

**UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO
JEQUITINHONHA E MUCURI**

MARIA JESUS BARRETO CRUZ

**INQUÉRITO POPULACIONAL E ANÁLISE DA
AUTOMEDICAÇÃO INFANTIL EM MUNICÍPIOS DO VALE
DO JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS, BRASIL**

DIAMANTINA - MG

2014

MARIA JESUS BARRETO CRUZ

**INQUÉRITO POPULACIONAL E ANÁLISE DA
AUTOMEDICAÇÃO INFANTIL EM MUNICÍPIOS DO
VALE DO JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS,
BRASIL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, como pré-requisito para obtenção do grau de Mestre em Saúde Sociedade e Ambiente.

Orientador: Profa. Dra. Delba Fonseca Santos

DIAMANTINA - MG

2014

Ficha Catalográfica – Serviço de Bibliotecas/UFVJM
Bibliotecária Nathália Machado Laponez Maia – CRB6/3002

C957i
2014 Cruz, Maria Jesus Barreto.
Inquérito populacional e análise da automedicação infantil em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil / Maria Jesus Barreto Cruz. – 2014.
94 p. : il., tabs.

Orientadora: Prof^a Dr^a Delba Fonseca Santos.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente) - Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, MG, 2014.

1. Automedicação. 2. Crianças. 3. Adolescentes.
4. Medicamentos. 5. Farmacoepidemiologia. I. Santos, Delba Fonseca. II. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. III. Título.

CDD 615.1098151

Elaborada com os dados fornecidos pela autora.

**INQUÉRITO POPULACIONAL E ANÁLISE DA AUTOMEDICAÇÃO
INFANTIL EM MUNICÍPIOS DO VALE DO JEQUINHONHA, MINAS
GERAIS, BRASIL**

Maria de Jesus Barreto Cruz

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente nível de Mestrado, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

APROVADA EM 30 / 04 / 2014

Prof. Elaine Maria de Souza Fagundes- UFMG

Prof. Emerson Cotta Bodevan– UFVJM

Prof. Delba Fonseca Santos– UFVJM
Presidente

DIAMANTINA
2014

Ofereço

A Deus pela enorme generosidade em me conceder a vida e tantos dons que me fazem imensamente feliz e pela proteção em todos os momentos.

Dedico

A meus pais Ivone e João

por acreditarem em mim em todos os momentos.

A meu Marido João Matheus pelo amor, compreensão

e por estar a meu lado sempre.

E a minha irmã Lana pela torcida e incentivo

AGRADECIMENTO

A Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri (UFVJM) pela oportunidade e incentivo, fundamentais para que eu pudesse continuar estudando.

A Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) por ter financiado o projeto.

A Profa. Dra. Delba Fonseca Santos, pela orientação, por todos os ensinamentos, por acreditar em mim mais que eu mesma, por me encorajar nos momentos de dificuldade e por ter desempenhado em minha vida a verdadeira missão de um professor, me proporcionando meios para ser uma pessoa melhor tanto em termos profissionais

como pessoais, por tudo isso se tornando uma grande amiga.

Aos acadêmicos Alex, Lays e Guilherme pela ajuda na coleta de dados.

A todos os participantes da pesquisa pelas informações concedidas.

A minhas colegas Roberta, Natália Tenuta e Anna Luiza pela amizade verdadeira e pela presença em todos os momentos.

A todos os professores do Programa de Mestrado em Saúde Sociedade e Ambiente em especial a Profa Dra. Rosana pelo apoio e motivação.

A Equipe Saúde da Família Vida Nova de Senador Mourão e toda população pelos anos de trabalho e experiência que me tornaram uma profissional de qualidade.

Aos colegas, amigos e alunos da Escola Estadual Artur Tibães, por todos os momentos vividos juntos e experiência em lecionar.

As queridas amigas Telma, Palmira e Edvânia pelo companheirismo, amizade e presença constante.

A toda minha família em especial minha sogra Zinha pela torcida, carinho e orações.

RESUMO

Este trabalho teve como objetivo determinar a prevalência da automedicação em crianças e adolescentes em 20 municípios situados no Vale do Jequitinhonha, em relação à indicadores sociodemográficos, da utilização de serviços de saúde, identificando as principais formas de descarte de sobras e de medicamentos vencidos e a utilização de plantas medicinais pelas famílias das crianças. Realizou-se estudo descritivo, tipo inquérito populacional domiciliar de 10 de abril a 20 de julho de 2013 de uma amostra aleatória estratificada proporcional por município, constituída de 672 moradores procedentes de 137 setores censitários selecionados por meio de amostragem aleatória simples. Os critérios de inclusão foram idade menor ou igual a 14 anos, entrevista obrigatória com os responsáveis legais e ter consumido pelo menos um medicamento no últimos 15 dias anteriores a data da entrevista, incluindo a guarda de medicamentos no domicílio, a vistoria da farmácia domiciliar e ter hábito de consumo de plantas medicinais. Foram realizadas análise descritiva da variável dependente e das variáveis exploratórias e aplicados testes de associação. A prevalência de consumo de medicamentos foi de 56,57%. As situações de saúde que motivaram o consumo de medicamentos foram tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal ou broncoespasmo (49,7%); febre (5,4%); cefaléia (5,4%); diarreia, “má digestão” e cólica abdominal (6,7%). Na automedicação, 30,57% dos medicamentos foram indicados pela mãe, e 69,42% foram por prescrições médicas. Observou-se, uma maior frequência do uso de analgésicos/antipiréticos, seguido dos utilizados para afecções do aparelho respiratório, antibióticos sistêmicos, antagonistas H1 da histamina e por fim vitaminas/antianêmicos. Em relação à farmácia domiciliar foram encontrados 1237 medicamento, uma prevalência de 56,57%. Os principais cômodos de estoque foram à cozinha (49%) e, em seguida, os dormitórios (39,09%) e as salas (10,27%); 27% estavam em caixas de papelão e 27,92% do total em locais de acesso muito fácil às crianças < 6 anos. O grau de instrução ≤ 4 anos do ensino fundamental (razão de chances = 1,51) denotaram maior risco de utilização. Os analgésicos/antipiréticos, antagonista H1 da histamina, seguidos antibióticos sistêmicos e dos utilizados para afecções do aparelho respiratório foram os mais encontrados, sendo estoque mais elevado no grupo que recebeu automedicação. Em relação ao acesso ao serviço de saúde 98,2% e 94% estavam a menos de 5 Km da Unidade Básica de Saúde e da Farmácia Básica respectivamente. Sobre o destino das sobras de medicamentos após o término do tratamento, 26,3% afirmaram descartar no ambiente; 46,7% armazenaram em casa para uma posterior utilização. Sobre os medicamentos vencidos, 88,5% afirmaram descartar no ambiente e 88,8% disseram nunca ter recebido

informações quanto à forma correta de descarte. Em relação à utilização de plantas medicinais 73,51% relataram utilizar, destes 90,9% consumiam frescas, 48% preparavam na forma de decocção e 77% referiram que o aprendizado de como preparar e utilizar as plantas medicinais foi oriunda de ensinamentos dos pais. Pode-se observar consumo elevado de medicamentos na população infantil, sendo comum o hábito de estocar medicamentos e utilizar plantas medicinais.

Palavras Chaves: Automedicação, Crianças, Adolescentes, Medicamentos, Farmacoepidemiologia.

ABSTRACT

This study aimed to determine the prevalence of self-medication in children and adolescents in 20 municipalities in the Vale Jequitinhonha in relation to sociodemographic indicators, use of health services, identifying key ways to dispose of leftover and expired medications and use medicinal plants by families of children. We conducted a descriptive study, population-based survey of 10 April to 20 July 2013 of a stratified proportional random sample by municipality, consists of 672 inhabitants from 137 census tracts selected by simple random sampling. Inclusion criteria were less than or equal to 14 years old, mandatory interview with the legal and responsible consumption of at least one drug in the 15 days preceding the date of the interview, including the keeping of medicines in the household, the household survey of pharmacy and have habit of consumption of medicinal plants. Descriptive analysis of the dependent variable and the exploratory and association tests were conducted variables. The prevalence of drug consumption was 56.57%. The health situation that motivated the use of medicines were cough, common cold, flu, nasal congestion or bronchospasm (49.7%), fever (5.4%), headache (5.4%), diarrhea, "maldigestion" and abdominal pain (6.7%). In self-medication, 30.57% of the drugs were given by the mother, and 69.42% were for medical prescriptions. We observed a higher frequency of use of analgesics / antipyretics, followed those used for diseases of the respiratory tract, systemic antibiotics, histamine H1 antagonists and finally vitamins / antianemics. In relation to home pharmacy medicine in 1237 found a prevalence of 56.57%. The main room of the kitchen were stock (49%) and then the dorms (39.09%) and rooms (10.27%), 27% were in cardboard boxes and 27.92% of the total in local access very easy for children <6 years. The Education ≤ 4 years of elementary school (odds ratio = 1.51) indicated greater risk of use. Analgesics / antipyretics, histamine H1 antagonist, systemic antibiotics followed and used for diseases of the respiratory system were the most frequent, with stock higher in the group that received self-medication. In relation to access to health services 98.2% and 94% were less than 5 km from the Basic Health Unit and the Basic Pharmaceutics respectively. About the fate of leftover medicine after the end of treatment, 26.3% reported discarding the environment, 46.7% stored at home for later use. About expired medications, 88.5% reported discarding the environment and 88.8% said they never received information about the correct way of disposal. Regarding the use of medicinal plants reported using 73.51%, 90.9% of these consumed fresh, 48% prepared in the form of decoction and 77% reported that learning how to prepare and use medicinal plants were from the teachings of parents. Can observe high

consumption of medicines in children, and the common habit of storing and using herbal medicines.

Keys words: Self-medication, Children, Teens, Drugs, Pharmacoepidemiology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1-	Mapa da localização dos municípios do estudo.....	33
Figura 2-	Representação gráfica dos grupos de crianças e adolescentes que consumiram medicamento nos últimos 15 dias prévios a entrevista domiciliar, de acordo com a idade.....	38
Figura 3-	Representação gráfica do número de medicamentos estocados por domicílio, de acordo com os grupos de crianças e adolescentes que receberam medicamentos por automedicação (N=99) e por prescrição médica (N=218) nos 15 dias prévios à visita e entrevista domiciliar.....	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-	Distribuição das variáveis sociodemográficas- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	39
Tabela 2-	Distribuição de variáveis sociodemográficas em relação ao de consumo e não consumo de medicamentos nos 15 dias prévios à entrevista domiciliar - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	40
Tabela 3-	Distribuição das variáveis sociodemográficas e de acesso a serviço de saúde, considerando o uso do medicamento, por automedicação e prescrição nos últimos 15 dias prévios à entrevista domiciliar- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	41
Tabela 4-	Principais medicamentos encontrados nas farmácias domiciliares de acordo com os grupos e subgrupos da classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC/OMS) e os padrões de uso nos 15 dias prévios à entrevista domiciliar- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	42
Tabela 5-	Distribuição das variáveis exploratórias (principal cômodo de estoque de medicamentos, das profissões ligadas à Área da Saúde e do grau de instrução dos pais) em relação ao padrão de consumo (automedicação e prescrição médica nos 15 dias prévios à entrevista e vistoria da farmácia domiciliar)- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013...	44
Tabela 6-	Associação entre a farmácia domiciliar e o uso de medicamento nos 15 dias prévios à entrevista domiciliar, estimada por regressão logística múltipla- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	45
Tabela 7-	Acesso ao serviço de saúde e atendimento médico nos últimos 12 meses- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	45
Tabela 8-	Classificação por grupo terapêutico dos medicamentos utilizados pelas crianças no último ano- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	46
Tabela 9-	Destino das sobras e de medicamentos vencidos e existência de informação - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.	47

Tabela 10-	Análise das variáveis sociodemográficas em relação ao padrão de consumo de plantas medicinais- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	47
Tabela 11-	Padrão de consumo de plantas medicinais - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	48
Tabela 12-	Plantas medicinais mais utilizadas pelos entrevistados e indicação científica ou etnobotânica de uso- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.....	49

LISTA DE ABREVIATURAS

ABA	Associação Brasileira de Anunciantes
ABIPEME	Associação Brasileira de Pesquisas de Mercado
ALSPAG	Avon Longitudinal Study of Parents and Children
ATC	Anatômico Terapêutica Química
CDC	Centers of Diseases Control
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CISAJE	Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DURG	Drug Utilization Research Group
EPhMRA	European Pharmaceutical Market Research Group
EUM	Estudo de Utilização de Medicamentos
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa do estado de Minas Gerais
FCBS	Faculdade de Ciências Biológicas e da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC	Intervalo de Confiança
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LMEC	Lista de Medicamentos Essenciais para Criança
LOS	Lei Orgânica da Saúde
N	Número da Amostra
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OTC	Over-the-counter
PNAF	Programa Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Programa Nacional de Medicamento
RAM	Reação Adversa a Medicamento
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
URM	Uso Racional de Medicamentos
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

	RESUMO	iii
	ABSTRACT	iv
	LISTA DE FIGURAS	v
	LISTA DE TABELA	vi
	LISTA DE ABREVIATURAS	vii
1	INTRODUÇÃO	14
2	OBJETIVOS	16
3	REVISÃO DE LITERATURA	17
3.1	Farmacoepidemiologia.....	17
3.2	Estudos de Utilização de Medicamentos.....	18
3.3	Inquéritos em Saúde.....	20
3.4	Fatores Determinantes da Utilização de Medicamento.....	21
3.5	Uso de Medicamentos em Crianças.....	23
3.6	Uso de Medicamentos não autorizados (<i>Off Label</i>) em Crianças.....	24
3.7	Uso Racional de Medicamentos (URM) em Pediatria.....	25
3.7.1	Automedicação e Medicamentos de Venda Livre (OTC) em Crianças.....	25
3.7.2	A Importância da Bula como Instrumento de Informação sobre Medicamentos Pediátricos.....	28
3.7.3	Descarte de Medicamentos como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos.....	29
3.7.4	Cuidadores e a Medicação Infantil.....	30
3.8	Práticas Integrativas e Complementares: A Utilização de Plantas Medicinais	31
4	MATERIAL E MÉTODOS	33
4.1	Local do estudo.....	33
4.2	População.....	34
4.3	Cálculo do tamanho da amostra e planejamento amostral.....	34
4.4	Instrumento e coleta de dados.....	35
4.5	Organizações do trabalho de campo.....	36
4.6	Coleta de dados.....	36
4.7	Análise dos dados.....	36
4.8	Questões éticas.....	37

		13
5	RESULTADOS.....	38
6	DISCUSSÃO.....	51
7	CONCLUSÃO.....	63
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64
	ANEXOS.....	76
	Anexo1-Instrumento de coleta de dados	76
	Anexo 2 - Roteiro de percurso de entrevistas.....	80
	Anexo 3- Exemplo de setor censitário (IBGE, 2010)	81
	Anexo 4-Parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de ética em pesquisa da UFVJM.....	82
	Anexo 5- Termo de consentimento livre e esclarecido	85
	Anexo 6-Comprovante de submissão 1.....	86
	Anexo 7-Comprovante de submissão 2.....	87
	Anexo 8- Comprovante de submissão 3.....	88
	Anexo 9- Trabalho de conclusão de curso 1.....	89
	Anexo 10- Trabalho de conclusão de curso 2.....	90
	Anexo 11- Certificado do CIFARP 2013.....	91
	Anexo 12- Certificados Sintegra 2013.....	92
	Anexo 13- Certificados Coiffa.....	93

1 INTRODUÇÃO

Os principais usuários dos serviços de saúde nos países em desenvolvimento são as crianças, consideradas um grupo prioritário de intervenções governamentais. Os padrões de morbimortalidade deste grupo são referências para avaliar as condições de vida da população (SANTOS; BARRETO; COELHO, 2009) e o consumo de medicamentos, é um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde, contribuindo para a efetividade do serviço ou do tratamento (LAPORTE; PORTA; CAPELLA, 1983).

Alguns autores recomendam atenção especial aos medicamentos utilizados em crianças diante das incertezas quanto à eficácia e segurança, devido à escassez de ensaios clínicos por motivos éticos, legais e econômicos, limitando o conhecimento sobre os efeitos do medicamento no organismo (STRAAND; ROKSTAD; HEGGEDAL, 1998). No caso das crianças a prática do uso de medicamento é baseada principalmente em extrapolações e adaptações do uso em adulto, das informações obtidas de raros estudos observacionais e consenso de especialistas (STEPHENSON, 2006). Por serem escassos em países em desenvolvimento os estudos de base populacional são necessários para avaliar o uso de medicamentos em crianças (BÉRIA et al., 1993; PEREIRA et al., 2007).

Estudos nos EUA mostram que 56% das crianças utilizaram medicamento uma semana antes da entrevista (VERNACCHIO et al., 2009). E, no Brasil, há um considerável uso na população com idade inferior a dois anos, mostrando os problemas terapêuticos, identificando as necessidades de intervenções específicas junto a população e aos profissionais, bem como de pesquisas clínicas (MORAES et al., 2013).

Neste sentido, é importante a realização do uso racional de medicamentos, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), este ocorre quando os pacientes recebem medicação adequada para suas condições clínicas, em doses correspondentes às necessidades individuais, e com o menor possível custo para o paciente e a sociedade. Um dos problemas da sociedade é o uso não racional de medicamentos. Mais de 50,0 % dos prescritos, dispensado

Sendo assim, a Lei Orgânica da Saúde (LOS) determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleça as ações de assistência farmacêutica para o acesso aos medicamentos (BRASIL, 1990). Destaca-se que a política nacional de medicamentos (PNM), de 1998, garante o acesso aos medicamentos essenciais (BRASIL, 2004). Duas prioridades da PNM são a adoção da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) e uso racional, reafirmada pela política nacional de assistência farmacêutica (PNAF) (BRASIL, 2004).

Embora a disponibilidade à população mundial ainda seja insatisfatória, apenas um terço não têm acesso regular a esses medicamentos (WHO, 2005). Na região sudeste do Brasil, a disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público é baixa, e as farmácias privadas são a principal fonte (GUERRA et al., 2004).

Apesar de serem utilizados para a prevenção e tratamento de doenças, a frequência de uso, a facilidade de aquisição e a publicidade, contribuem e incentivam à farmácia domiciliar (TOURINHO et al., 2008). Armazenar medicamentos pode representar desperdício, automedicação, aumento de risco de exposições tóxicas não intencionais (principalmente em crianças) e intencionais com agravos a saúde (SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005). Diante dessas considerações, são escassos os estudos com objetivo de avaliar as farmácias domiciliares (ZARGARZADEH; TAVAKOLI; HASSANZADEH, 2005).

Assim, torna-se necessária uma gestão do cuidado, para uso racional de medicamentos na atenção primária. Neste contexto, enfermeiro está habilitado para realizar medidas de atenção relacionadas à saúde da criança em relação à utilização de medicamentos. A abordagem do enfermeiro esta baseada na prática do cuidado, se inicia desde a concepção e compreende condutas durante todo o ciclo de vida do usuário, a fim de garantir um crescimento e desenvolvimento adequados (MONTEIRO; CAETANO; ARAUJO, 2010).

2 OBJETIVO

Objetivo Geral

Analisar a automedicação infantil em 20 municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais.

Objetivos Específicos

- Conhecer dados do acesso e uso racional de medicamentos frente a um episódio agudo de doença por crianças;
- Identificar a prevalência e o padrão de uso de automedicação;
- Determinar os principais grupos e tipos de medicamentos empregados e as variáveis que possam ter determinado esse uso;
- Examinar as características sócio-demográficas, indicadores da condição de saúde e do uso de serviços de saúde associados ao uso de medicamentos prescritos e não prescritos nessa população;
- Identificar as principais formas de descarte de sobras e de medicamentos vencidos;
- Investigar a utilização de plantas medicinais pelas famílias das crianças.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Farmacoepidemiologia

Nos últimos anos, aumentou a consciência da lacuna de conhecimento sobre a segurança e eficácia de medicamentos utilizados em crianças (HOPPU; ANABWANI; GARCIA-BOURNISSEN, 2012). Essa incerteza quanto à eficácia e segurança dos medicamentos utilizados em crianças deve-se, em parte, à escassez de ensaios clínicos envolvendo estas, por motivos éticos, legais e econômicos (CLAVENNA; BONATI, 2009; STRAAND; ROKSTAD; HEGGEDAL, 1998). Como consequência é baseado principalmente em extrapolações e adaptações do uso em adultos. Desta forma, muitos medicamentos são prescritos e dispensados às crianças, mesmo quando o uso não está aprovado pela agência sanitária (SANTOS; BARRETO; COELHO, 2009; DU; KNOFF, 2009).

No entanto, a farmacovigilância e farmacoepidemiologia pediátrica estão ainda em desenvolvimento. Os sistemas de farmacovigilância foram estabelecidos em todo o mundo nos anos 60 (WHO, 2002), a mais de 50 anos. Após o desastre da talidomida a utilização segura dos medicamentos em crianças tem recebido relativamente pouca atenção em relação à regulamentação da segurança (MCBRIDE, 1961).

A farmacovigilância foi definida pela Organização Mundial da Saúde (2002) como a ciência e as atividades relativas à detecção, avaliação, compreensão e prevenção de efeitos adversos ou quaisquer outras relacionadas ao medicamento, e Strom (2006) define a farmacoepidemiologia como o “estudo do uso e dos efeitos dos medicamentos em um grande número de pessoas”. Para o autor, trata-se de um campo de conhecimento que faz uma ponte entre a Farmacologia Clínica e a Epidemiologia, utilizando a metodologia adequada.

A definição mais recente, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 2003), aponta a farmacoepidemiologia como “o estudo do uso, dos efeitos e efeitos colaterais de medicamentos em grande número de pessoas com o propósito de propiciar o uso racional e custo-efetivo do uso de medicamentos na população, e melhorar os desfechos de saúde”.

Estudos farmacoepidemiológicos passam a ser estratégicos nas tomadas de decisão dos governantes, já que o Estado tem a responsabilidade de garantir que apenas medicamentos com segurança, eficácia e qualidade sejam comercializados e utilizados pela população.

