

FATORES ASSOCIADOS AO CONSUMO DE MEDICAMENTOS SEM RECEITA MÉDICA POR PESSOAS COM DIABETES MELLITUS E/OU HIPERTENSÃO ARTERIAL ATENDIDAS POR EQUIPES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Medication use without prescription among people with diabetes mellitus and/or hypertension assisted by family health strategy teams

Paula Consolin Vieira¹, Ernani Tiaraju de Santa Helena²

RESUMO

Introdução: A receita médica se caracteriza como meio para prover as informações necessárias ao paciente referentes à sua terapia medicamentosa. **Objetivo:** identificar os fatores associados ao consumo de medicamentos sem receita médica em pessoas com Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão arterial sistêmica, moradores das áreas de abrangência das Estratégias de Saúde da Família (ESFs) de Blumenau - SC. **Métodos:** foi realizado um estudo epidemiológico observacional do tipo seccional, corte temporal transversal, tendo como unidade amostral pessoas com HAS e/ou DM tipo 2 de 10 unidades de ESF entrevistados, no domicílio com questionário com variáveis sociodemográficas, assistenciais e sobre a utilização de medicamentos. A variável dependente foi uso de medicamentos sem receita. Utilizou-se estatística descritiva e testes t de Student e Qui-quadrado para associação com p-valor < 0,05. **Resultados:** Participaram do estudo 716 pessoas, das quais 488 (62,2%) eram mulheres. Foram utilizadas 2932 especialidades farmacêuticas das quais 881 (29,9%) sem a presença da receita médica. O subgrupo mais utilizado foi os Inibidores da enzima conversora de angiotensina (359; 12,3%), o medicamento mais comum foi a Hidroclorotiazida (268, 9,1%) e a classe mais utilizada sem a presença da receita foi a dos Psicotrópicos (45,9%). Mostram-se associados ao consumo de medicamentos sem a presença da receita as pessoas de maior escolaridade, tabagistas, sedentárias, que utilizavam menor quantidade de medicamentos, que não foram informadas sobre cuidados e reações adversas ao remédio e que abandonaram o tratamento. **Conclusão:** os resultados sugerem que o maior consumo de medicamentos sem a presença da receita está

ABSTRACT

Introduction: The medical prescription is a means to provide patients with information necessary to their drug therapy. **Objectives:** identify the factors associated with the use of drugs without a medical prescription, by patients with diabetes mellitus (DM) or systemic arterial hypertension (SAH), living in the catchment area of the Family Health Strategy (FHS) of Blumenau-SC. **Methods:** epidemiologic, observational, cross-sectional study, with a sample composed of type 2 DM and/or SAH patients from 10 FHS units. The participants were interviewed in their households, with a questionnaire consisting of sociodemographic, care-related and drug use variables. The dependent variable was the use of drugs without prescription. We used descriptive statistics with Student's t and chi-squared tests for association with p-value < 0.05. **Results:** There were 716 participants, of whom 488 (62.2%) were women. 2932 pharmaceutical preparations were used, of which 881 (29.9%) were used without medical prescription. The drug subgroup most often used was that of angiotensin-converting enzyme inhibitors (359; 12.3%). The most frequent drug was hydrochlorothiazide (268, 9.1%), and the class most frequently used without a prescription was that of the psychotropics (45.9%). The following factors were associated with the use of drugs without a medical prescription: higher schooling, smoking, sedentarism, lower amount of drug use, no information about precautions and side-effects related to drug use, and treatment drop-out. **Conclusion:** the results suggest that higher drug use without

¹ Paula Consolin Vieira, Acadêmica de Medicina, X semestre, Universidade Regional de Blumenau. E-mail: paulaconsolin@gmail.com

² Ernani Tiaraju de Santa Helena, Professor do quadro do curso de Medicina da Universidade Regional de Blumenau

associado àquelas pessoas que cuidam menos de sua saúde e que recebem menos informação do profissional de saúde sobre seu tratamento.

PALAVRAS-CHAVE: Prescrições de Medicamentos; Programa Saúde da Família; Diabetes Mellitus/terapia; Hipertensão/terapia.

INTRODUÇÃO

De acordo com Arrais^{1,72}, “a automedicação é um procedimento caracterizado pela iniciativa de um doente, ou de seu responsável, em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas”. Ela ainda é a principal causa do uso inadequado de medicamentos e constitui, atualmente, parte essencial do serviço não regularizado de saúde do Brasil.

Em pessoas portadoras de doenças crônicas como Diabetes e Hipertensão, pelo fato destes conviverem mais com o sistema de saúde, o consumo de medicamentos é ainda mais elevado. As possíveis consequências do uso de medicamentos sem receita vão desde as alterações farmacocinéticas, aumento da probabilidade de reações adversas e interações medicamentosas², até a possibilidade de mascarar ou retardar o diagnóstico de condições mais sérias das doenças.¹

No entanto, muitos destes pacientes crônicos utilizam-se de prescrições antigas, pelo fato de não conseguirem uma consulta médica, ou realizam sua terapia sem a presença de uma receita, pelo fato de esta ser mantida na Unidade de Saúde (por motivo de monitoramento do medicamento), havendo a necessidade de uma segunda via entregue pelo médico, nem sempre realizada. Dessa forma, esses pacientes ficam, muitas vezes, sem orientação formal quanto ao modo recomendado de utilização de seus medicamentos. Esses fatos, somados à alta prevalência de automedicação no Brasil, trazem uma crescente preocupação quanto ao consumo de medicamentos sem receita médica por pacientes crônicos.

