

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

PAULO HENRIQUE FARIA DOMINGUES

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMEDICAÇÃO NO
BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para
a obtenção do Título de Mestre em Ciências da
Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Maurício Gomes Pereira

BRASÍLIA

2014

PAULO HENRIQUE FARIA DOMINGUES

PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMEDICAÇÃO NO
BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E ESTUDO DE BASE
POPULACIONAL NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 31 de julho de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Maurício Gomes Pereira – Presidente
Universidade de Brasília

Paulo Sérgio Siebra Beraldo
Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação

Janeth de Oliveira Silva Naves
Universidade de Brasília

Patrícia Medeiros de Souza
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho aos meus pais, Paulo César Magalhães Domingues e Susana Faria Domingues, e ao meu irmão, João Vítor Faria Domingues.

AGRADECIMENTOS

Sempre fui fascinado pela ciência, a realização do mestrado me proporcionou fazer parte da academia e de uma certa maneira ser parte da ciência. Para tanto, várias pessoas foram fundamentais nessa trajetória por terem me apoiado e acreditado em mim. Agradeço.

Ao professor Maurício Gomes Pereira, por ser um grande amigo e espelho profissional. Obrigado pela paciência e pelas orientações sempre precisas.

À Taís Freire Galvão e ao Marcus Tolentino Silva, por terem me acolhido no Núcleo de Saúde Baseada em Evidências, por terem sido meus tutores e orientadores ao longo de todo o mestrado e pelas colaborações nas pesquisas realizadas. Vocês foram imprescindíveis para essa conquista.

À equipe do Núcleo de Saúde Baseada em Evidências, por estarem sempre dispostos a me ajudar e principalmente pela qualidade do trabalho realizado.

À minha família, meus pais Paulo César Magalhães Domingues e Susana Faria Domingues e ao meu irmão João Vitor Faria Domingues, por me proporcionarem tranquilidade, amor e estarem sempre presentes. Em especial ao meu irmão por ser um exemplo de dedicação profissional.

À Marcela Medeiros de Freitas, por todo apoio e companherismo ao longo desses anos, por sempre me incentivar a ser uma pessoa melhor e por ter me auxiliado nas traduções dos estudos.

À Universidade de Brasília, aos professores e funcionários, por me proporcionarem ambiente e formação adequados para o meu desenvolvimento pessoal.

“O que conta na vida não é o mero fato de termos vivido. É a diferença que fizemos na vida dos outros que determinará o significado da vida que levámos.”

(Nelson Mandela)

RESUMO NA LÍNGUA PORTUGUESA

Introdução: a automedicação é prática comum e quando exercida de forma inadequada oferece riscos à saúde. Apesar de ser muito praticada, escassas são as estimativas da automedicação. O Distrito Federal possui poucos estudos realizados sobre o tema, sendo que nenhum analisou quantitativamente a automedicação na população adulta desta região.

Objetivo: estimar a prevalência da automedicação entre os adultos de 18 a 65 anos no Brasil e no Distrito Federal, bem como investigar os fatores associados a essa prática.

Método: realizaram-se duas pesquisas, na primeira foi elaborada uma revisão sistemática de estudos transversais de base populacional. Pesquisaram-se os seguintes bancos de dados: MEDLINE, Embase, Scopus, ISI, CINAHL, Cochrane Library, CRD, LILACS, SciELO, Banco de Teses da Capes e Domínio Público, sem qualquer tipo de restrição. Os estudos foram selecionados por três pesquisadores independentes e esses extraíram os dados de interesse e avaliaram a qualidade dos estudos incluídos. Na segunda investigação, foi realizado um estudo transversal na população adulta (18 a 65 anos), selecionada por meio de amostragem probabilística com representatividade para o Distrito Federal. Os participantes responderam informações sobre a situação sociodemográfica, a presença de doenças crônicas, a percepção do próprio estado de saúde e o uso de medicamentos nos últimos sete dias. A prevalência da automedicação e seus fatores associados foram obtidos daqueles que referiram utilizar algum medicamento nos últimos sete dias. Empregou-se modelo de regressão de Poisson com variância robusta para identificar os fatores associados à automedicação.

Resultados: a revisão sistemática incluiu 12 estudos, sendo a maioria realizada na Região Sudeste, após o ano 2000 e que utilizaram período recordatório de 15 dias. Apenas cinco estudos apresentaram alta qualidade metodológica, dentre os quais um estudo com período recordatório de sete dias, cuja prevalência da

automedicação foi 22,9% (IC 95%: 14,6% - 33,9%). A prevalência da automedicação, nos três estudos de alta qualidade metodológica com período recordatório de 15 dias, foi 35,0% (IC 95%: 29,0% - 40,0%; $I^2 = 83,9\%$) na população adulta brasileira. Em relação ao estudo transversal, foram identificados 646 adultos que relataram ter utilizado pelo menos um medicamento nos últimos sete dias. A prevalência da automedicação foi 15,0% (IC 95%: 12,6% - 17,5%). A prevalência nos adultos de maior idade, de 50 a 65 anos, foi 4,1% (IC 95%: 2,2% - 7,6%), enquanto nos mais jovens, de 18 a 34 anos, foi 25,5% (IC 95%: 20,2% - 32,1%). Pessoas com problemas na realização de atividades cotidianas apresentaram maior propensão a se automedicarem e aquelas com idade entre 50 a 65 anos ou com doenças crônicas mostraram tendência oposta. Metade dos medicamentos utilizados por quem se automedica precisava de prescrição para serem dispensados.

Conclusões: embora os estudos incluídos na revisão sistemática apresentem diferenças entre as suas metodologias, o resultado daqueles com maior qualidade e período recordatório entre 7 e 15 dias indicou que há uma significativa proporção da população adulta brasileira que se automedica. No Distrito Federal, a prevalência da automedicação foi mais baixa que a encontrada na revisão sistemática. A prática foi associada aos adultos jovens, com idade entre 18 a 34 anos, e aqueles com problemas na realização de suas atividades cotidianas.

Palavras-chave: automedicação; adulto; prevalência; estudos transversais; revisão sistemática; Distrito Federal; Brasil.

RESUMO NA LÍNGUA INGLESA

Introduction: self-medication is a common practice and offers health risks when exercised irrationally. Despite being widely practiced, the estimates of self-medication are scarce. There are few studies in the Federal District on the subject, and none of them analyzed the self-medication quantitatively in the adult population of this region.

Objective: to estimate the prevalence of self-medication among adults 18 to 65 years of age in Brazil and in the Federal District as well as to investigate the associated factors with this practice.

Method: two surveys were conducted; in the first one a systematic review of population-based cross-sectional studies was performed. The search was carried out through the following databases: MEDLINE, Embase, Scopus, ISI, CINAHL, Cochrane Library, CRD, LILACS, SciELO, Brazilian theses register (Capes theses database) and a public domain source of Brazil (Portal Domínio Público), without any restrictions. Studies were selected by three independent researchers, who extracted data and assessed the quality of included studies. The second survey was a cross-sectional study conducted in the adult population (18 to 65 years old), selected by probability sampling with representativeness for the Federal District. Participants provided information such as sociodemographic status, presence of chronic diseases, the perception of their own state of health and the medication use in the last seven days. The prevalence of self-medication and its associated factors were obtained from those who reported using any medication in the last seven days. Poisson regression model with robust variance was used to identify associated factors with self-medication.

Results: the systematic review included 12 studies, mostly conducted in the Southeast, after the year 2000 and that used recall period of 15 days. Only five studies had a high methodological quality. These included a study of recall period of seven days, in which the prevalence of self-medication was 22.9% (95% CI: 14.6% -

33.9%). The prevalence of self-medication in three studies of high methodological quality with 15-day recall period was 35.0% (95% CI: 29.0% - 40.0%, $I^2 = 83.9\%$) in the adult Brazilian population. Regarding the cross-sectional study, 646 adults who reported having used at least one medication in the last seven days were identified. The prevalence of self-medication was 15.0% (95% CI: 12.6% - 17.5%). The prevalence in older adults, 50 to 65 years of age, was 4.1% (95% CI: 2.2% - 7.6%), while the younger adults, 18 to 34 years of age, was 25.5 % (95% CI: 20.2% - 32.1%). People with problems in performing daily activities were more likely to self-medicate and those with 50 to 65 years of age and those with chronic diseases showed the opposite trend. Half the medications used by those who self-medicate needed prescription to be dispensed.

Conclusions: although the studies included in the systematic review showed differences between their methodologies, the results of those with higher quality and recall period between 7 and 15 days indicated that there is a significant proportion of the adult Brazilian population that self-medicates. In the Federal District, the prevalence of self-medication was lower than that found in the systematic review. The practice was associated with young adults, 18 to 34 years old, and those with problems in carrying out their daily activities.

Keywords: self-medication; adult; prevalence; cross-sectional studies; systematic review; Federal District; Brazil.

LISTA DE FIGURAS

ARTIGO 1. PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO ADULTA DO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Figura 1. Fluxograma do resultado da busca, seleção e inclusão dos estudos.30

Figura 2. Prevalência da automedicação dos três estudos de alta qualidade metodológica com período recordatório de 15 dias.....31

ARTIGO 2. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMEDICAÇÃO POR ADULTOS NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

Figura 1. Processo de recrutamento, seleção, inclusão e avaliação dos entrevistados da pesquisa.49

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1. PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO ADULTA DO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Tabela 1. Critérios adotados para avaliação da qualidade.....	32
Tabela 2. Características dos estudos incluídos.	33
Tabela 3. Resultado da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.	33
Tabela 4. Prevalência da automedicação em populações adultas no Brasil.....	35

ARTIGO 2. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMEDICAÇÃO POR ADULTOS NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

Tabela 1. Número de participantes na amostra por gênero e idade.....	50
Tabela 2. Características demográficas e socioeconômicas dos participantes que consumiram medicamentos, em percentual.....	50
Tabela 3. Características das condições de saúde e uso de serviços de saúde dos participantes que consumiram medicamentos	52
Tabela 4. Fonte de obtenção dos medicamentos dos participantes que se automedicaram (N = 97), em percentual.....	53
Tabela 5. Descrição dos medicamentos utilizados pelos indivíduos que se automedicaram (N = 145).....	54
Tabela 6. Prevalência da automedicação e razões de prevalência (RP) dos fatores associados na população adulta do Distrito Federal (N = 646)	56

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
- ATC – Sistema Anatômico Terapêutico Químico da OMS (*Anatomical Therapeutic Chemical classification system*).
- Capes – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.
- CINAHL – *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*.
- CRD – *Centre for Reviews and Dissemination*.
- GM/MS – Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde.
- I² – i-quadrado (medida de inconsistência entre os estudos).
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
- IC 95% – Intervalo de confiança de 95%.
- IMRD – Introdução, Método, Resultados e Discussão.
- ISI – *Institute for Scientific Information*.
- LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde.
- ND – Dados não disponíveis.
- OMS – Organização Mundial de Saúde.
- PNM – Política Nacional de Medicamentos.
- PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*.
- PROSPERO – *International Prospective Register of Systematic Reviews*.
- RDC – Resolução da Diretoria Colegiada.
- Rename – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.
- RP – Razão de prevalência.
- SciELO – *Scientific Electronic Library Online*.
- STROBE – *Reporting of Observational Studies in Epidemiology*.
- SUS – Sistema Único de Saúde.
- UF – Unidade Federativa.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. APRESENTAÇÃO.....	15
1.2. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	16
1.3. AUTOMEDICAÇÃO.....	17
2. OBJETIVOS	19
3. ARTIGO 1. PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO ADULTA DO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA	20
3.1. RESUMO.....	20
3.2. INTRODUÇÃO	21
3.3. MÉTODO.....	22
3.3.1. Registro e Protocolo	22
3.3.2. Critério de Elegibilidade.....	22
3.3.3. Fontes de Informação e Estratégia de Busca.....	22
3.3.4. Seleção dos Estudos.....	23
3.3.5. Processo de Extração de Dados	23
3.3.6. Avaliação da Qualidade dos Estudos.....	23
3.3.7. Sumarização dos Resultados.....	24
3.4. RESULTADOS	24
3.4.1. Seleção dos Estudos.....	25
3.4.2. Características dos Estudos.....	25
3.4.3. Desfecho e Qualidade da Evidência	25
3.5. DISCUSSÃO	26
3.6. CONCLUSÃO.....	28
3.7. FIGURAS	29
3.8. TABELAS	32
4. ARTIGO 2. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMEDICAÇÃO POR ADULTOS NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL	36
4.1. RESUMO.....	36
4.2. INTRODUÇÃO	37
4.3. MÉTODOS	38

4.3.1. Delineamento do Estudo	38
4.3.2. Cenário.....	39
4.3.3. Amostra	39
4.3.4. Coleta de Dados.....	40
4.3.5. Análise Estatística	41
4.3.6. Aspectos Éticos.....	41
4.4. RESULTADOS	42
4.4.1. Participantes.....	42
4.4.2. Características dos Participantes	42
4.4.3. Automedicação.....	43
4.4.4. Fatores Associados à Automedicação	44
4.5. DISCUSSÃO	44
4.5.1. Síntese dos Resultados.....	45
4.5.2. Avaliação da Validade da Pesquisa	45
4.5.3. Interpretação e Comparação com a Literatura	46
4.6. CONCLUSÃO.....	48
4.7. FIGURA.....	49
4.8. TABELAS	49
5. CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	60

1. INTRODUÇÃO

1.1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação de mestrado teve a finalidade de avaliar a automedicação em adultos no Brasil e no Distrito Federal. Para alcançar esse objetivo foram empregados dois diferentes tipos de estudos: (I) revisão sistemática da literatura, da qual obteve-se o perfil da automedicação no Brasil e (II) estudo transversal de base populacional, que apresentou a prevalência da automedicação e os fatores associados a essa prática.

Com o intuito de disseminar o conhecimento científico e expor os resultados do mestrado de maneira mais prática e objetiva foi optado apresentar a dissertação na forma de dois artigos científicos, sendo exibidos nos capítulos 3 e 4 da dissertação. Ambos os artigos foram estruturados no modelo IMRD: introdução, método, resultados e discussão, sendo as figuras e tabelas exibidas a parte para ambos os artigos. As referências bibliográficas utilizadas, durante toda a dissertação, estão agrupadas ao final desse documento para evitar repetições. Apêndices e anexos estão presentes, em capítulos a parte, no final da dissertação.

O capítulo 3, “Artigo 1. Prevalência da automedicação na população adulta do Brasil: uma revisão sistemática”, foi elaborado seguindo o guia para relato de revisões sistemáticas: PRISMA. O capítulo apresenta uma revisão dos estudos transversais de base populacional que investigaram a automedicação na população adulta brasileira. A elaboração desse capítulo permitiu aumentar a familiaridade ao tema, possibilitando o entendimento da maneira de realização desses estudos no Brasil, além de apresentar um dado inexistente na literatura: a prevalência da automedicação nos adultos brasileiros.

O capítulo 4, “Artigo 2. Prevalência e fatores associados à automedicação por adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional”, foi elaborado seguindo o guia para relato de estudos observacionais: STROBE. O capítulo detalha os procedimentos realizados e os resultados do inquérito populacional realizado no Distrito Federal, o qual estimou a prática da automedicação entre os adultos e seus

fatores associados. Esse capítulo representa o tema principal de investigação realizada durante o mestrado.

1.2. POLÍTICA NACIONAL DE MEDICAMENTOS

Políticas configuram decisões de caráter geral que apontam os rumos e as linhas de atuação de uma determinada gestão, de maneira a tornar público os intuitos governamentais.

A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria GM/MS nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, estabelece fundamentos para execução de ações que visam a promoção da assistência à saúde da população. A PNM assegura o acesso aos medicamentos, resguardando os princípios de equidade e justiça social a fim de garantir sua segurança, eficácia e qualidade, promovendo seu uso racional por parte dos profissionais de saúde e usuários (1, 2).

O Brasil possui política de medicamentos, assim como recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), alinhada com as políticas de medicamentos de países desenvolvidos, como: Alemanha, Japão, Dinamarca, Reino Unido e Canada (3).

Para alcançar os objetivos instituídos, determinada política estabeleceu oito diretrizes: adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), regulamentação sanitária de medicamentos, reorientação da assistência farmacêutica, promoção do uso racional de medicamentos, desenvolvimento científico e tecnológico, promoção da produção de medicamentos, garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, e desenvolvimento e capacitação de recursos humanos. Diretrizes que devem ser seguidas pelos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) nas três esferas do governo (2).

Vale ressaltar a diretriz referente à promoção do uso racional de medicamentos, a qual descreve a importância do processo educacional dos usuários de medicamentos a respeito dos riscos da automedicação.

