

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Estoque domiciliar de medicamentos na Comunidade Ibiaense acompanhada pelo
Programa Saúde da Família

MARIA ÂNGELA RIBEIRO

PORTO ALEGRE, 2005

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS**

Estoque domiciliar de medicamentos na Comunidade Ibiaense acompanhada pelo
Programa Saúde da Família

Dissertação apresentada por **Maria Ângela Ribeiro** ao Programa de Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas da Faculdade de Farmácia da UFRGS, para a obtenção do **GRAU DE MESTRE**.

Orientadora: Profa. Dra. Isabela Heineck

Epígrafe

*O papel do farmacêutico no mundo
é tão nobre quanto vital.*

*O farmacêutico representa um órgão de
ligação entre a medicina e a humanidade
sofredora.*

*É o atento guardião do arsenal de armas
com que o médico dá combate às doenças.*

*É quem atende as requisições a qualquer
hora do dia ou da noite.*

*O lema do farmacêutico é o mesmo do
soldado: servir.*

*Um serve à pátria; o outro serve a
humanidade, sem nenhuma
discriminação de cor ou raça.*

*O Farmacêutico é um verdadeiro cidadão
do mundo; porque por maiores que
sejam a vaidade e o orgulho dos homens,
a doença os abate e é então que o
Farmacêutico os vê.*

*O orgulho humano pode enganar
todas as criaturas: não engana ao Farmacêutico.*

*O Farmacêutico sorri filosoficamente no
fundo do seu laboratório ao aviar uma
receita, porque diante das drogas que
manipula não há distinção nenhuma entre
o fígado de um Rothschild e o do pobre
negro da roça que vem comprar 50 centavos de maná e sene.*

Monteiro Lobato

Agradecimentos:

- De forma especial, agradeço a Deus, pois me concedeu coragem, perseverança e sobretudo sabedoria, para trilhar por este caminho com determinação e perspicácia até atingir o meu objetivo.
- Agradeço ao Farmacêutico Carlos Alberto Pereira Gomes, Coordenador da Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica do Ministério da Saúde por esta iniciativa brilhante, o Mestrado Profissionalizante em Gestão da Assistência Farmacêutica. Ninguém melhor do que ele sabe das dificuldades que os municípios enfrentam no serviço e o quanto esta integração entre academia e serviço fortalece e situa a Assistência Farmacêutica no País.
- Ao Professor Dr. Paulo Eduardo Mayorga Borges, Coordenador deste mestrado e atual diretor da Faculdade de Farmácia da UFRGS, por conduzir tão bem este projeto com discernimento, sensatez e, além de tudo, por acreditar em nós e levar adiante esta proposta. Sabe-se que não é nada fácil para o mestrando, para o orientador e nem para os professores conduzir um trabalho à distância.
- Meu agradecimento sincero e particular à minha orientadora, Isabela Heineck, pela orientação, dedicação, tempo, profissionalismo, paciência e principalmente confiança em mim depositada em todos os momentos.
- Aos colegas do mestrado, com quem dividi um tempo de minha vida, com trocas de experiências proveitosas e pelas discussões do projeto que enriqueceram muito este trabalho e aos professores pela análise criteriosa, correções e sugestões na etapa de qualificação.
- Aos Secretários Municipais de Saúde, Jucileuda Batista de Oliveira, Abílio César de Camargo e Rosalba Cassuci Arantes, que não mediram esforços para que eu pudesse realizar as atividades no município e ausentar-me do trabalho para os módulos e conclusão da dissertação e aos ACS's, Angélica, Viviane, Elza, Mirlene, Jusceane, Mônica, Simone, Érica, Suellen e Nélio pelo empenho durante toda a coleta de dados.
- Aos Auxiliares da Assistência Farmacêutica, Maria de Fátima Carlos, Keila, Robsmar e Sônia, que, além de ajudar nas atividades diárias, souberam contornar o trabalho nas minhas ausências. Muito Obrigada, de coração.
- À minha mãe, pela sua força, amizade e amor. “Se não fosse você mãe, eu teria interrompido o mestrado”. (Quando estava com um recém-nascido de 1 mês,

você integrou-se à equipe do mestrado e viajou comigo para Porto Alegre com o bebê para que eu pudesse continuar a estudar. E, assim se sucederam mais dois meses. Depois ficou com o pequeno para que eu pudesse viajar tranqüila). Não tenho como retribuir a você este gesto de solidariedade. Peço a Deus que me assemelhe pelo menos a 1/5 da sua qualidade de mãe.

- Ao meu pequeno e querido Alex Ribeiro da Mata, menino mestrando. Acompanhou a mamãe em todas as horas do ventre à realização. Foi calmo e compreensivo. Obrigado, filho, com certeza você será recompensado.
- À minha filha Raíssa, que também está participando deste processo, inclusive no momento ímpar da defesa em 31 de maio de 2005. Seja sempre companheira da mamãe e aprenda com esta experiência.
- Ao meu pai Cesário, meu irmão José Maria César, minha cunhada Marlene, meus sobrinhos Charley, Diego e Rogério, obrigada por toda e qualquer forma de ajuda.
- Ao Serginho, meu amor e companheiro de todos os momentos, dedico a você esta vitória.

Sumário:

Resumo	08
Abstract	09
INTRODUÇÃO	10
Programa Saúde da Família	10
Assistência Farmacêutica no SUS	12
O Programa Saúde da Família em Ibiá-MG e a Assistência Farmacêutica	14
Utilização e estoque domiciliar de medicamentos	15
OBJETIVOS	18
Objetivos gerais	18
Objetivos específicos	18
REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	19
METODOLOGIA	29
Características da população e área	29
Delineamento	30
Descrição da População	30
População alvo	30
População estudada	32
Estimativa do tamanho da amostra	33
Critérios de Inclusão e Exclusão	34
Instrumento de coleta de dados	34
Coleta de dados	35
Classificação dos medicamentos e custo	37
Organização e Análise dos dados	37
Aspectos Éticos e Consentimento	38
RESULTADOS E DISCUSSÃO	39
CONCLUSÕES	60
PERSPECTIVAS	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	66

ANEXOS

Anexo I: Questionário

Anexo II: Termo de Consentimento Informado

Anexo III: Treinamento de entrevistadores e Roteiro de entrevista

Anexo IV: Mapa Censitário de Microárea do PSF

Anexo V: Parecer da Comissão de Ética

Biografia

Resumo:

É grande o uso e a disponibilidade de medicamentos no meio doméstico. Um estoque domiciliar de medicamentos pode influenciar nos hábitos de consumo dos moradores, favorecendo a automedicação e a reutilização de prescrições. Este estudo objetivou estudar o estoque de medicamentos na comunidade Ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família (PSF). Buscou-se descrever as características dos usuários, as condições de armazenamento, as classes terapêuticas e formas farmacêuticas, a procedência dos medicamentos e o custo dos medicamentos provenientes do Sistema Público de Saúde. Foram visitados 285 domicílios, no período de julho a setembro de 2004. Verificou-se que a média de medicamentos por domicílio foi de 8,4 e que 93,5% das famílias entrevistadas apresentaram pelo menos um medicamento em estoque. Os medicamentos estocados em maior número foram: analgésicos (11,15%), seguidos dos diuréticos (6,42%), antibacterianos para uso sistêmico (5,82%), antiinflamatórios (5,08%) e os antiácidos (4,10%). Embora seja considerável o número de medicamentos estocados nos domicílios, foi pequeno o número de medicamentos sem prescrição médica procedentes do Sistema Público de Saúde, sendo este um reflexo favorável dos serviços de Assistência Farmacêutica do Município. Por outro lado, foi verificado um elevado percentual de medicamentos adquiridos em farmácias sem a devida prescrição médica, 41,6%. Este percentual sugere uma inserção de medicamentos adquiridos por automedicação. Foi encontrado um percentual de 18,5% de medicamentos vencidos. O estoque domiciliar resulta de prescrições com quantidades superiores ao necessário para o tratamento (20%), não cumprimento do tratamento prescrito (17%), aquisição por conta própria (9%) no Sistema Público de Saúde. O estudo sugere a necessidade de orientação dos usuários em relação a utilização e armazenamento dos medicamentos, de sistematização dos registros de dados com perspectiva de auxílio na gestão dos recursos, além de oferecer subsídios para adoção de decisões vinculadas ao processo de planejamento e execução das ações na Assistência Farmacêutica. **Palavras-chave:** Estoque domiciliar de medicamentos, Gestão, Assistência Farmacêutica.

Abstract

Drug storage in the home in the Ibiá community belonging to the Family Health Programme.

The use and availability of drugs in the domestic environment is big. The storage of drugs at home can influence the population's consuming habits, stimulating self-medication and re-use of prescriptions. This study aimed at checking the use of drugs by the PSF users in the city of Ibiá-MG, regarding the "Drugs storage". The purpose was to describe the users' characteristics, the storage conditions, the therapeutic classes and pharmaceutical forms, the origin of the drugs, as well as, the cost of the drugs provided by Public Health System. 285 residences were visited from July to September 2004. It was shown that the average number of drugs per family was 8.4 and that 93.5% of the families surveyed had at least one sort of drug in stock.. The most stored drugs was: diuretics (6.42%), analgesics (11.15%), followed by antibacterials for systemic use (5.82%), antiinflammatory (5.08%) and antacids (4.10%). Although there is a reasonable number of drugs in the "Drugs storage", the number of drugs without a prescription from the System Public was small. This is a good sign of the Pharmaceutical Assistance in the town. On the other hand, a high percentage of drugs acquired from pharmacies without due prescription, 41.6% was found. This percentage shows the use of drugs acquired by self-medication. Even developing permanent work in rational use of drugs, 18.5% of the drugs found were no longer valid for use. The drugs storage in the home result of the amount prescribed overcame the length of the treatment (20.0%), the treatment was not fully completed (17.0%) and of the drugs left were the ones acquired by the people themselves (9,0%). The study shows the need of education of the usual in relation drugs utilization and storage, of the a proper and filing register of the information in order to provide more efficient management of the resources, which will lead to proper decisions related to the Pharmaceutical Assistance policy. **Key Words:** Drugs storage in the home, Management, Pharmaceutical Assistance .

Introdução

Programa Saúde da Família

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 apóia o desenvolvimento individual e coletivo, agregando práticas assistenciais, preventivas e educativas. Este 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 dar sustentação a esta proposta. Nas instituições públicas, cada vez mais aumenta a discussão sobre a descentralização e fortalecimento do poder municipal (BRASIL, 1996).