Existem estudos específicos que dizem respeito aos motivos que levam as pessoas a consumirem fármacos inadvertidamente, como forma de compreender as dificuldades encontradas na busca por um uso racional de medicamentos.¹⁻⁵

Este artigo se propõe a traçar o perfil do consumo de medicamentos sem receita médica por pessoas com Diabetes Mellitus (DM) e/ou Hipertensão arterial sistêmica (HAS), moradores das áreas de abrangência das Estratégias

a medical prescription is associated with those who care less about their health, and who receive less professional information about their treatment.

KEY WORDS: Prescriptions Drugs; Family Health Program; Diabetes Mellitus/therapy; Hypertension/therapy.

de Saúde da Família (ESFs) de Blumenau - SC e identificar alguns fatores associados.

CASUÍSTICA E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico, observacional, de tipo seccional, corte temporal transversal, tendo como unidade amostral pessoas com HAS e/ou DM tipo 2.

Este estudo é parte integrante do estudo “Adesão ao Tratamento Farmacológico de pacientes com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em unidades de saúde da Família em Blumenau-SC.” Assim, o cálculo do tamanho amostral levou em conta parâmetros diversos relativos a outras variáveis de interesse. Aqueles relativos a esta parte do projeto foram: uma prevalência de pessoas sem receita médica de 50%, intervalo de 95% de confiança, precisão de 5% e fator de desenho igual a 2, que correspondeu a uma amostra estimada de 770 pessoas.

Foi procedida amostragem por conglomerados em dois estágios. No primeiro estágio, foi realizada amostragem aleatória, simples, de 10 equipes de saúde da família (entre as 34 existentes que estavam em atividade há mais de 12 meses, antes do início do trabalho de campo, que teve início em abril de 2006). No segundo estágio amostral, foram identificadas aquelas pessoas moradoras da área de abrangência das equipes que foram cadastradas como hipertensas, sendo então procedida à amostragem aleatória estratificada, distribuindo o tamanho amostral proporcionalmente às pessoas com HAS e/ou DM cadastradas em cada unidade.

Foram incluídas pessoas com HAS e/ou DM cadastradas na área de abrangência das equipes de saúde da família do município de Blumenau, SC com pelo menos seis meses de acompanhamento clínico, seja pela equipe de saúde da família ou por médico de convênio de saúde, da empresa em que trabalhava ou outros.

Foram excluídas as gestantes, bem como pacientes portadores de doença mental ou neurológica degenerativa que afetasse a cognição e/ou memória (demência senil, Alzheimer) e portadores de deficiência auditiva/visual grave.

Os dados foram obtidos através de uma entrevista domiciliar, com questionário estruturado e com entrevistadores treinados.

Para caracterização das pessoas, foram utilizadas as variáveis: sexo, idade (em anos contínuos e faixas etárias), estado conjugal (solteiro, casado, separado ou viúvo), escolaridade (em anos de estudo), raça (autodeclarada), uso de fumo, álcool, atividade física e, referentes à doença, se portador de diabetes mellitus, hipertensão arterial, ou ambas.

As variáveis de estudo referentes à assistência à saúde foram: número de medicamentos utilizados há pelo menos 7 dias; tempo de uso (em meses); opinião do paciente quanto à quantidade de medicamentos que usa (muito, pouco ou adequada); uso de remédio caseiro; presença de reações adversas; orientação quanto às formas de utilização do medicamento e sobre possíveis reações adversas; e abandono de tratamento.

Com relação aos medicamentos, foi estudada a frequência e tempo de utilização, classes e denominação. Os medicamentos foram classificados segundo o *Anatomical-Therapeutic-Chemical Classification Index - ATC*⁶ que organiza os medicamentos em diferentes grupos e subgrupos (níveis), de acordo com o órgão ou sistema sobre o qual atuam e segundo as suas propriedades químicas, farmacológicas e terapêuticas.. Foram incluídos no estudo os medicamentos utilizados para tratamento de Diabetes Mellitus (DM); os medicamentos utilizados para tratamento da Hipertensão Arterial sistêmica (HAS); os antiinflamatórios e relaxantes musculares; os analgésicos; e os psicotrópicos (medicamentos controlados que exigem a apresentação da notificação de receita médica). Com relação a este último grupo, optou-se ainda por examinar seu tempo de utilização, uma vez que podem ocasionar dependência, reações adversas e interações medicamentosas.

Os medicamentos foram apresentados pela nomenclatura constante na DCB - Lista das Denominações Comuns Brasileiras.⁷

Tomou-se como variável dependente o uso de medicamentos sem receita médica. Durante a entrevista domiciliar, era solicitado às pessoas que apresentassem os medicamentos utilizados nos últimos sete dias e as respectivas receitas médicas. O entrevistador fazia a identificação do medicamento nas receitas fornecidas. Para medicamentos de uso contínuo, foram aceitas as receitas com datas de até 180 dias anteriores à entrevista, desde que constasse, na mesma, a observação “uso contínuo”.

