão ao tratamento.

#### REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, L.M.; COUTINHO, E.S.F.; PEPE, V.L.E. Consumo de psicofármacos em uma região administrativa do Rio de Janeiro: a Ilha do Governador. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, jan/mar 1994.
- ARAÚJO, M.R.N. Estratégias de Atenção Básica e Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Belo Horizonte, 2001. Disponível em <<http://www.Saúde.mg.gov.br/saúde-família.htm>> acesso em 30.10.2003.
- ARREDONDO, A.; NÁJERA, P.; LEYRA, R. Atención médica ambulatoria en México: el costo para los usuarios. **Salud Pública de México**. v. 41, n. 1, enero – febrero 1999.
- ARROYO, A. M. P. Utilización de medicamentos en el hogar. Botequín familiar y automedicación. **Farmácia Clínica**, v.7, n. 9, 1990, p. 784-790.
- BAOS, V. Sin Receta, **La Automedicacion Correcta y Responsable**. Madrid: Ediciones de Hoy, 1996.
- BARROS, M.B. A. Saúde e Classe Social um estudo sobre morbidades e consumo de medicamentos. Tese (doutorado). Ribeirão Preto/SP. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983. (Resumo)
- BÉRIA, J.U.; VICTORA, C.G.; BARROS, F.C.; TEIXEIRA, A. B.; LOMBARDI, C. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.27, n.º2, Apr. 1993, p.95-104.
- BRASIL. Lei Federal n.º8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção, recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, set., 1990a.
- BRASIL. Lei Federal n.º8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde \_ SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, dez. 1990b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/93. Portaria GM/MS n.º545 de 20 de maio de 1993.



BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica 001/96, publicada no D.O. U. de 06/11/1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília - DF. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01. Portaria MS/GM número 95 de 26 de janeiro de 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.º 135 de 18 de maio de 2005.

CEATOX (Centro de Assistência Toxicológica do Hospital das clínicas da Universidade de São Paulo). Disponível em <<http://www.icr.hcnet.usp.br/ceatox>> acesso em 22.08.2003.

COSTA, M. F. L.; BARRETO, S. M.; GIATTI L. Condições de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.º3, jun. 2003, p. 1- 12.

FERNANDES, L.C. Caracterização e análise da Farmácia caseira ou Estoque Domiciliar de Medicamentos/Luciana Fernandes Carvalho – Dissertação (mestrado). Porto Alegre – UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, 2000.104p.

FRANCO, R.C.S; CARVALHO NETO, J.A; KHOURI, M.A; NUNES, M.O; SANTOS JUNIOR, J.W; MARQUES NETO, J.; SANTANA, V.S.; ALMEIDA FILHO, N.M. Consumo de medicamentos em um grupo da área urbana de Salvador/BA. **Revista baiana de Saúde Pública**. 13/14 (4/1): 113-121, out./mar. 1986/1987.

GABRIELE, M.L.; PERISSINOTTO, E.; SIMONCELLO, I.; BARONI, A.; ROMANO, M. Drugs and health. Study on the presence, use, storage and disposal of drugs in a sample of families in Adria (Rovigo). Local Health Unit 31, Venetian region, 1989. (Resumo)

GOULART, F.A.A. Experiências em Saúde da Família: Cada Caso é um Caso? / Flávio A. de Andrade Goulart - Tese (doutorado). Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2002. 387 p.

HAAK, H. Padrões de consumo de medicamentos em dois povoados da Bahia (Brasil), **Revista de Saúde Pública**; v.23 n.º2 p.143-151, abr. 1989. (Resumo)

HEINECK, I.; SCHENKEL, E.P; Vidal, X. Medicamentos de venta libre en el Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, (Porto Alegre, RS, Brasil/Barcelona, Espanha), 3(6), 385-391, 1998.

IBIÁ(MG), Vigilância à Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 2003.

KIYINGI, K.S.; LAUWO, J. A. Drugs in the home: danger and waste. **World – Health – Forum**, v.14, n.14, n.4, 1993, p.381-384. (Resumo)

LUÍZA, V.L; BERMUDEZ, J.A.Z; COSENDEY, M.A.E. Transformando o processo de avaliação da Assistência Farmacêutica em uma prática cotidiana. In Congresso Brasileiro de Saúde Pública, Salvador. ABRASCO, 2000.

MARIN, N.(org.) Assistência Farmacêutica para gerentes municipais./Organizado por Nelly Marin et al. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003.

MENA, C.; BETTINI, M.; CERDA, P.; CONCHA F.; PARIS E. Epidemiology of intoxication in Chile: ten years of registry. **Revista Medicina do Chile**, v.132(4), Apr, 2004. p. 493 - 499.