1.3. AUTOMEDICAÇÃO

Sabe-se que a automedicação é prática bastante difundida no Brasil e no mundo (4, 5). Objeto que demanda atenção especial por meio de políticas públicas, visando estimular o uso racional de medicamentos.

A automedicação é tradicionalmente definida como ato de consumir medicamentos, plantas medicinais ou remédios caseiros por iniciativa própria ou por indicação de outras pessoas, sem orientação médica (6). A OMS define automedicação como a seleção e uso de medicamentos por parte do indivíduo para tratar sintomas ou doenças autoidentificadas, compreendendo etapa do autocuidado (7). Essa definição traz uma abordagem mais positiva, entendendo que a automedicação não apenas possui malefícios, mas dependendo do contexto e dos atores, pode apresentar benefícios. Esse conceito incentiva formulações de políticas públicas com apreciações menos paternalistas, as quais abrandam a ideia de que os sistemas de saúde são destinados para tratar doenças ao invés de prevenir. Possibilitando que os pacientes desempenhem um papel pensante, independente e informado, não apenas na tomada de decisão, mas também na gestão de atividades preventivas, diagnósticas e terapêuticas que lhe digam respeito (5).

Existem potenciais benefícios decorrentes da automedicação racional. Os ganhos sociais e econômicos se refletem no fato dos próprios consumidores escolherem o que utilizar para as condições na qual se encontram. Ademais, o praticante pode economizar tempo e dinheiro que gastaria se estivesse à espera de atendimento médico. No âmbito comunitário, a automedicação racional pode poupar recursos nos casos de tratamento para as menores enfermidades bem como reduzir ausências no trabalho em virtude dos pequenos sintomas (8-10).

Entretanto é evidente o risco da prática da automedicação, principalmente em países com baixa instrução dos consumidores de medicamentos. Um estudo, que observou a experiência de médicos e farmacêuticos, relatou a incapacidade dos pacientes em saber quando procurar aconselhamento médico ou utilizar medicamentos por conta própria (8, 11). Em razão do desconhecimento, aqueles que se automedicam de maneira não racional podem passar por riscos inerentes ao prolongamento da doença: escolha inapropriada do medicamento, atraso na procura

de orientação médica nos casos mais graves, diagnóstico equivocado, utilização incorreta do medicamento; e por riscos intrínsecos ao medicamento: presença de efeitos adversos, desconhecimento das contraindicações, interações medicamentosas, utilização do mesmo princípio ativo devido ao medicamento apresentar nome comercial diferente, omissão da automedicação aos serviços de saúde, utilização prolongada do medicamento podendo ocasionar dependência ou abuso, sub ou superdosagem, e armazenamento incorreto do medicamento. A automedicação inadequada, em âmbito comunitário, ocasiona o aumento das doenças induzidas por medicamentos e o consequente desperdício do dinheiro público (8). Ressalta-se que muitos dos riscos citados não são exclusivos à prática da automedicação, podendo ocorrer em situações nas quais os medicamentos são corretamente prescritos, embora a automedicação inadequada possa aumentar a ocorrência dos mesmos.

2. OBJETIVOS

Concebeu-se na presente dissertação a condução de dois estudos:

- Revisão sistemática com o objetivo de estimar a prevalência da automedicação na população adulta do Brasil.
- Estudo transversal de base populacional com o objetivo de estimar a prevalência da automedicação e investigar seus fatores associados na população adulta do Distrito Federal.

3. ARTIGO 1. PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NA POPULAÇÃO ADULTA DO BRASIL: REVISÃO SISTEMÁTICA

3.1. RESUMO

Contexto: o crescimento do mercado farmacêutico brasileiro e da renda de sua população ampliou o consumo de medicamentos. A automedicação se praticada de maneira incorreta pode conduzir ao uso irracional de medicamentos. Apesar de ser prática corriqueira, não existe estimativa da prevalência da automedicação nos adultos brasileiros.

Objetivo: estimar a prevalência da automedicação na população adulta brasileira por meio da revisão sistemática de estudos transversais de base populacional.

Método: os estudos foram pesquisados nos seguintes bancos de dados: MEDLINE, Embase, Scopus, ISI, CINAHL, Cochrane Library, CRD, LILACS, SciELO, Banco de teses da Capes e Portal Domínio Público. Além disso, foram examinadas as listas de referências bibliográficas dos estudos relevantes para identificar artigos potencialmente elegíveis. Não houve qualquer tipo de restrição. Os dados referentes à publicação, população, métodos e prevalência da automedicação foram extraídos por três pesquisadores independentes. Avaliou-se a qualidade metodológica seguindo oito critérios relacionados à amostragem, à mensuração e à apresentação dos resultados. As prevalências foram obtidas dos participantes que utilizavam pelo menos um medicamento durante o período recordatório dos estudos.

Resultados: a triagem na literatura identificou 2.778 registros. Foram incluídos na revisão 12 estudos, que em sua maioria foi realizado na Região Sudeste, após o ano 2000 e com período recordatório de 15 dias. A avaliação da qualidade metodológica revelou que apenas cinco estudos alcançaram alta qualidade. Dentre os quais, um estudo com período recordatório de sete dias, cuja prevalência da automedicação foi 22,9% (IC 95%: 14,6% - 33,9%). A prevalência da automedicação, nos três estudos

de alta qualidade metodológica com período recordatório de 15 dias, foi 35,0% (IC 95%: 29,0% - 40,0%) na população adulta brasileira.

Conclusão: devido às diferenças encontradas nas metodologias dos estudos incluídos, as prevalências da automedicação expõem uma medida de baixa validade externa. Todavia, os resultados dessa revisão sistemática mostram a tendência da automedicação na população adulta brasileira. Sugere-se padronização entre os métodos dos futuros estudos que avaliarem a prática da automedicação no Brasil.

3.2. INTRODUÇÃO

O Brasil é um dos principais consumidores mundiais de medicamentos. O mercado brasileiro de medicamentos alcança 22,1 bilhões de dólares anualmente (12). O setor farmacêutico é composto por aproximadamente 480 empresas que trabalham diretamente com a produção, distribuição e venda de medicamentos (2). No Brasil existem mais de 65 mil farmácias e drogarias, uma proporção de 3,3 farmácias para cada 10 mil habitantes, número 3 vezes maior que o valor preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual recomenda 1 farmácia para cada 10 mil habitantes (13).

A ampla disponibilidade aos medicamentos aumenta a possibilidade do seu uso irracional. Segundo a OMS (14), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos, e metade dos pacientes os utilizam de maneira errada. Um dos fatores que contribuem para o uso incorreto de medicamentos é a prática inadequada da automedicação (15).

Aproximadamente um terço das internações ocorridas no país tem como origem o uso incorreto de medicamentos (16). No ano de 2011, os medicamentos corresponderam a 29,5% dos casos de intoxicações registrados no Brasil e a 16,9% dos casos de óbito por intoxicações (17).

As preocupações com o uso indiscriminado de medicamentos têm-se centrado sobre produtos terapêuticos sabidamente perigosos como os anorexígenos e sobre os potenciais riscos dessa prática para a saúde (por exemplo, reações adversas e intoxicações). A prática da automedicação é consequência de múltiplos

fatores entre os quais a dificuldade de acesso aos serviços de saúde pela população, a crença dos benefícios no tratamento/prevenção de doenças e a necessidade de aliviar sintomas (4). Por outro lado, os dados relativos à prevalência da automedicação no Brasil são escassos, mesmo sendo uma questão de preocupação para as autoridades governamentais (2).

O objetivo desta revisão sistemática foi estimar a prevalência da automedicação na população adulta do Brasil.

3.3. MÉTODO

3.3.1. Registro e Protocolo

O protocolo da revisão foi registrado na base *International Prospective Register of Systematic Reviews* (PROSPERO) sob o número de registro CRD42013006652.

3.3.2. Critério de Elegibilidade

Estudos transversais de base populacional foram elegíveis quando realizados no Brasil e que avaliaram a prevalência da automedicação em indivíduos adultos. Foram excluídos estudos que limitaram a automedicação por qualquer doença ou outras condições, que não relataram o período recordatório da automedicação, que incluíram apenas idosos (> 65 anos) e que foram realizados com grupos populacionais específicos, como indígenas.

3.3.3. Fontes de Informação e Estratégia de Busca

Os estudos foram pesquisados nos seguintes bancos de dados: MEDLINE (via PubMed), Embase, Scopus, Institute for Scientific Information (ISI), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane Library, Centre for Reviews and Dissemination (CRD), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Banco de teses brasileiras (via Capes) e arquivos de domínio público brasileiro (via Portal Domínio Público). Não houve restrições de idiomas, data de publicação ou status de publicação.

Utilizou-se a seguinte estratégia de busca para pesquisar no MEDLINE (via PubMed), sendo adaptada para os outros bancos de dados: ("Self Medication" [Mesh] OR "Self Medication" [TIAB] OR "Self Medications " [TIAB] OR "Self-Medications" [TIAB] OR "Self-Medication" [TIAB]) OR (("Health Surveys" [Mesh] OR "Surveys" [TIAB] OR "Survey" [TIAB] OR "Cross-Sectional Studies" [Mesh] OR "Prevalence" [TIAB] OR "Frequency" [TIAB]) AND ("Pharmacology" [TIAB] OR "Drug" [TIAB] OR "Drugs" [TIAB] OR "Medicine" [TIAB] OR "Remedy" [TIAB] OR "Medication" [TIAB])) AND ("Brazil" [Mesh] OR "Brazil" [TIAB] OR "Brasil" [TIAB]) AND ("Population" [Mesh] OR "Population" [TIAB] OR "Populations" [TIAB] OR "population-based study" [TIAB]).

A última atualização da busca foi realizada em agosto de 2013. Além disso, examinaram-se as listas de referências bibliográficas dos estudos relevantes a fim de identificar estudos potencialmente elegíveis.

3.3.4. Seleção dos Estudos

Três revisores independentes selecionaram os estudos avaliando seus títulos e resumos, de modo que nenhum revisor soubesse das respectivas escolhas durante esse processo. As decisões relativas à inclusão ou exclusão de artigos foram feitas em conjunto por todos os pesquisadores.

3.3.5. Processo de Extração de Dados

Três revisores extraíram os dados, independentemente, dos estudos selecionados e os inseriram em uma planilha on-line designada para o propósito. Nos casos de discordância, a decisão foi assumida em consenso. Os seguintes dados foram extraídos: nome dos autores, ano de publicação, ano de realização da pesquisa, cidade e estado, objetivo primário, faixa etária, tipo de amostragem, idade média dos participantes, período recordatório, modo de mensuração da automedicação, tamanho da amostra, gênero, prevalência da automedicação e comorbidades. Entrou-se em contato com o autor correspondente dos estudos incluídos nos casos em que os dados não estavam disponíveis no artigo.

3.3.6. Avaliação da Qualidade dos Estudos

Essa avaliação foi feita de maneira independente por dois revisores, a qualidade metodológica dos estudos foi avaliada tomando base oito critérios adaptados (18), cada um podendo obter a pontuação zero ou um (Tabela 1). Os estudos receberam pontuação um quando apresentaram os seguintes critérios: estudo realizado em toda a população ou se realizado com amostragem probabilística; fonte de amostragem censitária; tamanho de amostra calculado estatisticamente; período recordatório da automedicação ≤ 15 dias, não restrito às pessoas que mantiveram a prescrição; resultados pesquisados por avaliadores imparciais (entrevistadores treinados); taxa de resposta adequada ($\geq 70\%$); análise da prevalência da automedicação das pessoas que consumiram medicamentos e análise dos subgrupos (gênero); descrição dos sujeitos em estudo (adultos de 18 a 65 anos). A pontuação total obtida poderia variar de zero (baixa qualidade) a oito (alta qualidade). Os inquéritos foram considerados de alta qualidade quando obtiveram pontuação ≥ 6 . Nenhum estudo foi excluído por apresentar baixa qualidade metodológica.

3.3.7. Sumarização dos Resultados

Priorizou-se a descrição dos estudos e seus resultados de prevalência de automedicação em cada grupo. As prevalências foram obtidas dos participantes que utilizavam pelo menos um medicamento durante o período recordatório de cada estudo.

Realizou-se análise de sensibilidade para averiguar as possíveis causas de heterogeneidade, investigando os estudos agrupados pelas variáveis: período recordatório de 15 dias, pesquisa realizada após o ano 2000, alta qualidade metodológica, e alta qualidade metodológica com período recordatório de 15 dias.

O teste de qui-quadrado e a magnitude da inconsistência, estimada pelo i-quadrado (I^2), foram calculados para avaliar a heterogeneidade entre os estudos. Todas as análises foram executadas no pacote estatístico STATA (versão 11,2).

3.4. RESULTADOS

3.4.1. Seleção dos Estudos

A pesquisa bibliográfica recuperou 2.778 registros. Após avaliação dos títulos e resumos dos mesmos, selecionaram-se 61 artigos para avaliação do texto completo. Os artigos que apresentavam potencial elegibilidade ($n = 7$), mas que não tiveram seus textos completos obtidos, mesmo após tentativas de contato com os autores, foram excluídos dessa revisão. O total de 12 artigos cumpriu com todos os critérios de inclusão (Figura 1).

3.4.2. Características dos Estudos

As principais características dos estudos incluídos estão apresentadas na Tabela 2. Os inquéritos, em sua maioria, foram realizados na Região Sudeste do Brasil, sendo São Paulo o estado com mais estudos, aplicados após o ano 2000, com período recordatório de 15 dias e com população maior de mulheres. Apenas um estudo foi realizado em vários estados brasileiros (19). Entre os estudos, 8 foram delineados para avaliar o consumo de medicamentos (3, 19-25), mas em suas subanálises apresentavam a prevalência da automedicação.

3.4.3. Desfecho e Qualidade da Evidência

Baseado na avaliação da qualidade metodológica em 8 itens, 5 estudos alcançaram alta qualidade, de acordo com o critério adotado (≥ 6 pontos). A Tabela 3 detalha os resultados dessa avaliação para cada estudo. A média global da qualidade foi 5,2 pontos. Nenhum estudo alcançou pontuação máxima. Os itens referentes à amostragem e à apresentação dos resultados foram os únicos nos quais todos os estudos pontuaram, enquanto apenas um inquérito atendeu ao critério aplicabilidade do estudo (22).

Uma inspeção visual nas prevalências da automedicação dos artigos incluídos sugere alta heterogeneidade entre os resultados (Tabela 4). Observa-se que foram incluídos nesta revisão estudo com baixa prevalência de automedicação (22,9%) (26) a estudo com alta prevalência (75,3%) (21). Entre os estudos com alta qualidade metodológica, a prevalência aparenta ser mais baixa, abaixo de 43,8%.

Estudos realizados antes do ano 2000 exibem prevalência maior que aqueles mais recentes, com exceção de um estudo (27), o qual apresenta baixa qualidade metodológica.

A análise de subgrupo, realizada nos estudos de alta qualidade metodológica e que utilizaram período recordatório de 15 dias, indica prevalência da automedicação de 35,0% (IC 95%: 29,0% - 40,0%; $I^2 = 83,9\%$), menor que na maioria dos outros inquéritos incluídos. A heterogeneidade permanece alta, embora menor que quando avaliada em todos os estudos (Figura 2). O resultado não pôde indicar a causa para as diferenças encontradas entre as prevalências, porém sugere que nesses estudos os resultados possuem menor variabilidade em relação à estimativa de efeito.

3.5. DISCUSSÃO

A evidência a partir dos estudos transversais mostrou que a prática da automedicação é exercida por 35% (IC 95%: 29,0% - 40,0%) da população adulta nos estudos de melhor qualidade metodológica e que utilizaram medicamentos nos últimos 15 dias. Os resultados mostram grande heterogeneidade, o que demanda precaução na extrapolação dos resultados.

Devido às diferenças encontradas nas prevalências optou-se por não realizar meta-análise dos resultados de todos os estudos incluídos (APÊNDICE A), evitando apresentar uma medida de baixa validade externa. Constantemente, nas revisões sistemáticas, os resultados quando reunidos apresentam diferenças entre si (28). Cabe ao pesquisador identificar e avaliar as possíveis causas para altas heterogeneidades (APÊNDICES B, C, D).

A prevalência da automedicação foi determinada a partir de estudos transversais aplicados em amostras populacionais. Entretanto, grande número de estudos realizados no Brasil avaliou a automedicação em participantes que utilizaram um serviço de saúde, que pertenciam a um grupo específico de indivíduos como profissionais da saúde ou estudantes, e na população idosa. Estudos baseados em tais populações não foram considerados nesta revisão, uma vez que

as prevalências encontradas poderiam mostrar grande variabilidade devido ao viés de seleção.