Os dados foram analisados utilizando-se estatística descritiva das variáveis enumeradas anteriormente, dispostas tabular e graficamente, para melhor compreensão. As variáveis contínuas tiveram calculadas a média e respectivo desvio padrão e mediana. Para estimar a possível asso-

ciação entre variáveis de estudo e a variável dependente, utilizou-se dos testes “t de Student” para comparar médias e Qui-quadrado para proporções. Foi aceito um nível de significância estatística de $p < 0,05$.

O estudo foi feito em conformidade com a Declaração de Helsinque e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FURB, de acordo com o parecer constante no processo de número 093/2008.

RESULTADOS

Foram incluídas no estudo 716 pessoas, amostra constituída por maioria de mulheres (488, 68,2% IC 95% 64,6 - 71,6), com média de idade de 57,58 anos (desvio padrão- 13,1 anos). As características sociodemográficas da amostra estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Características sociodemográficas (n=716)

Variáveis	N	(%)	IC (95%)
Sexo			
Masculino	228	31,8	28,4 - 35,4
Feminino	488	68,2	64,6 - 71,6
Faixa etária			
Até 39 anos	50	7	5,2 - 9,1
40 - 49	124	17,3	14,6 - 20,3
50 - 59	224	31,3	27,9 - 34,8
60- 69	160	22,3	19,3 - 25,6
70 - 79	126	17,6	14,9 - 20,6
80 e mais	32	4,5	3,8 - 6,3
Estado Conjugal(*)			
Solteiro	33	4,7	3,2 - 6,4
Casado	465	65,1	61,5 - 68,6
Separado	68	9,5	7,5 - 11,9
Viúvo	148	20,7	17,8 - 23,9
Raça (autodeclarada)			
Branca	582	81,3	78,2 - 84,1
Parda	91	12,7	10,4 - 15,4
Negra	33	4,6	3,2 - 6,4
Amarela	7	0,97	0,3 - 2,0
Outra	3	0,43	0,08 - 1,2
Tabagismo			
Sim	102	14,2	11,8 - 17,0
Não	614	85,8	83,0 - 88,2
Consumo de Álcool			
Sim	194	27,1	23,9 - 30,5
Não	522	72,9	69,5 - 76,1
Atividade Física (n de vezes últimos 7 dias)			
Nenhuma	505	70,6	67,0 - 73,9
Uma - Três	120	16,7	14,1 - 19,7
Quatro - Sete	91	12,7	10,4 - 15,4
Doença			
Hipertensão arterial	343	47,9	44,2 - 51,6
Diabetes	103	14,4	11,9 - 17,2
Ambas	270	37,7	34,2 - 41,4

FONTE: Dados primários

(*) Excluídos os ignorados

Com relação ao cuidado das pessoas em saúde, quanto à opinião dos entrevistados sobre a quantidade de medicamentos que tomavam, 439 (65,9%, IC 95% 62,2 - 69,5) acreditavam estar na quantidade adequada e apenas 196 pessoas (29,4%, IC 95% 26,0 - 33,1) achavam que tinham de tomar medicamentos em demasia. No que diz respeito ao uso de algum tipo de remédio caseiro, 376 pessoas (54,7%, IC 95% 50,9 - 58,5) não se utilizavam de nenhum tipo (como chás, ervas).

Apenas 133 pessoas (20,3 % , IC 95% 26,0 - 33,1) relataram que foram informadas por médico ou outro profissional de saúde sobre algum mal-estar que pudesse ser causado por seus medicamentos. Quanto a possíveis reações adversas, 105 pessoas (15,53%, IC 95% 12,9 - 18,5) relataram sua ocorrência de modo esporádico e 528 (78,1%, IC 95% 74,8 - 81,2) negaram sua ocorrência.

A maioria das pessoas utilizava pelo menos três tipos diferentes de medicamentos (324, 47,7%, IC 43,8 - 51,5), sendo que 238 pessoas (35,0%, IC 95% 31,4 - 38,7) utilizavam até 6 medicamentos.

O número total de medicamentos utilizados foi 2932, sendo 2051 (69,9%, IC 95% 68,3-71,6) com receita e 881 (29,9%, IC 95% 28,4-31,7) sem a presença da receita médica.

O subgrupo mais utilizado foi o de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina - IECA (359, 12,3% IC95% 11,1-13,5), sendo os anti-hipertensivos a classe mais frequente (997, 34,0% IC95% 32,3-35,8). A Tabela 2 apresenta os medicamentos mais frequentemente utilizados.

Os cinco grupos de medicamentos incluídos no estudo (Medicamentos para DM, HAS, Psicotrópicos, Antiinflamatórios e Analgésicos) totalizaram 1847 especialidades farmacêuticas utilizadas (62,9% IC 95% 61,2-64,7), das quais 535 (29,0% IC95% 26,9-31,1) estavam sem a presença da receita.

A distribuição dos medicamentos mais utilizados e a proporção sem a presença de receita médica é apresentada na Tabela 2.

A Tabela 3 apresenta a proporção de medicamentos sem receita médica agrupados por classe terapêutica. O grupo dos psicotrópicos foi o que apresentou maior percentual de medicamentos sem a presença de receita médica (96, 45,9% IC 95% 39,0-52,9) comparado aos demais grupos.