3.2. Estudos de Utilização de Medicamentos

Os Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) formam uma área da farmacoepidemiologia que estuda o “marketing, a distribuição, a prescrição e o uso de medicamentos em uma sociedade, com especial ênfase nas consequências sanitárias, sociais e econômicas decorrentes da utilização de fármacos”. Tem como objetivo melhorar a utilização dos medicamentos, por meio da caracterização dos padrões de consumo e pela identificação e análise de fatores que possam condicionar a sua utilização inapropriada (CASTRO et al., 2000; TOGNONI; LAPORTE, 1989).

O estudo desses fatores é o primeiro passo para definir políticas para o uso racional de medicamentos e para promover melhor compreensão do papel dos medicamentos como ferramenta terapêutica no contexto da saúde pública.

Para Castro (2000), os EUM representam apoios decisivos na elaboração de políticas governamentais na área de saúde e compreendem diferentes temas de investigação relativa ao uso de medicamentos, tais como:

- Como se desenvolve a terapêutica nas várias esferas da assistência, como se efetiva a demanda, quais são as possibilidades do uso incorreto de medicamentos e cumprimento de regimes terapêuticos;
- Como é feita a seleção, a programação e a distribuição dos medicamentos e quais fatores influem na sua utilização;
- Como se desenvolve o processo de prescrição;
- Estimativas de efetividade, segurança, razão de risco/benefício de dado medicamento e a prevalência de efeitos adversos (área limítrofe com a Farmacovigilância);
- Análise de preços e custos;
- Desenvolvimento e efetivação de programas educacionais e informativos para promover o uso racional dos medicamentos;
- Levantamento e avaliação das políticas governamentais e institucionais relativas aos medicamentos.

Os EUM utilizam principalmente instrumental da epidemiologia descritiva e podem ser quantitativos ou qualitativos. Os estudos quantitativos são aqueles cujo objetivo é quantificar o consumo de medicamentos de uma região, permitindo a comparação com outras localidades ou em diferentes períodos. Os resultados podem ser utilizados para estimar o uso

de medicamentos por idade, sexo, classe social, morbidade e outras características e para identificar área, onde ocorre abuso e subutilização (STORPIRTIS, 2008).

Nesse sentido, houve a necessidade de se dispor de um sistema internacional único de classificação dos medicamentos que se tornou evidente desde os primeiros EUM. O estabelecimento de um sistema de classificação aceito internacionalmente é essencial para comparações do padrão nacional e internacional de consumo, na análise das mudanças do consumo ao longo do tempo e na farmacovigilância (ROZENFELD, 1989).

Em relação a esta classificação, na década de 70 foi criado o sistema “Anatomical-Therapeutic-Chemical (ATC)” de classificação de fármacos, baseado em um sistema já em uso pela European Pharmaceutical Market Research Group (EPHRA) e que foi adotado pelo Drug Utilization Research Group (DURG) da OMS para ser utilizado em EUM (MARIN et al., 2003). O Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, da OMS, é o órgão responsável por comunicar as alterações e atualizações da versão oficial do índice de ATC.

Adotar a ATC significa estabelecer quinze grupos anatômicos principais listados: trato alimentar e metabolismo; sangue e órgão hematopoético; sistema cardiovascular; dermatológico; sistema geniturinário e hormônios sistêmicos (excluindo os sexuais); antiinfeciosos gerais para uso sistêmico; agentes antineoplásicos e imunomoduladores; sistema músculo-esquelético; sistema nervoso central; antiparasitários; sistema respiratório; órgãos dos sentidos e outros sistemas. Há dois níveis seguintes a este primeiro, relacionados à ação terapêutica e ao nome genérico do fármaco (WHO, 2000).

No Brasil, segundo Rozenfeld (1989), os primeiros EUM ocorreram no final da década de 1970 e início da década de 1980. Estes estudos determinaram que o padrão de consumo de medicamentos da população brasileira era caracterizado por elevados níveis de drogas sintomáticas e pela automedicação, e que esse era induzido pelas estratégias de marketing da indústria farmacêutica (ARRAIS, 2009).

Em um estudo realizado por Arrais (2009) aponta que nas décadas de 1980 e 1990 esse perfil não se modificou, ao contrário, devido ao aumento no mercado de produtos sem comprovação de eficácia e segurança houve maior exposição a riscos a saúde da população como apontam vários trabalhos da época (ARRAIS et al. 1997; BARROS, 1983; SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988; SIMÕES, 1990; VILARINO et al. 1998). Nesses estudos, foi observada a prevalência da automedicação (considerando uso de medicamentos sem prescrição) em alguns municípios brasileiros: Ribeirão Preto/SP 69,2% (BARROS, 1983); 42% Araraquara/SP (SIMÕES; FARACHE FILHO, 1988), Humaitá/AM 51,2% (SIMÕES, 1990) e Santa Maria/RS 76,1% (VILARINO et al., 1998).

No contexto internacional, os EUM em criança, como o Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC), realizado na Inglaterra, relata que aproximadamente $\frac{3}{4}$ das crianças desta coorte foram expostas a muitas formas de medicamentos antes do 8º mês de idade. O uso de paracetamol foi relatado para 94,7% das crianças com 4,5 anos e o uso de antibióticos sistêmicos, a amoxicilina. Alguns medicamentos foram usados em crianças mais jovens do que a idade para a qual eles foram licenciados, por exemplo, o uso de descongestionantes e inalantes para crianças com menos de 3 meses de idade foram utilizados em mais de 6% da coorte(HEADLEY; NORTHSTONE, 2007).

Em estudo desenvolvido na Alemanha, 50,8% das crianças e adolescentes utilizaram pelo menos um medicamento nos últimos 7 dias, sendo encontrada uma maior prevalência (74,9%) na faixa etária de 0 a 2 anos. Já em crianças oriundas de famílias com baixo status socioeconômico foi menos frequente o uso de medicamentos. Verificou-se uma maior frequência dos medicamentos para o tratamento de doenças do Sistema Respiratório (código ATC R: 16,8%), seguido pelo Trato Alimentar e Metabolismo (código ATC A: (6,0%) e Dermatológicos (código ATC D: 9,7%). A maior parte foi prescrita por médico (58%), um quarto (25%) comprado sem receita médica e 14% vieram de outras fontes (KNOPF, 2007).

Em estudo desenvolvido em uma coorte de nascimento de 1993 da cidade de Pelotas-RS, entre os grupos terapêuticos mais consumidos no primeiro trimestre de vida, temos no primeiro mês os dermatológicos (33,5%), seguidos dos digestivos (30,6%) e daqueles para o sistema respiratório (19,6%). Já no terceiro mês de vida destacam-se os do sistema respiratório (23,1%), seguidos dos analgésicos (22,3%) e de medicamentos para o sistema digestivo (17,2%) (WEIDERPASS et al., 1998).

3.3 Inquéritos em Saúde

Os determinantes sociais modelam o perfil saúde-doença das populações ao delimitar os padrões de condições materiais de vida, de adoção de comportamentos relacionados à saúde e de organização e atuação dos serviços de saúde. Para monitorar a situação de saúde das populações, os países buscam utilizar indicadores que necessariamente abrangem vários componentes do estado de saúde. Muitos desses indicadores só são acessíveis por meio de inquéritos de base populacional (BARROS et al., 2008).

Os inquéritos de base populacional constituem ferramentas para a eleição racional dos grupos e das demandas prioritárias, chamando atenção o fato de que os inquéritos de saúde podem evitar gastos e o desperdício do investimento público. Segundo Viacava (2002), os

inquéritos populacionais contínuos, desenvolvidos nos países industrializados desde a década de 1960, são instrumentos para a formulação e avaliação das políticas públicas.

Cesar e Tanaka (1996) destacam a importância dos inquéritos de saúde na avaliação do padrão de utilização de serviços, na caracterização das iniquidades em saúde e no planejamento de políticas públicas e avaliação de seus resultados. Esta iniciativa propiciou a discussão sobre questões metodológicas acerca desse tipo de investigação, e estimulou o desenvolvimento de projetos subsequentes (BARROS et al., 2008).

Consolida-se hoje no Brasil o reconhecimento da necessidade de realização de inquéritos periódicos para gerar informações que não são disponíveis em outras fontes de dados, e que são fundamentais para auxiliar o planejamento e avaliação das políticas de saúde. Os inquéritos populacionais de saúde constituem a estratégia apropriada e oportuna para o monitoramento do estado de saúde das populações (BARROS, 2008).

Neste contexto, o manual da OMS, “Como investigar o uso de medicamentos nas comunidades”, permite acumular experiências valiosas e avançar no conhecimento de como se utilizam medicamentos em instituições de saúde e nas comunidades. É um guia prático de métodos, que pode ser utilizado com a finalidade de investigar o uso de medicamentos pelos usuários para identificar problemas, formular intervenções e avaliar mudanças (OMS, 2004).

Em relação aos medicamentos, os estudos transversais ou seccionais, entre eles os inquéritos de saúde, são instrumentos importantes para obter informações relativas à utilização de medicamentos pelos diferentes segmentos sociais da população. Esses estudos fornecem informações sobre os medicamentos consumidos, quem os consome, como e para qual finalidade. Possibilitam, também, avaliar a frequência e o perfil da automedicação.

E por outro lado, os resultados são úteis para o planejamento das políticas de assistência farmacêutica, de regulação sanitária e para a promoção do uso racional de medicamentos. Permite identificar grupos populacionais vulneráveis ao uso irracional e as classes terapêuticas empregadas de modo inadequado, permitindo a elaboração de plano de fomento do uso racional, para o conjunto da população.

3.4 Fatores Determinantes da Utilização de Medicamentos

Os fatores que influenciam a utilização de medicamentos são numerosos e inter-relacionados, entre eles o acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, fatores demográficos, sócio-econômico, comportamentos relacionados à saúde, o mercado farmacêutico, a cultura médica, a compreensão da população sobre o papel dos medicamentos

no processo saúde-doença, a diversidade de oferta de produtos no mercado, a informação e propaganda de medicamentos, entre outros (ARRAIS et al., 2005).

O acesso a medicamentos é um indicador da qualidade e resolutividade do sistema de saúde e um determinante importante do cumprimento do tratamento prescrito; a literatura indica que a falta de acesso é uma causa frequente de retorno de pacientes aos serviços de saúde (PANIZ et al., 2008).

O acesso se dá pela utilização concreta dos serviços e recursos pelos indivíduos que deles necessitem e não somente pela disponibilidade dos mesmos. Assim, a acessibilidade é um dos atributos do cuidado que é influenciado pela organização do sistema. A garantia do acesso aos medicamentos essenciais de qualidade, utilizados de forma racional, constitui os objetivos centrais das políticas de medicamentos (OPAS/OMS, 2005).

A acessibilidade em relação ao preço de medicamentos depende do nível de rendimento dos segmentos da população e das políticas governamentais. É importante que as políticas públicas expressem que o acesso não depende apenas do preço do medicamento, mas também do poder aquisitivo das populações, da renda e das iniciativas do governo para garantir o acesso universal (OLIVEIRA; BERMUDEZ; OSORIO-DE-CASTRO, 2007).

Em 2004, foi publicada a Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 338, que aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Essa resolução ressalta a importância de integralizar as ações de assistência farmacêutica no âmbito do SUS. E assim, as ações nesse campo, três entes federados, passam a ser mais articuladas e definidas. Desde 2003, o Ministério da Saúde tem ampliado o orçamento para a aquisição dos medicamentos para o tratamento ambulatorial de diversos agravos.

Considerados, em geral, caros, os medicamentos de prescrição constituem a maior parte do consumo farmacêutico, que está relacionado com a atuação do profissional médico e pelas práticas nos serviços de saúde. A prescrição médica envolve a interpretação do quadro clínico do usuário e pode ser influenciada pela propaganda de medicamentos e pelo marketing da indústria farmacêutica (ARRAIS, 2009).

A OMS, em 1985, na conferência de Nairobi apontou que o uso racional de medicamento (URM) requer que os pacientes recebam a medicação apropriada, para a sua situação clínica, nas doses que satisfaçam as necessidades individuais, por um período adequado, e ao menor custo possível para eles e sua comunidade. Logo, o uso racional inclui: a escolha terapêutica adequada; prescrição baseada em evidências clínicas; forma farmacêutica, dose, administração e duração apropriada; estar disponível quando necessário com suficiência, regularidade e qualidade; dispensação correta; adesão ao tratamento pelo

paciente. Portanto os requisitos do uso racional são complexos e envolvem uma série de eventos em uma articulação lógica (MARIN et al., 2003).

Diante desse cenário, justifica-se a realização de estudos que investiguem o uso de medicamentos pelos diferentes segmentos sociais, assim como, a identificação dos fatores associados ao uso, visando subsidiar as ações da Política de Assistência Farmacêutica para a ampliação do acesso e a promoção do uso racional de medicamento.

3.5 Uso de Medicamentos em Crianças

O conhecimento limitado sobre os efeitos dos medicamentos em crianças levou a criação de iniciativas e de nova regulamentação pela OMS, nos últimos anos (BRESLOW, 2003; DUNNE, 2007; ROCCHI et al., 2010). Assim, a OMS desenvolve um programa intitulado Make Medicines Child Size (Fabricando Medicamentos Tamanho Infantil), onde é traçado um panorama dos fatos relacionados a crianças e medicamentos em nível mundial. E deste então, ocorre a introdução de novos regulamentos pediátricos tanto nos Estados Unidos (EUA) como na Europa, o que resultou em um aumento do número de ensaios clínicos de pré-registro pediátricos, concebidos para avaliar a eficácia (HOPPU; ANABWANI; GARCIA-BOURNISSEN, 2012). Isso reforça a importância de monitorar a segurança de um medicamento pediátrico durante a fase de pós-comercialização.

O que considerar sobre a segurança dos medicamentos em crianças quando as informações dos ensaios clínicos são limitadas? Até agora, relativamente poucos ensaios clínicos randomizados foram realizados na população pediátrica e dentro dos estudos feitos, muitos têm um pequeno tamanho da amostra e falta de longo prazo de seguimento. A segurança de um medicamento pós-comercialização não só é monitorada por meio de notificação espontânea, sistemas como o Vigibase da OMS, mas também por meio de estudos farmacoepidemiológicos observacionais. Estes estudos são fundamentais para monitorar a segurança de um medicamento, pois eles estudam o uso em circunstância da "vida real", e tem uma grande amostra em seguimento (STROM et al., 2006).

Configuram-se, também, como iniciativa para o Uso Racional de Medicamentos (URM) em crianças a Model List of Essential Medicines for Children (Lista Modelo da OMS de Medicamentos Essenciais para Crianças), lançada em outubro de 2007 e atualizada em 2013. Esta é uma lista mínima de medicamentos essenciais para cuidado básicos de saúde às crianças, onde a equivalência terapêutica é indicada com base em revisões de segurança e efetividade e quando consistente com as diretrizes clínicas da OMS (WHO, 2013).

Para monitorar o uso seguro de medicamentos em crianças é importante saber como os medicamentos são utilizados em crianças por meio dos EUM e quais reações adversas (RAMs) são relatadas, em especial, em situação não autorizada (*Off Label*).

3.6 Uso de medicamentos não autorizados (*Off Label*) em crianças

A prescrição de medicamentos para pacientes pediátricos segue os mesmos princípios de segurança da que é realizada para adultos. Dessa forma, fatores como idade, estatura, massa corporal e estágio de desenvolvimento influenciam na resposta farmacológica. Dentre estes fatores, a idade e o estágio de desenvolvimento do público pediátrico interferem de forma peculiar na farmacocinética dos fármacos. Com isso, as variações de pH, tempo de esvaziamento gástrico, motilidade gastrointestinal, atividade enzimática, renal e hepática contribuem para modificar a biodisponibilidade dos fármacos (WERTHEIMER, 2011).

Neste cenário, muitos medicamentos são utilizados em pediatria de forma *off-label*, que, segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, se caracteriza como sendo o uso que não consta em bula e que é diferente das informações da licença concedida pela Agência para a utilização em determinada faixa etária. O uso *off-label* de um medicamento é feito por conta e risco do médico que o prescreve e pode eventualmente vir a caracterizar um erro médico, mas em grande parte das vezes trata-se de uso essencialmente correto, apenas ainda não aprovado (ANVISA, 2005).

Existem restrições de uso e recomendações para vários fármacos amplamente utilizados em crianças no Brasil como, por exemplo, o ibuprofeno que tem seu uso indicado apenas para crianças maiores de três meses, o paracetamol que não tem uso indicado como antiinflamatório devido à falta de benefício comprovado para este efeito, a benzilpenicilina procaína que não deve ser utilizada em neonatos, o trimetoprim que só deve ser usado em crianças maiores de seis meses e a prometazina que somente deve ser utilizada para crianças maiores de dois anos, entre outros (WHO, 2007).

No Reino Unido foi observado que mais de 70% dos médicos generalistas estão familiarizados com o conceito de medicamentos *off label* e que 40% deles estavam cientes desta prescrição. As mais importantes fontes de informação para prescrição pediátrica foram o British National Formulary (81%), a experiência pessoal (71%) e registros de prescrição anteriores (45%) (EKINS-DAUKES et al., 2005).

Para se obter, no uso de medicamentos em crianças, um resultado positivo no restabelecimento da saúde e voltado ao uso racional, é premente que as formulações

pediátricas permitam exata administração da dose para as diversas idades e pesos. Em farmacologia clínica e pediatria, privilegia-se a substância ativa ao se determinar a dosagem, efeitos clínicos e reações adversas (NUNN; WILLIAMS, 2005).

3.7 Uso Racional de Medicamentos (URM) em Pediatria

De acordo com a OMS, o Uso Racional de Medicamentos (URM) estabelece que os pacientes recebam os fármacos em conformidade com suas necessidades clínicas, em doses que atendam às individuais, por um período adequado de tempo e a um custo acessível para eles e sua comunidade. Pressupõe uma utilização de medicamentos que sejam baseados na segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos utilizados (WHO, 1985).

Os EUM são imprescindíveis para a detecção, análise e solução de problemas oriundos do uso inadequado ou não racional de medicamentos (MELO et al., 2006). Alguns medicamentos são especialmente preocupantes quanto ao seu uso em crianças. Pode-se destacar o alto consumo de ácido acetil salicílico que sabidamente está associado com a Síndrome de Reye (encefalopatia aguda associada com degeneração gordurosa do fígado) em crianças com doenças virais (BÉRIA et al., 1993).

Sabe-se que é necessário conhecimento dos fatores de sua segurança nesse período, os quais podem estar relacionados com o leite materno, com a mulher, com o fármaco ou com a lactente (CHAVES; LAMOUNIER, 2004). Considerando-se que grande parte das lactantes utiliza algum medicamento durante a lactação, é importante a divulgação de conhecimentos sobre as propriedades. Portanto, cuidados devem ser tomados quanto à saúde materno-infantil neste período, devendo-se dar ênfase especial à orientação para que todo e qualquer tratamento da nutriz tenha supervisão de um profissional médico, desestimulando o perigoso hábito da automedicação (CHAVES; LAMOUNIER, 2004).

Entender as condições necessárias para a superação do uso inadequado de medicamentos pode ajudar a responder, pelo menos em tese, porque a automedicação (uso de medicamentos não prescritos) é difundida no Brasil e apontar meios coletivos de resolução.

3.7.1 Automedicação e Medicamentos de Venda Livre (OTC) em Crianças

O uso não racional de fármacos evidencia a necessidade de conscientização da classe médica e da população sobre o verdadeiro papel dos medicamentos no tratamento de saúde (BRICKS; LEONE, 1996).

O mercado farmacêutico brasileiro é caracterizado pela predominância de insumos/produtos desnecessários e intensamente propagandeado. É necessário o desenvolvimento de ações destinadas a informar a população sobre o uso adequado dos medicamentos, de medidas que garantam a oferta de produtos necessários, eficazes, seguros e de custo acessível (ARRAIS et al., 1997). Entretanto, o URM não se configura em uma área de ação prioritária dos governos nos países em desenvolvimento, inexistem sistemas confiáveis de informação em relação às Reações Adversas a Medicamentos (RAM). O Brasil, como parte deste cenário, possui um longo caminho nesta temática (BÉRIA et al., 1993).

Os medicamentos são os tratamentos mais utilizados nos serviços de saúde, sendo que, nos países em desenvolvimento, cerca de 30% dos recursos da saúde são destinados para esses produtos. Estimativas da OMS apontam que 50% dos medicamentos usados no mundo são prescritos, dispensados, vendidos ou usados de maneira incorreta; 66% dos antibióticos comercializados são vendidos sem receita, e o uso indevido de medicamentos é uma das 10 principais causas de mortalidade nos EUA (OMS, 2004).

A automedicação, em regra, é baseada em experiências prévias ou oriundas do senso comum, estando geralmente associada à presença de sintomatologias agudas como a dor, febre, gripe ou resfriado e diarreia. Uma prática muito comum, vivenciada por civilizações de todos os tempos, caracteriza-se pela iniciativa do doente (ou do responsável/cuidador) em obter e utilizar um produto que acredita que lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio dos sintomas (PAULO; ZANINI, 1988). Ação estimulada por questões econômicas, culturais, de acesso aos serviços de saúde, influência da mídia, entre outros.

Armazenar medicamentos nos domicílios é prática comum e representa um potencial risco para agravos à saúde (ALJINOVIC-VUČIC; TRKULJA; LACKOVIC, 2005). A farmácia domiciliar, frequentemente depositada em ambientes e recipientes inadequados, propicia diversas possibilidades de consumo irracional e desperdício, incluindo a facilitação da automedicação não responsável, bem como o aumento do risco de exposições tóxicas não intencionais (principalmente em crianças pequenas) e intencionais (DE BOLLE et al., 2008). Embora a "automedicação responsável" (consumo de medicamentos que não requer prescrição médica para tratamento sintomático) possa, eventualmente, reduzir a "pressão" no sistema de saúde, tal procedimento é contestado e não isento de riscos (WHO, 2000).

No Brasil, existem três grupos de venda a varejo dos medicamentos: os denominados "de balcão" ou de venda livre, "over-the-counter" (OTC), vendidos sem necessidade de um receituário médico, os de "faixa vermelha", que devem ser vendidos perante a apresentação de uma receita médica e os de "faixa preta", onde o farmacêutico retém a receita. Na prática,

infelizmente, a venda de medicamentos de faixa vermelha em nosso país é livre, permitindo desta forma o acesso ilimitado das pessoas ao medicamento (BERTOLDI et al., 2005).