Manual publicado pela OMS informa que para estudos acerca de doenças e medicamentos o período recordatório ideal seria de uma semana (29). A falta de padronização metodológica entre os estudos brasileiros pode ser um dos fatores responsáveis pela alta heterogeneidade encontrada. Na revisão o período recordatório variou de 3 dias a sem limite de tempo para a automedicação. A baixa qualidade metodológica entre os estudos e a distribuição não uniforme entre as faixas etárias das populações são fatores que também podem explicar a variação da prevalência de automedicação observada. A população incluída nos estudos não foi exclusivamente formada por adultos, nem todos os estudos elegíveis possuíam dados sobre o número de adultos, 18 a 65 anos, que se automedicavam, sendo considerada a faixa etária mais próxima da população de interesse.

Na revisão, os estudos incluídos foram realizados em épocas diferentes. O Brasil passou por grandes transformações econômicas e sociais durante o século 20. O censo demográfico 2010 expõe um país mais urbano, feminino, mestiço, envelhecido e com mais pessoas na classe média (30). Os brasileiros vivem mais e buscam meios para conquistar diversos tipos de seguros contra os riscos inerentes à maior longevidade como a utilização de medicamentos, sendo a prática da automedicação importante ferramenta nesse contexto. A visão do medicamento como bem de consumo e mudanças no novo cenário dos consumidores, com o crescimento das classes “A”, “B” e “C” (31), afeta a maneira de como os brasileiros utilizam medicamentos. Determinadas diferenças temporais podem ser uma das explicações para as diferentes prevalências apresentadas na revisão.

Afora as causas metodológicas, a automedicação é um fenômeno multifatorial, sujeita a muitas variáveis para ser mensurada. A alta heterogeneidade entre os resultados pode ser devida às diferenças naturais entre os sujeitos incluídos em cada inquérito, sabendo que cada estado e município brasileiro possui diferenças socioeconômicas e culturais.

Este trabalho apresenta método de acordo com as atuais recomendações para elaboração de revisões sistemáticas: busca sensível na literatura, sem restrições quanto à língua ou data de publicação, investigação de estudos na literatura cinzenta, seleção e extração pareada dos dados e avaliação da qualidade

dos estudos (32, 33). Medidas que são importantes para evitar vieses e revelar transparência nos resultados.

Os achados de estudos realizados na Espanha apontam prevalência da automedicação variando de 12,7% a 20,2% na população acima de 16 anos que consumiu medicamentos nas últimas 2 semanas (34-36), resultados abaixo das prevalências dessa revisão.

Em países em desenvolvimento, a prevalência da automedicação é maior que os resultados dos estudos praticados na Espanha e mais próximos dos resultados dessa revisão sistemática. No estudo realizado em Bogotá, Colômbia, a prevalência da automedicação foi 27,3% (37). Na Ásia, na população adulta de Hong Kong, a prevalência de automedicação foi 32,5% (38). Na África, estudos realizados na Etiópia e no Sudão, a prevalência foi 39,2% (39) e 28,3% (40), respectivamente. Apenas um estudo realizado no Paraná, o qual possui alta qualidade metodológica (26), teve resultado próximo daqueles obtidos na Espanha (34-36). Entretanto, a diferença pode ser explicada devido ao menor período recordatório utilizado pelo estudo brasileiro.

O resultado dessa revisão não apontou diferença significativamente estatística entre a prevalência da automedicação estratificada pelo gênero. Apenas em um estudo (3), a prevalência da automedicação foi maior entre os homens. Embora, não pareça refletir o atual cenário de utilização de medicamentos pela população brasileira.

3.6. CONCLUSÃO

A prevalência nacional entre os adultos foi estimada expondo grandes variações, muitas vezes devido à falta de homogeneidade entre os métodos utilizados nos estudos realizados no Brasil. Todavia, os resultados dessa revisão sistemática mostram a tendência da prática da automedicação na população brasileira.

Sugere-se que futuras pesquisas padronizem seus métodos, em especial a duração do período recordatório, e que se forneçam informações de prevalência por faixa etária e gênero.

A revisão sistemática, por fornecer o perfil dessa prática entre a população adulta brasileira, pode servir de ferramenta para estimular o uso racional de medicamentos, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos e orientação da OMS.

3.7. FIGURAS

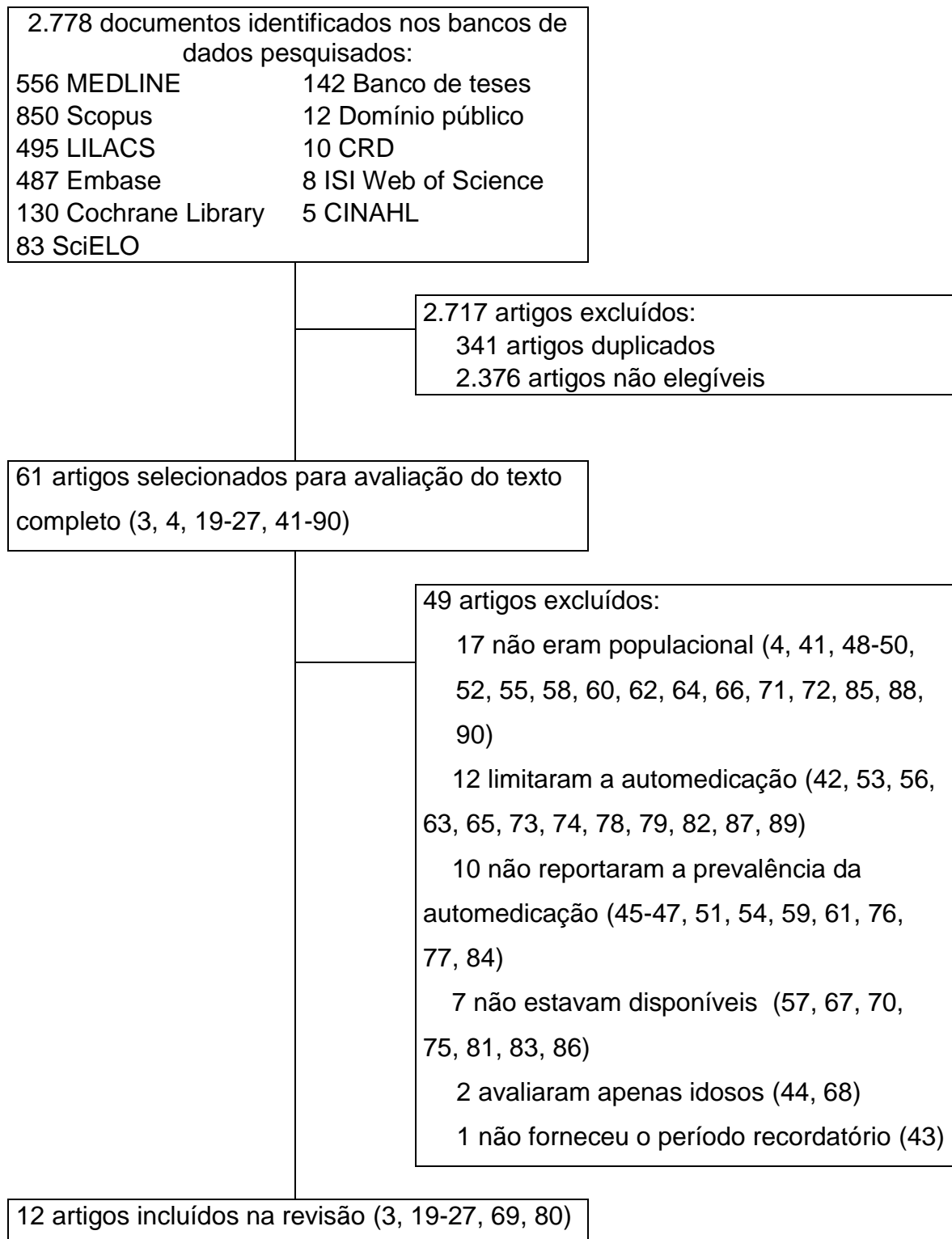


Figura 1. Fluxograma do resultado da busca, seleção e inclusão dos estudos

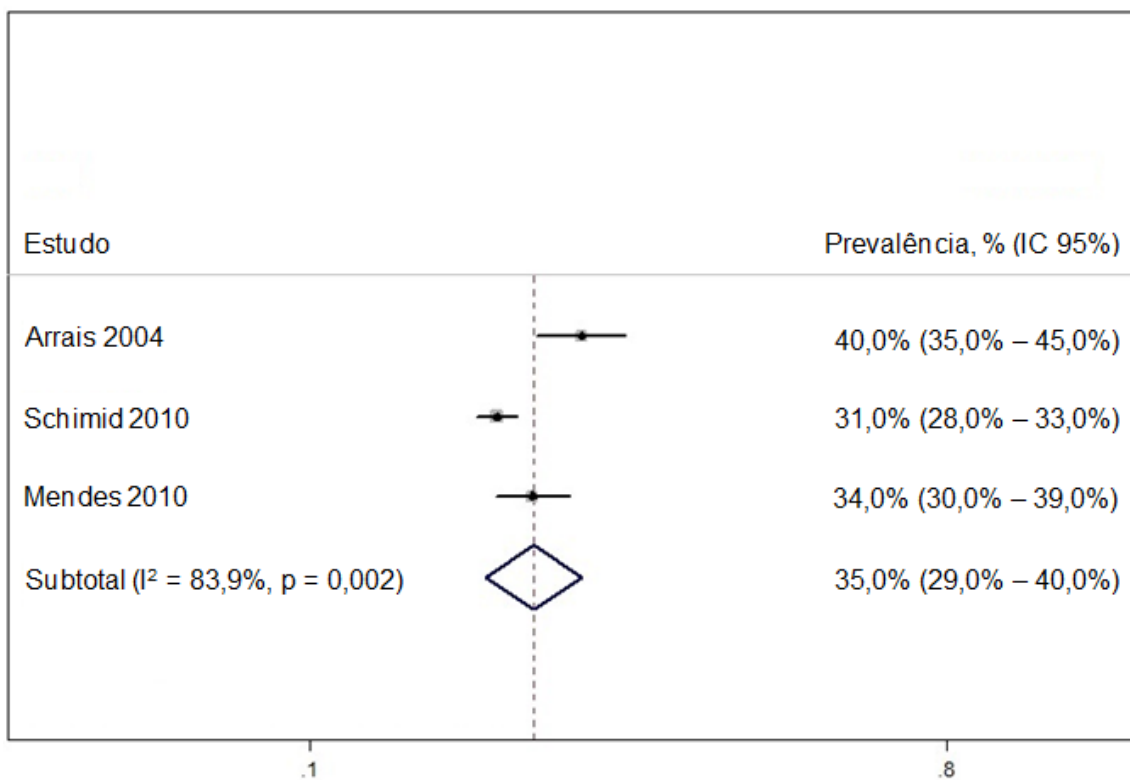


Figura 2. Prevalência da automedicação dos três estudos de alta qualidade metodológica com período recordatório de 15 dias

3.8. TABELAS

Tabela 1. Critérios adotados para avaliação da qualidade

Itens	Critérios considerados adequados	Escore
Amostragem	Toda a população ou amostragem probabilística	1
Fonte de amostragem	Censitária	1
Tamanho da amostra	Calculado estatisticamente	1
Mensuração do desfecho (padronização da medida)	Período recordatório ≤ 15 dias, não restrito às pessoas que mantiveram a prescrição, bula ou embalagem do medicamento	1
Resultados medidos por avaliadores sem viés	Entrevistadores treinados	1
Taxa de resposta	Taxa de resposta $\geq 70\%$	1
Prevalência apresentada com intervalos de confiança e por todos os subgrupos aplicáveis	Prevalência da automedicação nas pessoas que consumiram medicamentos. Subgrupo com a prevalência de automedicação nos homens e nas mulheres	1
Aplicabilidade do estudo	Adultos de 18 a 65 anos	1

Fonte: adaptado de Loney 1998 (18).

Tabela 2. Características dos estudos incluídos

Estudo	Ano da coleta	Cidade, UF	Faixa etária (anos)	Período recordatório (dias)	Tamanho da amostra	Proporção de mulheres (%)	Escore de qualidade
Barros 1983	1978	Ribeirão Preto, SP	< 5 a ≥ 70	15	1.682	61,5	4
Simões 1988	1985	Araraquara, SP	0 a ≥ 50	15	848	59,7	4
Simões 1991	1987	Humaitá, AM	< 5 a > 50	15	620	63,5	4
Vilarino 1998	1995	Santa Maria, RS	0 a 89	30	289	62,6	5
Loyola Filho 2002	1997	Bambuí, MG	≥ 18	90	775	63,2	5
Pelicioni 2005	2002	São Paulo, SP	12 a ≥ 60	3	926	60,5	6
Arrais 2004	2003	Fortaleza, CE	0 a 98	15	679	61,7	7
Carvalho 2005	2003	Brasil, vários estados	≥ 18	15	2.429	63,5	5
Schimid 2010	2005	São Paulo, SP	40 a 95	15	1.973	66,2	6
Giroto 2010	2009	Arapongas, PR	20 a 87	7	197	65,5	6
Mendes 2010	2009	Teresina, PI	18 a 65	15	511	61,8	6
Pinto 2012	-	Diamantina, MG	≥ 18	Sem limite*	423	72,3	4

Notas:

UF, Unidade Federativa.

*, Não houve limite de tempo para mensurar a automedicação.

-, O autor não descreveu o período de realização da coleta de dados.

Tabela 3. Resultado da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos

Estudo	Amostragem	Fonte de amostragem	Tamanho amostral adequado	Mensuração do desfecho	Entrevistador sem viés	Taxa de resposta $\geq 70\%$	Prevalência IC 95%	Aplicabilidade	Total
Barros 1983	1	0	1	1	0	0	1	0	4
Simões 1988	1	1	0	1	0	0	1	0	4
Simões 1991	1	0	0	1	0	1	1	0	4
Vilarino 1998	1	1	1	0	0	1	1	0	5
Loyola Filho 2002	1	1	1	0	1	0	1	0	5
Pelicioni 2005	1	1	1	1	1	0	1	0	6
Arrais 2004	1	1	1	1	1	1	1	0	7
Carvalho 2005	1	1	0	1	1	0	1	0	5
Schimid 2010	1	0*	1	1	1	1	1	0	6
Giroto 2010	1	1	1	0	1	1	1	0	6
Mendes 2010	1	0	1	1	1	0	1	1	6
Pinto 2012	1	1	1	0	0	0	1	0	4
Resultado global	12 (100%)	8 (66,7%)	9 (75,0%)	8 (66,7%)	7 (75,0%)	5 (41,7%)	12 (100%)	1 (8,3%)	Média = 5,2

Notas: 0, critério não atendido pelo estudo. 1, critério atendido pelo estudo. IC 95%, intervalo de confiança a 95%. * Censo oficial foi usado, mas a amostra foi restrita a uma população limitada.

Tabela 4. Prevalência da automedicação em populações adultas no Brasil

Estudo	Faixa etária (anos)	n	Prevalência na amostra, % (IC 95%)	Prevalência nos homens, % (IC 95%)	Prevalência nas mulheres, % (IC 95%)
Período recordatório de 3 dias					
Pelicioni 2005 ^o	20 a 59	849	43,8 (40,5-47,2)	51,2 (46,4-55,8)	36,2 (31,7-40,9)
Período recordatório de 7 dias					
Giroto 2010 ^o	20 a 39	70	22,9 (14,6-33,9)	ND	ND
Período recordatório de 15 dias					
Barros 1983	20 a 49	675	75,3 (71,9-78,4)	76,9 (70,4-82,1)	74,5 (70,4-78,3)
Simões 1988	20 a 49	282	53,2 (47,4-58,9)	47,6 (37,3-58,2)	55,6 (48,6-62,3)
Simões 1991	20 a 49	178	53,9 (46,6-61,1)	64,1 (48,4-77,3)	51,1 (42,8-59,2)
Arrais 2004 ^o	20 a 64	382	39,8 (35,0-44,8)	ND	ND
Carvalho 2005	18 a 59	1.887	29,2 (27,2-31,3)	ND	ND
Schimid 2010 ^{*o}	40 a 65	1.639	30,5 (28,3-32,8)	32,9 (29,1-36,9)	29,3 (26,7-32,1)
Mendes 2010 ^o	18 a 65	511	34,4 (30,4-38,7)	38,5 (31,9-45,4)	32,0 (27,1-37,3)
Período recordatório de 90 dias					
Loyola Filho 2002	18 a 59	619	33,6 (30,0-37,4)	ND	ND
Automedicação durante a vida					
Pinto 2012 [†]	18 a 59	332	66,6 (61,3-71,4)	ND	ND

Notas: o estudo de Vilarino 1998, presente nas tabelas anteriores, foi excluído da análise, pois não apresentava dados exclusivos sobre a população adulta que se automedicava.