Quanto ao tempo de uso dos Psicotrópicos, de um total de 209 medicamentos, os subgrupos dos benzodiazepínicos, Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina e Inibidores da Monoaminoxidase (MAO) totalizaram 151 medicamentos. Destes, 83 (55,0%) são utilizados há pelo menos 5 anos, 29 (19,2%) há mais de 5 anos, e 23 (15,2%)

há pelo menos 6 meses. A classe mais usada no período de mais de 5 anos foi a dos Benzodiazepínicos, com 19 medicamentos, correspondendo a 34,5 % (19/55) de seu uso.

Tabela 2 - Frequência dos medicamentos mais utilizados e ausência de receita médica

Medicamento	Sem receita/Total	% (IC 95%)
Hidroclorotiazida	59 / 268	22,0 (17,2 - 27,5)
Enalapril	68 / 256	26,6 (21,3 - 32,4)
Metformina	53 / 239	22,2 (17,1 - 28,0)
Glibenclâmida	53 / 176	30,1 (23,4 - 37,4)
Lovastatina	33 / 162	20,3 (14,5 - 27,4)
Ácido acetilsalicílico	34 / 133	25,5 (18,4 - 33,8)
Atenolol	30 / 123	24,4 (17,1 - 33,0)
Captopril	20 / 103	19,4 (12,3 - 28,4)
Diclofenaco	26 / 73	35,6 (24,7 - 47,7)
Insulina Humana	22 / 71	31,0 (20,5 - 43,1)
Omeprazol	23 / 66	34,8 (23,5 - 47,6)
Furosemide	17 / 63	27,0 (16,6 - 39,7)
Amlodipina	13 / 47	27,7 (15,6 - 42,6)
Vitamina B	14 / 46	30,4 (17,7 - 45,8)
Paracetamol	16 / 44	36,4 (22,4 - 52,2)
Fluoxetina	14 / 39	35,9 (21,2 - 52,8)
Amitriptilina	15 / 35	42,9 (26,3 - 60,6)
Clonazepam	21 / 33	63,6 (45,1 - 79,6)
Nitrato (<i>dinitrato de isosorbida</i>)	9 / 31	29,0 (14,2 - 48,0)
Diazepan	18 / 30	60,0 (40,6 - 77,3)

FONTE: Dados primários

As variáveis sociodemográficas e assistenciais das pessoas que mostraram associação, estatisticamente significantes, ao consumo de medicamentos sem receita médica estão relacionadas na Tabela 4.

Dos 2932 medicamentos utilizados, a maior porcentagem destes sem receita médica foi encontrada em pessoas com 9 ou mais anos de escolaridade (42,3%); em raças diferentes da Branca (35,1%); que fumavam (40,0%) e não praticavam nenhum tipo de atividade física (32,2%); que tinham apenas HA (34,7%), sendo mais baixo o percentual nas pessoas com ambas as doenças (28,0%); nas que se utilizavam de menor quantidade de medicamentos (34,5%); que não foram informadas sobre os cuidados ou reações adversas aos medicamentos (33,7 e 31,8%) e nos que abandonaram o tratamento (72,9%).

DISCUSSÃO

No exame da validade externa do presente estudo, uma questão a ser examinada diz respeito às características sociodemográficas e médico-assistenciais das pessoas consumidoras de medicamentos. Estas características se mostraram semelhantes a outras amostras de pessoas assistidas na atenção primária.

Tabela 3 - Número e Proporção de Medicamentos sem receita agrupados por Classes Terapêuticas.

Classe*	Total /Sem receita	% (IC 95%)
Medicamentos Usados Para Diabetes Mellitus		
Hipoglicemiantes orais (A10BB e A10BA)	421 / 108	25,6 (21,5 - 30,1)
Insulina e Análogos (A10AC)	71 / 22	31,0 (20,5 - 43,1)
Total	493/ 130	26,4 (22,5 - 30,5)
Medicamentos Usados Para Hipertensão Arterial		
Antiadrenérgicos, ação central (C02A)	23 / 8	34,8 (16,4 - 57,3)
Diuréticos Tiazídicos (C03A)	268 / 59	22,0 (17,2 - 27,5)
Diuréticos excluindo-se Tiazídicos (C03BA)	14 / 6	42,9 (17,7 - 78,1)
Diuréticos de longa ação (C03C)	63 / 17	27,0 (16,6 - 39,7)
Agentes poupadores de K (C03D)	21 / 8	38,1 (18,1 - 61,6)
Beta-bloqueadores seletivos (C07AB)	123 / 30	24,4 (17,1 - 33,0)
Agentes alpha e beta-bloqueadores (C07AG)	15 / 4	26,7 (7,8 - 55,1)
Bloqueadores de canal de cálcio (C08CA e C08DB)	64 / 19	29,7 (18,9 - 42,4)
Inibidores de ECA (C09AA)	359 / 88	24,5 (20,1 - 29,3)
Antagonistas angiotensina II e diuréticos (C09DA)	12 / 2	16,7 (2,1 - 48,4)
Outras	35 / 9	25,7 (12,5 - 43,3)
Total	997 / 250	25,1 (22,4 - 27,9)
Medicamentos Psicotrópicos		
Antiepilépticos (N03A)	33 / 21	63,6 (45,1 - 79,6)
Ansiolíticos (N05B)	50 / 28	56,0 (41,3 - 70,0)
Inibidores não seletivos da Recaptação de Monoamina (N06AA)	48 / 17	35,4 (22,2 - 50,5)
Inibidores seletivos recaptação Serotonina (N06AB)	39 / 14	35,9 (21,2 - 52,8)
Outras	39 / 16	41,0 (25,6 - 57,9)
Total	209 / 96	45,9 (39,0 - 52,9)
Antiinflamatórios e Relaxantes musculares (M01)	89 / 36	40,5 (30,2 - 51,4)
Medicamentos Analgésicos (N02)	59 / 23	39,0 (26,5 - 52,6)