Estudo sobre consumo de medicamentos procurados pela população brasileira sem a orientação de um profissional sanitário mostra que 44,1% dos fármacos são de faixa vermelha; 49,5% são combinações em doses fixas; 52,6% possuem valor intrínseco não elevado; 79% não constam da lista de medicamentos essenciais da OMS e 72,2% não fazem parte da Relação Nacional de Medicamentos – RENAME (ARRAIS et al., 1997).

A automedicação, inadequada, pode tornar-se um fenômeno nocivo à saúde, podendo acarretar diversas consequências como a resistência bacteriana, reações de hipersensibilidade, dependência, sangramento digestivo, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido (ROZENFELD, 1989).

Dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas revelam que, de um total de 20.534 registros de intoxicação por medicamentos, 2,7% eram devidos a automedicação e 5,9% devido a erros de administração. O percentual de pessoas intoxicadas por medicamentos em 2000 era de 14,73%, e em 2004 passou para 29%, sendo as crianças menores de cinco as maiores vítimas, contribuindo com 35% desse total (SINTOX, 2011).

Em estudo de automedicação em crianças com rinofaringite aguda, o número de consultas pediátricas no último ano foi de 4,5% e apenas 9% não fizeram consulta pediátrica, entretanto, a prática da automedicação em resfriado foi de 74% (CANCELIER et al., 2006).

No Brasil, a automedicação é praticada principalmente por mulheres com faixa etária de 16-45, em 51% dos casos foi recomendação de pessoas leigas e em 40% por meio de prescrições anteriores (ARRAIS et al., 1997).

Estudo sobre automedicação em crianças e adolescentes mostra que os principais agravos à saúde que motivaram a automedicação nestes grupos foram tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal ou bronco espasmo (17,2%); febre (15%); cefaleia (14%) e diarreia, “má digestão” e cólica abdominal (9%). Tais indicações se deram em 51% dos casos pela mãe, em 20,1% pelos funcionários da farmácia, em 15,3% foram decorrentes de prescrições anteriores para a criança ou outro membro familiar, em 7,8% pelos pais e em 1,8% por influência exercida pela mídia (PEREIRA et al., 2007).

Além desta complexa questão da automedicação, é preciso considerar a utilização dos medicamentos de venda livre em crianças. Tais medicamentos, também denominados OTC (Over The Counter), são aqueles de livre acesso e que não necessitam da apresentação de um receituário médico para serem adquiridos pelos pais ou cuidadores das crianças.

O estudo intitulado "Seguimento Nacional de Saúde Materno-Infantil", realizado nos Estados Unidos, mostrou que 53,7% de todas as crianças de três anos de idade estavam usando algum medicamento de venda livre. Os mais relatados foram o paracetamol e medicamentos para tosse ou resfriado (66,7%). A maioria das mães entrevistadas relatou que os episódios recentes de doença infantil (70%) foram tratados com medicamentos de venda livre (KOGAN et al., 1994).

Durante estudo entre cuidadores (pais ou responsáveis) realizado na escola de medicina de Atlanta nos Estados Unidos, revelou que 77% de seus filhos haviam utilizado medicamentos de venda livre nos últimos dois meses, e o paracetamol foi o mais utilizado. Apesar de um grande número de cuidadores administrar medicamentos de venda livre às crianças, apenas 30% dos cuidadores foram capazes de demonstrar tanto uma dose correta quanto a medida com precisão, gerando uma preocupação (SIMON; WEINKLE, 1997).

Uma vez descrita à complexidade envolvida na prática da automedicação e do uso de medicamentos de venda livre, cabe voltar a atenção para os cuidadores das crianças, os quais têm a “responsabilidade” de manusear o medicamento, seja este fruto de uma prescrição ou de uma decisão tomada em função de sua percepção de saúde da criança em questão.

3.7.2 A Importância da Bula como Instrumento de Informação sobre Medicamentos Pediátricos

As fontes de informação sobre medicamentos também estão basicamente estruturadas em fontes primárias, secundárias e terciárias (PLA et al., 2002).

As bulas “padrão” são consideradas fontes de informação primária. Correspondem aos medicamentos eleitos como de referência, produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no país, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente por ocasião do registro junto ao Ministério da Saúde, por meio da Anvisa (ANVISA, 2009b).

No Brasil, ao longo das últimas décadas, mais precisamente na segunda metade do século XX, a bula de medicamentos passou a ser o principal material informativo fornecido aos pacientes na aquisição de medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica (CALDEIRA; NEVES; PERINI, 2008).

A bula de medicamentos contém informações que são de interesse tanto para profissionais da saúde como para pacientes/usuários. Os pacientes geralmente priorizam informações sobre um fármaco relacionadas aos efeitos colaterais, contraindicações, e

posologia (modo de uso), enquanto que aos profissionais da saúde interessam as informações técnicas, farmacológicas e de composição do medicamento (DICKINSON; RAYNOR, 2003). A informação das bulas é de alta relevância, essencial para dar suporte aos tratamentos, ensinando, orientando, gerando conhecimento e auxiliando nas tomadas de decisões que visam promover a saúde e o uso racional de medicamentos.

3.7.3 Descarte de Medicamentos como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos

O medicamento é essencial à saúde e importante na terapêutica, responsável pela melhoria da qualidade e expectativa de vida, entretanto, podendo ser perigoso e capaz de promover danos à saúde. O uso racional é o que permitirá a segurança na terapêutica em doses adequadas, indicadas por profissionais e com qualidade (ANVISA, 2013).

É importante citar, que dentre os princípios do SUS, o município é o espaço das ações de práticas de saúde. Portanto ambas as diretrizes de Política Nacional de Medicamentos (ANVISA, 2013) e de Atenção primária, garantem ações de promoção da saúde por meio de um atendimento acessível, integral e com qualidade para uso racional (RIBEIRO, 2010).

Neste contexto, a indústria farmacêutica desenvolveu-se, com a proliferação de mercado, trazendo um arsenal de novos produtos e mudanças importantes no perfil de utilização de medicamentos em todo o mundo (IOB et al, 2013). A extensa variedade de medicamentos no Brasil favorece o surgimento de problemas relacionados a estes produtos, que representam um desafio à saúde pública tanto em países em desenvolvimento como em países desenvolvidos (ZAMONER, 2008).

Dentre esses desafios está a não regulamentação ou um sistema organizado em nosso país que se responsabilize pelo descarte dos medicamentos vencidos, e o próprio usuário deve se incumbir dessa tarefa (FERNANDES; PETROVICK, 2004). Sendo assim, o descarte dos medicamentos vencidos e sobras oriundas de tratamentos anteriores é uma questão polêmica (GARCIA; ZANETTI-RAMOS 2004).

O consumo de medicamentos no Brasil é grande, no entanto, estima-se que cerca de 20% deste montante seja lançado na rede de esgotamento sanitário ou no lixo doméstico (SERAFIM et al., 2007). A presença de fármacos, cosméticos e produtos de higiene pessoal tem sido detectada em águas superficiais, subterrâneas, para consumo humano, e até mesmo em solos sujeito a aplicação de iodo de esgoto (CALAMARE et al., 2003; TERNES, 1998).

A realização de gestão do cuidado em saúde, para uso racional de medicamentos na atenção primária, que vise diminuir o descarte inadequado e fracionamento de medicamentos,

com função de coibir o auto e desnecessário consumo desses produtos é imprescindível. A equipe de atenção primária, em especial o enfermeiro está habilitado para realizar medidas para o recolhimento dos medicamentos vencidos ou danificados em posse dos usuários para que não sejam lançados no lixo ou esgoto sanitário.

3.7.4 Cuidadores e a Medicação Infantil

O cuidado é uma atitude que demonstra preocupação, responsabilização e solidariedade com a dor e o sofrimento do outro. Em geral, o cuidado, no contexto da saúde, deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, articulada com um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear a relação entre o paciente e o profissional de saúde (BRASIL, 2009a).

No contexto familiar, a forma como os medicamentos são utilizados é influenciada por crenças individuais formada por membros imediato da família, amigos e vizinhos. São fatores importantes no nível familiar: a percepção da necessidade de tomar medicamentos, idéia própria sobre a eficácia e inocuidade, desconhecimento que levam a politerapia, papel da família em relação ao consumo de medicamento, preço, nível de alfabetização entre consumidores e “poder” dos medicamentos (OMS, 2004).

De acordo com Béria (1993) a ansiedade e insegurança da família, talvez estejam entre os fatores decisivos do comportamento de consumo dos medicamentos em crianças, já que se constata um maior consumo de fármacos entre os primogênitos. No processo de cuidado à saúde, principalmente na fase inicial da vida, a decisão pelo uso ou não de dado medicamento frente a um agravo de saúde não é uma atribuição exclusiva do profissional de saúde.

Dados sugerem que, maior é a insegurança dos cuidadores na aceitação de uma orientação leiga para utilização de fármacos, quanto menor for a faixa etária, mesmo sendo a prevalência da utilização de medicamentos prescritos maior em lactentes e pré-escolares, (PEREIRA et al., 2007). Neste mesmo, estudo, a frequência do uso em crianças e adolescentes de analgésico-antipiréticos e antiinflamatórios não esteroidais foi significativamente mais elevados nos usuários em que seus cuidadores praticam a automedicação. O cuidador desta criança, mesmo que permeado pela angústia mesclada com incertezas do que é melhor para seu ente familiar, por vezes assume um papel que não é seu, ou seja, o de prescritor. Processo este que, devido a questões culturais, geralmente é exercido pela figura da mãe, como aquela que deve “zelar” pelo cuidado dos filhos.

Na gestão da doença da criança pelos Birchley e Conroy (2002) afirmam que o paracetamol foi o mais comumente utilizado; geralmente desconhecem os potenciais efeitos secundários dos medicamentos; utiliza de folhetos informativos como fonte de informação e a busca de aconselhamento são influenciadas pela severidade dos sintomas e pela experiência. Entretanto, a baixa escolaridade dos cuidadores leva a possíveis interpretações errôneas devido à dificuldade de compreender as indicações e a dosagem presente na embalagem e rotulagem dos OTC pediátricos indicados para a febre e tosse, representando risco significativo para as crianças (LOKKER et al., 2009).

Pais bem informados, acima de 30 de idade e instruídos em relação à prescrição de antibióticos para crianças, revelam uma atitude cética quanto a este tratamento. E, em casas mono parentais, as crianças utilizaram mais antibióticos do que aquelas vivendo em casas com os dois pais, concluindo-se que a situação dos pais pode influenciar o uso de antibióticos, havendo, inclusive, muitas com uso excessivo (NORDLIE; ANDERSEN, 2004).

Os EUM constituem-se num importante instrumento que pode ajudar a compreender as questões inerentes à utilização de medicamentos nas diversas populações, seja esta utilização um ato espontâneo ou motivado por seus cuidadores.

3.8 Práticas Integrativas e Complementares: A Utilização de Plantas Medicinais

Desde as mais antigas civilizações, o uso das plantas medicinais para diversas doenças representou, durante séculos, a única alternativa ao homem. Com a medicina alopática, essa utilização foi desvalorizada e os profissionais de saúde consideram os medicamentos industrializados ou manipulados mais seguros. Apesar disso, observa-se que o uso de plantas medicinais ainda é bastante difundido. Pode ser influenciado pela questão econômica, o alto custo dos medicamentos, o difícil acesso a consultas pelo SUS, pela dificuldade de locomoção de áreas rurais e pela tradição na utilização de recursos naturais (BATTISTI et al., 2013).

A Organização Mundial de Saúde (2002a) reconhece que 80% da população dos países em desenvolvimento utilizam práticas tradicionais nos cuidados básicos de saúde e 85% usam plantas medicinais ou preparações destas. Desde então, esta Organização tem expressado a sua posição a respeito da necessidade de valorizar a utilização de plantas medicinais no âmbito sanitário e na atenção básica à saúde (ROSA et al., 2011).

Com intenção de implantar a utilização de práticas tradicionais e complementares no serviço público, o Ministério da Saúde aprovou políticas importantes em 2006: a Portaria nº 648, a Política Nacional de Atenção Básica que inclui as plantas medicinais no SUS (BRASIL

2006a) e o Decreto nº 5.813, da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Esta última estabelece diretrizes para o desenvolvimento de ações voltadas à garantia de acesso seguro e uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos (BRASIL 2006b). E por fim, a Portaria nº 971/2006 que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC), amplia as opções terapêuticas, constituindo-se como um norteador da utilização de plantas na saúde pública. (BRASIL, 2006c; 2006 d).

Como complementação dessas políticas foi elaborada a Relação Nacional de Plantas de Interesse ao SUS (RENISUS) em 2009, que contém uma lista de 71 espécies de plantas medicinais indicadas para uso terapêutico (BRASIL, 2009b). Tais ações são imprescindíveis para aprimorar o acesso às plantas medicinais e aos fitoterápicos, favorecendo a promoção social e regional, o uso sustentável da biodiversidade local e a manutenção do conhecimento e da cultura popular (BRASIL, 2009c).

Considerando-se o valor das plantas medicinais, o Estado de Minas Gerais em março de 2010, lançou o programa Componente Verde da Rede Farmácia de Minas, que constitui uma forma de acesso às plantas medicinais através do SUS e enfatiza o controle de qualidade em toda a cadeia de produção até o consumidor final (SANT'ANA, et al., 2011).

Por considerar a importância da utilização de plantas no cuidado a saúde pela população Eldin; Dunford (2001) afirmam que estas ações são eficazes no atendimento primário, e complementa o tratamento, atendendo principalmente a população de menor renda. Neste sentido, estudos em unidades básicas de saúde, Feijó et al. (2012) e Badke et al. (2011) analisaram o uso das plantas medicinais no cuidado à saúde, e afirmaram que o enfermeiro pode estudar os princípios ativos, contra-indicações e os nomes atribuídos às plantas. No entanto, estes autores identificaram problemas, como a forma de preparo inadequada, a procedência e o armazenamento impróprio, comprometendo a qualidade, propriedades funcionais e benefícios à saúde.

Neste contexto, a expansão da Estratégia Saúde da Família, contando com o Programa de atenção Básica, denota grande potencial para o desenvolvimento das ações com plantas medicinais e fitoterapia, ampliando o acesso da população aos benefícios dessa prática no SUS. Em se tratando de automedicação, além do uso de medicamentos, o de plantas medicinais e remédios caseiros também são contemplados. Niehues et al. (2011) afirmam a necessidade de cautela na escolha destas alternativas, em especial o uso de plantas, uma vez que há a falta de estudos da efetividade e segurança.

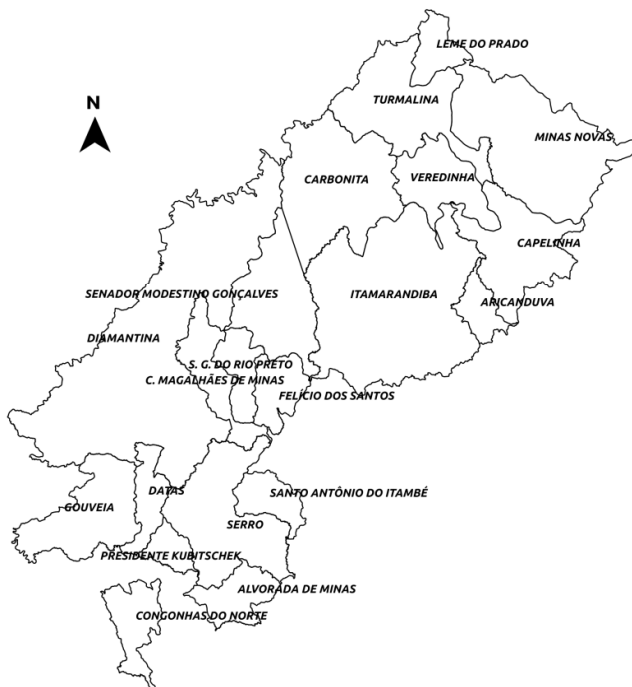
4 MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo descritivo e exploratório de corte transversal, tipo inquérito populacional domiciliar, de 10 de abril a 20 de julho de 2013.

4.1 Local do estudo

O estudo foi realizado na área urbana de 20 municípios localizados na região do Vale do Jequitinhonha, cadastrados no CISAJE (Consortio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha), estão distribuídos geograficamente conforme Figura 1.

FIGURA 1- Mapa da localização dos municípios do estudo.



Fonte: Elaboração própria com base de dados IBGE/2010

A região do Vale do Jequitinhonha é dividida em Alto Jequitinhonha (região de Diamantina, próxima à nascente do rio), Médio (região de Araçuaí) e Baixo Jequitinhonha (região de Almenara, próximo à foz, no sul da Bahia). Em relação ao território o Alto

Jequitinhonha - MG abrange uma área de 19.578,30 Km² e a população total é de 270.516 habitantes, dos quais 97.184 vivem na área rural, o que corresponde a 35,93% do total. Possui 15.089 agricultores familiares, 390 famílias assentadas e 5 comunidades quilombolas (MINAS GERAIS,2013).

Os municípios que compõem o CISAJE são Alvorada de Minas, Aricanduva, Capelinha, Carbonita, Congonhas do Norte, Couto de Magalhães de Minas, Datas, Diamantina, Felício dos Santos, Gouveia, Itamarandiba, Leme do Prado, Minas Novas, Presidente Kubitschek, Santo Antônio do Itambé, São Gonçalo do Rio Preto, Senador Modestino Gonçalves, Serro, Turmalina e Veredinha com total de 271.419 mil habitantes sendo 173.308 e 98.111 na área urbana e na rural respectivamente. Esses municípios possuem um total de 100.820 mil crianças de 0 – 14 anos de idade, 37,2 % da população (IBGE, 2010).

Em relação aos municípios estudados cinco possuem o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) (IPEA, 2013), entre 0,558 a 0,582; catorze entre 0,616 a 0,682 e um 0,716 refletindo os indicadores de educação, habitação, saúde, trabalho, renda e vulnerabilidade.

4.2 População

Fizeram parte do estudo, responsáveis por crianças e adolescente com idade menor ou igual a 14 anos. A entrevista voluntária com os responsáveis legais e ter consumido pelo menos um medicamento nos últimos 15 dias anteriores a data da entrevista, incluindo a guarda de medicamentos no domicílio, a vistoria da farmácia domiciliar e ter hábito de consumo de plantas medicinais. Foram excluídos do trabalho domicílios onde os responsáveis legais não estavam presentes no momento da entrevista ou se recusaram a concedê-la, como aqueles que não haviam moradores com idade menor ou igual a 14 anos.

4.3 Cálculo do tamanho da amostra e planejamento amostral

Estimado uma proporção populacional de 41,4%, de automedicação em criança conforme realizado por Gomes (2000), usou-se a fórmula para estimar proporção populacional em população infinita para obter o tamanho da amostra. Considerando um nível de confiança de 95%, um erro aceitável de 4% e uma perda de 15%, obteve-se 672 entrevistas domiciliares, que foram distribuídas pelas zonas urbanas de cada município.

Para este cálculo foram utilizados números do censo demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), que mostra um total aproximado de

88.936 indivíduos com idade menor que 14 anos em 20 municípios do Consórcio Intermunicipal de Saúde do Alto Jequitinhonha, Diamantina-Minas Gerais.

Fórmula usada para o cálculo amostral:

$$n = \frac{p(1-p)z_{\gamma/2}^2}{\varepsilon^2} \quad , \text{ onde:}$$

- n: tamanho da amostra;
- p: proporção estimada de automedicação na população;
- $z_{\gamma/2}$: valor tabelado da distribuição normal padrão, correspondente a um nível de confiança, γ , de 95%);
- ε : erro de estimação aceitável.

Os domicílios foram selecionados por amostragem hierárquica. Primeiro estratificou-se proporcionalmente por municípios, em seguida selecionou-se aleatoriamente setores censitários da área urbana dentro de cada município e, finalmente, obteve-se, aleatoriamente, domicílios dentro de cada setor censitário selecionado anteriormente, usando-se como unidade de referência 137 setores censitários urbanos para uma amostra de 672 domicílios definidos pelo IBGE (2010). Todavia optou-se por sortear um maior número de setores, estimando-se não encontrar o número mínimo de indivíduos estipulados, principalmente em setores centrais (casa comerciais) e de bairros antigos com moradores idosos. Para cada setor sorteado imprimiu-se um mapa do IBGE (2010), permitindo a entrevistadora encontrá-lo no campo e locomover-se nele, seguindo uma sistemática pré - estabelecida para a seleção dos domicílios.

4.4 Instrumento e coleta de dados

Os dados foram coletados mediante entrevistas, registradas em questionários padronizados (Anexo 1), contendo questões de fácil compreensão.

4.5 Organizações do trabalho de campo

A organização do trabalho de campo utilizou-se de as recomendações para preparação da comunidade para pesquisa, treinamento dos entrevistadores e teste dos instrumentos para início do trabalho de campo e as instruções de percurso (Anexo 2 e 3) para confecção dos manuais de instruções dos entrevistadores reportar-se-á a Pereira et al. (2007).

4.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados por quatro entrevistadores treinados em estudo piloto para a validação da coleta empregando um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. Nos domicílios com mais de uma criança foi realizado apenas um questionário, sendo o indivíduo selecionado por sorteio, utilizando-se uma tabela de números aleatórios.

A variável dependente foi consumo de medicamentos (por automedicação e prescrição). Em relação à utilização de plantas medicinais, os participantes foram divididos em dois grupos de estudo, usam plantas medicinais e não usam plantas medicinais. Foram consideradas como variáveis exploratórias, escolaridade do responsável, renda, local (principal cômodo da casa onde os medicamentos estavam estocados), profissões ligadas à área da saúde, a utilização de serviço de saúde (público ou privado) e existência de auxílio financeiro do governo, situação de moradia (se casa própria ou alugada); acesso a serviços de abastecimento de água; coleta de lixo e saneamento básico; a ocupação dos responsáveis (empregado ou desempregado/aposentado); a renda familiar em salários mínimos vigentes à época; e os critérios da Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP), considerado uma medida de potencial e hábito de consumo. Foi investigado ainda se os entrevistados haviam recebido alguma orientação de como descartar os medicamentos; a opinião pessoal sobre algumas formas de descarte domiciliar dos vencidos e de sobras. Os medicamentos utilizados foram divididos em grupos e subgrupos de acordo com a última versão da Classificação Anatómico Terapêutico Química (ATC) da OMS (2014).