ND: dados não disponíveis.

* Dados fornecidos após contato com o autor.

^o Estudos com alta qualidade metodológica.

† Prevalência da automedicação obtida de todos os participantes em estudo, não apresentou informações sobre consumo de medicamentos por indivíduo e gênero.

4. ARTIGO 2. PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS À AUTOMEDICAÇÃO POR ADULTOS NO DISTRITO FEDERAL: ESTUDO TRANSVERSAL DE BASE POPULACIONAL

4.1. RESUMO

Contexto: os medicamentos possuem importância no tratamento das doenças, sendo responsáveis pela melhora da qualidade de vida da população. Entretanto, sabe-se que seu uso indiscriminado pode acarretar riscos à saúde. A prática da automedicação tem preocupado pelo fácil acesso aos produtos terapêuticos e devido aos potenciais danos dessa prática para a saúde. No entanto, pouco se sabe sobre as características da população associadas à automedicação.

Objetivo: estimar a prevalência da automedicação e investigar seus fatores associados na população adulta do Distrito Federal.

Método: estudo transversal com aplicação de questionário validado na população adulta (18 a 65 anos), selecionada por meio de amostragem probabilística em dois estágios (setor censitário e domicílios), com cotas por gênero e idade, e representatividade para o Distrito Federal. Coletaram-se dados sobre a situação social, demográfica e econômica, presença de doenças crônicas autorreferidas, percepção do próprio estado de saúde e o uso de medicamentos nos últimos sete dias. A presença/ausência de prescrição foi relatada para cada medicamento identificado. A prevalência da automedicação e seus fatores associados foram obtidos daqueles que referiram utilizar algum medicamento nos últimos sete dias. Para identificação dos fatores associados, calcularam-se as razões de prevalência (RP) ajustadas por modelo de regressão de Poisson com variância robusta. As especialidades farmacêuticas foram identificadas de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Resultados: entrevistaram-se 1.820 pessoas no primeiro semestre de 2012, das quais 646 relataram ter consumido pelo menos um medicamento nos últimos sete dias. A prevalência da automedicação foi 15,0% (IC 95%: 12,6% - 17,5%). A análise ajustada apontou os seguintes fatores negativamente associados à automedicação: idade entre 50 a 65 anos (RP = 0,26; IC 95%: 0,15 - 0,47) e adultos com doenças crônicas (RP = 0,38; IC 95%: 0,28 - 0,51). Enquanto pessoas com problemas na realização de atividades cotidianas (RP = 2,25; IC 95%: 1,43 - 3,53) apresentaram estar associadas à automedicação. As especialidades farmacêuticas mais comuns foram os medicamentos para o sistema nervoso, e a dipirona e o paracetamol os fármacos utilizados com maior frequência.

Conclusões: o estudo indica que adultos jovens de 18 a 34 anos e aqueles com problemas na realização de atividades cotidianas (trabalho, estudo, tarefas domésticas, atividades familiares ou lazer) são mais predispostos a praticarem automedicação. Apesar da baixa prevalência, os resultados podem indicar alvos específicos para o planejamento de ações de prevenção da automedicação não racional na população adulta do Distrito Federal.

4.2. INTRODUÇÃO

Os medicamentos são instrumentos necessários na prevenção e tratamento de doenças. O atual cenário da saúde pública os expõe como um determinante na saúde da população, carecendo atenção especial (91).

Para a OMS a automedicação é a seleção e uso de medicamentos para tratar sintomas e doenças autorreferidas sem o aconselhamento do profissional de saúde qualificado para determinada função, compreendendo etapa do autocuidado (7). No entanto, é inegável o fato que o termo automedicação possui conotações negativas, mesmo constituindo a principal forma de autocuidado na população. A utilização de medicamento sem prescrição pode ocasionar graves consequências à saúde individual e coletiva da população (8, 10, 92, 93).

Vários fatores induzem a prática da automedicação, como a venda indiscriminada de medicamentos, o sistema de saúde inadequado e os altos custos dos planos de saúde privados e das consultas médicas (7). Por outro lado, pouco se sabe sobre as características da população associadas a essa prática. O melhor conhecimento das características dos indivíduos que se automedicam possibilitará observar grupos de maior risco, aos quais pode ser demandada atenção especial.

No Brasil, mesmo com casos de intoxicações (17, 94) envolvendo medicamentos e o elevado número de pessoas que os utilizam (66, 95), poucos são os estudos que estimam a prevalência da automedicação e que investigam seus fatores associados. Alternativa viável para o conhecimento da prevalência e de seus fatores associados é a aplicação de estudo transversal de base populacional na população de interesse.

O Distrito Federal não possui inquéritos populacionais que analisaram a automedicação em sua população adulta residente. Por se tratar de um contexto que possui inúmeras singularidades entre a sua população bem como na sua forma de organização político-administrativa, existe a necessidade de investigar o perfil da automedicação dos seus residentes.

O presente estudo tem como objetivo estimar a prevalência da automedicação e investigar seus fatores associados na população adulta do Distrito Federal.

4.3. MÉTODOS

4.3.1. Delineamento do Estudo

Foi realizado estudo transversal de base populacional em adultos do Distrito Federal. O trabalho é uma subanálise do estudo sobre consumo de medicamentos no Distrito Federal, o qual analisou os dados da população que utilizou pelo menos um medicamento nos últimos sete dias (96).

As informações foram obtidas por meio de entrevistas face a face nos domicílios selecionados, no período de fevereiro a maio de 2012, respondidas diretamente por um morador da residência. O questionário aplicado foi estruturado com a maioria das questões fechadas e organizado em blocos

temáticos (APÊNDICE E). Coletaram-se dados sobre a situação social, demográfica e econômica, presença de doenças crônicas autorreferidas, percepção do próprio estado de saúde e uso de medicamentos nos últimos sete dias. A presença ou ausência de prescrição médica foi relatada para cada medicamento utilizado.

4.3.2. Cenário

O estudo foi realizado no Distrito Federal, no primeiro semestre de 2012, considerando 20 Regiões Administrativas. Participaram do estudo os residentes adultos, com idade entre 18 a 65 anos, aos quais aplicou-se questionário estruturado que foi previamente validado por meio de um estudo piloto realizado em 150 indivíduos. O inquérito foi realizado por entrevistadores com experiência em pesquisas quantitativas e previamente treinados para realização desse estudo.

4.3.3. Amostra

Os indivíduos adultos foram selecionados por meio de amostragem probabilística em dois estágios (setor censitário e domicílios), com cotas por gênero e idade, e representatividade para o Distrito Federal (Tabela 1). Foram eleitos setores censitários caracterizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) como “área urbanizada de cidade ou vila” e excluídos aqueles com menos de 200 moradores.

No primeiro estágio, dos 4.016 setores selecionados, desconsideraram-se aqueles com menos de 200 habitantes, totalizando 3.886 setores censitários elegíveis (97). Para evitar viés socioeconômico, realizou-se sorteio desses setores e selecionaram-se 182 para fazerem parte da amostra, além de 38 para reposição. No segundo estágio, foram eleitos aleatoriamente 10 domicílios em cada setor censitário e entrevistado um membro da família, respeitando as cotas pré-estabelecidas de gênero e idade representativas à população adulta do Distrito Federal (98). Considerando a população adulta atual do Distrito Federal, que segundo o IBGE 2010 é 1.702.419 habitantes (98), calculou-se tamanho amostral utilizando nível de confiança de 95%, margem de erro de 2,5% e prevalência de consumo de medicamentos na população em 50%. Considerando

uma taxa de 20% de não resposta e para minimizar possíveis perdas, chegou-se a amostra corrigida de 1.820 participantes no presente estudo.

4.3.4. Coleta de Dados

Neste estudo foram utilizados dados referentes aos indivíduos que consumiram medicamentos nos últimos sete dias anteriores ao dia do inquérito. A fim de obter prevalência da automedicação na população, verificou-se presença ou ausência de prescrição médica para cada medicamento que o entrevistado referia utilizar. As informações sobre o uso de medicamentos foram obtidas por meio das seguintes perguntas: “Você está fazendo uso ou fez a utilização de alguma medicação nos últimos sete dias?”, “Você está usando ou vai usar algum medicamento hoje (dia da entrevista)?”, “Quantos tipos de medicamentos você está usando?”, “Qual o nome do medicamento?”, “Qual a concentração do medicamento?”, “Quem receitou o medicamento?” e “Como você adquiriu esse medicamento?”.

Para identificação dos medicamentos foi solicitado, quando possível, a apresentação da embalagem e/ou cartela ou bula para minimizar eventuais erros na anotação dos dados pelo entrevistador, como também para minimizar o possível viés de memória do entrevistado. Os medicamentos foram codificados de acordo com o sistema Anatômico Terapêutico Químico da OMS (ATC, *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System*) (99). Para identificar a composição dos medicamentos foi utilizado o Bulário Eletrônico da Anvisa (100) e quando não encontrado nesta base, a composição foi pesquisada no buscador do Google[®]. Para os compostos que não apresentavam um código específico na classificação ATC, utilizou-se o código limite até onde fosse possível identificar o grupo anatômico, a classe ou a ação terapêutica. Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos não foram considerados a fim de garantir a codificação ATC de todos os medicamentos.

Para obtenção da prevalência da automedicação, considerou-se automedicação o consumo de medicamentos não receitados pelo médico ou dentista. Para análise dos fatores associados a essa prática, foram selecionadas variáveis sobre situação de saúde autorreferida, indicadores socioeconômicos e demográficos, indicadores de utilização de serviços de saúde, percepção do estado de saúde e consumo de medicamentos.

As perguntas do questionário, em sua maioria, referem-se ao momento de realização da entrevista, de modo a minimizar o viés de memória. Para o perfil da automedicação, as perguntas reportam-se aos últimos sete dias da entrevista. Adicionalmente, 20% das entrevistas realizadas foram auditadas por telefone e/ou e-mail para verificação da sua autenticidade.

4.3.5. Análise Estatística

Para evitar erros associados ao delineamento do estudo, à ausência de resposta e à distribuição da população, aplicou-se fator de ponderação proporcional ao número de domicílios por cada setor censitário em todas as análises.

Apresentou-se estatística descritiva das variáveis objetivando organizar, resumir e descrever os aspectos importantes do conjunto de características observadas, com o propósito de possibilitar maior compreensão dos resultados.

Estimou-se a prevalência da automedicação da população que consumiu medicamentos nos últimos sete dias, apresentando sua proporção e os respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%).

Para avaliar a associação entre a automedicação e as variáveis independentes, realizou-se análise bivariada para obter as razões de prevalências (RP) da automedicação e seus respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%).

Desenvolveu-se um modelo de regressão de Poisson com variância robusta para identificar os fatores associados com a automedicação, apresentando as respectivas RP. O modelo considerou todas as variáveis avaliadas, as quais foram ponderadas simultaneamente. Aceitou-se que houve diferenças significativas quando valor de p foi inferior a 0,05.

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Excel[®] 2010 e analisados no programa STATA (versão 11,2).

4.3.6. Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, sob o número de registro 003/12 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética nº 00647212.6.0000.003 (ANEXO). Os dados foram coletados por meio de

questionário preenchido pelo próprio entrevistado, somente após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE F).

4.4. RESULTADOS

4.4.1. Participantes

Da população adulta residente no Distrito Federal, 2.051 pessoas foram convidadas para participar do estudo e 1.820 aceitaram. Entre os entrevistados, 646 (35,5%) relataram ter consumido pelo menos um medicamento nos últimos sete dias e desses avaliou-se a prevalência da automedicação (Figura 1). Os resultados a serem apresentados a seguir dizem respeito a esse subgrupo.

4.4.2. Características dos Participantes

A Tabela 2 apresenta as características demográficas e socioeconômicas dos 646 participantes que relataram ter consumido pelo menos um medicamento nos últimos sete dias. A maioria era mulher (70,3%), 52,6% estavam casados ou viviam em união estável, e a média de residentes por domicílio foi $3,8 \pm 1,6$ pessoas. A idade média foi $42,5 \pm 13,1$ anos, com predomínio da faixa etária entre 50 a 65 anos (34,5%). O nível educacional mais recorrente foi ensino médio completo, seguido das pessoas analfabetas ou com ensino fundamental incompleto. Observa-se maior número de indivíduos nas classes “B” (32,3%) e “C” (48,3%) e 71% dos participantes relataram possuir uma atividade ocupacional.

Em relação aos indicadores de condição de saúde e uso dos serviços de saúde, a prevalência de doenças crônicas autorreferidas foi 73,4% (IC 95%: 69,8% - 76,6 %), sendo mais frequente a hipertensão, diabetes e depressão. A hipertensão e a diabetes foram mais prevalentes nos homens enquanto as demais doenças crônicas foram mais prevalentes entre as mulheres. Quanto a utilização dos serviços de saúde, aproximadamente um terço da amostra possuía plano de saúde privado, 60% se consultaram nos últimos três meses e 14,7% estiveram internados nos últimos 12 meses. As mulheres apresentaram maior prevalência de utilização dos serviços de saúde. Concernente ao estado de saúde dos participantes, mais da metade relataram presença de dor ou

desconforto (53,7%) e as mulheres são as que mais apresentam queixas relacionadas ao próprio estado de saúde (Tabela 3).

4.4.3. Automedicação

A prevalência da automedicação foi 15,0% (IC 95%: 12,6% - 17,5%) nos últimos sete dias. A automedicação foi mais praticada pelas mulheres. Entre os adultos de maior idade, de 50 a 65 anos, a automedicação foi observada em 4,1% (IC 95%: 2,2% - 7,6%), enquanto nos mais jovens, de 18 a 34 anos, em 25,5% (IC 95%: 20,2% - 32,1%).

Dos participantes que realizaram automedicação, 67 utilizaram o medicamento por conta própria e 30 realizaram a automedicação sob a indicação de alguém que não o médico. Desses, 28 foram recomendados pelo balconista da farmácia e dois foram indicações de amigos, familiares ou vizinhos.

A Tabela 4 apresenta a fonte de obtenção dos medicamentos. Observa-se que quanto maior a classe econômica e a escolaridade dos participantes maior é a utilização de seus próprios recursos para adquirir o medicamento. Como já esperado, a maioria dos medicamentos utilizados foram comprados pelos participantes (74,1%) e a minoria foi adquirida por meio do Programa Farmácia Popular do Brasil e do Sistema Único de Saúde (SUS), 13,9% e 12,0%, respectivamente.

Entre aqueles que se automedicaram, foram utilizados 145 medicamentos durante os últimos sete dias, correspondendo à média de consumo de 1,5 medicamentos por pessoa. Os medicamentos reportados foram agrupados de acordo com o 1º e 2º nível da codificação ATC da OMS. Em relação àqueles consumidos sem prescrição, os mais utilizados foram os que atuam sobre o sistema nervoso, aparelho digestivo e metabolismo, e aparelho cardiovascular. As classes terapêuticas mais empregadas foram os analgésicos (dipirona sódica e combinações – 78,6% e paracetamol – 19,6%), anti-inflamatórios e antirreumáticos (diclofenaco e combinações – 60%) e hormônios sexuais e moduladores do sistema genital (ciproterona e etinilestradiol – 35,7%). Do total de medicamentos utilizados na automedicação, 72 foram de venda livre, 73 necessitavam prescrição para serem dispensados e dentre esses, 15 necessitavam receita médica de controle especial (Tabela 5).

4.4.4. Fatores Associados à Automedicação

A Tabela 6 apresenta a prevalência da automedicação, segundo variáveis avaliadas nos participantes que consumiram pelo menos um medicamento nos últimos sete dias anteriores a entrevista. A análise entre a prática da automedicação e as variáveis que entraram no modelo foi realizada com os sujeitos que continham os dados completos. Excluiu-se da análise aqueles que relataram não saber ou que não responderam a alguma das variáveis. A análise bivariada apresentou uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a prevalência da prática da automedicação e uma única variável demográfica: as faixas etárias de 35 a 65 anos. Não se observou associação entre a prática da automedicação e o gênero, escolaridade, situação conjugal, número de moradores, classe econômica e situação de trabalho dos entrevistados.

Em relação à prevalência da automedicação e os indicadores de condição de saúde e uso de serviços de saúde, optou-se por agrupar as doenças crônicas autorreferidas e realizar as análises. A análise bivariada apresentou associação negativa e estatisticamente significativa entre a prevalência da prática da automedicação e presença de doença crônica, assim como ter se consultado com o médico nos três últimos meses anteriores a entrevista. Os participantes que ofereciam algum tipo de problema para realizar atividades cotidianas apresentaram estar positivamente associados à automedicação.