* Segundo a ATC/WHO 2006;

FONTE: Dados primários

Outros estudos que avaliam o perfil da população com diabetes e/ou hipertensão também observaram um predomínio de pessoas do sexo feminino e com idades mais avançadas.⁸⁻¹² O grau de escolaridade de até quatro anos de estudo também é o mais frequente observado em outras pesquisas com o perfil de populações consumidoras de medicamentos^{9,12-14}, em particular atendidas por serviços de atenção primária, que pode sugerir uma situação social desfavorável associada à presença de doenças crônicas.¹²

Em outros estudos realizados na atenção primária, o índice de tabagismo é semelhante ao encontrado neste estudo (19,7% das pessoas com HAS e 17,7% das com DM).^{8,12} Com relação à atividade física, uma pesquisa realizada em unidades de saúde da família de São Paulo, 48,7% das pessoas com DM e HAS eram sedentárias⁸, números semelhantes aos encontrados no Mato Grosso (42,9%)¹², um pouco menores dos encontrados no Rio Grande do Sul (75%)¹¹ que foi similar ao encontrado neste estudo (70,6%).

A maior parte dos estudos sobre o uso de medicamentos envolve pessoas idosas, sendo que a grande maioria destas apresenta como principais problemas de saúde a HAS e DM^{14,15}, de forma que, mesmo quando não se estuda a popu-

lação específica com DM e/ou HAS, o perfil de utilização dos medicamentos é muito semelhante. Na mesma pesquisa com Unidades de saúde da família em São Paulo, das 725 pessoas estudadas com HAS, 22,6% apresentavam DM associada⁸, número menor que o encontrado neste estudo (37,7%).

A utilização de remédios caseiros (chás, ervas, etc) está intimamente relacionada com os valores culturais e crenças das pessoas quanto significado dado à saúde e à doença¹³⁻²³ e se apresenta com frequências variáveis (8,1% em estudo nacional¹⁶ e entre 22,7% e 33% em estudos internacionais^{13,22}) que dependem do contexto estudado. A utilização desses por idosos e pacientes crônicos pode estar relacionada à satisfação com o serviço de saúde e ao fato dos medicamentos prescritos para seu tratamento constarem na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e estarem disponíveis nas unidades de saúde de modo gratuito.^{13,17}

Considerando a população em geral, a média de medicamentos por prescrição vai de 1,8 a 2,9 medicamentos¹⁸, enquanto, na população idosa (acima de 60 anos), varia de, no mínimo, 1¹⁶, 1,5¹⁵ a 2,79¹⁴, resultados semelhantes à média de medicamentos consumidos por pessoa observado no presente estudo. Em trabalhos com a população idosa (> 60

anos), as classes mais frequentes são dos anti-hipertensivos em geral^{14,15} e dos medicamentos que atuam sobre o sistema cardiovascular.^{2,16} Em se tratando de automedicação, destacam-se as classes dos analgésicos e anti-inflamatórios.^{1,2,19}

Considerando a população com DM e/ou HAS, destacam-se o Enalapril²⁰⁻²², a Hidroclorotiazida^{8,14,20} e o Captopril^{8,14}, sendo estes também os medicamentos mais encontrados no presente estudo.

Tabela 4 - Perfil sociodemográfico e consumo de medicamentos sem receita médica, Blumenau - SC, 2005.

Variáveis	Sem receita		Valor de p*
	N / total	% (IC 95%)	
Escolaridade (anos de estudo) (n = 2927)			
0	164 / 470	34,9 (30,6-39,4)	
1 - 4	510 / 1864	27,4 (25,3-29,4)	<0,0001
5 - 8	125 / 399	31,3 (26,8-36,1)	
9 ou mais	82 / 194	42,3 (35,2-49,6)	
Tabagismo(n = 2932)			
Sim	133/332	40,0 (34,8-45,6)	<0,0001
Não	748/ 2600	28,7 (27,0-30,5)	
Atividade física (últimos 7 dias) (n = 2932)			
Nenhuma	672/2087	32,2 (30,2-34,3)	<0,0001
1 - 4 vezes	96/489	19,6 (16,2-23,4)	
5 ou mais	113/356	31,7 (26,9-36,8)	
Doença (n = 2932)			
Diabetes mellitus	377/1195	31,5 (28,9-34,3)	0,031
Hipertensão arterial	91/262	34,7 (29,0-40,8)	
Ambas	413/1475	28,0 (25,7-30,4)	
Número de medicamentos utilizados (n = 2858)			
1 - 3	287/832	34,5 (31,3-37,8)	<0,0001
4 - 6	354/1221	29,0 (26,5-31,6)	
7 ou mais	202/805	25,0 (22,1-28,2)	
Médico informou sobre os cuidados com o medicamento (n = 2843)			
Sim	365/1397	26,1 (23,8-28,5)	<0,0001
Não	487/1446	33,7 (31,2-36,2)	
Médico informou sobre possíveis reações adversas (n = 2823)			
Sim	146/576	25,3 (21,8-29,1)	0,003
Não	715/2247	31,8(29,9-33,8)	
Abandono do tratamento (n = 2932)			
Sim	54/74	72,9 (61,4-82,6)	<0,0001
Não	827/2858	28,9 (27,3-30,6)	

Fonte: dados primários.