Em 1990, a Lei nº. 8080 de 19 de setembro – Lei Orgânica da Saúde e a Lei nº. 8142 de 28 de dezembro regulamentaram as determinações da Constituição, consagrando os

princípios da descentralização das ações e 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 atribuições de cada esfera de governo no SUS. No artigo 6º. desta 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 em redistribuição de poder, redefinição de atribuições dos gestores públicos e estabelece novas relações entre as esferas de governo. Esta 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 sua gestão e participando do acesso aos demais serviços fora do município. Afirma também, a participação do município no financiamento do SUS.

A NOAS (Norma Operacional de Assistência à Saúde) 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 a 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).

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). Baseado no princípio de saúde como direito de todos, o objetivo dessas propostas é garantir a promoção da saúde através 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 daquela do modelo de saúde predominante em todo mundo. O modelo predominante está centrado na doença, onde os profissionais de saúde aguardam que os pacientes lhes procurem 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 freqüentes 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 e humanizado 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 co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade mais facilmente. A reorganização da atenção básica pressupõe ainda o funcionamento de um sistema de referência e contra-referência eficiente que assegure a integralidade das ações de saúde (SOUZA e CARVALHO, 2003).

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

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 que se referem ao medicamento e que apóiam as ações de saúde demandadas por uma comunidade e

envolve todos os cuidados para promover o uso racional de medicamentos(MARIN, 2003).

No Sistema Público, engloba as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle de qualidade e utilização de medicamentos, nesta compreendida a prescrição e dispensação. Esta seqüência 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 as 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).

[U1] Comentário:

A descentralização dos recursos destinados à aquisição dos medicamentos voltados à atenção básica exige dos municípios uma organização da Assistência Farmacêutica. Esta organização deve garantir o acesso de forma a 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).

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.

1

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

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 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. Esta 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 possui uma Comissão de Farmácia e Terapêutica, composta por 3 Farmacêuticos (representantes da Assistência Farmacêutica, Laboratório de Análises Clínicas e Vigilância à Saúde), 4 médicos (Clínico geral, representante da Pediatria e Clínica Cirúrgica), 1 enfermeiro (enfermeira do Programa Saúde da Família), 1 odontólogo, como Coordenador do Programa Saúde da Família) e 1 administrador (Secretário Municipal de Saúde), que realiza o acompanhamento da Relação de Medicamentos Essenciais (REMUME) e ajuste da mesma quando necessário. Esta 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 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 se deram devido ao grande número de moléculas farmacologicamente ativas, descobertas e lançadas no mercado sob a forma de medicamentos industrializados a partir dos anos 30/40 (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 moda, o qual responde a necessidades e mito explorados pela publicidade junto aos 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 este 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. Foram observados, ainda, o descarte no lixo doméstico por falta de confiança no medicamento do “governo” ou por rivalidades políticas e alteração ou suspensão da terapia prescrita. O uso de plantas consideradas popularmente como medicinais sem orientação era freqüente 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. Este dado está de acordo com os da Vigilância Epidemiológica do município que demonstra uso abusivo e tentativas de suicídios com medicamentos (IBIÁ, 2003). 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).

2

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

Com base neste estudo e considerando que BAOS (1996) afirma que os hábitos de consumo de medicamentos podem ser observados através da “Farmácia Caseira”, propõe-se um levantamento dos medicamentos estocados nas residências dos usuários do PSF do município de Ibiá, com a finalidade de obter subsídios para a racionalização do uso dos medicamentos naquela comunidade.

É importante que este estudo seja um instrumento para a adoção de decisões, vinculadas estreitamente ao processo de planejamento e execução; que permita com frequência compreender melhor as atividades que estão sendo executadas e que possa refletir de modo construtivo em ações futuras.

Objetivos

Geral :

Estudar o estoque domiciliar de medicamentos na Comunidade Ibiaense acompanhada pelo PSF.

Específicos :

- Verificar a procedência do medicamento utilizado pelos usuários do PSF (do Serviço Público de Saúde ou outra procedência).
- Descrever as classes de medicamentos e formas farmacêuticas encontradas.
- Realizar levantamento do custo dos medicamentos, provenientes do Serviço Público de Saúde, em estoque.
- Estimar a frequência de medicamentos utilizados por automedicação.

Revisão Bibliográfica

O levantamento bibliográfico foi realizado utilizando as bases de dados do Medline/Pumed (1983 – 2005), LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe(1983-2005) e Scielo Brasil periódicos. As palavras-chave utilizadas foram: *medicamentos, custo com medicamentos, misuse of drugs, drugs storage e drugs storage in the home*. Foram encontrados na busca 70 artigos, sendo possível ter acesso a vinte e dois (22) artigos.

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 representam um gasto desnecessário para a população.

Na Irlanda do Norte, WAZAIFY e colaboradores (2005), estudaram 1.107 casos de intoxicações por medicamentos, num 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 sobre-doses 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, onde chegaram à conclusão 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 recaptação 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 ao nível cardiovascular (antiarrítmicos, anti-hipertensivos e vasodilatadores), (4,7%).

Se em algumas situações o medicamento é subutilizado para o controle das doenças, em outras observa-se um uso irracional que se traduz pelo consumo excessivo de produtos supérfluos e não indicados. O uso de múltiplos produtos, a prescrição dos contra-indicados, 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 auto-referida, 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 sub-classe 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 ente 2,0 e 3,2. Em estudo realizado no município do Rio de Janeiro, verificou-se que 80,2% dos idosos usam regularmente medicamentos prescritos, uso este 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), 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 anti-reumáticos (14,2%) e os analgésicos e antipiréticos (13,9%).

3

³ 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.

Da mesma forma, CORDEIRO *apud* ROZENFELD (2003), concluiu em estudo realizado no município de Nova Iguaçu, RJ, que os remédios consumidos entre os homens de 60 a 69 anos de idades 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.

ii

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.3,p.1-13,2003.

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

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 31,3% 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 estes 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, uso e disponibilidade de medicamentos no meio doméstico, também 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 através do envio de um questionário ao qual 33% das famílias responderam. Observa-se que de cada 4 medicamentos avaliados, 3 deles estavam vencidos. A metade das casas possuía lugar específico para guarda dos medicamentos. Foram encontrados, em média, 9 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 numa 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 os hábitos de utilização e estoque de medicamentos em domicílio, num estudo que envolveu 469 famílias de diferentes áreas do Sudão. 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 em suas casas 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. Destes 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 através 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 antiinfeciosos.

De acordo com VICTORA *apud* FERNANDES (2000) , 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 tanto por aquisição através de prescrição, de compra por iniciativa própria de medicamentos de venda livre ou não, por orientação de terceiros, sendo que esta influência se dá mesmo através dos diferentes meios de comunicação. Um estoque domiciliar de medicamentos influencia nos hábitos de consumo de moradores, implica em 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. Este problema tem origem na insuficiência de recursos públicos, na aquisição, armazenamento e sobretudo, distribuição dos medicamentos à população (RESÉNDEZ, 2000).

⁵ VICTORA, C.G.; BARROSA, F.C.; VOUCHAN, 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.

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 da forma mais eficiente possível. A concentração de medicamentos desnecessários e sobras de tratamento nas “Farmácias caseiras” pode, de certa forma, resultar em problemas no planejamento para aquisição de medicamentos e controle da demanda ou, ainda, na falta dos mesmos para o desenvolvimento da Assistência Farmacêutica.

Metodologia

Características da população e área:

Ibiá é uma cidade situada na parte Oeste de Minas Gerais, no chamado Alto Paranaíba, integrando a microregião do planalto de Araxá-MG já no Triângulo Mineiro. É berço de águas formadoras da bacia do Rio Paraná . A sede do município dista, por rodovias pavimentadas, a 313 km de Belo Horizonte, capital do Estado, 180 Km de Uberaba e 75 Km de Araxá. O município de Ibiá, antes São Pedro de Alcântara, foi criado a partir do desmembramento de Araxá. As primeiras citações sobre o povoado de São Pedro de Alcântara são de 1818. Em 10 de outubro de 1882, o povoado de São Pedro de Alcântara, fora levado a distrito, subordinado ao município de Araxá. Finalmente, em 7 de setembro de 1923, foi criado o município de Ibiá. Seu nome deriva do idioma tupi e significaria “Terra Altas” ou “Cabeceiras Altas” caracterizando a topografia do lugar, que distribui-se por um plano inclinado cercado de montanhas. A cidade de Ibiá tem na agricultura e na pecuária suas principais atividades econômicas, sendo crescente sua organização sob a forma de agroindústria. Além disso, abriga uma fábrica de laticínio (leite em pó) e é também um entrocamento ferroviário importante, tendo sido sede de oficinas da antiga Rede Mineira de Viação (depois RFFSA e atualmente Ferrovias Centro Atlântica), privatizada (GOULART, 2002).

Segundo resultados preliminares do mapa censitário do Programa Saúde da Família de 2003, o PSF acompanha uma população de 22.128 pessoas, com aproximadamente 49,26% de homens e 50,42% de mulheres, sendo que 20,43% na população são menores de 15 anos e 24,73% de idosos com 60 anos ou mais.

No que se refere ao Sistema Único de Saúde, o município está vinculado à Diretoria de Ações Descentralizadas de Saúde de Uberaba-MG.

A Secretaria Municipal de Saúde funciona no prédio administrativo da Santa Casa de Misericórdia Padre Eustáquio. O farmacêutico que dá suporte ao Serviço de Assistência Farmacêutica do Município fica lotado neste prédio. Este profissional tem uma carga horária de 8 horas para realizar esta interface com o Programa Saúde da Família, responder pela Central de Abastecimento Farmacêutico e participar do processo de compras de medicamentos. A Central de Abastecimento Farmacêutico armazena os medicamentos da atenção básica, farmácia popular destinada ao PSF, medicamentos de programas estratégicos, medicamentos utilizados no hospital, assim como material médico hospitalar, saneantes e domissanitários.

Delineamento:

A pesquisa proposta segue um modelo de estudo transversal. O instrumento de coleta dos dados foi um questionário (Anexo I) preenchido durante a entrevista domiciliar.