4.7 Análise dos dados

Para a análise dos dados, foi inicialmente realizada uma análise descritiva da variável dependente e das variáveis exploratórias, sendo posteriormente aplicados testes de associação (qui-quadrado de Pearson e o exato de Fisher). A associação foi considerada significativa para

valores de $p < 0,05$. Em relação ao padrão de consumo, para as variáveis exploratórias que obtiveram valor p menor que 0,20 foi estimada a razão de chances, por regressão logística. As análises foram processadas utilizando os programas estatísticos Epi-Info versão 7.0 (CDC/WHO, Atlanta, GE, EUA); R Development Core Team (2012) e Microsoft Office Excel 2007, apresentados em figuras e tabelas, considerando-se os valores relativos e absolutos.

4.8 Questões éticas

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM, parecer 044/11(Anexo 4); a população participante foi informada da finalidade do estudo, sendo assinado o termo de consentimento livre e esclarecido pelo responsável (Anexo 5).

5 RESULTADOS

O estudo incluiu 672 indivíduos, sendo que 117 (17,41%) foram perdidos devido dificuldade de acesso a alguns locais e em encontrar residências com menores de 14 anos e recusas, resultando em 555 entrevistas. As entrevistas validadas seguiram um padrão similar de distribuição nos quatro meses de estudo, nos 20 municípios ($138,5 \pm 34,6$ entrevistas/semana). A faixa etária de maior prevalência dos indivíduos que declararam consumir medicamento foi de 7 a 14 anos (43,9%) e 2 a 7 anos (de 38,9%) considerando uso de medicamentos por prescrição médica e automedicação (Figura 2).

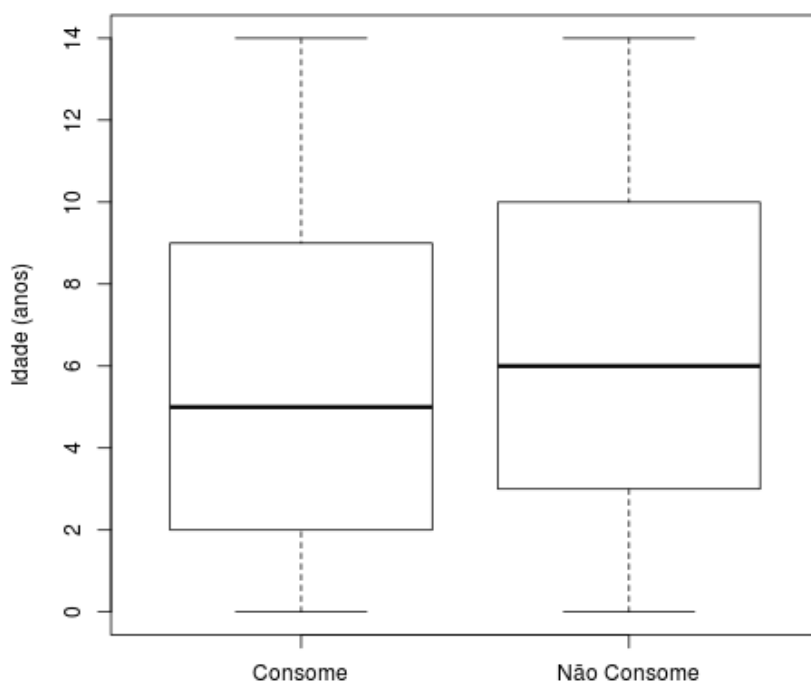


Figura 2- Representação gráfica dos grupos de crianças e adolescentes que consumiram e não consumiram medicamento nos últimos 15 dias prévios a entrevista domiciliar, de acordo com a idade- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Legendas: Os dados estão representados em *box and whisker plots*; em cada retângulo (*box plot*), as linhas horizontais inferiores, intermediárias e superiores representam o 1º quartil (percentil 25), mediana (percentil 50) e 3º quartil (percentil 75), respectivamente. Os limites inferior e superior das linhas verticais representam o menor e maior valor observado, respectivamente. $p = 0,88$ (prova U de Mann-Whitney).

Da amostra total obtida (555 entrevistados), a média de moradores por residência foi de 4,47, com mínimo de 2 e máximo de 12. Em relação ao número de moradores, 31,4% dos entrevistados possuem a casa ocupada por 2 a 3 pessoas e 51,7% relataram que em seu domicílio residiam 4 a 5 pessoas. Além disso, 97,5% residiam em casa de alvenaria, 80,7% moravam em domicílios próprios, 99,5% possuem água tratada, 99% possuem coleta de lixo e 93% possuem rede de esgotamento sanitário (Tabela 1).

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Características da população	Quantidade	%
Coleta de Lixo		
Sim	550	99,0
Não	5	1,0
Água tratada		
Sim	552	99,5
Não	3	0,5
Rede de esgoto		
Sim	516	93,0
Não	38	7,0
Casa própria		
Sim	448	80,7
Não	107	19,3
Tipo de casa		
Tijolo	541	97,5
Bloco	11	2,0
Pau a pique	3	0,5
Número de pessoas que residem		
2-3	174	31,4
4-5	287	51,7
6-7	73	13,1
8 ou mais	21	3,8

Considerando o uso de medicações nos últimos 15 dias, a prevalência de consumo foi de 56,57% na região de estudo. O consumo de plantas medicinais entre as crianças que consomem e não consomem medicamento foi de 72,9% e 74,3% respectivamente (Tabela 2).

Tabela 2-Distribuição de variáveis sociodemográficas em relação ao consumo e não consumo de medicamentos nos 15 dias prévios à entrevista domiciliar - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Características da população	Consumo N=314 %	Não consumo N=241 %	Valor p
Faixa etária			
<2	17,2	14,9	
2-7	38,9	41,1	
7-14	43,9	44,0	0,74 ¹
Sexo			
Feminino	48,1	46,5	
Masculino	51,9	53,5	0,77 ¹
Renda Familiar em Salários mínimos			
≤1	43,3	38,2	
1-3	37,9	45,2	
3-5	9,2	10,8	
≥5	9,6	5,8	0,14 ¹
Estado de ocupação do responsável			
Empregado	79,6	81,3	
Não empregado/aposentado	20,4	18,7	0,69 ¹
Critério Brasil de Classificação Econômica (ABEP) ²			
E	1,9	1,8	
D	16,2	15,8	
C2	30,9	33,2	
C1	29,9	27,4	
B2	17,2	16,2	0,68 ³
B1	2,9	5,4	
A2	1,0	1,2	
Acesso a serviços de saúde			
Público	79,9	81,7	
Privado	19,7	17,4	
Não respondeu	0,3	0,8	0,58 ¹
Uso de planta medicinal			
Sim	72,9	74,3	
Não	26,8	24,9	
Não respondeu	0,3	0,8	0,72 ¹

OBS.: ¹ - teste qui-quadrado; ² - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas; ³ - teste exato de Fisher

Constatou-se que não houve diferença estatística entre a prescrição médica e o uso de automedicação ($p < 0,05$) nas faixas etárias, sexo, renda familiar, estado de ocupação do responsável e acesso a serviços de saúde (Tabela 3).

Tabela 3- Distribuição das variáveis sociodemográficas e de acesso a serviço de saúde, considerando o uso do medicamento, por automedicação e prescrição nos últimos 15 dias prévios à entrevista domiciliar- - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Características da população	Automedicação	Prescrição Médica	Valor p
	N=96 %	N=218 %	
Faixa etária			
<2	16,7	17,4	
2-7	43,7	36,7	
7-14	39,6	45,9	0,48 ¹
Sexo			
Feminino	44,8	49,5	
Masculino	55,2	50,5	0,51 ¹
Renda Familiar em Salários mínimos			
≤1	45,9	42,2	
1-3	33,3	39,9	
3-5	8,3	9,6	
≥5	12,5	8,3	0,50 ¹
Estado de ocupação do responsável			
Empregado	80,2	79,4	
Não empregado/aposentado	19,8	20,6	0,98 ¹
Critério Brasil de Classificação Econômica (ABEP) ²			
E	1,0	2,3	
D	22,9	13,3	
C2	30,2	31,2	
C1	28,1	30,7	
B2	10,4	20,2	
B1	6,3	1,4	
A2	1,0	0,9	0,03 ³
Acesso a serviços de saúde			
Público	76,8	81,7	
Privado	23,2	18,3	0,41 ¹

OBS.: ¹ - teste qui-quadrado; ² - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas; ³ - teste exato de Fisher.

As principais situações de saúde que motivaram o consumo foram tosse, resfriado comum, gripe, congestão nasal ou broncospasma (49,7%); febre (5,4%); cefaléia (5,4%) e diarreia, “má digestão” e cólica abdominal (6,7%). Na automedicação, 30,57% dos medicamentos foram indicados pela mãe e 69,42% foram por prescrições médicas, conforme informações presentes no banco de dados da pesquisa.

De acordo com a tabela 4, o número de medicamentos consumidos foi proporcionalmente maior na população que recebeu medicamentos seguindo a prescrição médica. Observou-se, também, uma frequência do uso de analgésicos/antipiréticos, seguido dos medicamentos utilizados para afecções do aparelho respiratório, antibióticos sistêmicos,

antagonistas H1 da histamina e por fim vitaminas/antianêmicos. O consumo de analgésico/antipirético foi mais elevado nos usuários de automedicação enquanto que os demais foram por prescrição médica. Quanto aos princípios ativos, destacam-se as altas frequências do uso de paracetamol (30,2%), dipirona (20,8%) e antigripais (18,8%) nos indivíduos automedicados, e naqueles seguindo a prescrição médica de antagonista H1 da histamina (31,3%), amoxicilina (21,1%), sulfato ferroso (11,5%) e ibuprofeno (9,2%).

Tabela 4- Principais medicamentos encontrados nas farmácias domiciliares de acordo com os grupos e subgrupos da classificação Anatômica Terapêutica Química (ATC/OMS) e os padrões de uso nos 15 dias prévios à entrevista domiciliar- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Medicamento	Código ATC	Automedicação	Prescrição Médica	Valor p ¹
		N=96 %	N=218 %	
Analgésicos/antitérmicos	N02	49,0	33,5	
Paracetamol		30,2	25,2	
Dipirona		20,8	13,3	
Ácido acetilsalicílico		3,1	0,6	0,76 ¹
Antiinflamatórios esteróides	M01A	10,4	12,4	
Ibuprofeno		7,3	9,2	
Nimesulida		2,1	2,8	
Diclofenaco		1,0	0,9	0,93 ¹
Ação sobre o aparelho respiratório	R	20,8	22,0	
Antigripais		18,8	12,4	
Berotec		1,0	6,0	
B ₂ -agonista adrenérgico		1,0	5,0	<0,001 ¹
Antibiótico sistêmico	J01	11,5	30,9	
Amoxicilina		7,3	21,1	
Bactrim		2,1	2,8	
Cefalexina		1,0	5,5	
Azitromicina		1,0	2,3	0,70 ²
Ação sobre o trato gastrointestinal	A	3,1	2,3	
Antiespasmódico		2,1	1,8	
Dimeticona		1,0	0,5	
Vitaminas/antianêmicos	A11/B03	3,1	11,5	0,03 ¹
Sulfato ferroso		3,1	11,5	
Antiparasitários/antielmínticos	P01/P02	3,1	5,5	0,57 ²
Albendazol		2,1	3,7	
Mebendazol		1,1	1,8	
Antagonistas H1 da histamina para uso sistêmico	R06	19,8	31,2	0,052 ¹

OBS.: ¹ - teste qui-quadrado; ² - teste exato de Fisher.

Das 555 famílias dos indivíduos que preencheram os critérios de inclusão na primeira fase do estudo de utilização de medicamento, 56,57% estocavam medicamentos no domicílio, restringindo a análise do estudo à avaliação de 314 farmácias domiciliares. Foram encontrados 1237 medicamentos no total de domicílios avaliados (média= 2,2/domicílio), sendo similar a quantidade armazenada em ambos os grupos de estudo (Figura 3).

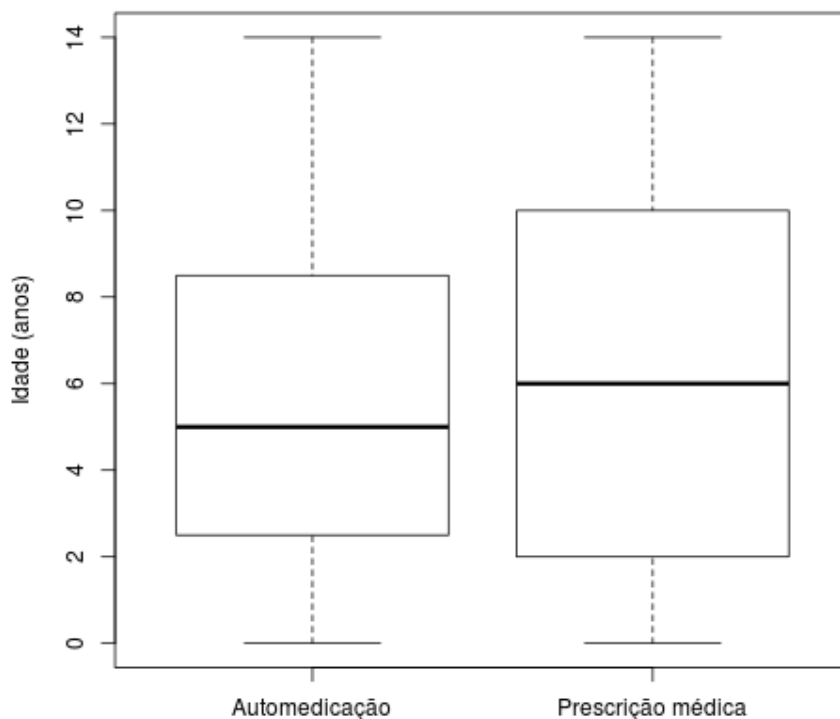


Figura 3- Representação gráfica os grupos de crianças e adolescentes que receberam medicamentos por automedicação (N=99) e por prescrição médica (N=218) nos 15 dias prévios à visita e entrevista domiciliar- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Legenda: Os dados estão representados em box and whisker plots; em cada retângulo (box plot), as linhas horizontais inferiores, intermediárias e superiores representam o 1º quartil (percentil 25), mediana (percentil 50) e 3º quartil (percentil 75), respectivamente. Os limites inferior e superior das linhas verticais representam o menor e maior valor observado, respectivamente. $p=0,35$ (prova U de Mann-Whitney).

Vinte e sete por cento dos medicamentos estavam em caixas de papelão e 27,92% do total em locais de acesso muito fácil às crianças pequenas (< 6 anos), como em armários, gavetas não chaveadas, sobre a mesa ou em cima da geladeira. A respeito da bula 83,06% fizeram a leitura ou identificaram alguma função do medicamento ou modo de uso, 96,03% acharam importante a leitura e 11,35% apresentaram muita dificuldade em entender o texto.

Os principais cômodos de guarda dos medicamentos, em ambos os grupos, foram a cozinha (49%) e, em seguida, os dormitórios (39,09%) e as salas (10,27%). Não foi demonstrada associação significativa ao se comparar as profissões ligadas à área da saúde e o consumo de medicamentos (Tabela 5).

Tabela 5- Distribuição das variáveis exploratórias (principal cômodo de estoque de medicamentos, das profissões ligadas à Área da Saúde e do grau de instrução dos pais) em relação ao padrão de consumo (automedicação e prescrição médica nos 15 dias prévios à entrevista e vistoria da farmácia domiciliar)- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Variáveis	Automedicação N=96 %	Prescrição Médica N=218	Valor de p
Principal cômodo de estoque dos medicamentos			
Cozinha	54,2	41,7	
Dormitório	35,4	45,8	
Sala	10,4	11,1	
Banheiro	0,0	0,9	
Quarto	0,0	0,5	
Outros locais	0,0	0,0	0,26 ²
Profissões ligadas à área da saúde ³			
Sim	4,2	2,3	
Não	95,8	97,7	0,46 ²
Grau de instrução do responsável			
Analfabeto/fundamental I	28,1	20,6	
Fundamental II	15,6	21,6	
Médio	40,6	35,3	
Superior	15,6	22,5	0,18 ¹

OBS.: ¹ - teste qui-quadrado; ² - teste exato de Fisher; ³ - médico, dentista, farmacêutico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, balconista de farmácia e técnico de laboratório de patologia clínica.

Por outro lado o grau de instrução ≤ 4 anos do ensino fundamental (razão de chances = 1,51) denotaram maior risco para consumo de medicamentos (Tabela 6).

Tabela 6- Associação entre a farmácia domiciliar e o uso de medicamento nos 15 dias prévios à entrevista domiciliar, estimada por regressão logística - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Variáveis	Razão de Chances	Intervalo de confiança 95%
Grau de instrução do responsável		
Analfabeto / Fundamental I	1,51	0,87 – 2,61
Outros	1,00	-

Em relação aos medicamentos estocados, os analgésicos/antipiréticos, antagonista H1 da histamina, seguidos dos antibióticos sistêmicos e dos medicamentos utilizados para afecções para o aparelho respiratório foram as medicações mais encontradas em ambos os grupos, sendo este estoque mais elevado no grupo que recebeu automedicação.

Tabela 7- Acesso ao serviço de saúde e atendimento médico nos últimos 12 meses- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Características de acesso ao serviço	Quantidade	%
Distância da residência a UBS em Km		
≤ 5	545	98,2
5-10	10	1,8
≥10	0	0,0
Distância da residência a farmácia básica em Km		
≤ 5	522	94
5-10	33	6,0
≥10	0	0,0
Tomou medicamento no último ano		
Sim	504	90,8
Não	51	9,2
Última consulta médica		
Este mês		
1 a 3 meses	218	39,3
3 a 12 meses	165	29,7
Mais de 12 meses	117	21,1
55	9,9	
Motivo da consulta		
Puericultura	120	21,6
Alergia	38	6,8
Sintomas respiratórios	214	38,5
Doenças gástricas	32	5,8
Febre	42	7,6
Outros		

Os entrevistados foram questionados quanto à última consulta médica realizada no período de um ano, 39,3% referiram ter feito a última consulta em até um mês da data em que a entrevista foi realizada, 90,8% haviam tomado algum medicamento no último ano e o principal motivo das consultas foi relacionado ao aparelho respiratório (amigdalite, tosse, resfriado e alergia). Em relação ao acesso ao serviço de saúde 98,2% e 94% estavam a menos de 5 Km da Unidade e da farmácia básica respectivamente (Tabela 7).

No total foram relatados 1155 medicamentos utilizados no período anterior há um ano, com prevalência dos analgésicos e antitérmicos (30,4%), seguido pelos utilizados para afecções no aparelho respiratório (28%), anti-infecciosos de uso sistêmico (18,4%) e os utilizados para transtornos do aparelho digestivo e metabólico (11,9%). Dentre os analgésicos destaca-se o paracetamol, que representa 202 citações (Tabela 8).

Tabela 8- Classificação por grupo terapêutico dos medicamentos utilizados pelas crianças no último ano- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Grupo de medicamentos	Quantidade citada	%
Trato alimentar e metabólico	138	11,9
Analgésico e antitérmico	351	30,4
Dermatológicos	7	0,6
Anti-inflamatório	87	7,5
Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	213	18,4
Antiparasitários, inseticidas e repelentes	23	2,0
Aparelho respiratório	323	28
Outros	13	1,2
Medicamentos prescritos		
Sim	899	77,8
Não	256	22,2

Sobre o destino das sobras de medicamentos após o término do tratamento, 26,3% dos entrevistados afirmaram descartar no ambiente; 9,2% devolveram para algum estabelecimento de saúde; 16,7% disseram que não sobram medicamentos; 46,7% armazenaram em casa para uma posterior utilização; 1,1% relataram dar aos vizinhos, amigos ou parentes (Tabela 9).

Tabela 9- Destino das sobras e de medicamentos vencidos e existência de informação - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Variável	Número de citações	%
Destino das sobras de medicamentos		
Guarda para utilizar outra vez	259	46,7
Devolve a UBS ou Agente comunitário de saúde	51	9,2
Descartavam no meio ambiente	146	26,3
Não sobram	93	16,7
Dá aos vizinhos ou parentes	6	1,1
Destino dos medicamentos vencidos		
Entrega na UBS ou Agente comunitário de saúde	33	5,9
Descartavam no meio ambiente	491	88,5
Queima	12	2,2
Outro	19	3,4
Receberam informação quanto à forma de descarte		
Sim	62	11,2
Não	493	88,8

Quando interrogados quanto à utilização de plantas medicinais 73,51% relataram utilizar e 26,5% não utilizavam, destes 35,8% possuíam o ensino médio, 24,35% eram analfabetos ou possuíam o ensino fundamental incompleto, 20,3% possuíam o ensino fundamental completo e apenas 19,6% concluíram o ensino superior.

Em relação ao acesso ao serviço de saúde 73,1% freqüentavam o serviço público de saúde e 26,9% procuravam outro tipo de atendimento. Quando questionados quanto à existência de auxílio financeiro do governo 36% relataram receber (Tabela 10).

Tabela 10- Análise das variáveis sociodemográficas em relação ao consumo de plantas medicinais- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Características da população	Usa Planta	Não Usa Planta
	N=408 %	N=147 %
Escolaridade		
Analfabeto/Fundamental I	24,3	19,6
Fundamental II	20,3	19,1
Médio	35,8	42,2
Superior	19,6	19,1

Características da população	Usa Planta	Não Usa Planta
	N=408 %	N=147 %
Acesso		
Público	73,1	77,5
Privado	26,9	22,5
Renda		
≤1	40,9	41,5
1-3	40,7	42,2
3-5	10,3	8,8
≥5	8,1	7,5
Auxílio financeiro do governo		
Possui	36,0	34,7
Não possui	64,0	65,3

Quanto à utilização de plantas medicinais, 90,9% tinham o hábito de consumi-las frescas, 48% preparavam na forma de decocção e 77% referiram que o aprendizado de como preparar e utilizar as plantas medicinais foi oriunda de ensinamentos dos pais, 53,4% disseram não ter conhecimento da existência de pessoas na comunidade como benzedeiros, parteiras ou raizeiros que ensinassem ou indicavam o uso de plantas. Ao ficarem doentes 59,6% informaram que utilizavam plantas medicinais e medicamentos de maneira conjunta, 70,6% acreditavam que o medicamento era melhor que a planta e 94,4% acreditavam que a planta medicinal não fazia mal (Tabela 11).