Após ajuste feito pelas variáveis que entraram no modelo, a análise ajustada indicou que indivíduos com faixa etária de 35 a 49 anos e que se consultaram com o médico nos três últimos meses não foram associados à automedicação. Adultos com idade mais avançada (50 a 65 anos) ou que possuíam alguma doença crônica apresentaram tendência oposta à automedicação, enquanto aqueles que exibiam algum tipo de problema para realizar atividades cotidianas foram mais dispostos a praticarem a automedicação (Tabela 6).

4.5. DISCUSSÃO

4.5.1. Síntese dos Resultados

Os resultados desse estudo revelaram que a automedicação é praticada por 15% da população adulta do Distrito Federal e sua prática é mais frequente nos adultos jovens de 18 a 34 anos, apresentando prevalência em, aproximadamente, $\frac{1}{4}$ dessa população.

O modelo ajustado mostrou apenas um fator associado positivamente à automedicação: apresentar problema para realizar atividades cotidianas. Enquanto os fatores: ser adulto com maior idade ou possuir doenças crônicas foram negativamente associados a essa prática. Observou-se que a metade dos medicamentos utilizados necessitava prescrição para serem dispensados, e os analgésicos e anti-inflamatórios corresponderam, juntos, a quase metade de todos os medicamentos consumidos.

4.5.2. Avaliação da Validade da Pesquisa

Algumas limitações são inerentes ao delineamento do estudo. Em virtude da natureza do estudo transversal, os resultados encontrados não permitem identificar a relação de causalidade entre as variáveis. A influência da sazonalidade no surgimento de determinadas doenças (101) pode afetar a utilização de medicamentos na população, principalmente pela pesquisa não abranger os períodos de inverno e seca no Distrito Federal (102).

Outro fator que também deve ser considerado como limitação do estudo é o fato das entrevistas serem realizadas nos domicílios, uma vez que os participantes deveriam estar em suas residências no momento em que o entrevistador estivesse coletando os dados. Entretanto, para garantir a representatividade da amostra, essa foi baseada em quotas de gênero e idade pré-estabelecidas pelo censo nacional (96, 98). Adicionalmente, há fatores não investigados relacionados com a prática da automedicação, como a indicação de consumo. Variável que poderia explicar a real motivação para a prática em estudo e seus fatores associados.

A investigação pode apresentar viés de aferição, pois não foi necessária comprovação de quem indicou o medicamento perante demonstração da

prescrição, sendo a automedicação aferida a partir do autorreferimento do entrevistado. Adicionalmente, entrevistados que possuíam prescrições antigas e sem validade (103, 104) podem ter respondido que utilizavam o medicamento mediante prescrição, fato que pode subestimar a prevalência da automedicação. Contudo, como diversas características não são influenciadas pelo tempo, a validade da informação não é afetada.

O estudo utilizou uma amostra que foi previamente calculada para uma pesquisa que não tinha o objetivo de investigar diretamente a automedicação (96), o que pode enfraquecer uma associação existente entre os eventos. A definição da amostra, de acordo com os objetivos da pesquisa, poderia prover respostas mais precisas para as questões estudadas. Entretanto, foram empregadas técnicas estatísticas para relatar o tamanho do erro aleatório (105).

Apesar de apresentar limitações, deve-se ressaltar as fortalezas do inquérito. Na conjuntura de ser o primeiro estudo transversal de base populacional realizado no Distrito Federal sobre o assunto, os achados são importantes para a ampliação do uso racional de medicamentos no referido Estado. O presente estudo deve ser ressaltado pelo cuidado metodológico aplicado. Os resultados encontrados são provenientes de um estudo transversal de base populacional, com amostra probabilística da população adulta do Distrito Federal, com tamanho previamente calculado, possibilitando a exclusão de questionários que continham erros de preenchimento e com respostas “não sei” para as variáveis de interesse. Adicionalmente, foi seguida recomendação da OMS que indica como ideal a utilização de período recordatório de uma semana (29), os procedimentos do estudo foram padronizados, foi utilizada equipe com experiência na aplicação de pesquisas populacionais, o questionário foi validado por meio da aplicação de estudo piloto e 20% das entrevistas realizadas foram auditadas. Cuidados que conferem maior validade aos achados dessa investigação.

4.5.3. Interpretação e Comparação com a Literatura

A prevalência da automedicação encontrada na pesquisa é mais baixa que as prevalências de alguns estudos brasileiros que possuem certas semelhanças metodológicas ao presente estudo (20, 22, 26, 80). Uma possível explicação é a diferença entre os períodos recordatórios, uma vez que o

presente estudo utilizou período de 7 dias enquanto outros três (20, 22, 80) utilizaram período de 15 dias. Outra possível razão para a menor prevalência encontrada é o fato dos estudos (20, 26, 80) terem sido inicialmente delineados incluindo adultos com idade superior a 65 anos, com exceção de um estudo (22).

Os resultados apontaram duas situações preocupantes. Primeira, metade dos medicamentos utilizados na automedicação necessitava prescrição para serem dispensados e desses, aproximadamente, 1/5 necessitavam receita médica de controle especial. Segunda, existe uma pequena parcela de pessoas que obtiveram os medicamentos utilizados na automedicação por meio do SUS ou do Programa Farmácia Popular do Brasil, sendo que para ambos, o cidadão deve apresentar prescrição para ter acesso ao medicamento. Na segunda situação não se sabe como foi possível obter certos medicamentos sem prescrição, uma vez que a pesquisa não aprofundou o questionamento de acesso aos medicamentos voltado, exclusivamente, à automedicação. Podendo ser um engano do informante uma das causas para o resultado encontrado, ou então devido ao compartilhamento de medicamentos que foram prescritos para outras pessoas, como familiares ou amigos. Ambas as situações indicam o desrespeito às legislações sanitárias brasileiras (106-109). Sugerindo que apesar da baixa prevalência da automedicação, o Distrito Federal a faz de maneira pouco racional (8, 110, 111). Esses achados podem corroborar para a visão de ambiente comercial das farmácias e drogarias. Estudo qualitativo, realizado no Distrito Federal, exhibe a insatisfação com a qualidade do atendimento nas farmácias, sendo vistas como um estabelecimento comercial de fácil acesso aos medicamentos (112). Entretanto, estudos delineados especificamente para essa questão poderão fornecer respostas mais claras e robustas que auxiliarão na ampliação do uso racional de medicamentos.

Destaca-se a baixa prevalência e estatisticamente significativa da automedicação em adultos com idade mais avançada (50 a 65 anos). Alguns estudos de base populacional nacional e internacional também observaram esse efeito (26, 34, 35, 69, 113, 114). Esse achado pode ser explicado devido ao maior uso de serviços de saúde dessa população (115, 116).

A prática da automedicação mostrou-se negativamente associada às doenças crônicas. Estudos realizados tanto em países desenvolvidos (34, 114) como nos em desenvolvimento (4, 53) relataram associação entre a

automedicação e a presença de agravos menores, como gripe, resfriado, cefaleia e dores musculares. Espera-se que pessoas com condições crônicas necessitem orientação médica periódica e conseqüentemente utilizarão medicamentos que precisam de prescrição médica para serem dispensados. Adicionalmente, outros estudos transversais de base populacional também mostraram que os medicamentos mais utilizados na automedicação foram os analgésicos e anti-inflamatórios (3, 22, 25-27, 43, 69). Colaborando para a premissa entre a automedicação e a presença de agravos menores.

O presente estudo revelou que pessoas com problemas para realizar suas atividades cotidianas (trabalho, estudo, tarefas domésticas, atividades familiares ou lazer) são mais suscetíveis à automedicação. Imagina-se que essas pessoas tendem a utilizar medicamentos a fim de tratar ou aliviar os sintomas que estão prejudicando a realização das suas atividades. Recomenda-se realizar estudo delineado especificamente para essa questão a fim de elucidar a motivação da automedicação nas pessoas com problemas para realizar suas atividades cotidianas.

4.6. CONCLUSÃO

A automedicação teve baixa prevalência entre os adultos do Distrito Federal. Entretanto, quando praticada, foi realizada de maneira pouco racional. Os adultos jovens e os indivíduos com problemas para realizar atividades cotidianas são os grupos mais associados à automedicação, enquanto aqueles com doenças crônicas tendem a não realizar determinada prática.

Apesar da baixa prevalência, os resultados podem indicar alvos específicos para o planejamento de ações de prevenção da automedicação na população adulta do Distrito Federal.

4.7. FIGURA

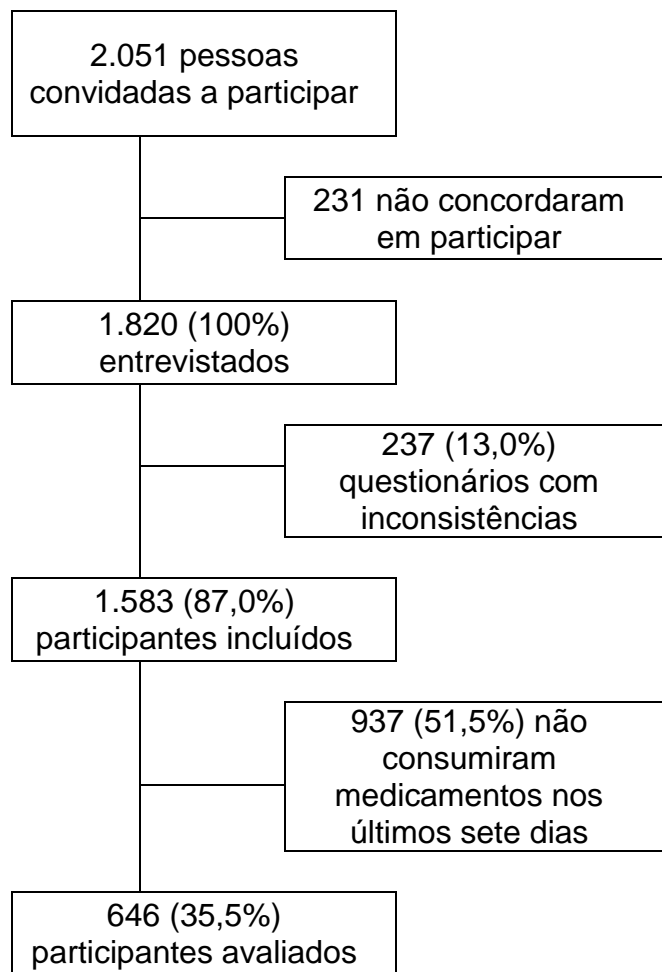


Figura 1. Processo de recrutamento, seleção, inclusão e avaliação dos entrevistados da pesquisa

4.8. TABELAS

Tabela 1. Número de participantes na amostra por gênero e idade

Idade (anos)	Gênero		Total
	Masculino	Feminino	
18 a 24	163	170	333
25 a 34	245	274	519
35 a 44	188	211	399
45 a 54	128	151	279
55 a 65	126	164	290
Total	850	970	1.820

Nota: distribuição baseada nos dados do censo demográfico 2010 para o Distrito Federal (98).

Tabela 2. Características demográficas e socioeconômicas dos participantes que consumiram medicamentos, em percentual

Características	Masculino (n = 199)	Feminino (n = 447)	Total (n = 646)
Faixa etária (em anos)			
18 a 34	30,1	31,8	31,2
35 a 49	34,2	35,1	34,8
50 a 65	35,7	33,1	33,9
Escolaridade			
Analfabeto e ensino fundamental incompleto	32,3	33,1	33,0
Ensino fundamental completo	21,1	18,6	19,3
Ensino médio completo	28,7	32,2	31,1
Ensino superior e pós-graduação	18,1	15,9	16,6
Situação conjugal			
Casado/união estável	59,9	49,0	52,3
Solteiro/viúvo	40,1	51,0	47,7
Número de residentes no domicílio			
1	8,0	4,9	5,9
2 a 4	60,7	68,9	66,4
5 ou mais	31,3	26,1	27,7
Classe econômica*			
A	11,8	6,6	8,2
B	31,9	32,0	32,0
C	45,4	49,5	48,2
D – E	10,9	11,9	11,6
Situação de trabalho[†]			
Empregado	84,9	58,4	66,6
Desempregado	15,1	41,6	33,4

* Critério Brasil de Classificação Econômica.

† A variável “Empregado” engloba servidores ou assalariados com carteira assinada, trabalho informal, trabalho doméstico, autônomo ou profissional liberal. A variável “Desempregado” inclui desempregados, aposentados e estudantes.

Tabela 3. Características das condições de saúde e uso de serviços de saúde dos participantes que consumiram medicamentos

Variáveis	N	Masculino n (%)	Feminino n (%)	Total n (%)
Relato de doenças crônicas	646	135 (70,4)	339 (74,7)	474 (73,4)
Diabetes	613	52 (28,3)	85 (19,8)	137 (22,3)
Hipertensão	628	88 (47,6)	208 (47,0)	296 (47,1)
Depressão ou problema de nervos	627	27 (14,4)	105 (23,9)	132 (21,1)
Problemas de coração	609	24 (12,9)	61 (14,4)	85 (14,0)
Problemas respiratórios	627	9 (4,8)	56 (12,8)	65 (10,4)
Outras doenças	646	21 (10,9)	81 (17,8)	102 (15,8)
Estado de saúde				
Problemas de mobilidade	646	28 (14,1)	62 (13,8)	90 (13,9)
Problemas com o cuidado próprio	646	10 (5,2)	25 (5,6)	35 (5,5)
Problemas para realizar atividades cotidianas	646	20 (10,0)	63 (14,1)	83 (12,9)
Presença de dor ou desconforto	646	94 (47,1)	253 (56,7)	347 (53,7)
Ansiedade ou depressão	646	55 (27,6)	165 (36,9)	220 (34,0)
Acesso aos serviços de saúde				
Consulta médica nos últimos 3 meses	642	103 (54,4)	282 (62,5)	385 (60,0)
Internação hospitalar no último ano	638	27 (12,5)	69 (15,7)	96 (14,7)
Acesso a plano de saúde privado	646	65 (32,5)	147 (32,8)	212 (32,8)

Tabela 4. Fonte de obtenção dos medicamentos dos participantes que se automedicaram (N = 97), em percentual

Variáveis	Fonte de obtenção		
	Recursos próprios	Sistema Único de Saúde (SUS)	Farmácia popular
Escolaridade			
Analfabeto e ensino fundamental incompleto (n = 28)	70,4	18,5	29,6
Ensino fundamental completo (n = 19)	88,2	29,4	5,9
Ensino médio completo (n = 36)	86,5	5,4	13,5
Ensino superior e pós-graduação (n = 14)	93,3	6,7	6,7
Classe econômica			
A (n = 6)	100	0	0
B (n = 26)	80,8	11,5	19,2
C (n = 57)	83,6	16,4	16,4
D – E (n = 8)	75,0	12,5	12,5

Nota: o participante poderia selecionar mais de uma opção.

Tabela 5. Descrição dos medicamentos utilizados pelos indivíduos que se automedicaram (N = 145)

Variáveis	n	%
Código ATC dos medicamentos		
1º nível – Grupo anatômico		
A - Aparelho digestivo e metabolismo	21	14,5
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	2	1,4
C - Aparelho cardiovascular	16	11,0
G - Aparelho geniturinário e hormônios sexuais	14	9,6
H - Preparações hormonais sistêmicas, excluindo hormônios sexuais e insulinas	2	1,4
J - Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	3	2,1
M - Sistema musculoesquelético	15	10,3
N - Sistema nervoso	68	46,9
R - Aparelho respiratório	4	2,8
2º nível – Subgrupo terapêutico		
Analgésicos	56	38,7
Anti-inflamatórios e antirreumáticos	15	10,3
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	14	9,7
Agentes atuantes no sistema renina-angiotensina	6	4,1
Medicamentos para distúrbios de acidez	5	3,4
Medicamentos usados na diabetes	5	3,4
Antiepilépticos	5	3,4
Medicamentos para disfunções gastrointestinais	4	2,8
Agentes betabloqueadores	4	2,8
Psicoanalépticos	4	2,8
Categoria legal		
Venda livre	72	49,6
Necessitam de prescrição	73	50,3
Controle especial*	15	10,3
Fármacos que necessitam prescrição (N = 73)		
Diclofenaco de sódio e combinações	7	9,6

Fármacos que necessitam prescrição (N = 73)	n	%
Ciproterona e etinilestradiol	5	6,8
Atenolol	4	5,5
Levonorgestrel e etinilestradiol	4	5,5
Metformina	4	5,5
Omeprazol	4	5,5
Captopril	3	4,1
Enalapril	3	4,1
Fluoxetina	3	4,1
Ácido valpróico e valproato de sódio	2	2,7
Bromazepam	2	2,7
Fenobarbital	2	2,7
Mesalazina	2	2,7
Sinvastatina	2	2,7

Nota: incluem-se os 10 subgrupos mais utilizados na automedicação. Agrupados representam 81,4% do total de medicamentos.