- MENDES, E.V. Programa de reforma estadual de saúde do estado da Bahia: sistemas Microrregionais de serviço de saúde e consórcios intermunicipais de saúde. Relatório de Consultoria realizada pelo Banco Mundial na SESAB, 10 a 14 de abril de 2000 e maio de 2000. 30 p.
- PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. Automedicação no Brasil. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, março/abril v.34, n.º2, 1988.
- PEPE, V.L.E.; CASTRO, C.G.S.O. A Interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: Informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Caderno Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.16 n.º3, Julho/setembro 2000.
- PEREIRA, A.B. **Jornal do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais**. Edição Abril de 2004.
- PERINI, E e ACÚRCIO, F.A. Farmacoepidemiologia. In: Gomes, Maria José Vasconcelos de Magalhães. Ciências Farmacêuticas: Uma abordagem em Farmácia Hospitalar. São Paulo, Editora Atheneu, 2000.V.1,559 p.
- RESÉNDEZ, C.Q.F.B.; GARRIDO, F.M.C.; GOMES-DANTES O. Disponibilidade de Medicamentos essenciais em unidades de primer nivel de la Secretaria salud de Tamaulipas, México. **Salud Publica Mex**. v. 42 n.º4 julio-agosto 2000 p.298-308.
- RIDOUT, S.; WATERS, W.E.; GEORGE, C.F. Knowledge of and attitudes to medicine in the Southampton Community. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v.21, n.º6, p.701-712, 1986.
- ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mau uso de medicamentos entre os idosos: uma revisão. **Caderno Saúde pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.º3, jun.2003 p.1-13 .
- SANTOS, J.S. Que palpitação é esta no coração da profissão farmacêutica? **Revista Pharmacia Brasileira**. Ano III, n.º 33 Agosto e setembro, 2002.
- SANTOS, J.S. Fracionamento, sim, mas sem perder de vista as farmácias profissionais. **Revista Pharmacia Brasileira**. Ano X, n.º1 Janeiro/fevereiro, 2005.
- SCHENKEL, E.P. Cuidados com os medicamentos. Porto Alegre, Ed. Universidade. Federal do Rio Grande do Sul / UFRGS, 1996.
- SERVITOX (Pronto-Socorro do Hospital João XXIII) Belo Horizonte-MG. Disponível em < <http://www.anvisa.gov.br/toxicologia> >. Acesso em 22.08.2003.
- SOUZA, R.A.; CARVALHO, A. M. Programa Saúde da Família e qualidade de vida: Um olhar da Psicologia. **Estudos de Psicologia**. Natal v. 8 n.º3. 2003.
- TOGNONI, LAPORTE JR. Estudos de utilização de medicamentos e de Farmacovigilância. In: Laporte JR, Tognoni G, Rozenfeld S. **Epidemiologia do medicamento**. Princípios gerais. São Paulo/ Rio de Janeiro, Hucitec/ Abrasco: 43-56, 1989.
- VANZELER, M.L.; RODRIGUES, M.S. Armazenamento de medicamentos em Farmácias Caseiras em Cuiabá – MT. **Revista Brasileira de Farmácia**. v.80 (3,4) 1999 p. 53-56.
- WANING, B. Michael M. **Pharmacoepidemiology: principles and practice**. Brenda Waning, 2001.
- WASSERFALLEN, J.B.; BOURGEOIS, R.; BULA, C.; YERSIN, B.; BUCLIN, T.B Composition and cost of drugs stored at home by elderly patients. **Ann Pharmacother** v.37, n.º5, May 2003 p.731-737. (Resumo)

WAZAIFY,M.; KENNEDY,S.; HUGHES,C.M.; McELNAY J.C. Prevalence of over-the-counter drug related overdoses at Accident and Emergency departments in Northern Ireland – a retrospective evaluation. **Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics** v.30 February 2005, p. 01-39.

WHO (World Health Organization). **The role of the pharmacist in self-medication and self-care**. Genebra, 2003. 15p.

WOLD,G & HUNSKAR,S. **Use and disposal of drugs at home. Experiences of community campaign of drug collection**. Tidsskr-Nor-Laegeforen, v. 112, n.º12,1992 p.1605-1607. (Resumo)

WORTMANN,A.C.; GRUDTHER, M.C.; FIALHO,A.F.; JARDIM,N.J.; SCHAEFER,L.G. Consumo de Benzodiazepínicos em Porto Alegre. **Revista da Associação Médica Brasileira** (1992); 40 (4):256-270 out – dez.1994 (Resumo).

YOUSIF, M.A. In-home drug storage and utilization habits: a Sudanese study. **East Mediterr Health J.** v. 8 n.(2-3), March 2002, p. 422-431.