Tabela 11- Padrão de consumo de plantas medicinais - Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Variáveis	Quantidade	%
Forma como utiliza a Planta		
Seca	37	9,1
Fresca	371	90,9
Forma como prepara		
Infusão	191	46,8
Decocção	196	48,0
Outros	52	21,0
Com quem aprendeu		
Pais	314	77,0
Parentes	65	16,0
Conhecidos	12	2,8
Escola/curso	7	1,8
Não responderam	10	2,4
Existem pessoas na cidade que ensinam a utilizar plantas medicinais		
Sim	190	46,5
Não	218	53

Variáveis	Quantidade	%
Qual é melhor		
Medicamento	288	70,6
Planta medicinal	120	29,4
Quando esta doente costuma se tratar		
Com medicamento e plantas medicinais	243	59,6
Somente com Plantas medicinais	49	12,0
Somente com medicamentos	112	27,4
Outra opção	4	1,0
Acha que planta medicinal faz mal		
Sim	19	4,6
Não	385	94,4
Não souberam responder	4	1

No que se refere ao grupo de plantas relatadas foram mencionadas 75 plantas e, destas, as 21 mais citadas (com nove citações ou mais) foram organizadas com seus respectivos nomes científico e popular, família e indicação científica ou etnobotânica (Tabela 12).

Tabela 12- Plantas medicinais mais utilizadas pelos entrevistados e indicação científica ou etnobotânica de uso- Municípios do Vale do Jequitinhonha (MG), Brasil, 2013.

Família	Espécie	Nome popular	Algumas indicações de uso consagrado na literatura etnobotânica ou com estudos científicos*	Nº de citações da planta pelos entrevistados
Apiaceae	<i>Foeniculum vulgare</i> Mill.	Funcho	carminativa, digestiva, emenagoga	43
	<i>Pimpinella anisum</i> L.	Erva doce	carminativa, expectorante	11
Asteraceae	<i>Achyrocline satureioides</i> (Lam.) DC.	Macela, macelinha, macelica	digestiva (estomacal, hepática, intestinal), tratamento de diarreia e gripe	34
	<i>Matricaria recutita</i> L.	Camomila	Ansiolítica, antiinflamatória, carminativa, digestiva, emenagoga	22
	<i>Mikania glomerata</i> Spreng, <i>M. cordifolia</i> (L.f.) Willd., <i>M. hirsutissima</i> DC.	guaco	Broncodilatadora, expectorante	35
Lamiaceae	<i>Mentha arvensis</i> L.	Vique	Antidispéptica, antigripal	14
	<i>Mentha citrata</i> Ehrh.	Elevante	Vermífuga	18
	<i>Mentha pulegium</i> L.	Poejo	Carminativa, tratamento de amenorréia, gota e resfriado	144

Família	Espécie	Nome popular	Algumas indicações de uso consagrado na literatura etnobotânica ou com estudos científicos*	Nº de citações da planta pelos entrevistados
Lamiaceae	<i>Mentha x piperita</i> L.	Hortelã	Antimicrobiana, colagoga, colerética, digestiva, espasmolítica	277
	<i>Lavandula angustifolia</i> Mill.	Alfazema	Antiespasmódica, antimicrobiana, digestiva, sedativa	14
	<i>Ocimum basilicum</i> L.	Manjeriço	Digestiva, espasmolítica, febrífuga, tratamento de infecções bacterianas e de parasitoses intestinais	12
	<i>Ocimum gratissimum</i> L., <i>O. selloi</i> Benth.	Alfavaca	Carminativa, digestiva	9
	<i>Origanum vulgare</i> L.	Manjerona	Analgésica, carminativa, digestiva, espasmolítica, estimulante do SNC e da atividade uterina, expectorante, sudorífica	15
	<i>Plectranthus barbatus</i> Andrews, <i>P. grandis</i> (L.H. Cramer) R. Willemse, <i>P. neochilus</i> Schltr.	Boldo	Tratamento de problemas digestivos e hepáticos	36
	<i>Rosmarinus officinalis</i> L.	Alecrim	Carminativa, emenagoga, estimulante e tônica do bulbo capilar, hepatoprotetora	23
Malvaceae	<i>Gossypium barbadense</i> L.; <i>G. hirsutum</i> L.	Algodão	Cicatrizante, tratamento de amenorréia e de disenteria	10
Plantaginaceae	<i>Plantago major</i> L.	Tansagem	Diurética, expectorante, laxante	31
Phyllanthaceae	<i>Phyllanthus corcovadensis</i> Mull. Arg.; <i>P. niruri</i> L.	Quebra-pedra	Tratamento de litíase renal e de diabetes	12
Poaceae	<i>Cymbopogon citratus</i> (DC.) Stapf.	Capim-cidreira	Antimicrobiana, calmante, espasmolítica	15
Rutaceae	<i>Citrus aurantium</i> L.	Flor de laranjeira	Carminativa, digestiva, diurética, expectorante, hipotensora, sedativa	18
	<i>Citrus limon</i> (L.) Osbeck.	Limão	Anti-disentérica, anti-gripal, diurética, tratamento de congestão dos brônquios	21

Fonte: Alonso, 2008; Barros et al., 2007; Brandão, 2010; Lorenzi & Matos, 2002.

6 DISCUSSÃO

A prevalência do consumo de medicamentos em crianças de zero a 14 anos de idade estimada no presente estudo foi de 56,57%, com base em informação da mãe sobre um período recordatório de 15 dias, semelhante a outros estudos brasileiros nos quais variou de 48 a 56% (BERIA et al., 1993; MORAES et al., 2013). Estudo realizado nos Estados Unidos (VERNACCHIO et al., 2009) demonstraram prevalência semelhante utilizando período recordatório de sete dias. Os métodos utilizados em outros estudos devido à heterogeneidade dificultam a comparação dos dados, pois a faixa etária investigada e o período recordatório têm variação nos diferentes trabalhos, assim como a origem do uso dos medicamentos.

Enquanto alguns estudos investigaram o uso de medicamentos por indicação médica (STRAAND; ROKSTARD; HEGGEDAL, 1998) outros avaliaram o uso por automedicação (PEREIRA et al., 2007; DU Y; KNOPF, 2009). Algumas características da amostra deste estudo precisam ser levadas em conta na comparação com dados da literatura, uma vez que as condições socioeconômicas são determinantes conhecidos do consumo de medicamentos (BERTOLDI et al., 2004; ARRAIS et al., 2005). Portanto, ao interpretar esses dados, deve-se considerar que a população estudada é residente em uma grande área geográfica do norte de Minas Gerais, pouco heterogênea em relação ao IDH, que trás informações quanto a expectativa de vida ao nascer; acesso ao conhecimento; média de anos de estudo e anos esperados de escolaridade; um padrão de vida decente; medido pela Renda Nacional Bruta com base na Paridade de Poder de Compra por habitante (IPEA, 2013).

No presente estudo, as variáveis relacionadas às características sociodemográficas e econômica das crianças e seus responsáveis não apresentaram associação com o consumo de medicamento, provavelmente estão associados à baixa renda familiar mensal, considerada como determinante de consumo de medicamento (ARRAIS et al., 2005). Quando a renda é igual ou acima de três salários mínimos consomem-se 1,3 vezes mais medicamentos do que aquelas com renda igual ou inferior a três salários. Além disso, a amostra foi restrita à área urbana de 20 municípios que apresentam baixo IDH, renda familiar acrescida do programa Bolsa Família do Governo Federal e atendidas pelo serviço público de saúde (IPEA, 2013).

Conforme informado pelas mães, 69,42% dos medicamentos consumidos haviam sido prescrito por médicos e 30,57% por decisão delas próprias. Conforme já constatado (BRICKS; LEONE, 1996) observou-se uma predominância da administração dos medicamentos não prescritos às crianças pelas mães. Tal atitude tem sido atribuída a papéis sociais tradicionalmente delegados a elas, dentre eles, o de prover a saúde da família.

Os dez medicamentos mais utilizados constituíram 77,16% do total, com a predominância de analgésicos/ antitérmicos, descongestionantes, xaropes iodados, expectorantes e mucolíticos. E mesmo na Suécia tem um rígido controle na comercialização de fármacos, em um estudo realizado em criança os dez fármacos mais utilizados constituem 70% do total, semelhante ao encontrado neste estudo (AL-WINDI; ELMFELDT; SVÄRDSUDD, 2004).

Os analgésicos/antitérmicos são freqüentemente utilizados em crianças, provavelmente devido ao fato de a febre ser uma manifestação comum, bem como à banalização do emprego dessa categoria de medicamentos pela venda livre. Embora medicamentos como paracetamol e dipirona sejam analgésicos e antipiréticos relativamente seguros para o uso em crianças, respeitando as doses adequadas, o uso crônico e abusivo deve ser coibido (BRICKS' 2003).

O paracetamol e o ibuprofeno estão na lista de medicamentos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2013) para infância. A segurança da dipirona, analgésico/antitérmico de baixo custo e integrante da lista de medicamentos do Programa Farmácia Popular, tem sido questionada em várias partes do mundo. Resultados do Latin study, estudo de caso-controle multicêntrico realizado em sete locais do Brasil, dois na Argentina e outro no México, apontam para baixa incidência de anemia aplástica (1,6 casos por 1 milhão de habitantes/ano) e ausência de associação com dipirona (MALUF et al., 2009).

Como a dipirona é largamente usada em alguns países para tratar pacientes com tipos diferentes de dor (dor no pós-operatório, cólica, dor do câncer, cefaléia, migrânea, etc), é necessário conduzir revisões sistemáticas para avaliar seus benefícios e danos. Estudo sobre a qualidade dos produtos contendo dipirona comercializados no Brasil revela desvios de qualidade no teor do fármaco e nas informações presentes na embalagem e em bulas de medicamentos, principalmente dos similares (KNAPPMANN; MELO, 2010) chamando a atenção para a necessidade de maior vigilância, no Brasil.

Entre os medicamentos com ação no trato respiratório, os mais utilizados foram os antihistamínicos, fármacos para tosse e expectorantes e as preparações nasais. Diversas revisões sistemáticas têm revelado que não existem evidências suficientes de que estes medicamentos apresentam benefício superior ao placebo no tratamento de sintomas gerados por infecções respiratórias das vias áreas superiores, como congestão nasal e rinorreia associados a resfriado comum (DE SUTTER; LEMIENGRE; CAMPBELL, 2009) e tosse aguda (SUSAN; SMITH; FAHEY, 2011).

Embora alguns dos medicamentos para o trato respiratório como dexclorfeniramina e a associação bronfeniramina e fenilefrina sejam contraindicados para crianças menores de dois

anos, verifica-se que cerca de 17,18% das que usaram esses medicamentos estavam nesta faixa etária (PITREZ; PITREZ, 2003; DRUGDEX®, 2010; MORAES et al., 2013). Além dos efeitos adversos intrínsecos de cada substância ativa, existem outros fatores que podem torná-los potencialmente perigosos para esse grupo etário, incluindo a interpretação incorreta da dose ou do intervalo entre doses, o uso de medidas inadequadas de dosificação, ou ainda a administração simultânea de vários medicamentos, com o intuito de obter maior alívio dos sintomas (MORAES et al., 2013; WHO, 2013).

Os antibióticos representam o segundo subgrupo mais utilizado pela amostra investigada. Em diversos estudos (SANTOS; BARRETO; COELHO, 2009; CLAVENNA; BONATI, 2009) os antibióticos aparecem na lista dos medicamentos mais utilizados por crianças, principalmente naqueles com medicamentos prescritos (BÉRIA et al., 1993). Sabe-se que as principais infecções de vias respiratórias são as responsáveis por grande parte de prescrições ambulatoriais de antimicrobianos revelando o uso previsto de antibióticos (OLIVEIRA et al., 2010). Dentre os antibióticos mais estudados a amoxicilina foi o mais utilizado pelas crianças. Resultado similar foi verificado por outros investigadores (VERNACCHIO et al., 2009). A amoxicilina é citada em diretrizes internacionais como primeira escolha de tratamento para as infecções mais comuns da infância, como a otite média aguda, faringo-amigdalite e sinusite (SANTOS; BARRETO; COELHO, 2009).

Atualmente, regulamentações da Food and Drug Administration (FDA), que incentivam a inclusão de crianças em pesquisas clínicas, vêm aumentando os estudos de segurança e eficácia dos fármacos para crianças, como também as estratégias políticas para a redução dos riscos e propostas de farmacovigilância para serem implementadas durante o ciclo de vida do medicamento (FERREIRA et al., 2012). Entretanto, apesar das evidências que tendem a resultar na melhora da padronização de medicamentos na Pediatria, há ainda poucas informações sobre a extensão do uso de medicamentos “off-label” em crianças hospitalizadas, dos tipos de medicamentos mais frequentemente prescritos e das características dos pacientes que recebem esses medicamentos (SANTOS et al., 2008).

Todos os medicamentos utilizados para o tratamento de crianças devem ser submetidos ao processo de licenciamento para assegurar a qualidade, a segurança e a eficácia nessa faixa etária. Os quatro medicamentos mais usados na amostra analisada (paracetamol, amoxicilina, dipirona e ibuprofeno) possuem uma boa documentação para o uso pediátrico, embora a indicação não seja recomendada em algumas faixas etárias (PITREZ; PITREZ, 2003; DRUGDEX®, 2010; MORAES et al., 2013). Por outro lado, os medicamentos para o

trato respiratório apresentam poucas evidências de eficácia, conforme discutido anteriormente.

Apesar dos benefícios que a indústria farmacêutica proporciona no desenvolvimento de medicamento para adultos é importante enfatizar que a motivação econômica não se destaca para os de uso pediátrico. O reduzido mercado dos medicamentos em Pediatria, comparativamente a outros grupos etários, como os adultos e os idosos, além das dificuldades inerentes à realização de ensaios clínicos em crianças, torna o desenvolvimento destes, pouco atrativo à indústria farmacêutica (COSTA; REY; COELHO, 2009).

Os países desenvolvidos e em desenvolvimento estão implementando políticas básicas para promover uso racional de medicamentos, investindo em programas visando reduzir o desperdício e o uso irracional (ZARGARZAD; TAVAKOLI; HASSANZADEH, 2005; ALJINOVIC-VUČIC; TRKULJA; LACKOVIC, 2005; HOGERZEIL, 1995). Dessa forma, conhecer o padrão de armazenamento e de consumo de medicamentos, incluindo populações pediátricas, pode ser de grande valia em farmacoepidemiologia (LAPORTE, 1993).

Mesmo diante de diferentes metodologias empregadas, os resultados do presente estudo mostraram algumas similaridades quando comparados aos realizados no Brasil e em outros países. Neste estudo, foi verificado que a prevalência da prática de estocar medicamentos na farmácia caseira foi de 56,57%, resultado semelhante observado em residências de Porto Alegre, totalizando 97% na população urbana e no Sudão, aproximadamente 97,7% (SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005; YOUSIF, 2002).

No entanto, o presente estudo é inédito pelo fato de ter encontrado um estoque de medicamentos essenciais adquiridos no setor público, do total de medicamentos consumidos, 30,57% foi por automedicação realizada pela mãe e 69,42% foram por prescrições médicas.

Vale lembrar que segundo Aquino (2008) pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil através de automedicação, entretanto, uma das razões, é porque não encontra disponibilidade dos serviços de saúde mais acessíveis. Este estudo aponta que será necessário estimular a realização de pesquisa para estudar a falta de profissionais e da intensa migração na região, em especial enfermeiro, farmacêutico e médico, que venha a contribuir para definição de ações e serviços para viabilizar o uso racional de medicamentos.

Tal fato justifica o acompanhamento dos profissionais de saúde, diante das prescrições quando necessário. Bem como para orientar os benefícios e riscos da automedicação, quando ocorrer o reaparecimento de sintomas agudos em situações que a mãe utilize sobras de tratamento anteriores ou readquira os mesmos com prescrições já existentes.

O percentual de medicamentos essenciais estocados foi alto, em conformidade com a lista da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (Brasil 2012), com diferenças em relação à Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças (LMEC, 2013) da OMS (2013). Ao abordar este aspecto deve ser destacado que de acordo com o estudo de Coelho, et al. (2013), dos 261 medicamentos presentes na LMEC, 30,3% não estavam presentes na RENAME, 11,1% estão sem qualquer formulação pediátrica, e 32,3% estão presente em alguma, mas não todas as formulações listadas na LMEC.

Uma possível solução seria a elaboração de uma lista específica de medicamentos essenciais para crianças no Brasil, esse instrumento poderia fazer parte de uma política para estimular o desenvolvimento e a produção de medicamentos para crianças no país. É notório que a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos pediátricos, exceto medicamentos para doenças comuns, como infecções leves e para asma, não são objeto de interesse para a indústria farmacêutica.

Deve-se considerar que os medicamentos não licenciados para uso pediátrico, merecem uma atenção maior, pelas mães e pelos prescritores. As informações sobre a segurança e eficácia ainda não estabelecidas cientificamente, estão constantes nas bulas, a fim de garantir que as prescrições sejam baseadas em evidências de segurança e eficácia, adequadas à faixa etária (BAIARDI et al., 2010). Portanto, quanto maior exposição aos medicamentos, por automedicação ou prescrição, especialmente em crianças menores de dois de anos, época de maior desenvolvimento e imaturidade dos órgãos, os tornam mais vulneráveis às reações adversas, aumentando os riscos de sequelas, bem como a necessidade de outras intervenções durante ou após o tratamento.

Acredita-se que medidas como a distribuição das bulas, conforme recomendado pela RDC n.47/2009, bem como a conscientização dos pacientes pelos profissionais de saúde da importância da leitura, reforçariam as instruções de tratamento e compreensão sobre pontos fundamentais, como indicações e contraindicações, modo de usar e interações medicamentosas, capacitando-os no autocuidado e na obtenção de melhores resultados terapêuticos.

Em um estudo realizado por Moraes et al. (2013), no Sul do Brasil, afirmam que entre os dez medicamentos mais utilizados, seis apresentaram restrições de faixa etária em pediatria. Neste sentido, poderia ser desejável que a Atenção Primária a Saúde e a Farmácia Pública, disponível para a população estudada, tomem iniciativas de proporcionar a seleção e o uso racional de medicamentos de para as crianças.

Quanto à composição da farmácia caseira, a maioria dos entrevistados mostrou os medicamentos que possuía em casa e as entrevistas foram realizadas no período de inverno, o que pode ter influenciado nesta amostra, pois alguns medicamentos são característicos de sintomas e doenças predominantes nesse período, analgésico 55,94%, anti-histamínico 10,18%, pra uso em afecções do aparelho respiratório 7,27% e pôr os antibióticos 3,63%.

Armazenar medicamentos nos cômodos é comum, com variações no que se refere ao cômodo preferencial como a cozinha, neste estudo como no sul do Brasil (SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005) ou em refrigeradores na cozinha no Irã (ZARGARZADEH; TAVAKOLI; HASSANZADEH, 2005), possivelmente refletindo aspectos culturais regionais. No entanto, armazenar medicamentos na cozinha e banheiro pode determinar riscos de alterações físico-químicas por exposição a fontes de calor, frio, umidade e luz solar, além dos riscos de contaminação por produtos químicos e saneantes (TOURINHO et al., 2008). Deve-se, evitar o banheiro com partes quentes e úmidas (FERNANDES; PETROVICK, 2004), e locais da casa com alta exposição ao sol como a cozinha, onde são preparados os alimentos, favorecendo o aumento da temperatura. Conforme Wells (2005), um aumento de 10°C na temperatura provoca aumento de duas a cinco vezes na degradação de fármacos.

Verificou-se que os medicamentos estavam armazenados em recipientes pouco seguros 27,74% em caixas de papelão, sendo 27,92% de fácil acesso a crianças. Tal achado é comparável a outros estudos (SCHENKEL; FERNANDÉS; MENGUE, 2005; YOUSIF, 2002; ALJINOVIC-VUČIC; TRKULJA; LACKOVIC, 2005), indicando a importância da efetivação de programas regulares de prevenção de acidentes no lar e da obrigatoriedade legal do uso de embalagens de medicamentos com tampas de segurança (RODGERS, 1996).

Em virtude da maioria das exposições tóxicas ocorrerem em crianças com idade menor que 6 anos, de forma não intencional e de baixa toxicidade (BUCARETCHI; BARACAT, 2005), a ingestão de apenas 2 comprimidos de bloqueadores de canal de cálcio como nifedipina ou anlodipino, por exemplo, podem ocasionar séria morbidade e, eventualmente, óbitos nessa faixa etária, indicando o risco que o descaso com a estocagem segura dessas apresentações pode determinar (RANNIGER; ROCHE, 2007).

Os medicamentos na farmácia domiciliar eram de prescrição médica, exceto os analgésicos/antipiréticos, que são de venda livre, além dos medicamentos prescritos para situações anteriores, diversos com o prazo de validade expirado e sem bulas originais. Os antibióticos para uso sistêmico constituíram o 3º principal grupo de medicamentos armazenados e em estudo de Pereira et al. (2007) foi o 2º de maior consumo, mais freqüentemente encontrado nos domicílios. O uso irracional de antibióticos pode ocasionar o

aparecimento de reações adversas, tratamento parcial de uma infecção vigente, superinfecção e aumento da resistência a antimicrobianos (OMS, 2002b).

A maioria dos medicamentos utilizados pelas crianças sem prescrição médica (30,57%) foi dada por indicação da própria mãe, que informou ter administrado de acordo com orientação médica anterior. No grupo de analgésicos e antitérmicos Bricks; Leone (1996) afirma que são consumidos por crianças de forma não racional. Sendo assim, neste estudo observou-se que o grau de instrução pode favorecer ao consumo de medicamentos. Embora pouco estudado, há indicações que quanto menor o nível de instrução, maior o risco em relação à quantidade de medicamentos estocados e a prática da automedicação (YOUSIF, 2002), à semelhança do que observamos.