* Medicamentos listados nos anexos atualizados da Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 e na RDC nº 44 de 26 de outubro de 2010.

ATC: sistema de classificação anatômico terapêutico químico.

Tabela 6. Prevalência da automedicação e razões de prevalência (RP) dos fatores associados na população adulta do Distrito Federal (N = 646)

Variáveis	Prevalência da automedicação (%)	Análise bivariada		Análise ajustada		Valor-p
		RP	IC 95%	RP	IC 95%	
Fatores sociodemográficos						
Gênero						
Masculino	14,8	1,00	-	1,00	-	-
Feminino	15,1	1,02	0,74 - 1,39	0,98	0,72 - 1,34	0,92
Faixa etária (anos)						
18 a 34	25,5	1,00	-	1,00	-	-
35 a 49	16,2	0,63	0,46 - 0,86	0,81	0,58 - 1,12	0,20
50 a 65	4,1	0,16	0,10 - 0,27	0,26	0,15 - 0,47	<0,01
Escolaridade						
Analfabeto e ensino fundamental incompleto	12,9	0,96	0,60 - 1,54	1,16	0,68 - 1,96	0,58
Ensino fundamental completo	15,0	1,11	0,67 - 1,84	0,96	0,55 - 1,68	0,89
Ensino médio completo	18,1	1,34	0,86 - 2,10	1,15	0,74 - 1,77	0,53
Ensino superior e pós-graduação	13,5	1,00	-	1,00	-	-
Situação conjugal						
Casado/união estável	15,1	1,00	-	1,00	-	-
Solteiro/viúvo	14,9	0,99	0,73 - 1,35	1,01	0,74 - 1,36	0,99
Número de residentes no domicílio						
1	7,6	1,00	-	1,00	-	-
2 a 4	15,9	2,10	0,89 - 4,89	1,24	0,54 - 2,84	0,61
5 ou mais	14,4	1,90	0,78 - 4,62	1,20	0,53 - 2,74	0,66
Classe econômica						
A	11,9	1,00	-	1,00	-	-
B	12,4	1,04	0,56 - 1,94	0,94	0,53 - 1,68	0,84
C	18,3	1,54	0,87 - 2,72	1,28	0,71 - 2,29	0,41
D – E	10,8	0,90	0,43 - 1,91	0,63	0,27 - 1,47	0,28

Variáveis	Prevalência da automedicação (%)	Análise bivariada		Análise ajustada		Valor-p
		RP	IC 95%	RP	IC 95%	
Situação de trabalho						
Empregado	14,4	1,00	-	1,00	-	-
Desempregado	16,4	1,15	0,87 - 1,52	0,86	0,64 - 1,16	0,33
Estado de saúde autorreferido*						
Doenças crônicas	9,7	0,33	0,25 - 0,44	0,38	0,28 - 0,51	<0,01
Problemas de mobilidade	12,5	0,81	0,51 - 1,29	0,73	0,42 - 1,24	0,24
Problemas com o cuidado próprio	18,4	1,24	0,69 - 2,22	1,09	0,56 - 2,13	0,79
Problemas para realizar atividades cotidianas	21,2	1,50	1,04 - 2,16	2,25	1,43 - 3,53	<0,01
Presença de dor ou desconforto	14,3	0,91	0,68 - 1,21	0,92	0,69 - 1,23	0,59
Ansiedade ou depressão	14,9	0,99	0,73 - 1,35	1,14	0,85 - 1,53	0,38
Acesso aos serviços de saúde*						
Consulta médica nos últimos 3 meses	12,8	0,70	0,52 - 0,95	0,79	0,58 - 1,09	0,15
Hospitalização no último ano	18,9	1,32	0,91 - 1,91	1,39	0,97 - 1,99	0,07
Acesso a plano de saúde privado	11,7	0,70	0,48 - 1,02	1,01	0,67 - 1,51	0,97

* A comparação se faz entre presença e ausência do valor de referência. Por exemplo, para doenças crônicas, compara-se com não ter doenças crônicas.

5. CONCLUSÃO

O escopo da presente dissertação de mestrado foi avaliar a prevalência da automedicação no Brasil e no Distrito Federal bem como investigar os fatores associados a essa prática. Para alcançar esse objetivo, realizaram-se dois estudos, os quais foram apresentados nos capítulos 3 e 4.

A automedicação foi praticada por, aproximadamente, 1/3 da população adulta brasileira. Resultados dos estudos incluídos na revisão sistemática que tinham alta qualidade metodológica e período recordatório entre 7 e 15 dias, capítulo 3 dessa dissertação.

No Distrito Federal, a prática da automedicação foi mais baixa que o resultado da revisão sistemática. A cada sete adultos entrevistados, um se automedicava. Aqueles que apresentam problemas na realização de atividades cotidianas possuem maior tendência a realizar a automedicação enquanto os adultos com maior idade, 50 a 65 anos, ou com doenças crônicas apresentam tendência oposta. Os resultados do inquérito populacional indicam que, apesar da baixa prevalência da automedicação, os adultos a fazem de maneira pouco racional, pois metade dos medicamentos utilizados necessitava de prescrição para serem dispensados e desses, aproximadamente, 1/5 necessitavam receita médica de controle especial.

Ambos os estudos apresentados nessa dissertação possuem limitações. A revisão sistemática apresentou resultados com alta heterogeneidade, e o estudo transversal utilizou amostra previamente calculada para uma pesquisa que não tinha o objetivo de investigar diretamente a automedicação, bem como os participantes não necessitavam comprovar presença ou ausência de prescrição, sendo a automedicação estimada a partir do autorreferimento do entrevistado.

Em contrapartida, a revisão sistemática fez uma ampla busca na literatura científica, objetivando minimizar possíveis vieses de publicação, além de investigar os casos para a alta heterogeneidade encontrada entre os resultados. Enquanto, o estudo transversal de base populacional foi o primeiro realizado nos adultos do Distrito Federal, proveniente de uma amostra probabilística, e seguiu

recomendação da OMS que preconiza a utilização de período recordatório de sete dias.

A realização da presente dissertação de mestrado permitiu conhecer as características da automedicação entre os adultos no Brasil e no Distrito Federal. A variação encontrada entre os métodos dos estudos que avaliam a automedicação no Brasil sinaliza a necessidade de padronização dos seus métodos, em especial a duração do período recordatório, entre os futuros inquéritos acerca do tema. O conhecimento dos fatores associados à prática da automedicação podem indicar alvos específicos para o planejamento de ações que estimulem o uso racional de medicamentos.

REFERÊNCIAS

1. Machado SHS. O uso da teoria de stakeholders em uma análise da etapa de formulação da Política Nacional de Medicamentos. *Rev Adm Publica*. 2013;47(3):543-65.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da saúde; 2001. p.40.
3. Pelicioni AF. Padrão de consumo de medicamentos em duas áreas da Região Metropolitana de São Paulo, 2001-2002 [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2005.
4. Arrais PS, Coelho HL, Batista MC, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saude Publica*. 1997;31(1):71-7.
5. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. *J Basic Clin Pharm*. 2014;5(1):19-23.
6. Hernández-Juyol M, Quesada JRB. Odontología y automedicación: un reto actual. *Med Oral*. 2002;7(5):344-7.
7. World Health Organization. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication. 1998 [cited 2014 Jul 11]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/whozip32e/whozip32e.pdf>.
8. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. 2000. [cited 2014 Jul 11]. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2218e/s2218e.pdf>.
9. Eticha T, Mesfin K. Self-Medication Practices in Mekelle, Ethiopia. *PLoS One*. 2014;9(5):1-5.
10. Almasdy D, Sharrif A. Self-Medication Practice with Nonprescription Medication among University Students: a review of the literature. *Arch Pharm Pract*. 2011;2(3):95-100.
11. Fainzang S. Managing medicinal risks in self-medication. *Drug Saf*. 2014;37(5):333-42.
12. Santos EC, Ferreira MA. A indústria farmacêutica e a introdução de medicamentos genéricos no mercado brasileiro. *Nexos econ*. 2012;6(2):95-119.

13. Federação Brasileira das Redes Associativistas de Farmácias. Quem somos. [cited 2014 May 26]. Available from: http://www.febrafar.com.br/index.php?cat_id=1.
14. World Health Organization. Medicines: rational use of medicines. 2010 [cited 2014 Apr. 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/>.
15. Wannmacher L. Conduas baseadas em evidências sobre medicamentos utilizados em atenção primária à saúde. Uso racional de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 9-14.
16. Aquino D. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Ciênc saude coletiva. 2008;13:733-6.
17. Brasil. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Óbitos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Circunstância. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
18. Loney PL, Chambers LW, Bennett KJ, Roberts JG, Stratford PW. Critical appraisal of the health research literature: prevalence or incidence of a health problem. Chronic Dis Can. 1998;19(4):170-6.
19. Carvalho MF, Pascom AR, Souza-Junior PR, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. Cad Saude Publica. 2005;21(Suppl):100-8.
20. Arrais PSD. Epidemiologia do consumo de medicamentos e eventos adversos no município de Fortaleza-CE [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2004.
21. Barros MBA. Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consumo de medicamentos [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 1983.
22. Mendes CMM. Perfil da automedicação em duas populações do município de Teresina [dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará; 2010.
23. Simões MJS. Consumo de medicamentos e morbidade em Humaitá estado do Amazonas. Rev Cienc Farm. 1991;13:167-79.
24. Simões MJS, Farache Filho A. Consumo de medicamentos em região do estado de São Paulo (Brasil), 1985. Rev Saude Publica. 1988;22:494-9.

25. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil. *Rev Saude Publica*. 1998;32(1):43-9.
26. Giroto E, Matos DBSM, Oliveira JMO. Perfil da automedicação em população residente de Arapongas, Paraná. *Espaço Saúde*. 2010;11:29-38.
27. Pinto MCX, Ferre F, Pinheiro MLP. Potentially inappropriate medication use in a city of Southeast Brazil. *Braz J Pharm Sci*. 2012;48(1):79-86.
28. Borenstein M, Hedges L, Higgins J, Rothstein H. *Introduction to meta-analysis*. Wiley; 2009.
29. Hardon A, Hodgkin C, Fresle DA. *How to investigate the use of medicines by consumers*. Amsterdam: World Health Organization; 2004.
30. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010. Rio de Janeiro: IBGE. [cited 2014 Apr. 19]. Available from: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_dou/default_resultados_dou.shtm.
31. Alves JED, Cavenaghi S. Tendências demográficas, dos domicílios e das famílias no Brasil [Internet]. [cited 2014 May 26]. Available from: http://www.ie.ufrj.br/aparte/pdfs/tendencias_demograficas_e_de_familia_24ago12.pdf.
32. CRD's guidance for undertaking reviews in health care. University of York: Centre for Reviews and Dissemination; 2009. 292 p.
33. Higgins J, Green S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. The Cochrane Collaboration; 2011 [cited 2014 May 27]. Available from: www.cochrane-handbook.org.
34. Carrasco-Garrido P, Hernández-Barrera V, López de Andrés A, Jiménez-Trujillo I, Jiménez-García R. Sex-differences on self-medication in Spain. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2010;19(12):1293-9.
35. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Barrera VH, Gil de Miguel A. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008;17(2):193-9.
36. Figueiras A, Caamaño F, Gestal-Otero JJ. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J Epidemiol*. 2000;16(1):19-26.

37. López JJ, Dennis R, Moscoso SM. [A study of self-medication in a neighborhood in Bogotá]. *Rev Salud Publica (Bogota)*. 2009;11(3):432-42.
38. Lam CL, Catarivas MG, Munro C, Lauder IJ. Self-medication among Hong Kong Chinese. *Soc Sci Med*. 1994;39(12):1641-7.
39. Suleman S, Ketsela A, Mekonnen Z. Assessment of self-medication practices in Assendabo town, Jimma zone, southwestern Ethiopia. *Res Social Adm Pharm*. 2009;5(1):76-81.
40. Awad AI, Eltayeb IB, Capps PA. Self-medication practices in Khartoum State, Sudan. *Eur J Clin Pharmacol*. 2006;62(4):317-24.
41. Almeida MR, Castro LLC, Caldas ED. Knowledge, practices and risk perception in relation to the use of medicaments in the Federal District, Brazil. *Rev Cienc Farm Básica Apl*. 2010;32(2):225-32.
42. Alvarenga JM, Loyola Filho AI, Firmo JOA, Lima-Costa MF, Uchoa E. Prevalence and sociodemographic characteristics associated with benzodiazepines use among community dwelling older adults: The Bambuí Health and Aging Study (BHAS). *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):7-11.
43. Araújo Júnior JC, Vicentini GE. Automedicação em adultos na cidade de Guairaçá - PR. *Arq CiencSaude Unipar*. 2007;11(2):83-8.
44. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJ, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalence and factors associated with access to medication among the elderly in a city in southern Brazil: a population-based study. *Cad Saude Publica*. 2011;27(10):1939-50.
45. Bertoldi AD, Barros AJ, Hallal PC, Lima RC. Drug utilization in adults: prevalence and individuals determinants. *Rev Saude Publica*. 2004;38(2):228-38.
46. Bertoldi AD, Hallal PC, Barros AJ. Physical activity and medicine use: evidence from a population-based study. *BMC Public Health*. 2006;6:224.
47. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Socioeconomic inequalities in expenditures and income committed to the purchase of medicines in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2011;45(5):897-905.
48. Brancher MC, Zorzetto J, Pescador MVB, Ribeiro AR. Self medication in the city of Passo Fundo-RS. *Rev Med Hosp São Vicente de Paulo*. 1994;6(15):35-8.
49. Calixto SCDS, Ferreira TPDS, Borges NCR, Azevedo RMDP, Ribeiro AC. Analysis of self-medication practice among patients taken care of in the Unidade

de Referencia Especializada Demetrio Medrado. *RBM Rev Bras Med.* 2010;67(3):62-4.

50. Carod-Artal FJ, Ezpeleta D, Martin-Barriga ML, Guerrero AL. Triggers, symptoms, and treatment in two populations of migraineurs in Brazil and Spain. A cross-cultural study. *J Neurol Sci.* 2011;304(1-2):25-8.

51. Castellar JI, Karnikowski MG, Vianna LG, Nobrega OT. Study of the pharmacotherapy prescribed for older-adult in a Brazilian long-term care facility. *Acta Med Port.* 2007;20(2):97-105.

52. Castro LLC, Costa AM, Kozoroski AM, Rossini A, Cymrot R. Algumas características da prática da automedicação em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. *Rev Cienc Farm.* 2000;21:81-101.

53. Correa TS, Santos KM, Galato D. Prevalence and management of headache in a selected area of southern Santa Catarina. *Arq Neuropsiquiatr.* 2010;68(2):216-23.

54. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CL, Goldbaum M, Carandina L. Use of medication and associated factors: a population-based study in Campinas, São Paulo State, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2011;27(4):649-58.

55. Cruz MS, Oliveira LR, Carandina L, Lima MC, César CL, Barros MB, et al. Prevalence of self-reported hearing loss and attributed causes: a population-based study. *Cad Saude Publica.* 2009;25(5):1123-31.

56. Dal Pizzol TDS, Piccoli A, Brugnera Q, Schenkel EP, Mengue SS. Essential medicines stored in households in Southern Brazil. *Acta farm bonaer.* 2006;25(4):601-7.

57. DeLucia R, Planeta CS, Almeida NS. Consumption of drugs, alcoholic beverages and cigarettes by workers of Cubatao. *RBM Rev Bras Med.* 1987;33(11-12):215-8.

58. Dewulf NLS, Costa Jr ML, Santos V. Survey of drugs use during public-health campaigns in Ribeirão Preto (Brazil). *Rev Cienc Farm Basica Apl.* 2007;28(3):311-8.

59. Dominici M, Gomes MM. Obstructive sleep apnea (OSA) and depressive symptoms. *Arq Neuropsiquiatr.* 2009;67(1):35-9.

60. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KF, Moura EC. Pattern of medicine consumption among users of the primary health care services in Lorena, SP. *Cien Saude Colet.* 2008;13 Suppl:755-62.