Descrição da população:

População alvo:

Moradores do município de Ibiá-MG, residentes na zona de cobertura do Programa Saúde da Família, urbana e rural. Desta população fizeram parte do estudo as seguintes unidades de atendimento:

Unidade de Saúde José Ribeiro da Silva: Possui uma população de 3270 pessoas distribuídas em 991 domicílios, perfazendo uma média de 3,29 moradores por domicílio. Está estabelecida nesta unidade uma equipe do Programa Saúde da Família que atende a uma área equivalente aos bairros Nossa Senhora de Lourdes, São Benedito e parte do Bairro Santa Cruz. As microáreas 134 e 136 fizeram parte do estudo.

Unidade de Saúde Dr. José Olímpio Dias dos Reis: Possui uma população de 3571 pessoas distribuídas em 1018 domicílios, perfazendo uma média de 3,50 moradores por domicílio. Está estabelecida nesta unidade uma equipe do Programa Saúde da Família que atende a uma área equivalente a região central da cidade, Bairro Nossa Senhora de Fátima e parte do Bairro Santa Cruz. As microáreas 124, 126 e 128 fizeram parte da pesquisa.

Policlínica: É uma unidade de saúde onde está estabelecida uma equipe do PSF, além de realizar atendimentos com médicos especialistas e o serviço de Saúde Mental. A equipe do Programa Saúde da Família possui 3703 pessoas distribuídas em 1106 domicílios, perfazendo uma média de 3,34 moradores por famílias, atendendo os bairros de Deolinda Mendes, Jardim e parte do Santa Cruz. Fez parte da pesquisa a microárea 143.

Agda Borges é uma unidade recentemente inaugurada para melhorar o acesso aos usuários dos bairros Dona Maroca, Maroquinha, Gameleira e parte do Deolinda Mendes. Tem instalada uma equipe do PSF que possui 3835 pessoas distribuídas em 1042 domicílios, perfazendo uma média de 3,68 moradores por domicílio. Desta unidade fez parte uma microárea, a 157.

Unidade de Saúde Salvino Basílio onde está instalada uma equipe do PSF para uma população de 3656 pessoas distribuídas em 1076 domicílios o que corresponde a uma média de 3,39 pessoas por domicílio. Desta unidade fizeram parte duas Microáreas: 111 e 115. Esta Unidade de Saúde realiza suas atividades com os bairros São João, Bela Vista, São Dimas e Rosa Maria.

No distrito de Argenita fica estabelecida a equipe do Programa Saúde da Família que percorre a zona rural, **PSF Argenita/Tobati**, com uma população de 4093 pessoas distribuídas em 1217 domicílios, perfazendo uma média de 3,36 pessoas por domicílio. Esta equipe percorre a zona rural nos distritos de Tobati, Argenita e Quilombo além das localidades de Chumbado, Paraíso, Assentamento, Capela e Morro Alto. Uma das microáreas que percorre as proximidades do distrito de Tobati, fez parte do presente estudo, a Microárea de número 71.

População estudada:

Uma amostra calculada com base em toda a população que é acompanhada pelo Programa Saúde da Família (6 equipes) em Ibiá-MG.

Segundo resultados preliminares do mapa censitário do Programa Saúde da Família de 2003, o PSF acompanha 6229 famílias, o equivalente a uma população de 22.128 pessoas, com 49,26% de homens e 50,42% de mulheres, sendo que 20,43% da população são menores de 15 anos e 24,73% idosos com 60 anos ou mais.

Atualmente, 82,05% dos habitantes na faixa de 14 anos encontram-se freqüentando regularmente a escola. Possui um percentual de aproximadamente 95% de pessoas alfabetizadas e em torno de 15% das pessoas possuem plano de saúde (IBIÁ, 1997).

Estimativa do tamanho da amostra:

Para o cálculo do tamanho amostral utilizou-se a fórmula sugerida por CALLEGARI-JACQUES (2003), para estimar a média de medicamentos em estoque:

$$n = \frac{s^2}{(x - \mu)^2} \times (t_{\alpha;gl})^2$$

Partiu-se dos dados de FERNANDES (2000), onde o desvio interquartílico da média de medicamentos por domicílio foi utilizado como a representação da variabilidade ($Q_3 - Q_2 = 16$); ($X - \mu$) é a diferença entre a média amostral e a média da população (2) foi o valor que os pesquisadores atribuíram a esta diferença); t_{α} é o valor de tabela de distribuição t de Student para o nível de significância bilateral que será usado na análise dos dados e $gl = n-1$.

Desta forma, foram visitados no mínimo 256 domicílios. Levando-se em consideração as possíveis perdas, este número foi ajustado para 300 domicílios.

Critérios de inclusão e de exclusão:

Foram incluídos no estudo domicílios onde houve concordância, por parte dos moradores, na participação do estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Informado (Anexo II). Para garantir a precisão das respostas foram entrevistados somente os moradores que estavam envolvidos com a provisão de

medicamentos da residência. Caso não fossem encontrados na hora da visita, o entrevistador, de acordo com o controle de trabalho e a metodologia adotada, saltava a casa e entrevistava imediatamente a casa a seguir. Se porventura na próxima casa também não encontrasse ninguém, passaria adiante e assim sucessivamente até que encontrasse morador ou representante envolvido com medicamentos que permitisse a entrevista. Fizeram parte do estudo residências de Microáreas atendidas por Agentes Comunitários da Saúde, que já haviam realizado curso preparatório para trabalhar com Uso Racional de Medicamentos. Este curso foi oferecido pelo Ministério da Saúde, em 2001 e teve duração de 40 horas-aula.

Instrumento de coleta de dados:

Para a coleta de informações sobre o perfil sócio-demográfico das famílias, utilizou-se um questionário (Anexo I), adaptado a partir de um modelo desenvolvido por FERNANDES (2000), para atender os objetivos em estudo e as tendências do local de aplicação.

O questionário consta de questões relacionadas a informações gerais dos usuários como idade, escolaridade, renda e principalmente questões inerentes ao estoque de medicamentos com as seguintes variáveis: (Quem utilizou o medicamento/ Forma Farmacêutica/ Medicamentos vencidos/ Origem dos medicamentos/ Sobra dos medicamentos/ Motivo das Sobras/ Medicamentos com prescrição médica/ Forma de uso e valor atribuído às sobras dos medicamentos procedentes do Sistema Único de Saúde). Foi confeccionado um roteiro para treinamento dos entrevistadores contendo a metodologia do estudo, roteiro de entrevista com definições e instruções para o preenchimento do questionário (Anexo III) e modelo do mapa censitário das microáreas (Anexo IV).

Coleta de dados:

A autora do projeto, com auxílio de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devidamente treinados, realizaram a pesquisa. Os ACS receberam treinamento (Anexo III) enfocando a metodologia do estudo. Para tanto foram utilizados o mapa censitário do PSF, o roteiro da entrevista e o questionário. Para cada microárea (agente comunitário) escolhida foi realizada uma amostragem aleatória sistemática. Para definir a constante de domicílios “a saltar” e verificar a adequação do questionário foi realizada uma coleta piloto.

Na coleta piloto, o questionário foi aplicado a 18 famílias da comunidade, nos meses de janeiro e fevereiro de 2004. A análise dos dados possibilitou a realização de modificações no questionário com a retirada de questões sobre o uso de terapias alternativas e a redução do instrumento de 3 para uma única folha. O questionário foi organizado de forma a permitir a entrevista mais rápida e prática. Ao final resultou em 22 questões, com 7 ítems de dados sócio-demográficos e 15 questões sobre os medicamentos estocados.

Foi inserida, também, após a análise da pesquisa piloto, uma legenda no rodapé do questionário para facilitar o preenchimento do levantamento de medicamentos.

Considerando o tempo médio de duração destas entrevistas foi estabelecido que a constante a saltar seria de 04 (quatro).

Durante os meses de julho, agosto e setembro foi aplicado o questionário a 285 famílias em dez (10) microáreas. As dez microáreas trabalham com PSF de 12 bairros e um distrito na Zona Rural.

Após o piloto, ficou convencionado que seria visitado o primeiro domicílio de cada microárea. Pelo fato das microáreas serem estabelecidas por quadras e não por ruas, decidiu-se entrevistar o primeiro domicílio da quadra. Em seguida, evitavam-se 04 domicílios e entrevistava-se o domicílio seguinte. Repetiu-se o processo a partir do segundo passo até terminar todas as visitas daquela microárea e da mesma forma até obter o tamanho da amostra em todas as microáreas. Seriam levantados dados sobre os medicamentos estocados no domicílio, em uso ou não no momento da visita.

A visita ao domicílio permitiu ao entrevistador visualizar os locais de guarda, observando se os mesmos estavam em condições adequadas de temperatura, umidade e alcance de crianças, (não importando se havia ou não criança em casa), bem como as condições dos medicamentos da “Farmácia Caseira”. Durante a entrevista foi solicitado ao entrevistado que trouxesse todos os medicamentos existentes em casa em uso ou não no momento. Em seguida, questionava-se sobre a possibilidade do esquecimento de outros medicamentos, por exemplo, pomadas, medicamentos para dormir, anticoncepcionais e outros, mencionando cada peça da casa.

Foram registrados os dados dos medicamentos encontrados em cada peça do domicílio, de acordo com o questionário. Durante o período da coleta foi realizado o controle de qualidade do processo, com o acompanhamento diário dos entrevistadores e telefonemas aleatórios para as famílias entrevistadas. Diariamente a pesquisadora avaliava os questionários preenchidos para esclarecimento de possíveis dúvidas registradas nos mesmos.

Classificação dos medicamentos e custo

Após as entrevistas os medicamentos foram classificados segundo o sistema de Classificação “Anatômica Terapêutica e Química” (ATC), do “Nordic Council on Medicines”, versão 2003. O registro de medicamentos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) foram utilizados para identificar a composição das especialidades e a página eletrônica da OMS (WWW.Whooc.no/atcddd) para proceder a classificação. Foi possível codificar todos os medicamentos cuja composição foi localizada em uma das fontes citadas.

Em seguida foi calculado o preço dos medicamentos procedentes do SUS com base nas fontes dos Laboratórios Oficiais (FUNED, FIOCRUZ, FURP e IQUEGO) e algumas empresas participantes de licitação da Prefeitura Municipal de Ibiá.

Organização e Análise dos dados

O material coletado mediante o instrumento de entrevista (questionário) propiciou a organização de uma base de dados no programa Epi-Info versão 6.04 d (Dean et al, 2001). Para a análise foi utilizada a estatística descritiva, basicamente, medidas de tendência central, dispersão da amostra e frequências.