Em virtude do desenvolvimento econômico, tecnológico e social, vem aumentando o grau de complexidade na questão do gerenciamento dos resíduos produzidos pela atividade humana, devendo ser adequado, favorecendo tanto a segurança de profissionais de saúde e comunidade, quanto à preservação ambiental (ZAMONER, 2008). Conforme Iob et al. (2013) a questão dos medicamentos e o desenvolvimento da indústria farmacêutica, ocasionou mudanças importantes no perfil de utilização desses em todo o mundo. Em relação a essa mudança no padrão de utilização é importante ressaltar que conforme informações da M2 Farma (2013), o comércio brasileiro de medicamentos deve movimentar R\$ 70 bilhões em 2013, montante este 12% maior do que em 2012.

Pode-se dizer que a condição de saúde está relacionada com o contexto socioambiental neste sentido, a RDC nº 306/2004 (BRASILb, 2004) regulamenta que os resíduos gerados pelos serviços de assistência domiciliar devem ser acondicionados, identificados e recolhidos pela unidade de Atenção Primária à Saúde (APS). Atitude esta pouco realizada e necessita de discussão, por meio do serviço de enfermagem na mobilização coletiva para minimizar o uso excessivo de medicamento pela população.

No presente estudo observou-se facilidade acesso aos serviços da APS facilitado pela distribuição geográfica, sendo estes importantes determinantes, para a promoção e educação em saúde, fatores fundamentais, para que as pessoas obtenham o cuidado e reduzam a existência de desigualdades. Assim, a renda, educação, condições de moradia, saneamento básico explicam o padrão de utilização de serviços de saúde pela população. A utilização de serviços de saúde no Brasil evoluiu no sentido de uma maior equidade horizontal, onde as pessoas com as mesmas necessidades de saúde têm acesso semelhante aos serviços (MACINKO; LIMA-COSTA, 2012).

Há de se considerar que, a participação da sociedade civil em parceria com a APS e com a Vigilância Sanitária, é fundamental na promoção da saúde como ação de cidadania centrada no enfoque do risco. Segundo os princípios do SUS, o município é o espaço das ações de práticas de saúde. Assim sendo, a Vigilância Sanitária tem sido descentralizada e municipalizada, o que representa uma possibilidade de parceria com a APS para garantir o destino final de medicamentos (MORETTI et al., 2010).

A manutenção de um estoque domiciliar de medicamentos é aumentada devido à frequência de uso, a facilidade de aquisição e a publicidade. São fatores que exigem a promoção do uso racional, reorientando práticas e desenvolvendo um processo educativo para a equipe de saúde e para o usuário (FERNANDES; PETROVICK, 2004).

É preciso acrescentar que o Brasil é um grande consumidor de medicamentos, estima-se que cerca de 20% deste montante seja lançado na rede de esgotamento sanitário ou no lixo doméstico (SERAFIM et al., 2007). Como consequência tem identificado a presença de fármacos, tanto nas águas, como no solo. Como exemplo, foram identificados 36 fármacos diferentes em diversos rios da Alemanha e 18 fármacos em 8 estações de tratamento de esgoto ao longo dos rios Po e Lombo na Itália (FALQUETO; KLIGERMAN, 2013).

Embora os efeitos tóxicos decorrentes da exposição ambiental dos fármacos ainda não estejam totalmente claros, os antibióticos, que dispostos inadvertidamente na natureza, são responsáveis pelo desenvolvimento de bactérias resistentes à terapêutica atual. Também merecem destaque os estrogênios pelo seu potencial de afetar adversamente o sistema reprodutivo de organismos aquáticos e a feminização de peixes machos em rios contaminados com descarte de efluentes de estação de tratamento de esgoto (BILA; DEZOTTI, 2005).

Assim, torna-se necessária uma gestão de resíduos de medicamentos que vise diminuir o descarte inadequado, sendo importantes, ações como a promoção do uso racional e o fracionamento de medicamentos. Dessa forma, a nova Política Nacional de Promoção de Saúde compreende a intersetorialidade como uma articulação entre os distintos setores no pensar a questão complexa da saúde, assumir a corresponsabilização pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania e mobilizar-se na formulação de intervenções para a melhoria da qualidade de vida da população conforme descrito por Moretti et al. (2010).

Neste estudo, foi comprovado que 46,7% dos entrevistados guardam medicamentos em casa para uma nova utilização. Mesma conduta foi observada por Bueno et al. (2009) e Job et al (2013) com 36,6% e 40,3% respectivamente das pessoas analisadas relataram guardar o medicamento para uma nova utilização. Essa conduta pode gerar o uso inadequado, decorrente de patologias com sintomas semelhantes causando intoxicações (SINTOX, 2011).

O descarte no ambiente foi relatado por 22,9% e 3,4% que disseram desprezar o medicamento no lixo seco e úmido respectivamente, conforme o Sintox (2011) esta conduta pode resultar em contaminação da água e solo ou ainda permitir o acesso de crianças e animais domésticos causando possíveis intoxicações.

Em relação ao descarte medicamentos vencidos, neste estudo, 88,5% disseram realizar o descarte no ambiente, no entanto, Bueno et al. (2009) afirmam 72,8% e para Gasparini et al. (2011) 61,35%. Foi possível observar que a maioria dos entrevistados descarta de maneira diferente os medicamentos vencidos dos ainda válidos, o que evidencia a carência de informação quanto aos danos que o descarte incorreto pode causar no ambiente.

Esta necessidade é comprovada, uma vez que 88,8% referiram que nunca receberam orientação sobre a forma correta de descartar medicamentos. Tal achado é comparável a outros estudos, sendo que segundo Iob et al. (2013) 86,6% referiram que nunca receberam orientação de como descartar medicamentos presentes em casa. Outro estudo mostrou que 88,16% dos entrevistados afirmam não ter recebido qualquer tipo de informação sobre descarte e armazenamento de medicamentos nos domicílios (BUENO et al., 2009). Gasparini et al. (2011) obtiveram resultado 84,55% para o mesmo questionamento e afirmaram que o descarte inadequado é feito pela maioria das pessoas por falta de informação e divulgação sobre os danos causados pelos medicamentos ao meio ambiente. Pode-se perceber que o nível de informação, foi baixo possível motivo para o descarte não ser feito de forma adequada.

Os resultados obtidos mostraram que há um grande número de domicílios onde se acumulam medicamentos, mesmo esta população, na maioria, dependente do SUS. Percebe-se que o medicamento mantém lugar de destaque, sendo muito utilizado no alívio de dores, sobretudo por automedicação, o que vem crescendo e preocupando os profissionais da saúde.

Neste estudo o uso de plantas medicinais chama a atenção pelo elevado percentual (73,51%) de utilização. Mesmo que as evidências de segurança ou efetividade de terapias complementares sejam escassas, se comparadas à terapêutica convencional, tais produtos são geralmente considerados seguros e/ou naturais pelos pais, que os administram aos seus filhos com ou sem ciência do médico (GENTIL; ROBLES; GROSSEMAN, 2010).

A utilização do poder curativo das plantas é um dos principais recursos terapêuticos utilizados pela humanidade desde as primeiras civilizações. Atualmente acredita-se que esse cuidado seja favorável à saúde humana, desde que realizados de maneira racional (BADKE et al., 2011). Neste estudo, foi verificado que 73,51% relataram utilização de plantas medicinais. Estes resultados corroboram com a afirmação de Almassy Junior (2004) em que o uso de

plantas medicinais é valorizado deixando de ser costume de zona rural e chegando as cidades como alternativa ao tratamento convencional, sendo uma forma de tratamento completar.

A partir do levantamento realizado, foi possível traçar o perfil socioeconômico e o acesso ao serviço de saúde da população estudada. Quanto à escolaridade, predominou os que cursaram o ensino médio 35,8%, diferindo de estudo realizado por Souza et al. (2013) em área urbana de Campina Grande, Paraíba (IDH 0,72, com renda de 1 a 2 salários mínimos), que evidenciou uma maior utilização de plantas medicinais pela população com ensino fundamental incompleto (49,9%). Mesmo diante do fato da amostra deste estudo ser restrita à área urbana dos 20 municípios, com um baixo IDH, 73,1% referiram procurar atendimento público. Este estudo, sugere verificar as possibilidades de investigar as potencialidades da população quanto ao uso de plantas medicinais e para contribuir com a implantação da Política de Plantas Medicinais e Fitoterápicos e Práticas Integrativas e Complementares.

Quanto à renda familiar 81,6% dos entrevistados estavam com menos de três salários mínimos, sendo esta acrescida do Programa Bolsa Família do Governo Federal em 36%; esses entrevistados utilizaram plantas medicinais. Os resultados corroboram aos encontrados por Arnous et al. (2005) em estudo realizado no município de Datas - MG, no qual verificou que 72,0% dos entrevistados apresentavam baixa renda e a utilização de plantas como uma alternativa de tratamento de baixo custo.

Ao analisar o padrão de utilização das plantas medicinais, como alternativa terapêutica para diferentes problemas de saúde, em seu cotidiano 75,5% relataram utilizar as plantas com frequência, resultados superiores aos encontrados por Brasileiro et al. (2008) em estudo realizado no município de Governador Valadares-MG, que verificaram que 36,47% dos entrevistados utilizam plantas medicinais com frequência, 55,47% utilizam raramente e apenas 8,0% não utilizavam. No entanto, a divergência dos resultados obtidos neste trabalho se justifica pelo fato de que a população estudada foi aquela que busca o SUS e possui menor nível de escolaridade e renda, como observado por Costa; Facchini (1997).

Neste estudo, foram identificadas duas maneiras predominantes de preparo da planta, 48% apontam a preparação na forma de decocção, 46,8%, na forma de infusão e uma pequena parcela, 5,2%, utilizaram outros métodos como sumo ou maceração. Em estudo realizado por Arnous et al. (2005) o processo citado pela maior parte dos entrevistados foi a decocção.

Segundo os dados levantados no presente estudo, o predomínio das informações sobre a utilização de plantas medicinais é proveniente do saber familiar (77%), resultados semelhantes foram encontrados por Santos et al. (2009) e por Marinho et al. (2011), em que 85% dos entrevistados afirmaram que o aprendizado sobre o uso das plantas medicinais foi

adquirido por intermédio dos pais. Sendo assim, a medicina popular é um saber fundamentado na transmissão oral de conhecimentos das famílias (SOUZA et al., 2013).

Um ponto importante, é que dos informantes que utilizaram plantas, 94,4% acham que não faz mal, que são destituídas de efeito adverso e não apresentam contra indicações e 59,6% relataram que, estando doentes, usam as plantas em associação com medicamentos. Resultado semelhante foi encontrado por Rosa et al. (2012) em estudo realizado em Santa Catarina, comprovou o uso de plantas medicinais junto com medicamentos para 93,1% dos participantes. Ressalta-se que a interação entre drogas e plantas medicinais pode diminuir ou potencializar os efeitos de ambos (ALEXANDRE et al., 2008). Contradizer esse costume é difícil, pois os relatos científicos de intoxicações e efeitos colaterais relacionados com o uso de plantas medicinais são informações pouco acessíveis aos usuários do serviço público de saúde, já que na maioria são de baixa escolaridade e acervo cultural (SILVEIRA; BANDEIRA; ARRAIS, 2008).

Foi observado ainda que 90,7% obtiveram as plantas dos próprios quintais e 90,9% tem o hábito de consumi-las frescas. Resultado semelhante foi encontrado por Brasileiro et al. (2008) onde 547 pessoas responderam que obtinham as plantas em plantações próprias. Estes dados retratam o fato de que a utilização de plantas medicinais é facilitada pela obtenção das mesmas, já que são cultivadas pelos próprios usuários e preparadas frescas.

Das 21 espécies mais citadas, a maioria (dez) pertence à família Lamiaceae, reconhecida pela marcante presença de óleos essenciais, sendo plantas aromáticas (SIMÕES et al., 2007). Dentre as espécies mais citadas pelos entrevistados, *Cymbopogon citratus* (capim-cidreira), *Foeniculum vulgare* (funcho), *Gossypium barbadense* e *G. hirsutum* (algodão) *Mentha pulegium* (poejo) e *Ocimum gratissimum* (alfavaca) são subespontâneas e não endêmicas da flora brasileira, de acordo com Forzza et al. (2010), As plantas subespontâneas são aquelas que, oriundas de outras regiões do planeta, se instalam em um país sem a interferência deliberada do homem Somente as espécies *Achyrocline satureioides* (macela ou macelica), *Mikania* sp (guaco) e *Phyllanthus* sp (quebra-pedra) são nativas do Brasil e não endêmicas. As demais espécies citadas pelos entrevistados, inclusive a mais citada, hortelã – *Mentha x piperita* (com 277 citações) –, são espécies exóticas e adaptadas ao cultivo no Brasil. Muitas plantas nativas do Cerrado (bioma predominante na região estudada) tem cultivo difícil em quintais, sendo assim, explica-se porque a maioria das plantas citadas pelos entrevistados são exóticas, essas plantas são tradicionalmente empregadas na região, uma vez que um estudo anterior realizado no município vizinho de Datas (MG) indicou várias dessas espécies como largamente cultivadas nos quintais e utilizadas com fins medicinais

(ARNOUS et al., 2005). Em trabalhos deste tipo é importante a identificação botânica da planta, já que ocorre a designação do mesmo nome popular para diferentes espécies vegetais dificultando a identificação das mesmas (PENSO, 1980).

No presente estudo, foi possível observou-se que a maioria dos entrevistados 53,4% não conhecia pessoas da comunidade como raizeiros, benzedeiros e parteiras que indicavam a utilização de plantas medicinais, e conforme Dantas e Guimarães (2006) estas pessoas são importante na divulgação, transmissão e manutenção do conhecimento popular sobre plantas medicinais principalmente as oriundas do ecossistema local. Chamando a atenção para uma possível redução no costume de utilização das plantas típicas do cerrado e perda deste cultura pela população da região.

Algumas limitações do deste estudo devem ser consideradas. O inquérito domiciliar está sujeito a vieses por parte dos entrevistadores e dos entrevistados, os quais nem sempre são passíveis de controle. O período em que foi realizada a coleta de dados, abril a julho de 2013, coincidiu com a estação de inverno na região, quando aumentou a incidência de viroses e infecções respiratórias, podendo ter contribuído para o consumo mais elevado de algumas classes terapêuticas como, por exemplo, analgésicos, antitérmicos, antibióticos, antitussígenos, expectorantes, mucolíticos e antiasmáticos (PITREZ; PITREZ, 2003).

Na presente pesquisa, para padronização da coleta de dados, foram adotados alguns procedimentos para minimizar o viés de memória, incluindo o período recordatório de 15 dias para avaliar a utilização de medicamentos nas crianças e solicitação da apresentação da embalagem e/ou receita dos medicamentos consumidos.

7 CONCLUSÃO

Neste estudo pode-se observar que a prevalência encontrada corrobora aos resultados da literatura, que indicam consumo elevado de medicamentos na população infantil. É importante também compreender que o consumo de medicamento parece estar condicionado à baixa renda com acesso garantido pelo poder público. Os resultados obtidos mostraram que há um grande número de domicílios onde se acumulam medicamentos, mesmo sendo a população, na maioria, dependente do SUS.

Dessa forma, o medicamento mantém lugar de destaque, sendo muito utilizado no alívio de dores, principalmente por automedicação. Denotando, a necessidade de pesquisas na área, visando o uso racional, capacitação dos profissionais, adequação das embalagens dos medicamentos e o incentivo a adesão ao tratamento. Sendo imprescindível a realização de medidas de educação em saúde na tentativa de instruir a população quanto à forma correta de descarte, promovendo assim redução do desperdício, de danos ao meio ambiente e consequentemente economia financeira.

Em relação à utilização de plantas medicinais, verificou-se ser comum nos municípios estudados, principalmente quando relacionado às características sociodemográficas locais como a baixa renda, escolaridade e acesso ao serviço público de saúde. Tais atitudes apontam para a utilização de plantas como uma alternativa complementar aos tratamentos de saúde.

Diante do expressivo número de plantas relatadas, nota-se a importância em se realizar pesquisa etnobotânica na região que promova a valorização do conhecimento tradicional (em especial das plantas nativas) e identifique os principais motivos de uso dessas pela população. Constata-se a necessidade de um domínio desse saber pelos profissionais de saúde, uma vez que a utilização de plantas medicinais deve ser estudada e aperfeiçoada para ser realizada com segurança e eficácia. A equipe de saúde deve buscar integrar o saber popular ao saber científico, valorizar a cultura local e promover de maneira integral a oferta de cuidados, de forma que consiga através disso aumentar a proximidade com o usuário ao serviço de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. ANVISA. Ministério da Saúde. Brasil. **Como a Anvisa vê o uso off-label de medicamentos**. Brasília, 2005. Disponível em: 7. <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/registro/registro_offlabel.htm> Acesso em: 06/01/13.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Resolução-RDC n.47 de 8 de setembro de 2009. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 9 set. 2009a. Seção1, p.31-36.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Guia de redação de bula. Brasília: ANVISA, 2009b. 10f. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/medicamentos/bulas/guia_redacao.pdf>. Acesso em: 1 fev. 2014.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Descarte de Medicamentos. 2013**; Disponível em: <[http://189.28.128.179:8080/descarte medicamentos](http://189.28.128.179:8080/descarte%20medicamentos)>. Acesso em: 1 fev. 2014.

ALEXANDRE, R.F. et al. Interação entre fármacos e medicamentos fitoterápicos a base de ginko ou ginseng. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v.1, n.18, p.117- 26, 2008.

ALJINOVIC–VUČIĆ, V.; TRKULJA, V.; LACKOVIC, Z. Content of home pharmacies and self-medication practices in households of pharmacy and medical students in Zagreb, Croatia: findings in 2001 with a reference to 1977. **Croat Med J**,v. 46, p.74–80, 2005.

ALMASSY JÚNIOR, A.A. **Análise das características etnobotânicas e etnofarmacológicas de plantas medicinais na comunidade de Lavras Novas, Ouro Preto-MG**. 2004. p. 130, Tese (Doutorado em Fitotecnia) - Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, 2004.

ALONSO, J.R. **Fitomedicina – curso para profissionais da área da saúde**. São Paulo: Pharmabooks, 2008.

AL-WINDI, A.; ELMFELDT, D.; SVÄRDSUDD, K. Determinants of drug utilization in a Swedish municipality. **Pharmacoepidemiol Drug Saf**, v.13(2), p.97-103, 2004

AQUINO, D.S.de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup), p. 733-736, 2008.

ARNOUS, A.H; SANTOS, A.S; BEINNER, R.P.C. Plantas medicinais de uso caseiro - conhecimento popular e interesse por cultivo comunitário. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 6, n. 2, p. 1-6, 2005.

ARRAIS, P.S.P. **Medicamentos: consumo e reações adversas – um estudo de base populacional**. Fortaleza: Edições UFC, 163 p, 2009.

ARRAIS, P.S. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.21(6), p. 1737-46, 2005.

ARRAIS, P.S.D. et al. Perfil da automedicação no Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.31,n.1, p. 71 – 77, 1997.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS E PESQUISAS (ABEP). **Critério Brasil de Classificação Econômica 2013**. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx/>. Acessado em: 20 mar 2014.

BADKE, M.R. et al. Plantas Medicinais: O Saber Sustentado na Prática do Cotidiano Popular, **Escola de Enfermagem Anna Nery (impr.)**, v.15,n.1,p.132-139, jan-mar, 2011.

BAIARDI, P. et al. In-label and off-label use of respiratory drugs in the Italian paediatric population. **Acta Paediatrica**, v.99 (4), p.544-9, 2010.

BARROS, F.M.C. et al. Plantas de uso medicinal no município de São Luiz Gonzaga, RS, Brasil. **Latin American Journal of Pharmacy**, v.26, n.5, p.652-662, 2007.

BARROS, M.B.A. et al. **As dimensões da saúde: inquérito populacional em Campinas**. São Paulo, Ed. Hucitec, 2008.

BARROS, M.B.A. Inquéritos domiciliares de saúde: potencialidades e desafios. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.11, (supl 1) p.6-19, 2008.

BARROS, M.B.A. **Saúde e classe social: um estudo sobre morbidade e consume de medicamentos**. 1983. Ribeirão Preto. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983.

BATTISTI, C; et al. Plantas medicinais utilizadas no município de Palmeira das Missões, RS, Brasil. **Revista Brasileira de Biociência**, v. 11, n. 3, p. 338-348, 2013.

BÉRIA, J.U. et al. Epidemiology of drug consumption in children of a urban center of the southern region of Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 27(2), p. 95-104, 1993.

BERTOLDI, A.D. et al. Generic drugs in Brazil: known by many, used by few. **Caderno de Saúde Pública**, v.21, n.6, p. 1808-1815, nov-dez, 2005.

BERTOLDI, A.D. et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, v. 38(2), p.228-38, 2004.

BILA, D.M.; DEZOTTI, M. Identificação de Fármacos e Estrogênios Residuais e Suas Conseqüências no Meio Ambiente. In: **Programa de Engenharia Química/COPPE-UFRJ. Fronteiras da Engenharia Química**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: E-papers; 2005. p. 141-175.

BIRCHLEY, N.; CONROY, S. Parental management of over-the-counter medicines. **Paediatric Nursing**, v.14, n.9, p. 24-8, 2002.

BRANDÃO, M.G.L. **Plantas úteis de Minas Gerais – na obra dos naturalistas**. Belo Horizonte: Código Comunicação, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 28. Brasil.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 338/2004**. Disponível em: [dtr 2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/portaria_338.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/portaria_338.pdf). Acessado em 16 de janeiro de 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **RESOLUÇÃO RDC Nº 306, DE 7 DE DEZEMBRO DE 2004**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União** [da República Federativa do Brasil], Brasília, seção 1, n. 61, 2006a, p. 71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. **Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos**/ Ministério da Saúde, Secretaria de ciência, Tecnologia e Insumos estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 60p.

BRASIL. Portaria nº 971 de 3 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A fitoterapia no SUS e o Programa de Pesquisa de Plantas Medicinais da Central de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 148p, 2006 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Direção de Administração e Finanças. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. RENISUS - Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS**. 2009. 1p. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RENISUS.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2009b.

.BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename**, 6.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: Rename**. 8ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASILEIRO, B.G. et al. Plantas medicinais utilizadas pela população atendida no Programa de Saúde da Família, Governador Valadares, MG, Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 629-636, 2008.