Os medicamentos utilizados pela amostra estudada, Hidroclorotiazida e Enalapril para HAS e Glibenclamida e Metformina para DM, constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais¹⁷ do SUS. Esta lista de medicamentos, essenciais que representa parte importante da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, é revisada e atualizada anualmente desde 2006. Os resultados observados sugerem uma boa adesão dos prescritores da atenção primária à RENAME, que pode auxiliar no acesso das pessoas ao seu tratamento. Segundo Assunção¹¹, 14% das pessoas com DM atendidas na atenção primária utilizavam Insulina e 86% algum tipo de hipoglicemiante oral, sendo mais comum a classe das Biguanidas, que se mostra consistente com os resultados encontrados. Dentre os anti-hipertensivos, a Hidroclorotiazida é o medicamento

mais comumente prescrito segundo diferentes estudos^{8, 14, 20}. A elevada proporção de associação de DM e HAS aqui obtida pode explicar, ao menos em parte, o maior consumo da classe dos IECA, que pode sugerir boa prática dos profissionais, uma vez que estes medicamentos têm um efeito nefroprotetor, desejável entre pessoas com DM associada a HAS.²²

Em pacientes crônicos é comum o uso de analgésicos e anti-inflamatórios, pela concomitância de várias doenças e pelo processo de envelhecimento desta população^{1,2}. Esses medicamentos representam as frequências mais elevadas de automedicação em diversos estudos.^{1,2,19,24} Excluídos os psicotrópicos, o Diclofenaco sódico e o Paracetamol foram os medicamentos com maior porcentagem de uso sem receita, o que pode ser explicado por automedicação

ou ainda pelo fato das pessoas armazenarem este tipo de medicamento em casa e eventualmente perderem a receita médica. Sabe-se que seu uso crônico inadequado pode oferecer risco de sangramentos e lesões renais entre outros.²⁵

Os benzodiazepínicos são os psicotrópicos mais comumente consumidos pela população idosa¹⁶ e pela população em geral²⁶, sendo o medicamento mais frequente o Diazepam.²⁶ A fluoxetina foi o psicotrópico mais consumido no presente estudo, que se mostra em consonância com o estudo de Krausser²⁷, sobre o consumo de psicofármacos na região de Blumenau-SC. Naquele estudo, os medicamentos mais usados foram a fluoxetina, o diazepam, a amitriptilina, a carbamazepina, a imipramina e o bromazepam. O uso destes medicamentos está associado ao sexo feminino, na faixa etária de 40 a 50 anos, sendo que a fluoxetina é especialmente mais usada em mulheres devido a sua capacidade anorexígena.²⁷

Os psicotrópicos constituem a classe com maior número de medicamentos sem a presença da receita em nosso estudo (45,9%), o que aumenta a preocupação quanto ao uso já que muitas pessoas ficam sem orientação formal sobre como usar estes medicamentos. Este fato pode ser explicado, no caso dos benzodiazepínicos, pelo fato de a receita ficar retida na farmácia por exigência legal e os médicos não fazerem uma prescrição em receituário comum com o objetivo de orientar o paciente.

O uso terapêutico dos benzodiazepínicos está voltado, principalmente, para os transtornos de ansiedade, distúrbios convulsivos, tratamento de abstinência alcoólica, dentre outras. O uso crônico traz o risco de desenvolver dependência e uso abusivo. Além disso, uma dependência leve pode se desenvolver em pessoas que fizeram uso de forma terapêutica e regular durante períodos muito longos.²⁸ Esta informação é preocupante considerando que os Benzodiazepínicos foram a classe mais utilizada por períodos longos em nosso estudo (mais de 5 anos).

Em um estudo sobre o uso de diazepam na população idosa, 22,2% das pessoas o utilizavam há pelo menos 12 anos, e os principais problemas relatados foram angústia, dores articulares, depressão e tontura além da dependência física e psicológica.²⁶

Os Inibidores da MAO e os Inibidores Seletivos da Recaptação da Serotonina são medicamentos usados no tratamento da depressão, ansiedade e transtornos dolorosos crônicos, como acontece nas síndromes neuropáticas diabéticas. Com o uso prolongado dos antidepressivos tricíclicos, os pacientes desenvolvem uma tolerância aos efeitos sedativos e autônomos, além de reações adversas como náuseas. Além disso, com o tempo, pode haver uma

perda da eficácia dos medicamentos, devendo-se aumentar as doses para se recuperar os efeitos.²⁸ Em nosso estudo, os Tricíclicos tiveram um tempo de uso de no mínimo 6 meses a 5 anos, o que aumenta a chance, nesta população, de tolerância e reações adversas.

A terapia medicamentosa de pessoas com HAS e/ou DM pode ser considerada segura, no entanto, é preciso o controle terapêutico rigoroso para diminuir os impactos da doença¹¹. Dessa forma, a ausência da receita junto ao paciente pode ser um problema. Ao contrário do observado em outras pesquisas^{2,14}, o sexo e a idade não se mostraram associados a um maior consumo de medicamentos sem prescrição.