Aspectos Éticos e Consentimento:

Em obediência à Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos (BRASIL, 1996), o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, que emitiu parecer favorável. O Termo de Consentimento Informado para a entrevista também foi aprovado pela referida comissão. O Termo de Consentimento Informado e o Parecer da Comissão de Ética, respectivamente, estão nos Anexos II e V.

Resultados e Discussão

Descrição da população:

De um total de 1601 famílias residentes nas 10 microáreas selecionadas para o estudo, foram entrevistadas 285 famílias. Outros 188 domicílios haviam sido visitados sem sucesso, pois 62% destes estavam fechados e em 4% houve recusa para participação. O principal fator atribuído às ausências foi o período de coleta que se estendeu nos meses de julho, agosto e setembro de 2004. É um período de safras das culturas de café, batata, feijão e cenoura. Acontece também aumento de produção de leite nos meses de maio, junho e julho, agosto e setembro. Estes fatores fazem com que as pessoas se desloquem para as fazendas em busca de trabalho.

Este fato não prejudicou a pesquisa porque a estimativa do tamanho da amostra havia-se considerado um desvio padrão de 16. No estudo, observou-se uma variabilidade na média de medicamentos bem menor do que a prevista (desvio padrão de 8,016). Utilizou-se o programa estatístico nQuery versão 3 (1999), para realizar o cálculo do poder que resultou em 98%. O intervalo de confiança para a média de medicamentos por família foi muito preciso, da ordem de $8,47 \pm 0,93$. Desta forma, conclui-se que as ausências teriam pouca influência sobre os resultados que serão apresentados na seqüência.

A população estudada totalizou 915 pessoas. O número de moradores em cada família foi de no mínimo um e no máximo nove moradores (Tabela 1). A média de moradores foi 3,2 por família.

Tabela 1: Proporção de moradores por domicílio pesquisado

Nº. De moradores	N	%
1	41	14,4
2	53	18,6
3	70	24,5
4	67	23,5
5	39	13,7
6	11	3,8
7	3	1,1
9	1	0,4
TOTAL	285	100

A faixa etária dos integrantes das famílias variou de 1 mês a 95 anos de idade. Destes 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 população estudada, apresentou uma faixa etária bastante variada. A maioria dos indivíduos, encontra-se na faixa etária de 20 a 40 anos (Tabela 2).

Tabela 2: Distribuição dos moradores segundo a faixa etária

Faixa Etária	N	%
< 10 anos	128	14,05
> = 10 < 20 anos	159	17,34
> = 20 < 40 anos	243	26,52
> = 40 < 60 anos	214	23,35
> = 60 < 80 anos	149	16,32
> 80 anos	22	2,42
TOTAL	915	100

Vinte e três por cento das famílias que participaram do estudo não informaram a renda mensal. Considerando a renda dos que informaram, a variação foi entre R\$194,00 e R\$4.300,00 (Tabela 3). Analisando a distribuição da renda familiar, percebe-se que é significativo o grupo populacional que tem renda inferior a R\$500,00/família.

Tabela 3: Distribuição da Renda Familiar Per capita

Renda Familiar (R\$)	Nº. de moradores	Renda per capita (R\$/mês)
Até 500,00	215	30,76
Entre 500,00 - 1.000,00	317	70,17
Entre 1.000,00 - 2.000,00	143	97,78
Entre 2.000,00 - 3.000,00	38	306,31
Maior 3.000,00	12	941,66
TOTAL	725	

Em relação à escolaridade, 66,0% dos indivíduos concluíram o primeiro grau e 41 moradores (5,3%) eram analfabetos. As crianças menores de 5 anos de idade não foram analisadas quanto à escolaridade e 62 moradores não declararam dados sobre a escolaridade. Na Tabela 4, encontram-se descritas as taxas de frequência de escolaridade.

Tabela 4: Distribuição dos moradores segundo o nível de escolaridade

Escolaridade	N	%
Analfabeta	41	5,3
Primeiro Grau Incompleto	27	3,5
Primeiro Grau Completo	513	66,0
Segundo Grau Incompleto	118	15,2
Segundo Grau Completo	41	5,3
Superior	37	4,7
TOTAL	777	

Segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde (1997), o município possui um percentual de 95% de pessoas alfabetizadas. Os dados encontrados no estudo se assemelham a este percentual.

Estoque de medicamentos:

Em relação aos resultados encontrados para o estoque de medicamentos, deve-se considerar a informação apresentada na *Metodologia*, de que todos os Agentes Comunitários de Saúde que participaram do estudo haviam recebido orientações no sentido de promover o uso racional de medicamentos, em curso promovido pelo Ministério da Saúde. A escolha se deu em função da maior motivação destes agentes para com o trabalho. Apesar do treinamento ter acontecido há alguns anos atrás e em apenas um momento, é de se esperar que estes profissionais tenham influenciado na utilização de medicamentos e por consequência no estoque destes produtos. Desta forma, pode-se pensar que em domicílios atendidos por outros Agentes Comunitários de Saúde o estoque caseiro seja mais inadequado do que nos que fizeram parte do estudo. De qualquer forma, os resultados encontrados são parecidos com aqueles relatados na literatura.

O número de medicamentos estocados variou de 1 a 36. A média de medicamentos na Farmácia Caseira foi de 8,4 medicamentos por domicílio. Esta 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%, deu-se entre os profissionais liberais, sendo que os maiores índices de automedicação foram detectados nas classes assalariadas, especialmente empregadas em serviços

domésticos. Segundo os autores, este resultado pode ser o reflexo das dificuldades de acesso, por estas classes, aos serviços de saúde.

No entanto, os resultados em relação a 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, caracterizada em parte pelos critérios adotados na seleção da população estudada já que as unidades sanitárias com preponderância de estratos mais pobres foram excluídas da pesquisa.

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 2394 medicamentos, sendo que apenas 2196 destes, foram classificados segundo a ATC. Para os demais produtos (8,3%) não foi possível localizar a composição ou até mesmo o registro no Ministério da Saúde.

Este fato sugere que medicamentos estão sendo comercializados sem a devida aprovação pelo órgão competente e ainda a desatualização do banco de dados que é disponibilizado para consulta na página da ANVISA. A utilização de produtos sem registro é preocupante, pois se desconhece a eficácia e segurança dos mesmos. 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 5.

Tabela 5: Distribuição dos produtos segundo o Grupo Terapêutico

Grupos Terapêuticos	N	%
Trato Alimentar e Metabolismo	308	14,04%
Prep. Estomatológico	33	1,51%
Antiácidos	90	4,10%
Probl. Funcionais do estômago e intestino	70	3,19%
Antidiabéticos	40	1,82%
Vitaminas	25	1,13%
Outros	50	2,29%
Sangue e Órgãos Hematopoiéticos	91	4,16%
Antitrombóticos	63	2,86%
Antianêmicos	25	1,13%
Soluções p/ infusão e substitutos do sangue	3	0,17%
Sistema Cardiovascular	428	19,51%
Terapia cardíaca	34	1,54%
Anti-hipertensivos	14	0,63%
Diuréticos	141	6,42%
Vasodilatadores Periféricos	11	0,53%
Vasoprotetores	31	1,44%
Beta bloqueadores	67	3,05%
Bloqueadores dos Canais de Cálcio	22	1,00%
Inibidores da ECA	99	4,50%
Redutores dos lípides séricos	9	0,40%
Dermatológicos	138	6,29%
Antifúngicos	38	1,73%
Corticóides tópicos	31	1,41%
Outros produtos dermatológicos	69	3,15%
Sistema Genitourinário	46	2,10%
Antiinfeciosos e Anti-sépticos	14	0,63%

Outros Ginecológicos	3	0,16%
Hormônios sexuais e moduladores genitais	15	0,68%
Produtos de uso urológico	14	0,63%
Hormônios Sistêmicos, exceto sexuais	13	0,59%
Corticóides	5	0,23%
Terapia para Tireóide	8	0,36%
Antiinfeciosos Sistêmicos	140	6,38%
Antibacterianos	128	5,82%
Outros	12	0,56%
Agentes Antineoplásicos e Imunomoduladores	3	0,12%
Agentes Antineoplásicos	1	0,04%
Terapia Endócrina	1	0,04%
Imunoestimulante	1	0,04%
Sistema Musculoesquelético	161	7,39%
Antiinflamatórios e Anti-reumatóides não esteroidais	110	5,08%
Produtos de uso tópico para dores articulares e musculares	11	0,50%
Relaxante muscular	38	1,73%
Antigotosos	1	0,04%
Fármacos para tratamento de enfermidades ósseas	1	0,04%
Sistema Nervoso	462	21,05%
Analgésicos	245	11,15%
Antiepilépticos	34	1,54%
Antiparkinsonianos	5	0,22%
Psicolépticos	80	3,64%
Psicoanalépticos	78	3,55%
Outros fármacos que atuam no Sistema Nervoso	20	0,95%
Antiparasitários	10	0,50%
Antiprotozoários	1	0,04%
Anti-helmínticos	6	0,33%
Ectoparasiticidas	3	0,13%
Sistema Respiratório	261	11,90%
Produtos de uso nasal	50	2,27%

Produtos para garganta	1	0,04%
Agentes para problemas das vias respiratórias	60	2,73%
Agentes para resfriado	84	3,82%
Anti-histamínicos	55	2,50%
Outros produtos para trato respiratório	11	0,54%
Órgãos dos Sentidos	131	5,97%
Oftalmológicos	32	1,45%
Otológicos	13	0,59%
Todos outros produtos terapêuticos	86	3,93%
TOTAL	2196	100,0%

Dos 2196 medicamentos que foram classificados segundo a ATC, 2122 (96,2%) eram especialidades farmacêuticas, 58 (2,5%) produtos oficinais e 28 (1,3%) produtos magistrais.

Desse total de medicamentos foi possível constatar os grupos terapêuticos mais freqüentes. Os medicamentos de tratamento do Sistema Nervoso (21,05%), dentre esses os analgésicos são os produtos majoritários (11,15%) e em seguida, os Psicolépticos e Psicoanalépticos (7,19%). O trabalho de FERNANDES (2000) indicou que os medicamentos mais freqüentemente estocados eram os que atuam no SNC (21,9%), dentre os quais prevaleceram os analgésicos (17,9% do total dos medicamentos).