BRESLOW, L.H. The Best Pharmaceuticals for Children Act of 2002: the rise of the voluntary incentive structure and congressional refusal to require pediatric testing. **Harvard J Legis**, v. 40(1), p.133-193, Winter 2003.

BRICKS, L.F.; LEONE, C. Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches. **Revista de Saúde Pública**, v.30, n.6, p. 527-35, 1996.

BRICKS, L.F. Uso judicioso de medicamentos em crianças. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, Supl 1, p.107-14, 2003.

BRUNDTLAND, G.H. **Essential Drugs Moni** – 2003.v.32. 12-13 p.

BUCARETCHI, F.; BARACAT, E.C. Acute toxic exposure in children: an overview. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81(5 Suppl), p. S212-S222, 2005.

BUENO, C.S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K.R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30 (2),p. 75-82, 2009.

CALAMARI, D. et al. Strategic survey of therapeutic drugs in the rivers Po and Lombo in northern Italy. **Environmental Science & Technology**, v.37,p.1241-1248, 2003.

CALDEIRA, T.R.; NEVES, E.R.Z.; PERINI, E. Evolução histórica das bulas de medicamentos no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.737-743,2008.

CANCELIER, A.C.L. et al. Automedicação em crianças com rinofaringite aguda. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.35, n.2, p. 35-40, 2006.

CASTRO, C.G.S.O. et al. **Estudos de utilização de medicamentos: Noções Básicas**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, p. 92, 2000.

CESAR, C.L.G; TANAKA, O.U. Inquérito domiciliar como instrumento de avaliação de serviços de saúde: um estudo de caso na região sudoeste da área metropolitana de São Paulo. 1989 –1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v.12, Supl.2, p. 59-70, 1996.

CHAVES, R.G.; LAMOUNIER, J.A. Uso de medicamentos durante a lactação. **Jornal de Pediatria**, v.80, n.5 Sup, p. 189-98, 2004.

CLAVENNA, A; BONATI, M. Drug prescriptions to outpatient children: a review of the literature. **Europeu Journal of Clinical Pharmacology**, v.65(8), p.749-755, 2009.

COELHO, H.L.L. et al. Uma comparação crítica entre a Lista de Medicamentos Essenciais para Crianças da Organização Mundial de Saúde e a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename). **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, [online], v.89, p.171-178, 2013.

COSTA, J.S.D.; FACCHINI, L.A. Utilização de serviços ambulatoriais em Pelotas: onde a população consulta e com que frequência. **Revista de Saúde Pública**, v.31, p.360-369, 1997.

COSTA, P.Q.; REY, L.C.; COELHO, H. L. Lack of drug preparations for use in children in Brazil. **Jornal de Pediatria**, v. 85(3), p.229-235, 2009.

DANTAS, I. C.; GUIMARÃES, F. R. Perfil dos raizeiros que comercializam plantas medicinais no município de Campina Grande, PB. **Revista de Biologia e Ciências da Terra**, v. 6(1), 2006.

DE BOLLE L. et al. Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats? **Annals of Pharmacotherapy**, v. 42, p. 572-9, 2008.

DE SUTTER, A.I.; LEMIENGRE, M.; CAMPBELL, H. Withdrawn: Antihistamines for the DEL CIAMPO, L.A. et al. Aleitamento materno e uso de medicamentos durante a lactação. **Revista Paulista de Pediatria**, v.25, n.4, p. 355-7, 2007.

DICKINSON, D.; RAYNOR, D.K. What information do patients need about medicines? Ask the patients: they may want to know more than you think. **BMJ**, London, v.327, n.7419, p.861, 2003.

DRUGDEX® System. **Thomson MICROMEDEX**. [site na Internet] 2010. Disponível em: <http://www.thomsonhc.com/home/dispatch>. Acesso em: 13 fev. 2014.

DU, Y; KNOPF, H. Self-medication among children and adolescents in Germany: results of the National Health Survey for Children and Adolescents (KiGGS). **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 68 (4), p. 599-608, 2009.

DUNNE, J. The European Regulation on medicines for paediatric use. **Paediatric Respiratory Reviews**, v.8 (2), p. 177-183, Jun. 2007.

EKINS-DAUKES S.E.; HELMS P.J.; SIMPSON C.R. Off-Label Drug Use in Children. **European Journal of Pediatrics**, v. 164, p.552-8, 2005.

ELDIN, S.; DUNFORD, A. **Fitoterapia na atenção primária a saúde**. São Paulo: Manole, 2001.

FALQUETO, E.; KLIGERMAN, D. C. Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18(3), p.883-892, 2013.

FEIJÓ, A.M. et al. Plantas medicinais utilizadas por idosos com diagnóstico de Diabetes mellitus no tratamento dos sintomas da doença. **Revista Brasileira Plantas Mediciniais**, Botucatu, v.14, n.1, p.50-56, 2012.

FERNANDES, L.C.; PETROVICK, P.R. Os medicamentos na farmácia caseira. In: SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S.; PETROVICK, P. R. **Cuidado com os medicamentos: Florianópolis/Porto Alegre**: Editora UFSC/ UFRGS. 2004. p. 39-42.

FERREIRA, L.A. et al. A alta prevalência de prescrições de medicamentos off-label e não licenciados em unidade de terapia intensiva pediátrica brasileira. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.58, n.1, p. 82-87, 2012.

FORZZA, R.C. et al. **Catálogo de plantas e fungos do Brasil**. Instituto de Pesquisas. Jardim Botânico do Rio de Janeiro, 2010.

JUNIOR, H.M.M. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC; 2006. p. 55-124.

GARCIA, L.P.; ZANETTI-RAMOS, B.G. Health services waste management: a biosafety issue. **Caderno de Saúde Pública**, v.20(3), p.744-752, 2004.

GASPARINI, J.C.; GASPARINI, A.R.; FRIGIERI, M.C. Estudo do descarte de medicamentos e consciência ambiental no município de Catanduva- SP. **Ciência & Tecnologia: FATEC-JB**, v. 2(1), p. 38-51, 2011.

GENTIL, L.B.; ROBLES, A.C.; GROSSEMAN. S. Use of complementary therapies by mothers in their children: study at an university hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 1, p.1293-1299, 2010

GOMES, M.F.S. **Estudo da automedicação infantil em uma região administrativa no município do Rio de Janeiro** [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.

GUERRA, Jr. A.A. et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.15(3),p.168-75, 2004.

HEADLEY, J.; NORTHSTONE, K. Medication administered to children from 0 to 7,5 years in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). **European Journal of Clinical Pharmacology**, v.63, p. 189-195, 2007.

HOGERZEIL, H.V. Promoting Rational Prescribing: an international perspective. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 39, p.1-6, 1995;

HOPPU, K; ANABWANI, G; GARCIA-BOURNISSEN. F, et al. The status of paediatric medicines initiatives around the world-What has happened and what has not? **European Journal of Clinical Pharmacology**. v.68(1), p.1-10, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População e Domicílios - Censo 2010 com Divisão Territorial 2001, Minas Gerais**. [site na Internet] 2010. Disponível em: http://downloads.ibge.gov.br/downloads_geociencias.htm. Acesso em: 10 mar. 2013

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA – IPEA [Internet]. **Atlas do Desenvolvimento Humano do Brasil 2013. Municípios e Faixa de Desenvolvimento Humano**. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/>. Acesso em: 10 mar. 2013.

IOB, G.A.; CAMILLO, E.G.S.; PETRY, R.D. Análise da forma de descarte de medicamentos por usuários de uma Unidade de Saúde no município de Porto Alegre/RS. **Infarma Ciências Farmaceuticas**, v. 25 (3), p. 2013.

KNOPF, H. Medicine use in children and adolescents. Data collection and first results of the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS). **Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz**, v.50, n.5-6, May-Jun, p. 863-70, 2007.

KNAPPMANN, A.L.; DE MELO, E.B. Quality of over-the-counter medicines: a study with dipyron brands commercialized in a drugstore in Cascavel city (Paraná, Brazil). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15 (Supl. 3), p.3467- 3476, 2010.

KOGAN, M. D. et al. Over-the-counter medication use among US preschool-age children. **JAMA**, v.272, n.13, p.1025-30, 1994.

LAPORTE, J.R. **Principios de epidemiología del medicamento**. 2ed. Barcelona: Masson; 1993.

LAPORTE, J.R.; PORTA, M.; CAPELLA, D. Drug utilization studies: a tool for determining the effectiveness of drug use. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 16(3), p.301-4, 1983.

LOKKER, N. et al. Parental Misinterpretations of Over-the-Counter Pediatric Cough and Cold Medication Labels. **Pediatrics**, v. 123 (6), p. 1464-1471, 2009.

LORENZI, H.; MATOS, F.J.A. **Plantas medicinais no Brasil – nativas e exóticas**. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2002.

M2FARMA CONSULTORIA PARA FARMÁCIAS E DROGARIAS. [Site]. Disponível em: [http://m2farma.com/blog/em-2013-comercio-de-medicamentos-deve-movimentar-r-70 bilhoes/](http://m2farma.com/blog/em-2013-comercio-de-medicamentos-deve-movimentar-r-70-bilhoes/) . Acesso em: 26 fev. 2014.

MACINKO, J.; LIMA-COSTA, M. F. Horizontal equity in health care utilization in Brazil, 1998-2008. **International Journal for Equity in Health**, p.11:33, 2012.

MALUF, E. et al. Incidence and risk factors of aplastic anemia in Latin American countries: the LATIN case-control study. **Haematologica**, v. 94(9), p. 1220-1226, 2009.

MANUEL, L. Florence Nightingale. Algumas Reflexões. In: **Série Monográfica Educação e Investigação em Saúde Enfermagem: de Nightingale aos dias de hoje 100 anos**. Unidade de investigação da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2012, p.14.

MARIN, N. et al. **Assistência Farmacêutica para Gerentes Municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, p. 334, 2003.

MARINHO, M.G.V.; SILVA, C.C.; ANDRADE, L.H.C. Levantamento etnobotânico de plantas medicinais em área de caatinga no município de São José de Espinharas, Paraíba, Brasil. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v.13, n.2, p.170-182, 2011.

- MCBRIDE, W.G. **Thalidomide and congenital abnormalities**. *Lancet*.16.;278(7216):1358, 1961.
- MELO, D.O. et al. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v.42, n.4, p. 475-85, 2006.
- MINAS GERAIS. Secretária de Estado de Saúde de Minas Gerais. Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG). 280 p. 2013.
- MORAES, C.G. et al. Utilização de medicamentos entre crianças de zero a seis anos: um estudo de base populacional no sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18(12), p. 3585-3593, 2013.
- MORETTI, A.C.; TEIXEIRA, F.F.; SUSS, F.M.B.; LAWDER, J.A.C.; LIMA, L.S.M.; BUENO, R.E.; et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15(1), p.1827- 1834, 2010.
- NIEHUES, J. et al. Levantamento etnofarmacológico e identificação botânica de plantas medicinais em comunidades assistidas por um serviço de saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 40,p. 34-39, 2011.
- NORDLIE, A.L.; ANDERSEN, B.M. Parents' attitudes to the prescription of antibiotics to children. **Tidsskr Nor Laegeforen**, v.124, n.17, p. 2229-31, 2004.
- NUNN, T.; WILLIAMS, J. Formulation of medicines for children. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v.59, n.6, p. 674-676, 2005.
- OLIVEIRA, E.A. et al. Medicine use from birth to age two years: the 2004 Pelotas (Brazil) Birth Cohort study. **Revista de Saúde Pública**, v. 44(4), p.591-600, 2010.
- OLIVEIRA, M.; BERMUDEZ, J.A.Z.; OSORIO-DE-CASTRO, C.G. **Assistência Farmacêutica e Acesso a Medicamentos**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 112, 2007.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005**. Ginebra, p. 67, 2002a.
- OMS. **Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**. Ginebra, v.5. (Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS), 2002b.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2002.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores**, 2004.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

- PANIZ, V.M.V. et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.2, 2008.
- PAULO, L.G.; ZANINI, A.C. Automedicação no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 34, p. 69-75, 1988.
- PENSO, G. The role of WHO in the selection and characterization of medicinal plants (vegetables drugs). **Journal of Ethnopharmacology**, v.2, p.183-188, 1980.
- PEREIRA, F.S.V.T. et al. Self-medication in children and adolescents. **Jornal de Pediatria**, v.83, n.5, p. 453-58, 2007.
- PITREZ, P.M.; PITREZ, J.L. Acute upper respiratory tract infections: outpatient diagnosis and treatment. **Jornal de Pediatria**, v. 79, Supl.1, p. S77-S86, 2003.
- PLA, R. et al. Información de medicamentos. In: FALGAS, J.B. et al. (Ed.). **Farmacia hospitalaria**. 3. ed. Madrid: SEFH, 2002. p.507-540.
- RANNIGER, C.; ROCHE, C. Are one or two dangerous? Calcium channel blocker exposure in toddlers. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 33(2), p.145-154, 2007.
- R DEVELOPMENT CORE TEAM (2012). **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0, URL <http://www.R-project.org/>. Acesso em: 10 out. 2013.
- RIBEIRO, M.A.; HEINECK, I. Estoque Domiciliar de Medicamentos na Comunidade Ibiense Acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. **Saúde Sociedade**, São Paulo, v. 19(3), p.653-663, 2010.
- ROCCHI, F.; PAOLUCCI, P.; CECI, A.; ROSSI, P. The European paediatric legislation: benefits and perspectives. **Italian journal of pediatrics**, v. 36, p.56, 2010.
- RODGERS, G.B. The safety effects of child-resistant packaging for oral prescription of drugs. Two decades of experience. **JAMA**, v.275, p. 1661-5, 1996.
- ROSA, C.; CÂMARA, S.G.; BÉRIA, J.U. Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 311-318, 2011.
- ROSA, R.L.; BARCELOS, A.L.V.; BAMPI, G. Investigação do uso de plantas medicinais no tratamento de indivíduos com diabetes melito na cidade de Herval D' Oeste – SC. **Revista Brasileira de Plantas Mediciniais**, v.14, n.2, p.306-310, 2012.
- ROZENFELD, S. O uso de medicamentos no Brasil. In: Laporte JR, Tognoni G; Rozenfeld S (Org). **Epidemiologia do medicamento: princípios gerais**. São Paulo: HUCITEC- Abrasco, 1989.
- SANT'ANA, J.M.B. et al. Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, v.29, n.2, p.138-44, 2011.

- SANTOS, D.B; BARRETO, M.L; COELHO, H.L. Drug use and associated factors in children living in poor areas. **Revista de Saúde Pública**. v. 3(5), p. 768-778, 2009.
- SANTOS, D.B. et al. Off-label and unlicensed drug utilization in hospitalized children in Fortaleza, Brazil. **European Journal of Clinical Pharmacology**, v.64 (11),p.1111-8, 2008.
- SANTOS, E.B. et al. Estudo etnobotânico de plantas medicinais para problemas bucais no município de João Pessoa, Brasil. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 19, n. 1B, p. 321-324, 2009.
- SCHENKEL, E.P.; FERNANDÉS, L.C.; MENGUE, S.S. Como são armazenados os medicamentos nos domicílios?; **Acta farmacéutica Bonaerense**,v.24, p. 266-70, 2005.
- SERAFIM, E.O.P; DEL VECCHIO, A.; GOMES, J.; MIRANDA, A.; MORENO, A.H.; LOFFREDO, L.M.C., et al. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. **Revista Brasileira Ciências Farmacêuticas**, v.43(1), p.127-135, 2007.
- SILVEIRA, P.F.; BANDEIRA, M.A.M.; ARRAIS, P.S.D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. **Revista Brasileira de Farmacognosia**, v. 18, n. 4, p. 618-626, 2008.
- SIMÕES, C.M.O. et al. **Farmacognosia – da planta ao medicamento**. 6. ed. Porto Alegre/Florianópolis: UFRGS/ UFSC, 2007.
- SIMÕES, M.J.S. Consumo de medicamentos e morbidade em Humaitá – Estado do Amazonas (Brasil). **Medicina**, v.23, n.3, p. 151 – 158, 1990.
- SIMÕES, M.J.S.; FARACHE FILHO, A. Consumo de medicamentos em região do Estado de São Paulo (Brasil), 1985. **Revista de Saúde Pública**; v. 22, p.494-9, 1988.
- SIMON, H.K.; WEINKLE, D.A. Over-the-counter medications. Do parents give whatthey intend to give? **Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine**, v.151, n.7, p. 654-6, 1997.
- SINTOX. **Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Perfil nacional. 2011**; Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox>. Acesso em: 19 de jan. 2014.
- SOUZA, C.M.P. et al. Utilização de Plantas Medicinais com Atividade Antimicrobiana por Usuários do Serviço Público de Saúde em Campina Grande – Paraíba. **Revista Brasileira de Plantas Medicinais**, v.15, n.2, p.188-193, 2013.
- STEPHENSON, T. The medicines for children agenda in the UK. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 61 (6), p.716-9, 2006.
- STORPIRTIS S. **Farmácia clínica e atenção farmacêutica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,2008.

STRAAND, J.; ROKSTAD, K.; HEGGEDAL, U. Drug prescribing for children in general practice. A report from the More & Romsdal Prescription Study. **Acta Paediatr**, v.87(2), p.218-224, 1998.

STROM, B.L. et al. **Text books of Pharmacoepidemiology**. John Willey & Sons, Ltd, 2006, 517 p.

SUSAN, M.; SMITH, K.S.; FAHEY, T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. **The Cochrane Library**, v. 8, 2011.

TERNES, T.A. Occurrence of drugs in German sewage treatment plants and rivers. **Water Research**, v. 32(11), p. 3245-3260, 1998.

TOGNONI, G.; LAPORTE, J.R. Estudos de utilização de medicamentos e farmacovigilância. In: TOGNONI, G.; LAPORTE, J.R.; ROZENFELD, S. **Epidemiologia dos medicamentos – Princípios Gerais**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec – Abrasco, 1989, p. 43-56.

TOURINHO, F.S.V. et al. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes; **Jornal de Pediatria**, v. 84,p. 416 – 422, 2008;

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. “Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde,” **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, Suppl. 2, p. 190-198, 2004.

VERNACCHIO, L. et al. Medication use among children <12 years of age in the United States: results from the Slone Survey. **Pediatrics**, v. 124(2),p. 446-454, 2009.

VIACAVA, F. Informações em saúde: a importância dos inquéritos populacionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7(4), p. 607-21, 2002.

VILARINO, J.F.; SOARES, I.C.; SILVEIRA, C.M. et al. Perfil da automedicação em municípios do sul do país. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 43-49, 1998.

WEIDERPASS, E. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n.4, p.335-44, 1998.

WELLS, J. **Pré-formulação farmacêutica**. In: Aulton ME. **Delineamento de formas farmacêuticas**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed.; 2005. p.124-48.

WERTHEIMER, A. Off-label prescribing of drugs for children. **Current Drug Safety**, v. 6(1), p.46-48, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Rational use of drugs: Report of the conference of experts**. Nairobi, 1985.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The benefits and risks of self medication**. **WHO Drug Information**,v.14,p.1–2, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Importance of Pharmacovigilance - Safety Monitoring of medicinal products** 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – **Introduction to drug utilization research**. Geneva, WHO. 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, **Essential Drugs and Medicine Policy (2005) What are essential medicines?** www.who.int/medicines/rationale.shtml - Acesso em: 16 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. **Model List of Essential Medicines for Children**: <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/index.html> 2007. Acesso em: 18 jan. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Who model list of essential medicines for children 2013**. [site na Internet]. 2013. Disponível em: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf. Acesso em 17 jan. 2014.

WHO **Collaborating Centre for Drug Statistic Methodology [banco de dados na Internet]. ATC/DDD Index 2014**. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/. Acesso: 15 jan. 2014.

YOUSIF, M.A. In-home drug storage and utilization habits: a Sudanese study. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v. 8(2/3), 2002.

ZAMONER, M. Modelo para avaliação de planos de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde (PGRSS) para Secretarias Municipais da Saúde e/ou do Meio Ambiente. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.13 (6), p: 1945-52, 2008.

ZARGARZADEH, A.H.;TAVAKOLI, N.; HASSANZADEH, A. A survey on the extent of medication storage and wastage in urban Iranian households. **Clinical Therapeutics**, v. 27(6), p.970-78, 2005.

ZEFERINO, M.T. et al. Concepções de cuidado na visão de doutorandas de enfermagem. **Revista de enfermagem UERJ**, v.16, p.345-50, 2008.