61. Francisco PM, Donalisio MR, Azevedo Barros MB, Cesar CL, Carandina L, Goldbaum M. Factors associated with pulmonary disease among the elderly. *Rev Saude Publica*. 2006;40(3):428-35.
62. Franco RCS, Carvalho Neto JA, Khouri MA, Nunes MO, Santos Júnior JW, Marques Neto J, et al. Consumo de medicamentos com um grupo populacional da área urbana de Salvador-BA. *Rev Baiana Saude Publica*. 1987;13/14(4/1):113-21.
63. Ghattás V. Estilo de vida e utilização de medicamentos segundo gênero: um inquérito de base populacional [dissertação]. Itajaí, SC: Universidade do Vale do Itajaí; 2011.
64. Greco DB, Leal SS, Filogonio CJB. Medicamentos sin receta. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 1986; 101:[405-7]
65. Haak H. Drug consumption patterns in 2 villages of Bahia (Brazil). *Rev Saude Publica*. 1989;23(2):143-51.
66. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Suppl):793-802.
67. Lima CS. Automedicação na cidade de Santa Maria. *Rev. Saude (St. Maria)* 1992;18:69-74.
68. Loyola Filho AI, Uchoa E, Firmo JO, Lima-Costa MF. A population-based study on use of medications by elderly Brazilians: the Bambui Health and Aging Study (BHAS). *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):545-53.
69. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saude Publica*. 2002;36:55-62.
70. Loyolla MAR. Medicina popular ou sistema paralelo de saúde: relatório de pesquisa. 1978.
71. Margonato FB, Thomson Z, Paoliello MM. Acute intentional and accidental poisoning with medications in a southern Brazilian city. *Cad Saude Publica*. 2009;25(4):849-56.
72. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011;29:358-64.

73. Mazzilli LEN. Urgência odontológica e prevalência da automedicação na população economicamente ativa de uma micro-área da cidade de São Paulo [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2008.
74. Mendoza-Sassi R, Beria JU, Fiori N, Bortolotto A. Prevalence of signs and symptoms, associated sociodemographic factors and resulting actions in an urban center in southern Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2006;20(1):22-8.
75. Morato GS, Takahashi RN, Nogueira TC, Feingold SF. Avaliação da automedicação em amostra da população de Florianópolis. *Arq Catarin Med*. 1984;13:107-9.
76. Nascimento AC. Medication advertising in Brazil. Can it be regulated? *Cien Saude Colet*. 2009;14(3):869-77.
77. Paniz VM, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E, et al. Access to continuous-use medication among adults and the elderly in South and Northeast Brazil. *Cad Saude Publica*. 2008;24(2):267-80.
78. Rodrigues MA, Facchini LA, Lima MS. Modifications in psychotropic drug use patterns in a Southern Brazilian city. *Rev Saude Publica*. 2006;40(1):107-14.
79. Santos EO, Loureiro EC, Jesus IM, Brabo E, Silva RS, Soares MC, et al. Diagnosis of Health Conditions in a Pan-Mining Community in the Tapajós River Basin, Itaituba, Pará, Brazil, 1992. *Cad Saude Publica*. 1995;11(2):212-25.
80. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Self-medication in low-income adults in Southeastern Brazil. *Rev Saude Publica*. 2010;44:1039-45.
81. Silva MVS, Mendes IJM. Consumo de medicamentos e hábitos de saúde em amostra populacional de Ribeirão Preto (sn-4). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 1998. 120 p.
82. Silva RA, Marques FD, Goes PSA. Fatores associados à automedicação em dor de dente: análise a partir dos profissionais dos estabelecimentos farmacêuticos da cidade do Recife, PE. *Cienc Saude Colet*. 2008;13(Suppl.0):697-701.
83. Silvério MS. Perfil farmacoepidemiológico de município de médio porte da zona da mata mineira: estudo de utilização de medicamentos. 2010.
84. Souza LD, Maragalhoni T C, Quincoses MT, Jansen K, Cruzeiro AL, Ores L, et al. Psychological well-being of young people 18 to 24 years of age and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2012;28(6):1167-74.

85. Souza TT, Silva WB, Quintans JSS, Onofre ASC, Onofre FBM, Quintans-Júnior LJ. Drug utilization research in a primary mental health service in Northeast of Brazil. *Rev Port Saude Publica*. 2012;30(1):55-61.
86. Tatsch IC, Nascimento JH, Lucchese FS, Lucchese GB, Chagas AM. Automedicação: avaliação entre zona periférica e central em Santa Maria. *Rev. Saude (St. Maria)*. 1987;13:49-54.
87. Veiga Junior VF. Estudo do consumo de plantas medicinais na Região Centro-Norte do Estado do Rio de Janeiro: aceitação pelos profissionais de saúde e modo de uso pela população. *Rev. Bras. Farmacogn.* 2008;18:308-13.
88. Vieira-Andrade RG, Zuquim Guimaraes FF, Vieira CS, Freire ST, Ramos-Jorge ML, Fernandes AM. Oral mucosa alterations in a socioeconomically deprived region: prevalence and associated factors. *Braz Oral Res*. 2011;25(5):393-400.
89. Vitor RS, Lopes CP, Menezes HS, Kerkhoff CE. Pattern of drug consumption without medical prescription in the city of Porto Alegre, RS. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Supl.0):737-43.
90. Vosgerau MZ, Souza RK, Soares DA. Utilization of generics in an area covered by a family health unit in a southern Brazilian city. *Rev Bras Epidemiol*. 2011;14(2):253-63.
91. Waller P. Pharmacoepidemiology - a tool for public health. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2001;10(2):165-72.
92. Wen Y, Lieber E, Wan D, Hong Y. A qualitative study about self-medication in the community among market vendors in Fuzhou, China. *Health Soc Care Community*. 2011;19(5):504-13.
93. Wazaify M, Kennedy S, Hughes C, McElnay J. Prevalence of over-the-counter drug-related overdoses at Accident and Emergency departments in Northern Ireland – a retrospective evaluation. *J Clin Pharm Ther*. 2005;30(1):39–44.
94. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Sexo. Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
95. Bertoldi AD, Barros AJ, Wagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. A descriptive review of the methodologies used in household surveys on medicine utilization. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:222.

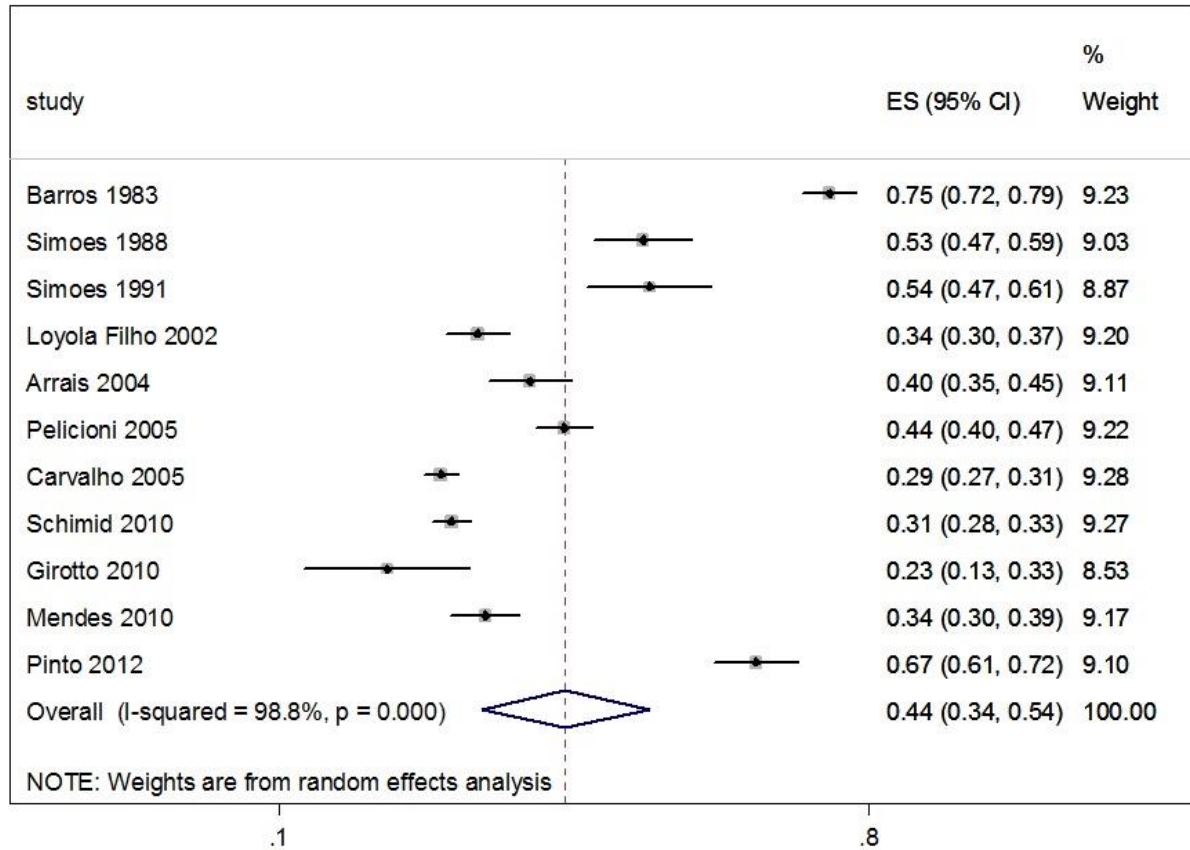
96. Galvao TF, Silva MT, Gross R, Pereira MG. Medication use in adults living in Brasilia, Brazil: a cross-sectional, population-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 2014;23(5):507-14.
97. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Geociências. Rio de Janeiro; 2012 [cited 2014 July 11]. Available from: <http://www.ibge.gov.br/home/download/geociencias.shtm>.
98. Brasil. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010: características da população e dos domicílios. Rio de Janeiro; 2011. p. 270.
99. World Health Organization. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Norwegian Institute of Public Health. Anatomical Therapeutic Chemical classification system. Oslo: World Health Organization; 2011 [cited 2014 09 Jun]. Available from: http://www.whocc.no/atc/structure_and_principles/.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Bulário eletrônico. [cited 2014 June 11]. Available from: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp.
101. Rosa AM, Ignotti E, Botelho C, Castro HA, Hacon SS. Respiratory disease and climatic seasonality in children under 15 years old in a town in the Brazilian Amazon. *J Pediatr.* 2008;84(6):543-9.
102. Valença LM, Restivo PCN, NUNES MS. Variação sazonal nos atendimentos de emergência por asma em Gama, Distrito Federal. *J Bras Pneumol.* 2006;32(4):284-9.
103. Madruga CMD, Souza ESM. Manual de orientações básicas para prescrição médica.
104. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Gerência de Assistência Terapêutica. Orientações sobre a validade das receitas médicas - SMSA-BH – 2011. [cited 2014 July 10]. Available from: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh>.
105. Pereira MG. Artigos Científicos: como redigir, publicar e avaliar. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013.
106. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 344, de 12 de maio de 1998. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial[Internet]. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 1998 dez. 31 [cited 2014 July 07].

107. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 44, de 26 de Outubro de 2010. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 2010 out 26. [cited 2014 July 11].
108. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 971, de 15 de maio de 2012. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil [Internet]. Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília, DF, 2012 Mai 15 [cited 2014 June 11].
109. Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977. Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências [Internet]. Diário Oficial da União. Poder Legislativo, Brasília, DF, 1977 Ago 20 [cited 2014 July 11].
110. Angonesi D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Cien Saude Colet*. 2008;13(Suppl):629-40.
111. Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 328, de 22 de julho de 1999. Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias [Internet]. Diário Oficial da União. Poder executivo, Brasília, DF, 1999 Jul 22. [cited 2014 July 11].
112. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Cien Saude Colet*. 2010;15(Suplp.1):1751-62.
113. Nielsen M, EHRasmussen, NK. Prescription and non-prescription medicine use in Denmark: association with socio-economic position. *Eur J Clin Pharmacol*. 2003;59(8-9):677–84
114. Martins AP, Miranda AC, Mendes Z, Soares MA, Ferreira P, Nogueira A. Self-medication in a Portuguese urban population: a prevalence study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2002;11(5):409-14.
115. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64.

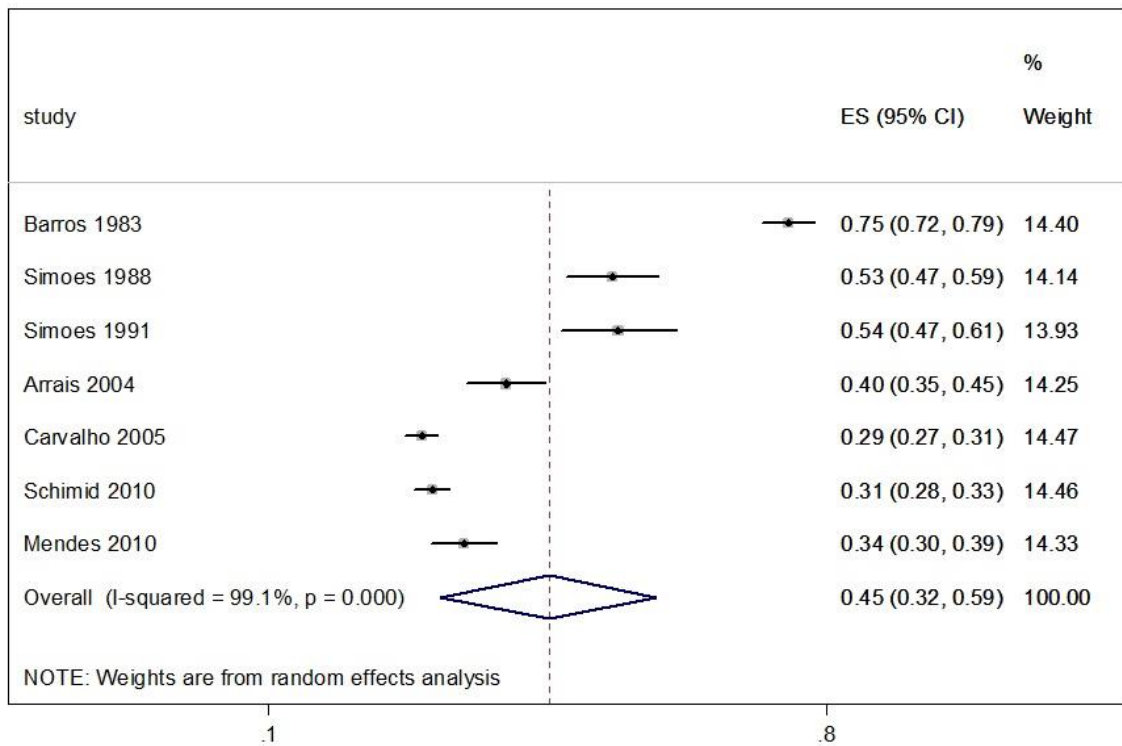
116. Lima-Costa MF, Firmo JOA, Uchôa E. The Bambuí Cohort Study of Aging: methodology and health profile of participants at baseline. *Cad Saude Publica*. 2011;27(Suppl.3):S327-S35.