Na seqüência, vêm os medicamentos usados no Sistema Cardiovascular (19,51%), dentre os quais os diuréticos, que se sobressaíram com (6,42%); Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (4,50%) e os β -bloqueadores com (3,05%). Em relação aos anti-hipertensivos, o armazenamento não se atribui simplesmente às sobras, mas ao tratamento contínuo e à prevalência da doença anti-hipertensiva, além de outras do Sistema Cardiovascular.

Em seguida, obtivemos os medicamentos que atuam no trato gastrointestinal e no metabolismo (14,04%), antiácidos (4,10%), nos problemas funcionais do estômago e

intestino (3,19%), antidiabéticos (1,82%), preparados estomatológicos (1,51%) e as vitaminas (1,13%) como sendo os mais freqüentes.

Em quarto lugar, predominou o tratamento do Sistema Respiratório (11,90%), onde os produtos para resfriado prevaleceram (3,82%), seguidos de medicamentos para problemas das vias respiratórias (2,73%), anti-histamínicos (2,50%) e as preparações nasais (2,27%).

Os medicamentos para tratamento muscular também marcaram presença (7,39%). Destes, prevaleceram os antiinflamatórios (5,08%), relaxantes musculares (1,73%) e produtos de uso tópico para dores articulares e musculares (0,50%).

Após analisar os dados selecionando aqueles medicamentos procedentes do Sistema Público de Saúde, foi possível constatar que 31,7% dos medicamentos distribuídos em 14 especialidades farmacêuticas encontrados nas Farmácias Caseiras, são disponibilizados na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais e foram retiradas nas Unidades de Saúde. São eles: Dipirona 500 mg drágeas/Solução Oral, Captopril 25mg, Hidroclorotiazida 25mg, Paracetamol 40mg, Diclofenaco de sódio 50mg, Ácido Acetilsalicílico 100mg, Amoxicilina 500mg cápsulas/Suspensão Oral, Propranolol 40mg, Furosemida 40mg, Diazepan 10mg, Sulfametoxazol + Trimetropim cápsulas/Suspensão Oral, Amitriptilina 25mg, Salbutamol xarope e Metoclopramida 10mg.

A forma farmacêutica dos medicamentos encontrados em estoque foi, em sua maioria, comprimidos (53,7%), solução oral (14,7%), cápsulas (9,8%) e em quarto lugar os xaropes (4,9%), conforme Tabela 6.

A maioria dos medicamentos estocados foi de especialidades farmacêuticas para via oral e tópica, sugerindo que estes são os produtos mais utilizados. A pequena prevalência de produtos injetáveis pode ser explicada por se referir a um estudo realizado na comunidade, além de tratar de produtos mais caros, de uso restrito para determinadas situações e que requerem pessoas treinadas para a sua administração.

Tabela 6: Distribuição das Formas Farmacêuticas mais frequentes

Formas Farmacêuticas	N	%
Sólidas	1573	66,5
Comprimidos	1268	53,6
Cápsulas	232	9,8
Pós	73	3,0
Semi-Sólidas	172	7,3
Pomadas/Cremes	172	7,3
Líquidos Não-estéreis	494	21,0
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
TOTAL	2362	100,0

Dos 25 locais usados para a guarda de medicamentos averiguados, 15 destes (60,1%) possibilitavam a exposição dos produtos ao calor e 6 (25,5%) locais possibilitavam que crianças alcançassem os medicamentos.

Os medicamentos foram freqüentemente encontrados no quarto (42,9%), na cozinha (40,6%), sala (10,2%), copa (3,2%) e banheiro (2,9%).

Nestes locais, os medicamentos ficavam armazenados dentro de armários, gavetas, em cima de móveis (mesa) e eletrodomésticos (geladeira), janelas da cozinha, banheiro e guarda-roupas, conforme descrito na Tabela 7.

Tabela 7: Predomínio de locais de guarda de medicamentos

Cômodo/ Móvel	Armário	Cômoda	Sobre				Total
	Guarda-roupas	Penteadeira mesa	microondas Geladeira	Armário	janela	gaveta do criado	
	Estante	Sobre raque				Outros	
SALA	214	27	0	0	0	45	286
QUARTO	756	360	0	0	72	9	1197
COZINHA	828	9	216	9	0	72	1134
COPA	45	45	0	0	0	0	90
BANHEIRO	63	0	0	9	0	9	81
TOTAL	1906	441	216	18	72	135	2788

Outros: Em potes, no quarto; Nas cozinhas: em vasilha, cantoneira do filtro, dentro do fogão, sacos pendurados e dentro de bacia. No banheiro, latinhas sobre a pia; na sala, em caixas.

Em todos os estudos que pesquisaram a guarda de medicamentos a cozinha foi o principal lugar para esta prática, (WOLD e HUNSKAR, 1992; RIDOUT *et al*, 1986; FERNANDES, 2000).

Encontramos o quarto e a cozinha, como sendo os principais locais para a guarda de medicamentos.

Analisando a guarda de medicamentos nas cozinhas, segundo FERNANDES (2000), a cozinha é um cômodo que está presente em toda e qualquer casa, por menor que seja. Está próximo a água e outros líquidos que favorecem o não esquecimento e é um local de fácil acesso a todos os moradores da casa.

Por outro lado, SCHENKEL (1996), reforça que o acúmulo de medicamentos em casa representa um fator de risco de intoxicações para crianças, principalmente por estarem em local de fácil acesso como nas cozinhas, próximo aos alimentos, além de induzir ao uso desnecessário dos moradores por estar próximo dos olhos.

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 às quais estão submetidos. Estas 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 então a estabilidade da fórmula farmacêutica. Os medicamentos tornam-se inadequados para uso em situações de amolecimento de cápsulas, desintegração de comprimidos; nos casos de suspensões, a formação de depósito endurecido, entre outros problemas (MARIN, 2003). Estes fatores são preocupantes porque lesam as características biofarmacêuticas do produto, levando a um inevitável comprometimento de liberação e absorção do princípio ativo (LUÍZA, 2000).

Após estes dados de armazenamento, faz-se necessário sugerir um processo de educação das famílias, através dos Agentes Comunitários da Saúde e outros profissionais da saúde, com o objetivo de mudar o comportamento em relação aos medicamentos, de maneira a 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 nos domicílios um trabalho de recolhimento de medicamentos vencidos. Estes, após registro em uma planilha, são encaminhados à Vigilância Sanitária para que este setor faça o 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 medicamentos distribuídos através das pastorais religiosas e comunidades espíritas da cidade. Neste caso, observou-se que o percentual de vencimento foi maior provavelmente porque as pessoas recebem medicamentos dos quais não têm necessidade de uso.

Quanto à aquisição de medicamentos sem receita, 41,6% dos medicamentos comprados em farmácias foram adquiridos sem receita médica, enquanto que apenas 1,0% foi dispensado desta forma nas Unidades de Saúde do Sistema Público. Este percentual sugere uma inserção de medicamentos adquiridos por automedicação.

Em relação à procedência 738 (31,7%) medicamentos haviam sido adquiridos na rede pública e os demais (68,3%) em estabelecimentos particulares.

Considerando apenas aqueles medicamentos provenientes do Sistema Público, 46% dos medicamentos encontrados eram sobras de tratamentos anteriores. Em 20,0% dos casos a quantidade prescrita e/ou dispensada teria sido superior a quantidade necessária para o tratamento; em 17,0% porque não foi cumprido o tratamento conforme indicado pelo médico e somente 9,0% a medicamentos adquiridos por conta própria, ou seja, por automedicação. Os demais 54,0% 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. Desta forma, pode-se esperar que o percentual de automedicação e de não adesão ao tratamento seja maior.

No caso de medicamentos que foram previamente prescritos por médicos ou sob orientação de profissionais da saúde não médicos, são reconhecidos como automedicação responsável.

A automedicação é reconhecida como fenômeno de auto-cuidado com a saúde, o que, até certo ponto, é inevitável. Por isso, a Organização Mundial da Saúde tem procurado avaliar seu impacto, benefícios e riscos sobre a saúde (SCHENKEL, 1996 e WHO, 2000).

Observaram-se, como aspectos positivos, a economia para o Estado pela redução da procura pela assistência médica em distúrbios considerados menores; a utilização de prescrições anteriores, especialmente nos casos de doenças crônicas como a hipertensão, angina e diabetes (SCHENKEL, 1996). Como aspectos negativos, considera-se o fato de o consumidor não ter conhecimento algum necessário para distinguir distúrbios; a geração do aumento de gastos pessoais; o fato de poder acarretar graves danos a saúde e até o futuro aumento dos gastos do sistema de saúde, uma vez que, quando ocorre o agravamento, fruto da automedicação ou não, o paciente recorre ao sistema de saúde, onerando-o mais ainda.

Entretanto, a automedicação responsável é entendida como parte das ações de auto-cuidado e, quando feita de forma correta, pode trazer benefícios para a saúde (WHO, 2003).

Auto-cuidado é o que as pessoas fazem por si mesmas para estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com as doenças. É um conceito amplo, que abrange: higiene geral e pessoal, nutrição, estilo de vida (desde atividades físicas e lazer), fatores ambientais, sócio-econômicas e automedicação.

Não foi encontrado nenhum medicamento de amostra grátis. Acredita-se que a proibição de visitas de propagandistas de Indústrias Farmacêuticas, bem como a utilização de amostras grátis nos serviços pela Assistência Farmacêutica no Sistema Público estejam relacionadas ao fato. Por outro lado, a falta de amostras grátis nas Farmácias Caseiras, pode ser explicada também pela quantidade em que o produto é

fornecido, não favorecendo às sobras. Nas clínicas particulares a Vigilância Sanitária tem responsabilidade de orientar quanto a esta prática.

A Vigilância do município acredita que o fato de aderir às amostras grátis foge a critérios técnicos e permite que os profissionais prescrevam condicionados a propagandas de laboratórios.

Tabela 8: Distribuição das sobras de medicamentos da Farmácia Caseira provenientes do SUS por microárea de acordo com o motivo especificado

Unidades de Saúde	Micro-área	Motivos das Sobras							
		Prescrição acima do tempo previsto		Não cumprimento do tratamento		Aquisição por conta própria		Outros	
Tobati	71							45	11,50%
Salvino Basílio	111					19	27,94%	63	16,13%
Salvino Basílio	115	18	11,76%			49	72,06%		
José Olímpio	124							45	11,50%
José Olímpio	126	9	5,88%					54	13,82%
José Olímpio	128			45	35,72%			45	11,50%
José Ribeiro	134	117	76,47%	9	7,14%				
José Ribeiro	136	9	5,89%	72	57,14%			9	2,30%
Policlínica	143							76	19,43%
Agda Borges	157							54	13,82%
Total		153	100%	126%	100%	68%	100%	391	100%

Em relação aos motivos das sobras, foi possível observar que, nas Microáreas 128 (Unidades José Olímpio), 134 e 136 (Unidade José Ribeiro), é necessário trabalhar a adesão com os pacientes, devido ao percentual de sobras por abandono do tratamento, 6,0%, 1,0% e 10,0%, respectivamente.