Por outro lado, a presença de maior escolaridade se mostrou associada ao consumo de medicamentos sem receita, diferente do encontrado em outro estudo nacional.² Isto pode significar que, para pessoas nessa condição, outras fontes de informação podem ser tão importantes quanto a receita médica, a ponto desta ser descartada.

Além de representar instrumento indispensável para a correta dispensação, a receita constitui uma forma documental de orientação ao paciente sobre sua terapia, principalmente quando a informação verbal dada pelo profissional é insuficiente. Assim, é lícito supor que a presença da receita médica pode estar associada a um maior cuidado das pessoas com a própria saúde, pois, no presente estudo, a utilização de medicamentos sem a presença da receita foi maior entre aqueles que não realizavam nenhum tipo de atividade física (32,2%), que fumavam (40,0%), que abandonaram o tratamento (72,9%) e foi menor naquelas pessoas que tinham ambas as doenças (28,0%).

A maior porcentagem de medicamentos sem a presença de receita médica encontra-se entre aquelas pessoas com apenas uma doença (HAS, 34,7%; DM, 31,5%). Pessoas que vivem com ambas as doenças utilizam-se, geralmente, de uma maior quantidade de remédios, uma vez que a HAS pode ser uma complicação da DM não controlada, onde vários medicamentos possivelmente já foram associados.⁸ Isto exige das pessoas a presença da receita médica para que se consiga acompanhar com maior facilidade a terapia.

Pessoas que utilizaram vários tipos de medicamentos (4-6 e 7 ou mais) apresentaram menor porcentagem destes sem a receita (29,0 e 25,0%). Guerra²⁹, em seu estudo com pacientes idosos, revela que um maior número de medicamentos prescritos leva a um maior número de hospitalizações e pode estar associado a um pior estado de saúde e a um risco maior de interações medicamentosas.²⁹

Guardar suas receitas para tê-las como orientação em caso de dúvidas pode ser uma estratégia usada pelas pessoas

que tomam muitos medicamentos concomitantemente.

É importante destacar que a utilização de múltiplos medicamentos pode propiciar interações medicamentosas e ocorrência de reações adversas.^{29,1350} Por exemplo, em pessoas com DM, o uso alternativo de esteróides pode aumentar os níveis de açúcar no sangue; as sulfoniluréias podem interagir com mais de 30 tipos de medicamentos dentre eles aspirina, anti-hipertensivos, antidepressivos, antibióticos, antiulcerantes, entre outros.²⁵ O uso de diuréticos pode piorar o grau de intolerância à glicose destes pacientes e o de anti-inflamatórios não-esteroidais (AINE) pode levar a úlcera e problemas gastrointestinais.³⁰

No caso da HAS, pesquisas mostram que o uso de codeína e pseudoepinefrina tem o efeito de aumentar a pressão nestes pacientes.³⁰ Por outro lado, o uso de medicamentos alternativos para hipertensão parece estar associado à redução da aderência aos medicamentos anti-hipertensivos prescritos pelo médico.³¹

Quanto à informação recebida pelas pessoas, seja sobre os cuidados com os medicamentos, seja sobre as possíveis reações adversas, a ausência desta informação está associada a uma maior porcentagem de medicamentos sem receita (33,7 e 31,8%, respectivamente). Devemos considerar que o fato de ter a receita não significa que a pessoa irá entendê-la corretamente. De acordo com estudo nacional, mesmo com a possibilidade de consultar a receita para esclarecerem suas dúvidas sobre a frequência e administração das drogas, cerca de 20% dos pacientes não sabiam a dose a ser tomada e 30% não sabiam a frequência de administração.³²

Por outro lado, a insuficiência de informações sobre os efeitos adversos dos medicamentos pode ser atribuída à pouca importância dada pelos profissionais a este tipo de informação, pelo receio da não aderência ao tratamento ou que o paciente venha a sentir tal efeito pelo fato de ele ter sido sugerido.³²

Por se tratar de um estudo transversal, os resultados obtidos devem ser tomados com cautela devido às limitações inerentes a este tipo de delineamento. Entre estes, podemos citar o viés de sobrevivência (viés de seleção), isto é, pessoas com HAS e/ou DM que, por qualquer motivo, tendo menor cuidado com sua saúde, podem ter falecido e não ter tido oportunidade de participar do estudo. Outra limitação refere-se ao significado da ausência da receita médica, isto é, a real representação que as pessoas dão a este instrumento (como registro de orientação do seu tratamento), em especial pessoas idosas e de baixa escolaridade como caracterizado na amostra estudada e predominante nas equipes de saúde da família. Assim, sugere-se que as associações observadas sejam examinadas em estudos lon-

gitudinais (em especial de coorte) e que outras abordagens metodológicas qualitativas sejam utilizadas para melhor compreensão deste objeto de estudo.

Pode-se, no entanto, concluir que elevada proporção de pessoas com HAS e/ou DM atendidas por equipes de saúde da família consomem seus medicamentos sem a informações verbais suficientes do profissional de saúde e sem a presença da receita médica o que pode gerar consequências negativas à saúde. Pessoas com maior escolaridade (9 anos ou mais), que tinham apenas uma doença, que se utilizavam de uma quantidade menor de medicamentos e que não receberam informações sobre os seus medicamentos devem ser objeto de cuidado mais intensivo por parte da equipes no intuito de manterem e utilizarem suas receitas.

A implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a presença de profissional farmacêutico, pode contribuir para o uso racional de medicamentos e maior qualificação da terapêutica com medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1997; 31(1):71-7.
2. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saúde Pública*. 2005 mar/abril; 21(2):545-53.
3. Souza AC, Lopes MJM. Práticas terapêuticas entre idosos de Porto Alegre: uma abordagem qualitativa. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(1):52-6.
4. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Junior PRB, Damascena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(sup):100-8.
5. World Health Organization World Health Organization-WHO. How to investigate the use of medicines by consumers. Amsterdam: World Health Organization; 2004. 98p.
6. World Health Organization-WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC index 2006 [Cited 2009 June 22]. Available from: <http://www.whocc.no/atcddd>.
7. Agência Nacional de Vigilância em Saúde-Anvisa. Lista das Denominações Comuns Brasileiras (DCB); 2006 [Ci-

- tado em 2009 jun 11]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/dcb/apresenta_historico.htm.
8. Veronez LL, Simões MJS. Análise da prescrição de medicamentos de pacientes hipertensos atendidos pelo SUS da rede municipal de saúde de Rincão - SP. *Rev Ciênc Farmacêut Básica Aplic*. 2008 jul; 29(1):45-51.
 9. Miranzi SSS, Ferreira FS, Iwamoto HH, Pereira GA, Miranzi MAS. Qualidade de Vida de Indivíduos com Diabetes Mellitus e Hipertensão acompanhados por uma equipe de Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2008 out/dez; 17(4):672-9.
 10. Rainford JW, Sargeant LA, Gulliford MC, Reid ME, Forrester TE. Management of diabetes mellitus in three settings in Jamaica. *Rev Panam Saúde Pública*. 2001; 9(2):65-72.
 11. Assunção MCF, Santos IS, Costa JSD. Avaliação do processo da atenção médica: adequação do tratamento de pacientes com diabetes mellitus, Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2002 jan/fev; 18(1):205-11.
 12. Ferreira CLRA, Ferreira MG. Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde - análise a partir do sistema HiperDia. *Arq Bras Endocrinol Metaból*. 2009; 53(1):80-6.
 13. Lee GBW, Charn TC, Chew ZH, Ng TP. Complementary and alternative medicine use in patients with chronic diseases in primary care and cultural beliefs. *Family Practice*. 2004 Nov; 21(6):654-60.
 14. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos. *Cad Saúde Pública*. 2008 jun; 24(6):1439-46.
 15. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2008; 13(sup): 755-62.
 16. Coelho Filho JM, Marcopitob LF, Castelob A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(4):557-64.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - RENAME*. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
 18. Colombo D, Santa Helena ET, Agostinho ACMG, Didjurgeit JSMA. Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau. *Rev Bras Ciênc Farmacêut*. 2004 out/dez; 40(4):549-58.
 19. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):228-38.
 20. Henrique NN, Costa PS, Vileti JL, Corrêa MCM, Carvalho EC. Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus: um estudo sobre os Programas de Atenção Básica. *Rev Enferm UERJ*. 2008 abr/jun; 16(2):168-73.
 21. Eastman P. Antihypertensive prescribing. A survey of general practice supervisors and registrars. *Aust Family Physician*. 2008 nov; 37(11):969-71.
 22. Fumarga EM, Cunningham FE, Cushman WC, Dong D, Jiang R, Basile J et al. National Utilization of Antihypertensive Medications From 2000 to 2006 in the Veterans Health Administration: Focus on Thiazide Diuretics. *J Clin Hyperten*. 2008 out; 10(10):770-8.
 23. Barros JAC. Pensando o processo saúde e doença: A quem serve o modelobiomédico? *Rev Saúde Soc*. 2002; 11(1):67-84.
 24. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rodel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil de automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saúde Pública*. 1998 fev; 32(1):43-9.
 25. Roberts SS. Managing multiple medications. The juggling act: people taking more than one medication at a time need to take extra precautions. *Diabetes Forecast*. 2002; 55(10):85-6.
 26. Noto AR, Carlini EA, Mastroianni PC, Alves VC, Galduroz JCF, Kuroiwa W et al. Análise da prescrição e dispensação de medicamentos psicotrópicos em dois municípios do Estado de São Paulo. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002; 24(2):68-73.
 27. Krausser MLF. Levantamento Epidemiológico do consumo de psicofármacos na região de Blumenau-SC [tese]. Joinville: Universidade da Região de Joinville-UNIVILLE; 2003. 155f.
 28. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL, editores. Goodman & Gilman. *As bases farmacológicas da terapêutica*. 11ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill; 2008. 1821p.

29. Guerra HL, Firmo JOA, Uchoa E, Lima-Costa MF. The Bambuí Health and Aging Study (BHAS): factors associated with hospitalization of the elderly 2001. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17(6):1345-56.

30. Agnew B. Managing multiple medications. Dangerous combinations: multiple health problems can require multiple prescriptions, but not all combinations are safe. *Diabetes Forecast*. 2002 Oct.; 55(10):89-91.

31. Gohar F, Greenfield SM, Beevers DG, Lip GYH, Jolly K. Self-care and adherence to medication: a survey in the

hypertension outpatient clinic. *BMC Complement Altern Med*. 2008 Feb; 8(4):1-9.

32. Schenkel EP, Silva T, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 2000 abr/jun; 16(2):449-55.

Submissão: fevereiro de 2010

Aprovação: março de 2011