APÊNDICES

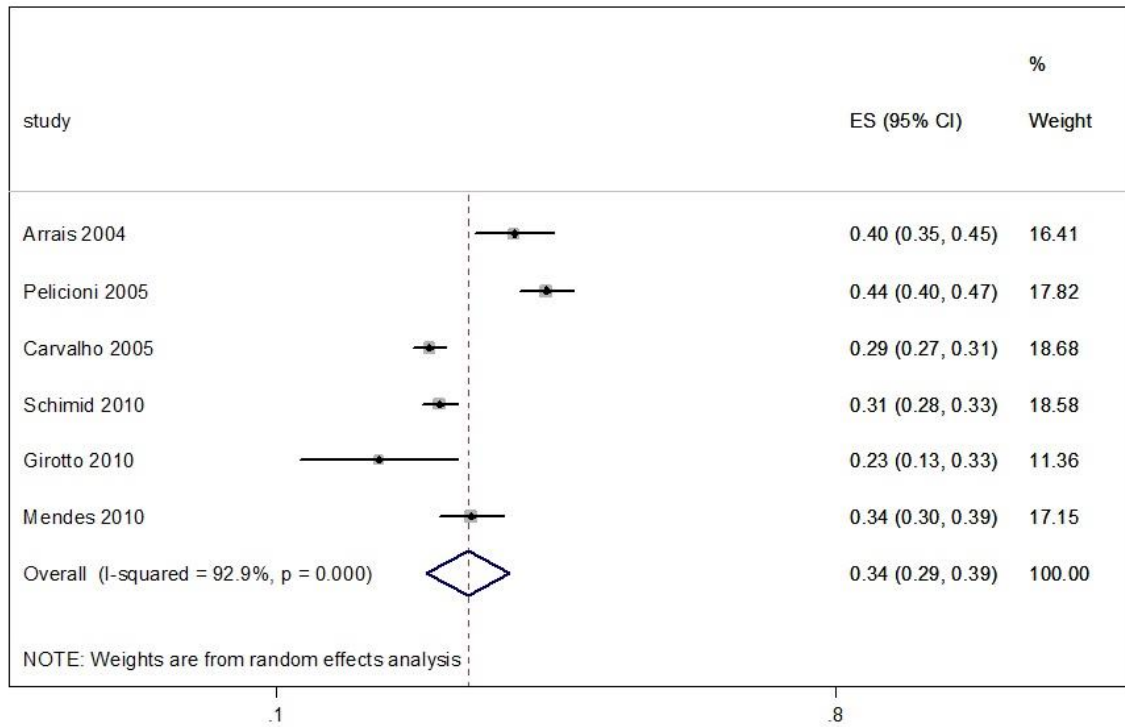
APÊNDICE A – META-ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NOS ADULTOS



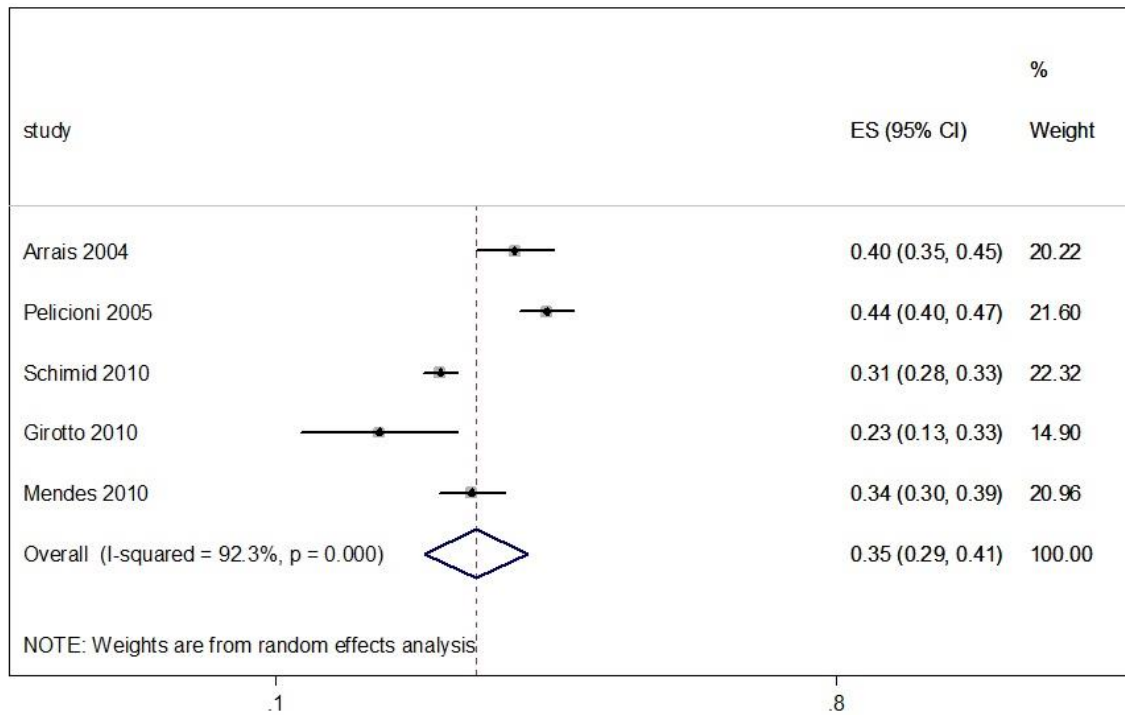
APÊNDICE B – META-ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NOS ESTUDOS COM PERÍODO RECORDATÓRIO DE 15 DIAS



APÊNDICE C – META-ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NOS ESTUDOS REALIZADOS APÓS O ANO 2000



APÊNDICE D – META-ANÁLISE DA PREVALÊNCIA DA AUTOMEDICAÇÃO NOS ESTUDOS COM ALTA QUALIDADE METODOLÓGICA



APÊNDICE E – QUESTIONÁRIO SEMIESTRUTURADO APLICADO NOS ADULTOS DO DISTRITO FEDERAL



Pesquisa - Consumo de medicamentos pela população adulta do Distrito Federal

Crítica	Checagem	Codificação	Obs	Número Questionário
DATA da COLETA: ____/____/2012. Entrevistador(a): _____				
<p>A Opinião é uma empresa de pesquisa de Brasília. Nessa ocasião nós estamos realizando uma pesquisa que tem por objetivo descrever os padrões de consumo de medicamentos da população adulta (entre 18 e 65 anos) residente no Distrito Federal. Esta pesquisa é confidencial e as informações passadas serão tratadas apenas sob a forma de estimativas, ou seja, números em relação à população. Sua participação será muito importante para o nosso trabalho. Você contribuirá com informações que serão importantes para orientar as políticas de cobertura e de acesso a medicamentos no País. Ressaltamos que em nenhum momento sua identidade será revelada, respeitando o código de ética que rege o exercício da atividade de pesquisa.</p>				
PERFIL PESSOAL				
Primeiramente, informe algumas questões relativas ao seu perfil.				
PP01. Sexo: 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino		PP02. DATA DE NASCIMENTO ____ / ____ / ____		
PP03. ESTADO CIVIL: 1 <input type="checkbox"/> Solteiro (a) 2 <input type="checkbox"/> Casado (a) 3 <input type="checkbox"/> Separado/divorciado (a) 4 <input type="checkbox"/> Viúvo (a) 5 <input type="checkbox"/> União consensual				
PP04. RESIDE COM QUANTAS PESSOAS? (contando com a pessoa entrevistada) _____.				
PP05. ESCOLARIDADE (última série de estudo)		1 <input type="checkbox"/> Analfabeto	5 <input type="checkbox"/> 2º grau completo	
		2 <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto	6 <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto	
		3 <input type="checkbox"/> 1º grau completo	7 <input type="checkbox"/> 3º grau completo	
		4 <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto	8 <input type="checkbox"/> Pós-graduação	
PP06. SITUAÇÃO DE TRABALHO		1 <input type="checkbox"/> Servidor ou carteira assinada	4 <input type="checkbox"/> Trabalho doméstico	
		2 <input type="checkbox"/> Trabalho informal (bico)	5 <input type="checkbox"/> Aposentado	
		3 <input type="checkbox"/> Desempregado	6 <input type="checkbox"/> Não trabalha / estudante	
SITUAÇÃO DE SAÚDE				
Agora informe sobre alguns aspectos da sua atual situação de saúde.				
SS01. Possui diabetes ou alta quantidade de açúcar no sangue?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS02. Possui pressão alta?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS03. Possui depressão ou problema de nervos?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS04. Possui problema de coração?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS05. Possui asma, bronquite ou outro problema respiratório?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não sei		
SS06. Possui alguma doença que não as anteriores? Quais?				
SS07. Tem acesso a algum plano privado de saúde?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não		
SS08. Consultou-se com médico(a) nos últimos 3 meses?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro		
SS09. Esteve internado em um hospital nos últimos 12 meses?		1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não lembro		
SS10. Mobilidade		1 <input type="checkbox"/> Não tenho problemas para andar 2 <input type="checkbox"/> Tenho alguns problemas para andar 3 <input type="checkbox"/> Estou confinado a uma cama		
SS11. Cuidado próprio		1 <input type="checkbox"/> Não tenho problemas com cuidado próprio 2 <input type="checkbox"/> Tenho problemas para me lavar ou me vestir 3 <input type="checkbox"/> Não consigo me lavar ou me vestir		
SS12. Atividades cotidianas (trabalho, estudo, tarefas domésticas, atividades familiares ou lazer)		1 <input type="checkbox"/> Não tenho problemas para realizar minhas atividades habituais 2 <input type="checkbox"/> Tenho alguns problemas para realizar minhas atividades habituais 3 <input type="checkbox"/> Não consigo realizar minhas atividades habituais		
SS13. Dor ou desconforto		1 <input type="checkbox"/> Não tenho dor ou desconforto 2 <input type="checkbox"/> Tenho dor ou desconforto moderados 3 <input type="checkbox"/> Tenho dor ou desconforto extremos		
SS14. Ansiedade ou depressão		1 <input type="checkbox"/> Não estou ansioso ou deprimido 2 <input type="checkbox"/> Estou moderadamente ansioso ou deprimido 3 <input type="checkbox"/> Estou extremamente ansioso ou deprimido		
SS15. Durante o último mês você se sentiu incomodado por estar para baixo, deprimido ou sem esperança?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
SS16. Durante o último mês você se sentiu incomodado por ter pouco interesse ou prazer para fazer as coisas?			1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	
DURANTE AS ÚLTIMAS DUAS SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FOI AFETADO(A) POR QUALQUER UM DOS INCÔMODOS ABAIXO (17 a 26)?				
SS17. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma vez 2 <input type="checkbox"/> Vários dias 3 <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias 4 <input type="checkbox"/> Quase todos os dias		
SS18. Se sentir "para baixo", deprimido(a) ou sem perspectiva.		1 <input type="checkbox"/> Nenhuma vez 2 <input type="checkbox"/> Vários dias 3 <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias 4 <input type="checkbox"/> Quase todos os dias		



Pesquisa - Consumo de medicamentos pela população adulta do Distrito Federal

SS19. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS20. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS21. Falta de apetite ou comendo demais	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS22. Se sentir mal consigo mesmo(a) — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo(a).	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS23. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão.	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS24. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume.	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS25. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a).	<input type="checkbox"/> Nenhuma vez <input type="checkbox"/> Vários dias <input type="checkbox"/> Mais da metade dos dias <input type="checkbox"/> Quase todos os dias
SS26. Apenas se você assinalou as opções 2,3 ou 4 em algumas das questões acima (17 a 25). Por favor, indique o grau de dificuldade que os incômodos lhe causaram:	<input type="checkbox"/> Nenhuma dificuldade <input type="checkbox"/> Alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Muita dificuldade <input type="checkbox"/> Extrema dificuldade
Agora informe sobre hábitos de consumo de medicamentos. Atenção: informe somente medicamentos ALOPÁTICOS. Não citar: HOMEOPÁTICOS, FLORAIS DE BACH, PLANTAS MEDICINAIS, ORTOMOLECULAR, FITOTERÁPICOS.	
CONSUMO DE MEDICAMENTOS	
CM01. Você está fazendo uso ou fez a utilização de alguma medicação nos últimos 7 dias? <input type="checkbox"/> Sim (responda as seguintes) <input type="checkbox"/> Não (vá para Critério Brasil - CB01) <input type="checkbox"/> Não lembro (vá para Critério Brasil - CB01)	
CM02. Você está usando ou vai usar algum medicamento hoje (dia da entrevista)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CM03. Quantos tipos de medicamentos você está usando? _____. <i>(inclusive anticoncepcionais, independente de ter embalagem/bula/blister/cartela)</i>	
CM4. Descreva abaixo as características de cada um dos medicamentos que você está usando:	
Medicamento 1	
CM4.1 - Nome do Medicamento:	CM4.2 - Neste momento, você pode mostrar ao entrevistador a caixa, a cartela ou a bula desse medicamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
	CM4.3- Qual é a concentração do medicamento? (Ex: 10mg , 10/20mg, 160/5mg)
	CM4.4 - Há quanto tempo você usa o medicamento? Indique se em dias, semanas, meses ou anos; (Ex: 1 ano, 3 dias, etc.)
	CM4.5 - Quem receitou o medicamento? <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Balconista ou farmacêutico <input type="checkbox"/> Amigos, parentes ou vizinhos <input type="checkbox"/> Conta própria <input type="checkbox"/> Não lembro <input type="checkbox"/> Outro _____
	CM4.6 -Como o você adquiriu esse medicamento? <input type="checkbox"/> Recursos Próprios <input type="checkbox"/> Farmácia popular <input type="checkbox"/> Serviço público (posto de saúde, hospital, etc.) <input type="checkbox"/> Não sei informar <input type="checkbox"/> Outro _____



Pesquisa - Consumo de medicamentos pela população adulta do Distrito Federal

Utilize o quadro abaixo para descrever as características dos demais medicamentos. No preenchimento do quadro informe o nome do medicamento e o número correspondente às opções, seguindo o mesmo padrão das respostas do medicamento 1. Veja o exemplo.

	CM4.1	CM4.2	CM4.3	CM4.4	CM4.5	CM4.6
EXEMPLO:	Diovan Amló Fix	1	160/5 mg	4 anos	1	1
Med. 2						
Med. 3						
Med. 4						
Med. 5						
Med. 6						
Med. 7						
Med. 8						
Med. 9						
Med. 10						

CRITÉRIO BRASIL DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA

CB01. Apenas para efeitos de classificação sócio-econômica, dos itens descritos abaixo, marque quantos itens que você possui em sua residência.

CB02. Qual o nível de escolaridade do Chefe da Família? Marque a opção.

Item	Quantos? (Quantidade de itens)					Escolaridade do Chefe da Família	
	Não tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4 ou +	Nível	Chefe da Família
TV em Cores						Até 3a. Série Fundamental	
DVD/Videocassete						4a. Série Fundamental	
Rádios						Fundamental Completo (1o. Grau)	
Banheiros						Médio Completo (2o. Grau)	
Automóveis						Superior Completo	
Empregados Mensalistas							
Máquinas de lavar							
Geladeira							
Freezer ou Parte Duplex							

Para poder validar o meu trabalho, você poderia fornecer um número telefônico de contato para que a minha supervisão possa, eventualmente, verificar se realmente você respondeu essa pesquisa? Isso faz parte do controle de qualidade da empresa, que verifica aleatoriamente algumas entrevistas que eu fiz, ligando para o entrevistado e confirmando se efetivamente ele respondeu a pesquisa.

NOME COMPLETO DO ENTREVISTADO: _____

TELEFONE: _____

EMAIL: _____

A OPINIÃO AGRADECE PELA SUA COLABORAÇÃO!

TENHA UM BOM DIA!/UMA BOA TARDE!/UMA BOA NOITE!

OBSERVAÇÕES:

APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PROJETO DE PESQUISA: CONSUMO DE MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NO DISTRITO FEDERAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O senhor (a) está sendo convidado a participar da pesquisa “CONSUMO DE MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO ADULTA RESIDENTE NO DISTRITO FEDERAL”. Essa pesquisa tem por objetivo descrever os padrões de consumo de medicamentos da população adulta residente no Distrito Federal. Esse conhecimento é importante para se conhecer o padrão de consumo de medicamentos na nossa região e suas relações com a percepção de saúde de cada pessoa.

Nessa pesquisa serão feitas perguntas a respeito de sua vida e características pessoais, da sua condição de saúde e sobre consumo de medicamentos. São previstos 20 minutos de duração da entrevista.

As informações que serão fornecidas são confidenciais e quando divulgados os resultados do trabalho serão de forma global e anônimos. A sua privacidade será mantida. E não será necessário efetuar qualquer pagamento.

Você tem a liberdade de aceitar ou não responder às questões da entrevista e de se recusar a participar no momento em que quiser sem qualquer prejuízo para si ou sua família.

Os resultados dessa pesquisa serão publicados em revistas científicas nacionais e internacionais. Os pesquisadores do projeto, que são pertencentes à Universidade de Brasília, serão responsáveis pela guarda dos dados e material utilizados na pesquisa.

Este termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, sendo uma entregue a você, entrevistado, e a outra para o pesquisador. **Qualquer dúvida poderá ser esclarecida com os próprios pesquisadores responsáveis pela pesquisa, Taís Freire Galvão e Marcus Tolentino Silva, pelos telefones (61) 3532-9511, 3107-1894, 9335-0060 e 9229-0692; ou no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde de Universidade de Brasília, telefone (61) 3107-1947.**

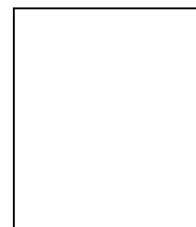
Nome completo: _____

Assinatura para autorização: _____

ou Impressão digital

Assinatura do entrevistador: _____

Brasília, ____/____/____



ANEXO – APROVAÇÃO NO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **003/12**

Título do Projeto: “Consumo de medicamentos pela população adulta residente no Distrito Federal.”

Pesquisadora Responsável: Tais Freire Galvão

Data de Entrada: 10/02/12

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **003/12** com o título: “Consumo de medicamentos pela população adulta residente no Distrito Federal.” analisado na 2ª reunião ordinária realizada no dia 21 de março de 2012.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 16 de abril de 2012.

Prof. Natan Monsores
Coordenador do CEP-FS/UnB