Por outro lado, nas Microáreas 134 e 136 (Unidade José Ribeiro), 115 (Unidade Salvino Basílio) e 126 (Unidade José Olímpio), será necessário planejar ações em relação à prescrição médica e à dispensação além de avaliar as apresentações dos medicamentos que fazem parte do arsenal distribuído pelas Unidades de Saúde, em

vista dos relatos de prescrição e dispensação acima do tempo de tratamento equivalente ao percentual de 20,0%.

A redução do estoque doméstico de medicamentos é um dos objetivos da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 135, de 18 de maio de 2005, recentemente editada e 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).

Apesar do estudo apontar problemas pontuais por microárea, os fatos não diminuem as perspectivas da necessidade de estabelecer a organização do serviço para todas as equipes do PSF, enfocando principalmente as questões pesquisadas neste trabalho.

O PSF tem, como objetivo final, contribuir para a otimização dos recursos disponíveis no serviço de saúde, desafogando hospitais e Unidades de Saúde do Município. Neste processo, a dispensação e o acompanhamento da terapêutica, são fatores importantes para o alcance da otimização desejada. O não cumprimento da terapia medicamentosa por parte dos usuários do Sistema Público, pode resultar em gastos para manejar situações de agravamento das enfermidades não tratadas adequadamente. Percebe-se através dos resultados a necessidade de informar o usuário sobre o uso do medicamento para que haja adesão. A etapa da dispensação é importantíssima, uma vez que é a última oportunidade de sensibilizar o usuário para seguir o tratamento prescrito.

Também é necessário treinar auxiliares para o atendimento aos usuários, com normas preconizadas para a Assistência Farmacêutica. Este estudo não contemplou a totalidade da política de medicamentos destinados para a atenção básica, nem teceu comentários acerca do que ocorre com a Assistência Farmacêutica básica no Município, em relação ao ciclo logístico do medicamento. Entretanto, indica uma certa organização do serviço, como: dispensação de medicamentos somente com prescrição;

tentativa de controle dos medicamentos vencidos ou impróprios para o uso, embora o seu recolhimento ainda não seja satisfatório, conforme demonstrou a pesquisa; acompanhamento nas licitações com o objetivo de garantir a qualidade dos produtos e educação continuada dos colaboradores (Agentes Comunitários da Saúde e Auxiliares de Farmácia).

Já nas Microáreas 111 e 115 (Unidade Salvino Basílio), é preciso controlar a dispensação sem receita médica (9,0%), conforme relato feito por alguns usuários.

Houve um percentual bem maior de medicamentos adquiridos em farmácias privadas (68,3%), os quais, na sua maioria não fazem parte da REMUME. Este dado pode sugerir aquisição de medicamentos desnecessários e uma limitação na Relação de Medicamentos Essenciais. Sugere-se então, uma avaliação epidemiológica das patologias mais freqüentes e atualização periódica na REMUME.

Os motivos para a formação do estoque dos medicamentos adquiridos em farmácias foram os mesmos encontrados para os medicamentos provenientes do SUS, como a prescrição e/ou dispensação de quantidade superior à necessária ao tratamento (19,0%) e abandono do tratamento (19,0%).

O percentual de compras por conta própria sobressaiu-se em relação ao Sistema Público, com 20,0% dos casos. Por outro lado, houve um percentual considerável (41,0%) de medicamentos que estavam em uso ou porque o usuário não soube ou não quis informar o motivo da sobra.

As microáreas com maiores sobras foram as microáreas 111 e 115 (Unidades Salvino Basílio), 124 (Unidade José Olímpio) e 136 (Policlínica), conforme Tabela 9.

Tabela 9: Distribuição das sobras de medicamentos das Farmácias Caseiras**Provenientes de compras em Farmácias por microárea**

Unidades de Saúde	Micro-área	Motivos das Sobras							
		Prescrição acima do tempo previsto		Não cumprimento do tratamento		Aquisição por conta própria		Outros	
Tobati	71	27	9,09%			18	5,71%	36	5,63%
Salvino Basílio	111	9	3,03%	9	3,03%	54	17,14%	117	18,30%
Salvino Basílio	115	153	51,52%			54	17,14%	9	1,43%
José Olímpio	124	45	15,15%	9	3,03%	81	25,71%	72	11,26%
José Olímpio	126			18	6,06%	9	2,85%	108	16,91%
José Olímpio	128	9	3,03%	72	24,24%			81	12,67%
José Ribeiro	134	36	12,12%	18	6,06%	72	22,85%	27	4,23%
José Ribeiro	136	9	3,03%	153	51,52%	27	8,57%		
Policlínica	143			18	6,06%			63	9,85%
Agda Borges	157	9	3,03%					126	19,72%
Total		297	100%	297	100%	315	100%	639	100%

Em relação à renda das famílias, as Microáreas com maior poder de compra foram 134 e 136 (Unidade José Ribeiro), 143 (Policlínica) e 124 (Unidade José Olímpio). Pode-se perceber em algumas Microáreas com maior renda familiar um elevado número de medicamentos em estoque (124 e 143).

Foi possível verificar também a relação entre a renda familiar e a procedência dos medicamentos em estoque. Nas residências de famílias com faixa de renda até R\$500,00; 50,0% dos medicamentos em estoque eram provenientes do Sistema Público; nas com renda entre R\$500,00 e R\$1.000,00, 38,0%; entre R\$1.000,00 e R\$2.000,00, 10,0%; entre R\$2.000,00 e R\$3.000,00 apenas 2,0% e naquelas com renda superior a R\$3.000,00 não foram encontrados medicamentos procedentes do Sistema Público.

Ao analisar o número de medicamentos estocados por residência em relação a idade dos seus usuários constatou-se que 11% dos medicamentos estocados pertenciam a crianças, 21,13% a adultos e 67,8% a idosos.

Estes resultados confirmam os relatos de (ROZENFELD, 2003), de que a idade é uma variável preditora do uso de medicamentos, e que seu efeito se produz mesmo antes dos 60 anos, pois a chance de usar medicamentos aumenta desde a quarta década de vida.

Para apenas 14,4% (346 itens) dos medicamentos foi possível obter o custo. Isto porque foram analisados apenas os medicamentos originários do Sistema Público de Saúde dos quais foram encontrados os valores de compra no momento da pesquisa. Segundo relatos de funcionários, a falta de licitação, com aquisições diretas de laboratórios oficiais, foi um dos motivos do não registro de valores de compra no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

As estratégias de compras de medicamentos básicos ainda não foram definidas sob o gerenciamento do profissional farmacêutico. O farmacêutico acompanha o processo licitatório, inicialmente com a padronização dos itens com suas respectivas especificações e demais pareceres, mas existe uma tendência de compras em distribuidoras que apresentam custos mais altos e uma qualidade comprometida. Este processo durante muito tempo foi moroso, prejudicando o abastecimento das Unidades de Saúde. A Secretaria Municipal de Saúde optou por compras somente em laboratórios oficiais, para que não fosse necessário submeter-se a processos licitatórios. Por outro lado, dispensou um acompanhamento mais intenso do farmacêutico e com isso o SIOPS não foi alimentado com compras de medicamentos durante vários meses. Em razão deste fato não foi possível levantar gastos com medicamentos exclusivamente destinados à Secretaria Municipal de Saúde, PSF.

Este estudo apontou valores da Assistência Farmacêutica no contexto da Assistência à Saúde. Sugere sistematização dos registros de dados nas diversas etapas da Assistência Farmacêutica e criação de sistema de informação abrangente na Assistência Farmacêutica básica, com a perspectiva de auxiliar nas compras, controle de estoques

nas Centrais de Abastecimento Farmacêutico (CAFs) e nas Farmácias Caseiras, durante a dispensação.

Foi possível detectar com esta pesquisa que é de extrema necessidade realizar um estudo epidemiológico no município para caracterizar o perfil do serviço e a partir daí melhorar a REMUME em caráter qualitativo. Por outro lado, é preciso estabelecer o quantitativo dos medicamentos, dar autonomia à Secretaria Municipal de Saúde, para que realmente possa realizar uma gestão de recursos destinados à Assistência Farmacêutica.

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

Diante de todas as considerações percebe-se que o atual incentivo à Assistência Farmacêutica Básica, apesar de ser um avanço no processo da reorientação da Assistência Farmacêutica no país, 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 este recurso para melhorar a oferta de medicamentos básicos a quem deles necessita.

Particularmente, entendemos que a contrapartida do município tem que ser discutida com a equipe da CFT da Secretaria Municipal de Saúde, envolvendo Secretaria Municipal da Fazenda, Setor de Controle e Avaliação da SMSA e Controle Interno da Prefeitura, para dar oportunidade à implementação de uma política de Gestão da Assistência Farmacêutica.

Gerenciar bem a Assistência Farmacêutica Básica significa direcionar aquisições com qualidade e baixos custos, e neste sentido, caberia averiguar os medicamentos cujos preços foram superiores ao Banco de Preços do Ministério da Saúde e dos preços dos laboratórios oficiais.

Haja vista, em tempo recente, os secretários municipais de saúde de diversos municípios já indicaram a necessidade e oportunidade da construção de um novo pacto de gestão do Serviço Público que respeite a autonomia das esferas de governo, exija cumprimento das competências do SUS e substitua a lógica da habilitação por outra de adesão e de compromissos com resultados (Carta de Natal, item 1). É preciso que se respeite as especificidades locais e regionais, que se supere o repasse fragmentado por projetos verticalizados e programas que não obtêm sucesso, que se estimule a solidariedade entre as três esferas de governo. Quando se constrói, legítima, cumpre e controla os pactos e seus resultados, há um avanço nos princípios que orientam o SUS: universalidade, integralidade e equidade.

Conclusões

O estoque de medicamentos foi formado principalmente pela compra do medicamento; 68,3% dos medicamentos foram comprados em Farmácias e Drogarias. É importante salientar que, neste estoque, existe uma porcentagem considerável de produtos de venda livre.

De acordo com o estudo, observa-se que 93,5% das famílias pesquisadas possuem pelo menos um medicamento em estoque. O número de medicamentos estocados por residência variou de 1 a 36, sendo em média 8 apresentações por família.

A guarda desses medicamentos é feita principalmente no quarto e na cozinha, preferencialmente dentro de guarda-roupas, criados-mudos, armários e sobre móveis e eletrodomésticos. Foram encontrados medicamentos também nas janelas da cozinha e

do banheiro. Dessa forma os medicamentos são expostos ao calor e ao alcance de crianças.

Os medicamentos estocados são, em sua maioria, especialidades farmacêuticas para as vias oral e tópica. As formas farmacêuticas mais freqüentes foram comprimidos, solução oral e pomadas, principalmente analgésicos, antibacterianos, antiinflamatórios, anti-hipertensivos, antiácidos e antibióticos tópicos.

Cerca de 41,6 % dos medicamentos comprados nas farmácias foram adquiridos sem receita médica, enquanto que apenas 1,0% foi dispensado desta forma nas Unidades de Saúde do Serviço Público. Do total de medicamentos estocados, 18,5% possuíam data de validade expirada.

Observa-se que a presença de idosos contribuiu para o aumento de medicamentos estocados em casa.

Perspectivas

Os dados obtidos através deste trabalho sem dúvida apontam para a necessidade de estudos mais detalhados. Mas, alguns resultados podem nortear as atividades das equipes do PSF no que se refere à utilização de medicamentos por parte da população atendida.

É interessante ajustar as apresentações utilizadas no serviço com as patologias e definir nos protocolos clínicos a duração de tratamento. Esta sugestão é importante, do ponto de vista do resultado terapêutico e de otimização de recursos.

As atividades de intervenção em medicamentos vencidos e deteriorados devem ser intensificadas e, agora, com ênfase em não permitir que vençam ou se tornem inadequados para o consumo.

Treinamento para prescritores e demais profissionais que lidam com medicamentos, assim como contratação de farmacêuticos para o serviço, são também medidas indispensáveis.

A forma de guarda dos medicamentos, bem como a adesão ao tratamento, devem ser trabalhadas com os usuários, para que se reduza o desperdício e as sobras nas Farmácias Caseiras.

Do ponto de vista de gestão, sensibilizar os gestores da necessidade e urgência da sistematização dos registros, pois através destes será possível planejar melhor e intervir em tempo hábil.

Referências Bibliográficas

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 – febrero1999.

ARROYO, A. M. P. Utilizacion 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.2, Apr. 1993, p.95-104.

BERMUDEZ, J.A Z.; BONFIM,J.R.A (Org.) Medicamentos e Reforma do Setor Saúde. São Paulo: Hucitec/Sobravime,1999.

BRASIL.Lei Federal nº. 8080, 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 nº. 8142, 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 nº. 545 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. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos (Res. CSN 196/96 e outras). Brasília, 2000. 138p.

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 nº. 135 de 18 de maio de 2005.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. Bioestatística: princípios e aplicações – Porto Alegre: Artmed, 2003.

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

COSEMS-MG (Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde de MG), 2002. Prêmio Qualidade Mineira em Saúde. Belo Horizonte.

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.3, jun. 2003, p. 1- 12.

DEAN, A. G.; Dean J. A.; COULOMBIER D.; BRENDEN K.A.; SMITH D. C.; BURTON A. H.; DICKER R.C.; SULLIVAN K.; FAGAN R.F.; ARNER T.G. EPI Info, Version 6.04 d: a word processing database and statistics program for epidemiology on microcomputers. Atlanta: Centers of Disease Control and Prevention, 2001.

FERNANDES, L.C. Caracterização e análise da Farmácia caseira ou Estoque Domiciliar de Medicamentos / Luciana Fernandes Carvalho – Dissertação (mestrado).PortoAlegre-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.2 p.143-151, abr. 1989. (Resumo)

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

IBIÁ(MG), Plano Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Saúde,1997.

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 Micro regionais 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.2,1988.

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.3, 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, MeBxico. **Salud Publica Mex.** v. 42 n.4 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.6,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.3, jun.2003 p.1-13

SANTOS,J.S. Que palpitação é esta no coração da profissão farmacêutica? **Revista Pharmacia Brasileira**. Ano III , nº. 33 Agosto e setembro, 2002.

SANTOS,J.S. Fracionamento, sim, mas sem perder de vista as farmácias profissionais. **Revista Pharmacia Brasileira**. Ano X , n.1 Janeiro/fevereiro, 2005.

SCHENKEL, E.P.Cuidados com os medicamentos. Porto Alegre, Ed. Univ. 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. 3. Sep/Dec 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.5, 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 departaments in Northern Ireland – a retrospective evaluation. **Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics** v.30 February 2005, p. 01-39.

WHO (Word Health Organization). The use of essential drugs. Who Technical Report Series 867. Geneva. Who,1997.

WHO (Word 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.12,1992 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 druge storage and utilization habits: a Sudanese study. **East Mediterr Health J.** v. 8 n.(2-3), March 2002, p. 422-431.

BIOGRAFIA

1- DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Maria Ângela Ribeiro

FILIAÇÃO: Cesário Pinto Ribeiro e Marcolina Maria Ribeiro

LOCAL E DATA DE NASCIMENTO: Ibiá-MG, 31/05/1965

ENDEREÇO: Rua 54 n°. 109 Bairro São benedito

Ibia-MG Fone: (34) 3631-1644 ou (34) 3631-3098

E-mail: mribeiro@altnet.com

2- FORMAÇÃO ACADÊMICA

GRADUAÇÃO: Farmácia e Bioquímica

Faculdade de Farmácia – UFMG

Belo Horizonte-MG-Brasil, 1999

Letras

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras

Patrocínio – MG – Brasil, 1990

3- ESTÁGIOS

Bolsista de Iniciação Científica – Instituto de Ciências Biológicas

Laboratório de Epidemiologia – UFMG – 1996 a 1998

Estágio Extra-Curricular – Farmácia Escola UFMG

Extensão Universitária – Outubro/99 a Dezembro/99

Estágio Curricular – Drogaria Jardim

Belo Horizonte-MG-Brasil

4-ATUAÇÃO PROFISSIONAL

- Organizações Farmacêuticas Fitarvida

Responsável Técnica - janeiro/2000 a Outubro/2000

Belo Horizonte-MG-Brasil

- Farmácia de Manipulação Curare

Laboratório de Sólidos – Outubro/2000 a Março/2001

Araxá – MG – Brasil

- Secretaria Municipal de Saúde de Ibiá

Programa Saúde da Família

Santa Casa de Misericórdia Padre Eustáquio – Março/2001 – Atual

Ibiá – MG- Brasil

- Vigilância à Saúde – Contrato Temporário – Dezembro/2003 a

Novembro/2004

- Sistema Árcade de Ensino

Professora de Língua Portuguesa e Microbiologia e Parasitologia

Ibiá – MG- Brasil Agosto/2002 a Julho/2004

**NOME DO ESTUDO: ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS DE
PACIENTES ACOMPANHADOS PELO PROGRAMA SAUDE DA FAMILIA NA
COMUNICADE IBIAENSE A PARTIR DA FARMACIA CASEIRA.**

NUMERO DO PROTOCOLO: _____

PESQUISADORES RESPONSÁVEIS: Maria Ângela Ribeiro, Isabela Heineck.

NUMERO DO QUESTIONÁRIO: _____

O (a) Sr.(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa, que tem por finalidade estudar a utilização de medicamentos da população acompanhada pelo PSF a partir da farmácia caseira. Caso o(a) Sr.(a), aceite participar da pesquisa, será solicitado que sejam apresentados todos os medicamentos existentes dentro de sua residência estando em uso no momento, ou não, e que responda 22 questões distribuídas em 3 partes principais: quanto aos dados gerais da família, dados específicos da pessoa que faz uso do medicamento e questões relacionadas com os medicamentos. A participação da família é voluntária. Se concordar, a sua entrevista será feita a seguir. O possível desconforto deste estudo provavelmente será o tempo gasto, que dependerá do número de medicamentos existentes na casa. É muito importante sua participação para a melhoria das ações de saúde no nosso município. O Sr.(a) poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento. Sua decisão de não participar não implicará em nenhum problema quanto a adesão aos nossos serviços. Todas as informações obtidas neste estudo, bem como os resultados apresentados, poderão ser publicados com finalidade científica, mas com manutenção do anonimato, ou seja, não será divulgado nome de ninguém que participar da pesquisa ou qualquer outro tipo de informação.

Declaro ter lido, ou que me foi lido, o texto acima antes de assinar este formulário. Ofereceram-me ampla liberdade de aceitar ou não e até mesmo de desistir quando quiser e oportunidade para esclarecimentos de minhas dúvidas. Por este instrumento, tomo parte voluntariamente do presente estudo.

_____ Ibiá, ___/___/2004

Pesquisador: _____ telefone: _____

Treinamento dos entrevistadores e Roteiro de Entrevista

Introdução:

Os Agentes Comunitários de Saúde, foram escolhidos para serem entrevistadores após participação em Curso Preparatório para Uso Racional de Medicamentos realizado em 2001. Foram treinados durante uma semana no mês de julho na sala de reuniões da Policlínica Municipal. Durante o treinamento os Agentes Comunitários foram orientados quanto a metodologia adotada para a pesquisa, a forma de abordagem das famílias e quanto ao preenchimento da Ficha de Entrevista(Questionário).

Material:

a) O entrevistador tinha em mãos o questionário que seria preenchido durante a entrevista. O Termo de Consentimento Informado que deveria ser lido e assinado pelo usuário quando permitida a entrevista. O mapa da microárea para controlar as casas que foram evitadas bem como as casas que seriam entrevistadas.

b) O questionário era composto de 2 partes: A primeira tratava dos dados sócio-demográficos de modo a obter informações acerca do domicílio em si, dos moradores, do salário da família, da escolaridade e guarda de medicamentos. A outra parte, consistia de observações referentes aos medicamentos em estoque. Algumas variáveis eram coletadas e o entrevistador deveria anotar diretamente no questionário. Outras seriam codificadas depois, como por exemplo, a classificação ATC. As variáveis preço e valor de medicamentos em estoque também seriam preenchidas posteriormente. No rodapé do impresso havia instruções para o preenchimento, podendo o entrevistador fazer consultas rápidas.

Metodologia

Com o auxílio do mapa censitário do PSF, o entrevistador realizou as entrevistas iniciando desde a primeira casa da quadra representativa de cada microárea. Para dar seguimento a coleta, deveria contar 04 casas conforme o mapa censitário e entrevistar a casa de nº. 06, por exemplo. Em caso de ninguém atender na primeira casa, saltaria e começaria na segunda e em seguida a de nº. 07, e assim por diante.

Se houvesse recusa em alguma casa, por exemplo na casa 06, contava 04 casas normalmente e entrevistaria a de nº. 11. Por outro lado, se na casa 06, fosse

informado que não havia medicamentos em estoque, não deixaria de preencher o questionário com os dados iniciais. Da mesma forma, para calcular qual seria a próxima casa a visitar, contava 4 casas e entrevistar a próxima, que seria a casa de nº. 11.

Se a sexta casa coincidissem com um lote, bar, escola, então entrevistaria a primeira a seguir e deveria calcular 04 casas a partir da última entrevistada. Mesmo porque construções do tipo lote, bar ou escola, não são representadas no mapa censitário do PSF.

Não existe uma separação formal dessas duas partes dentro do questionário, de modo que o entrevistador teve que prestar muita atenção durante o desenrolar da entrevista.

Roteiro de Entrevista

Objetivos:

A entrevista tem como objetivo geral propiciar a investigação das condições em que o entrevistado guarda seus medicamentos em casa, de que maneira esses medicamentos são adquiridos e após serem armazenados, de que forma são utilizados.

Objetivos específicos:

- a) Identificar de que forma o entrevistado mantém seus medicamentos em casa observando as condições dos locais de guarda, bem como as condições dos medicamentos estocados.
- b) Analisar de que forma o estoque foi formado, avaliando a origem do medicamento (se retirado nas Farmácias das Unidades de Saúde, Comprados em Farmácia ou Drogarias de forma direta ou através de convênios de empresas, adquiridos por empréstimos ou doações) e se a aquisição foi feita com ou sem prescrição médica.
- c) Avaliar o custo do estoque doméstico, que teve sua origem nas Unidades de Saúde (SUS).
- d) Avaliar se os medicamentos comprados nas farmácias têm receita e qual percentual é de venda livre, bem como os demais medicamentos do estoque, correlacionando os comprados com os medicamentos adquiridos através do SUS.

A Entrevista

Primeiramente, o entrevistador deverá se apresentar:

“Bom dia, meu nome é fulano de tal, eu sou Agente Comunitário mas hoje eu vim como auxiliar de pesquisa. Estou participando de um trabalho de pesquisa de medicamentos”.

(Deverá salientar aqui, e reafirmar o objetivo da pesquisa e por que esta pesquisa é tão importante para o manejo da Assistência Farmacêutica no nosso país).

“Estou indo em algumas residências vendo quais são os tipos de medicamentos as pessoas guardam em casa. Tenho um Termo de Consentimento em mãos, que após a leitura do mesmo, caso o Sr. ou a Sra. aceite participar, assinará em seguida e se quiseres pode você mesmo realizar a leitura. Não tem implicação política alguma, o Sr(a) pode ficar à vontade”.

Às vezes é importante salientar os objetivos mencionados no termo de consentimento, explicando melhor.

“A entrevista tomará um pouco do seu tempo caso o Sr. ou a Sra. ache conveniente pode falar e recusar não terá problema algum. (Tem duração de mais ou menos 1 hora)”.

Caso o entrevistado não aceite naquele momento, despede-se cordialmente agradecendo e passa logo em seguida para a próxima residência. Caso o entrevistado aceite, passa em seguida a responder o questionário conforme descrito a seguir em cada campo do questionário.

O Termo de Consentimento Informado deverá ser grampeado no questionário.

Exemplo:

Preencher o questionário com os dados de rotina com Área, Microárea, Data, hora inicial e final.

Em seguida, proceda a entrevista indagando quantas pessoas vivem na casa; quantos cômodos (peças) tem a casa; se existe algum telefone para contato (pode ser celular); pergunta se incomoda de informar a renda da família e assim até terminar toda a primeira parte. Lembrando que a primeira parte é preenchida mesmo que o entrevistado diz que não possui medicamentos em estoque.

Quanto ao levantamento de medicamentos começa perguntar assim:

“Pode me mostrar os medicamentos que o Sr.(a) tem em casa estando em uso ou não?”

Assim que a pessoa trouxer, relaciona todos os medicamentos no questionário conforme o roteiro de preenchimento descrito abaixo. Às vezes será necessário

perguntar uma ou outra coisa ao entrevistado esclarecendo sobre os medicamentos. Após terminar o registro, continua a entrevista da seguinte forma: Perguntando peça por peça e registrando os medicamentos que porventura deverão ser anotados de **caneta vermelha**.

- Na cozinha, tem algum medicamento para o estômago? Algum bicarbonato de sódio? Novalgina? Antiácido? Remédio para vômito?
- No quarto, guarda medicamentos? Tem algum remédio para dormir? Anticoncepcional? Antifúngico? Alguma pomada? Vickvapourub?
- No banheiro. Tem alguma pomada? Shampoo para caspa? Shampoo com Peritionato de zinco, cetoconazol? Creme esfoliante da pele?

E assim por diante em todas as peças da casa.

Caso o entrevistado ficava com dúvidas quanto a composição do shampoo, por exemplo, mostrava ao AC para verificação. Quando o próprio entrevistador tinha dúvida se o shampoo ou o creme era medicamentoso, registrava mesmo assim, para que fosse averiguado durante o controle de qualidade do preenchimento dos questionários.

Primeira Parte do Questionário (Frente)

- 1) Campo I: Preencher automaticamente com o número da Microárea e área de abrangência.
- 2) Campo II: O numero da família de acordo com a Metodologia Sistemática adotada. Assim, que realizar a conversa informal com o comunicante da família, sempre com o cuidado de entrevistar moradores que estavam envolvidos com a provisão de medicamentos da residência.
- 3) Campo III : anota-se o horário de início da entrevista. Este campo foi considerado obrigatório por que foi parâmetro para o cálculo de tempo no estudo Piloto.
- 4) Campo IV: anota-se o horário de término da entrevista. Este campo foi considerado obrigatório por que foi parâmetro para o cálculo de tempo no estudo Piloto.
- 5) Campo V: Pergunta, quantos moradores tem na residência?
- 6) Campo VI: Informa-se sobre a renda da família. (Solicita todo o dinheiro que entra na casa de todos os membros com atividades lucrativas da família ou

ensão alimentícia, aposentadoria, seguro-desemprego, doações, enfim todas as fontes.) **Caso seja negado esta informação passa para o ítem seguinte.**

- 7) Campo VII: Preencher com a idade e escolaridade de todos os membros da família. EX: morador 01 ---- 14 anos ----- PGC que significa “primeiro grau completo”. Preencha Grau 1, Série 8ª.
- 8) Campo VIII: Observações. Em caso de dúvidas registre neste campo.
- 9) Campo IX: Realizar a seguinte pergunta. Onde costuma guardar os medicamentos. Registre o local e o móvel usado. Solicite ainda, a possibilidade de ver com os próprios olhos os locais e móveis informados.
- 10) Campo X: Após observar os locais do campo anterior, registre quanto a presença de luz, umidade, calor, alcance ou não de crianças. (Não esqueça que não necessariamente precisa ter criança em casa).

Segunda Parte do Questionário (Verso)

- 11) Campo XI: Solicita o estoque dos medicamentos para realizar algumas anotações sobre ele.

“ Quem usou ou quem está usando tal medicamento?”

Preencher com o mesmo número equivalente a cada morador da parte da frente do questionário. EX: morador 01

- 12) Campo XII: “Preencha com o nome do medicamento (comercial ou genérico)

- 13) Campo XIII: Preencha com a Forma Farmacêutica, segundo a legenda.

- 14) Campo XIV: deixar em branco para ser preenchido depois. Este campo refere-se a codificação em ATC.

- 15) Campo XV: Preencher com a apresentação (embalagem), preencher se caixa (10 comp., 20 comp., 30 comp. etc). Se cartela (com 10, 20 ou 30 comp., etc). Se frasco, (10 mL, 20 mL, etc).

Obs: Nesse momento que registra a apresentação aproveita para completar o campo XXIII, que pergunta sobre o total de medicamentos existente em estoque.

- 16) Campo XVI: Medicamento vencido, preencher conforme modelo no rodapé. (Número 01 para Sim ou Número 02 para Não).

17)Campo XVII: Sobras de Tratamentos, preencher conforme modelo no rodapé. (Número 01 para Sim ou Número 02 para Não).

18)Campo XVIII:Preencher a origem conforme legenda registrada no rodapé do questionário.

19)Campo XIX: Preencher com Sim ou Não, se o medicamento teve receita ou foi retirada na Unidade de Saúde através do cartão do usuário(considera que houve uma consulta previamente).

20)Campo XX: Preencher com a data da receita ou cartão, se houver.

21)Campo XXI: Preencher com a data de quando foi retirado na Unidade de Saúde, conforme legenda registrada no rodapé do questionário.

22)Campo XXII: Preencher com a forma de uso, conforme legenda registrada no rodapé do questionário.

23)Campo XXIII: Verificar se os medicamentos foram contados e registrado neste campo “Quantidade em estoque”.

24)Campo XXIV: Este campo referente ao preço não será preenchido no momento da entrevista.

25)Campo XXV: Este campo referente ao Valor em estoque não será preenchido no momento da entrevista.

Obs: No Termo de Consentimento Informado, informa ao entrevistado que ele responderá 22 questões, porque existem 3 campos no questionário que são preenchidos depois durante a codificação. São eles: Campo XIV, Campo XXIV e Campo XXV.

No treinamento os entrevistadores foram orientados a finalizar a entrevista agradecendo a disponibilidade do entrevistado e se despedir. Caso o entrevistado tenha alguma dúvida sobre seu estoque, queira algum esclarecimento sobre medicamentos, anotar e repassar para a equipe e se for necessário algum esclarecimento mais técnico solicite ao Farmacêutico. Caso queira se desfazer de algum medicamento, recomende-o que encaminhe à Unidade de Saúde, através do ACS's para que tome as medidas corretas de descarte ou entregue diretamente à Vigilância Sanitária do município.