ANEXO

Anexo 1

ESTUDO DA AUTOMEDICAÇÃO EM CRIANÇAS NOS MUNICÍPIOS DO CISAJE

	DATA: / /	Questionário Nº
Nº do setor	Cidade: Diamantina	
Entrevistador(a):		
1. Identificação e dados sociodemográficos:		
Iniciais		
Endereço residencial:		
Data de nascimento: / /	Idade:	Sexo ()M ()F
Peso (kg)	Altura (cm)	IMC
Religião: ()católica ()Protestante tradicional ()Judaica/Israelita ()Evangélica ()Religiões Orientais ()Religiões Africanas ()Espirita ()Outra qual?		
Como considera a cor ou raça de seu filho? ()Parda ()Branca ()Mulata ()Negra ()Oriental ()Indígena ()Outra qual?		
Número de pessoas na residência:		
Número de crianças com até 18 anos:		
Número de pessoas que dormem com a criança no quarto:		
Tipo de acesso ao serviço a médico: ()UBS ()PS ()UPA ()ESF ()Pediatria particular ()Convênio médico ()outro qual?		
Perfil socioeconômico		
Grau de escolaridade do responsável: ()Analfabeto ()Fundamenta 1ª à 4ª série ()Fundamental 5ª à 8ª série ()Médio completo ()Superior Completo		
Estado civil do responsável: ()solteiro ()casado ()divorciado ()separado ()outro qual?		
Quantas pessoas contribuem com a renda familiar?		
Principal ocupação do responsável:		
Renda familiar () Até 1 salário mínimo () 2 a 3 salários mínimos () 3 a 4 salários mínimos () Superior a 5 salários mínimos		
Recebe algum tipo de auxílio financeiro do governo? ()Sim ()Não Qual?		
Recebe o benefício por quantos filhos?		
Número de cômodos da residência:		
Casa de material durável: ()Tijolo ()Madeira ()Pau à pique ()MDF		
Casa própria? ()Sim ()Não		
Rede pública de abastecimento de água: ()sim ()não ()outro:		
Rede pública de esgoto: ()sim ()não ()outro:		
Serviço público de coleta de lixo: ()sim ()não		
Dificuldade de comprar alimentos: () não ()sim frequência:		
Existência de fome: ()sim ()não frequência:		
Na sua casa tem:		
Aparelho de videocassete/DVD ()sim ()não		
Tanquinho ()sim ()não		
Máquina de lavar roupa ()sim ()não		
Geladeira ()sim ()não		
Aspirador de pó ()sim ()não		
Computador ()sim ()não		

Quantos itens estão presentes no domicílio:

	Nenhum	1	2	3	4	5	6 ou +
Carro							
TV a cores							
Banheiros							
Empregada doméstica							
Rádios							

Total de pontos:
() classe A: 89 pontos ou mais
() classe B: 59-88 pontos
() classe C: 35-58 pontos
() classe D: 20-34 pontos
() classe E: 0-19 pontos

2. Hábitos de vida familiar:

Algum adulto da família faz uso de:
Cigarro: () Usa () Já Usou () Nunca usou
Alcool: () nunca () Atualmente não () Raramente () Semanalmente () Diariamente
Algum tipo de alimento/alimentação utilizado com objetivo de tratar alguma doença? () Sim () Não
A criança faz uso de algum medicamento contínuo? () Sim () Não

3. Medicamentos usados nos últimos 15 dias:

Nos últimos 15 dias, quantos medicamentos foram utilizados?
Dos medicamentos listados, quais você utilizou? () Dipirona () Amoxicilina () AAS () Nimesulida () Azitromicina () Paracetamol () Cefalexina () Ibuprofeno () Fluconazol () Diclofenaco () Albendazol () Outro
Qual:
Dos medicamentos utilizados, quantos foram utilizados sem prescrição?
Motivo do uso do medicamento:
Os medicamentos utilizados foram prescritos por:

() Médicos () Farmacêuticos () Enfermeiros () Familiares () Vizinhos () Outros

4. Condições de saúde:

Quando visitou o médico pela última vez? () Este mês () 1 a 3 meses atrás () 3 a 12 meses atrás
() mais de 1 ano atrás

Qual o motivo da consulta?

Gasto com medicamentos no último mês:

Entre os problemas de saúde abaixo relacionados, quais apresentou no último ano?	
() Dor abdominal	Tomou algum medicamento? () Sim () Não
() Dor de cabeça	Quais:
() Dor de garganta	
() Falta de ar	
() Febre	
() Gripe	
() Infecção urinária	
() Náusea, vômito	
() Prisão de ventre	
() Diarreia	
() Tosse	Qual o tempo de uso?
() Alergia	Dos medicamentos utilizados, algum teve prescrição médica?
() Dor de ouvido	() Sim () Não
() Enurese noturna	Quais?
() Ansiedade	
() Outros	

Você costuma ler a bula? () Sim () Não

Acha que a leitura da bula é importante? () Sim () Não

Apresenta alguma dificuldade para entender o texto da bula? () Pouca () Intermediária () Muita

Quais informações da caixa do medicamento você observa?

Você tem dificuldade em medir o remédio para dá-lo à criança? () Sim () Não

O que você utiliza para medir:

() Medidor específico

<input type="checkbox"/> Colher de sopa
<input type="checkbox"/> Colher de chá
<input type="checkbox"/> Colher de sobremesa

5. Farmácia domiciliar

Cômodo de armazenamento:
Recipiente de armazenamento:
Acesso fácil para crianças: <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/>
Quais medicamentos geralmente possui em casa?
O que você faz com as sobras dos medicamentos? <input type="checkbox"/> Devolve a unidade ou agente de saúde <input type="checkbox"/> Guarda para usar outra vez <input type="checkbox"/> Põe no lixo seco <input type="checkbox"/> Põe no lixo úmido <input type="checkbox"/> Dá aos vizinhos/amigos/parentes <input type="checkbox"/> Não sobram
Como você faz o descarte dos medicamentos vencidos?
Já recebeu alguma informação quanto ao armazenamento e descarte de medicamentos, seringas e agulhas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

5.1 Quanto ao uso de antibióticos

Você utiliza antibióticos sem receita? <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Nunca
Consegue compra-los sem receita médica? <input type="checkbox"/> Facilmente <input type="checkbox"/> Com alguma dificuldade <input type="checkbox"/> Não consegue
Quando costuma utilizar antibióticos?
Acredita que o uso, sem orientação de um médico ou farmacêutico, pode fazer algum mal?

6. Uso de plantas medicinais

Você faz uso de plantas medicinais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Com que frequência utiliza plantas medicinais? <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Raramente <input type="checkbox"/> Sempre
Quais plantas medicinais você costuma utilizar?
Como você prepara essa planta para ser consumida?
Você utiliza esta planta: <input type="checkbox"/> Fresca <input type="checkbox"/> Seca
Com quem aprendeu a fazer uso deste remédio?
Você utiliza plantas medicinais: <input type="checkbox"/> Do mato <input type="checkbox"/> Do quintal <input type="checkbox"/> Feiras <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Todas as opções
Na sua comunidade, existem raizeiros, parteiros, benzedeiros que conhecem e indicam plantas medicinais? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Quando você está doente, você costuma se tratar: <input type="checkbox"/> Somente com remédios de farmácia <input type="checkbox"/> Somente com plantas medicinais <input type="checkbox"/> Remédios de farmácia e plantas medicinais <input type="checkbox"/> Outra
Alguma planta medicinal já lhe fez mal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Na sua opinião, qual é melhor: <input type="checkbox"/> Remédios de farmácia <input type="checkbox"/> Plantas medicinais

7. Perfil do conglomerado

Distância entre o domicílio e a Unidade básica de Saúde: <input type="checkbox"/> Até 5km <input type="checkbox"/> 5 à 10km <input type="checkbox"/> Mais de 10km
Distância entre o domicílio e a Farmácia Básica do município: <input type="checkbox"/> Até 5km <input type="checkbox"/> 5 à 10km <input type="checkbox"/> Mais de 10km

Anexo 2



Roteiro para a seleção de crianças no domicílio

Número de crianças na casa	Criança entrevistada X número aleatório									
01	0-1-2-3-4-5-6-7-8-9									
02	0-1-2-3-4					5-6-7-8-9				
03	0-1-2			3-4-5			6-7-8			9
04	0	1-2		3-4		5-6		7-8		9
05	0-1		2-3		4-5		6-7		8-9	
06	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
07	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
08	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
09	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Checar o número corresponde na lista de números aleatórios

De acordo com o número a entrevista será realizada em relação à criança selecionada

Ignorar- passar para próximo número da lista e repetir a seleção.

		Comitê de Ética em Pesquisa			
PARECER CONSUBSTANCIADO				Nº de protocolo no Comitê: 044/11	
<input checked="" type="checkbox"/> PROJETO DE PESQUISA					
<input type="checkbox"/> TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO					

I - Identificação:

- Título do projeto:** Automedicação em crianças: inquérito populacional no Município de Diamantina, MG
- Pesquisador responsável:** Profª. Drª. Delba Fonseca Santos - Doutora
- Instituição responsável pela realização:** UFVJM
- Instituição/Local onde se realizará:** Coletas domiciliares – Diamantina/MG
- Área de Concentração:** Ciências da Saúde
- Data de entrada no CEP:** 25/05/11 – resubmissão 27/09/11

II - Objetivos:

Geral: Determinar a prevalência da automedicação em crianças menores de 14 anos, no período de um ano, em função de variáveis: sociodemográficas, socioculturais, biológicas, padrões alimentares, de acessibilidade aos cuidados de saúde, grupo terapêutico utilizado, utilizando metodologia farmacoepidemiológica.

Específicos:

- Determinar as variáveis sociais, biológicas, padrões alimentares e utilização de serviços de saúde das crianças do estudo;
- Identificar os medicamentos usados na automedicação ou na prescrição pelas crianças do estudo nos últimos 15 dias antes da entrevista;
- Determinar quais os grupos de medicamentos mais utilizados no tratamento dos principais problemas de saúde na população estudada;
- Determinar os principais motivos que levam a automedicação na população estudada;
- Analisar a qualidade dos medicamentos utilizados como automedicação;
- Caracterizar a farmácia domiciliar das famílias estudadas. A partir de acesso e o uso de medicamentos e fornecer informações para subsidiar ações direcionadas ao planejamento e gestão de políticas de assistência farmacêutica no município de Diamantina junto aos seus Gestores municipais.

III- Sumário do projeto:

Descrição e caracterização da amostra. A população alvo serão pessoas que residem no município. A pesquisa será realizada em número 6 de regiões administrativas de Diamantina, envolvendo um total de número 22 de bairros, número 18 de setores censitários e 323 domicílios.

Critérios de inclusão e exclusão: **Inclusão:** Crianças entre 0 e 14 anos inclusive, residentes na cidade de Diamantina.

Exclusão: Crianças que os pais ou responsáveis se recusarem a participar do estudo ou quando houver qualquer fator que impeça a ocorrência da entrevista (exemplos: viagens, compromissos, desencontro de horários).

Adequação da metodologia: As entrevistas serão realizadas nos domicílios selecionados no período de junho de 2011 a novembro de 2011. Todas as pessoas que residirem nos domicílios serão entrevistadas, com exceção dos casos onde houver recusa formal do indivíduo ou sua perda após várias tentativas de contato. Os dados serão coletados mediante entrevistas, registradas em questionários padronizados contendo questões de fácil compreensão, elaborados com base nos trabalhos realizados por Arrais, Rozenfeld, Fernandes.

Adequação das condições: A organização do trabalho de campo utilizará as recomendações de Lutz para preparação da comunidade para pesquisa, treinamento dos entrevistadores e teste dos instrumentos para início do trabalho de campo. Para confecção dos manuais de instruções dos entrevistadores reportar-se-á a Marinheiro. O projeto de pesquisa será apresentado ao Secretário Municipal de Saúde, explicando o estudo e solicitando sua autorização para execução, por meio da assinatura do Termo de Compromisso do protocolo do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa. Será buscada a cooperação da comunidade, apresentado o projeto ao Conselho Municipal de Saúde, prevista no cronograma. O tempo médio de aplicação do questionário será definido durante o pré-teste e treinamento dos entrevistadores, variando de quinze a trinta minutos. Considerando o tempo médio de aplicação do questionário e a distância entre os domicílios serão realizadas 20 entrevistas por semana.

IV- Comentários do relator frente à Resolução 196/96 e complementares em particular sobre:

- Justificativa do uso do placebo** (caso haja): Não se aplica
- Justificativa da suspensão terapêutica** (wash out): Não se aplica
- Estrutura do protocolo:** ok
- Análise de riscos e benefícios:** ok
- Adequação do consentimento e forma de obtê-lo:** ok
- Informação adequada quanto ao financiamento:** ok
- Lista de centros** (para estudos multicêntricos): não se aplica
- Outros:** --

V - Pendências:**VI- Observações:**

1. Segundo a Carta Circular nº. 003/2011/CONEP/CNS, de 21/03/11 há obrigatoriedade de rubrica em todas as páginas do TCE pelo sujeito de pesquisa ou seu responsável e pelo pesquisador, que deverá também apor sua assinatura na última página do referido termo.

Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM. Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Rua da Glória, 185, Centro, CEP 39100000 – Diamantina MG – Brasil (38) 35326060
<http://www.ufvjm.edu.br/administracao/pro-reitorias/prppg/pesquisa/cep.html>

VII – Motivos da não aprovação**VIII- Parecer Consubstanciado do CEP:**

- APROVADO.** Receberá parecer e certificado do Comitê.
- PENDENTE.** Certificado do Comitê sujeito à resolução das pendências em tempo previsto.
- NÃO APROVADO.** Receberá apenas o parecer do CEP. Submeterá novo projeto ao Comitê.


Observações ao pesquisador:

Para projetos aprovados

- 1) Somente estará autorizado o início da pesquisa, após aprovação do protocolo pelo CEP.
- 2) O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 - Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).
- 3) O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Item V.3) que requeiram ação imediata.
- 4) O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.
- 5) Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, item III.2.e).
- 6) Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em maio de 2012 e ao término do estudo, em dezembro de 2012. Considera-se como antiética a pesquisa descontinuada sem justificativa aceita pelo CEP que a aprovou.

IX- Data da reunião do CEP: 28 de setembro de 2011.

Prof.ª Dr.ª Etel Rocha Vieira
Vice-Coordenadora CPE/UFVJM


Prof.ª Agnes Maria Gomes Murta, Ph.D.
Coordenadora do CEP UFVJM



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
Comitê de Ética em Pesquisa/CEP



Ofício nº.020/12

Diamantina, 23 de maio de 2012.

A Sua Senhoria, a Senhora
Profª. Drª. Delba Fonseca Santos
Departamento de Farmácia/FCBS
UFVJM

Assunto: Parecer Emenda Projeto de Pesquisa nº. 044/11

Senhora Professora,

Pelo presente informamos que a solicitação de emenda ao Projeto de Pesquisa nº. 044,11, intitulado: "Automedicação em crianças: inquérito populacional no município de Diamantina/MG", sob a coordenação de V.Sª., foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em sua 2ª reunião extraordinária, realizada em 21 de maio de 2012.

Atenciosamente,

Taiziana Cavalcante de Oliveira
(Membro Decano do CEP-UFVJM)
p/ Profª. Drª. Agnes Maria Gomes Murta
Coordenadora CEP/UFVJM

Profª. Drª. Agnes Maria Gomes Murta
Coordenadora CEP/UFVJM

Anexo 5



UNIVERSIDADE FEDERAL
DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
www.ufvjm.edu.br

ANEXO5 – Primeira etapa da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de um estudo denominado “Inquérito populacional e análise espacial da automedicação infantil em municípios do Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, coordenado pela Profa. Dra. Delba Fonseca Santos. Estamos realizando uma pesquisa sobre o uso de medicamentos pelas crianças de 0 a 14 anos de idade nos municípios que compõem o Consórcio Intermunicipal do Alto Jequitinhonha- Diamantina (CISAJE). Você foi sorteado para participar da pesquisa e ela não é obrigatória.

.A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o coordenador.

O objetivo deste estudo é conhecer sobre o uso de medicamentos pelas crianças. Se aceitar o convite, sua participação nesta pesquisa consistirá em responder a um questionário que contém perguntas sobre o uso e como obter os medicamentos quando seu filho está doente e as principais dificuldades ligadas a isto. Os riscos relacionados à sua participação são mínimos e incluem constrangimento ao responder as perguntas.

As informações fornecidas por você contribuirão para um maior conhecimento das dificuldades de obtenção de cuidados médico e acesso a medicamentos nos municípios que fazem parte do CISAJE. Elas serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Como não haverá identificação no questionário, o seu nome será preservado quando os dados forem divulgados (eventos científicos, periódicos, etc).

Você receberá uma cópia deste termo onde consta telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Estou esclarecido (a) sobre a finalidade do estudo e concordo em participar do mesmo.

Eu, _____
(nome)

_____/_____/_____
dia mês ano




(Delba Fonseca Santos)
Sala 128 – Bloco Indústria
Tel. (38) 99067783
Câmpus II - Rodovia MGT 367 - Km 583, No 5000
Bairro Alto da Jacuba - Diamantina - MG - CEP 39.100-000

Informações – Comitê de Ética em Pesquisa da UFVJM
Rua da Glória 187 - Centro - Caixa Postal 38
39.100-000 - Diamantina / MG
Tel. Telefone: 55 xx (38) 3532-6060: (profa. Agnes Maria Gomes Murta)
E-mail: cep.ufvjm@yahoo.com

Anexo 6

29/01/14 Elsevier Editorial System™

Jornal de **Pediatria** Contact us Help ?  "My EES Hub" available for consolidated users ... [more](#)

[home](#) | [main menu](#) | [submit paper](#) | [guide for authors](#) | [register](#) | [change details](#) | [log out](#) Username: maria_enfermagem@yahoo.com.br
Switch To: Go to: [My EES Hub](#)

Author's Decision

Thank you for approving "Utilização de medicamentos entre crianças de 0-14 anos: estudo de base populacional no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brasil". An email has been sent to you confirming that the journal has received this submission. Your Co-Author(s) may also receive this email, depending on the journal policy.

[Main Menu](#)



BOLETÍN LATINOAMERICANO Y DEL CARIBE DE PLANTAS MEDICINALES Y AROMÁTICAS

Web Site www.blacpma.usach.cl

10 de Mayo de 2014

BLACPMA

Dra.

María Jesus Barreto CRUZ

Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Brasil

Estimada Dra. Cruz:

En referencia a su artículo titulado: **“INVESTIGATION OF THE USE OF MEDICINAL PLANTS BY FAMILIES OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN JEQUITINHONHA VALLEY, MINAS GERAIS, BRAZIL”**, de los autores Maria Jesus Barreto Cruz; Lays Fernanda Nunes Dourado; Lorena Ulhôa Araujo; Cristiane Fernanda Fuzer Grael & Delba Fonseca Santos, ha sido recibido el día 5 de Mayo de 2014 y ha sido asignado como **BLACPMA N° 964**.

Le saluda

José L. Martínez
Editor Jefe
BLACPMA


BLACPMA es una Publicación Electrónica Bimestral ISSN 0717 7917

Publicada por la **Universidad de Santiago**

Indexada en SCOPUS, EMBASE, Science Citation Index Expanded (SCISEARCH), Journal Citation Reports/Science Edition, Biological Abstracts y BIOThomson Reuters Master Journal List, NAPRALERT, CAB International (CAB Abstracts), GlobalHEALTH, Index Copernicus, IMBIOMED, LATINDEX, QUALIS, REDALYC, CAB DIRECT, SCIRUS, Biblioteca Virtual da Saude (BVS), EBSCO.

Anexo 8

Login: maria.cruz Português English Español



SAGAS
Sistema de Avaliação e Gerenciamento de Artigos
Cadernos de Saúde Pública / Reports in Public Health

Início Autor Consultor Editor Mensagens Sair

CSP_0703/14

Arquivos	Versão 1 [Resumo]
Seção	Artigo
Título	Farmácias domiciliares e a utilização de medicamentos essenciais entre crianças de 0 a 14 anos
Título corrido	Farmácias domiciliares e medicamentos essenciais
Área de Concentração	Epidemiologia
Palavras-chave	criança, adolescente, farmácia domiciliar, farmacoepidemiologia, enfermagem
Fonte de Financiamento	Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de Minas Gerais-FAPEMIG
Autores	Mária Jesus Barreto Cruz (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri) Alex Braga Azevedo (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri) Emerson Cotta Bodevan (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri) Renata Aline Andrade (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri) Delba Fonseca Santos (Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri)

DECISÕES EDITORIAIS: [\[Exibir histórico\]](#)

Versão	Recomendação	Decisão	Pareceres	Data de Submissão
1		Em avaliação. Artigo enviado em 06 de Maio de 2014.		

Anexo 9



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
DIAMANTINA – MINAS GERAIS
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA



CERTIFICADO

Certificamos que, DELBA FONSECA SANTOS, participou como orientador(a) no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS PARA ESCOLARES DO ENSINO FUNDAMENTAL**”, apresentado por **ANGÉLICA PEREIRA DE OLIVEIRA**, candidato(a) ao título de Bacharel em Farmácia, **Curso de Farmácia**, pela Universidade Federal dos Vales de Jequitinhonha e Mucuri, aos nove de abril de 2013. A banca examinadora foi composta por **AMINE BECHELENI PIMENTA** e **LORENA ULHÓA ARAÚJO**.



Sérgio Ricardo Stuckert Seixas
Coordenador do Curso de Farmácia

Anexo 10



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DOS VALES DO JEQUITINHONHA E MUCURI
DIAMANTINA – MINAS GERAIS
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA



CERTIFICADO

Certificamos que **DELBA FONSECA SANTOS** participou como orientador(a) no Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**DISTRIBUIÇÃO GEOGRÁFICA DOS SERVIÇOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA E FARMÁCIAS COMUNITÁRIAS DE MUNICÍPIOS DO VALE JEQUITINHONHA, MG**”, apresentado por **LAYS FERNANDA NUNES DOURADO**, candidato(a) ao título de Bacharel em Farmácia pela Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, aos dez dias do mês de setembro de 2013. A banca examinadora foi composta por **LORENA ULHÔA ARAÚJO** e **MARIA JESUS BARRETO CRUZ PIRES**.



Sérgio Ricardo Stuckert Seixas
Coordenador do Curso de Farmácia



We certify that the paper entitled "GEOGRAPHIC ACCESSIBILITY TO COMMUNITY PHARMACIES AND PRIMARY CARE IN MUNICIPALITIES OF INTERMUNICIPAL HEALTH CONSORTIUM OF ALTO JEQUITINHONHA, MINAS GERAIS, BRAZIL," authors: DOURADO, L. F. N.*; AZEVEDO, A. B.*; FREITAS, S. G. P.*; BARRETO, M. J.*; BODEVYAN, E. C.*; ARAUJO, L. U.*; SANTOS, D. F.*, was presented in the poster session of the 9th International Congress of Pharmaceutical Sciences – CIFARP, held on November 20-23, 2013, in Ribeirão Preto, SP, Brazil.

Ribeirão Preto, Brazil, November 23rd 2013

PROMOTOR


 Prof. Dr. Sérgio de Albuquerque
 Dean of FOTM-USP




 Dr. Leorardo Régis Leira Pereira
 Organizing Committee



Anexo 12



Certificamos que LAYS FERNANDA NUNES DOURADO participou da II SEMANA DA INTEGRAÇÃO DO ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, realizada de 05 a 08 de junho de 2013, na Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri - UFVJM, com carga horária total de 20 horas.

Anexo 13



CERTIFICADO

Certificamos que

Alex Braga Azevedo

participou do XVI Conferência Ibero-Americana de Faculdades de Farmácia - Coiffa, V Congresso Ibero-Americano de Ciências Farmacêuticas, VIII Conferência Nacional de Educação Farmacêutica, com carga horária de 24 horas, realizados pelo Conselho Federal de Farmácia, de 5 a 7 de junho de 2013, em Brasília-DF.

Brasília-DF, 7 de junho de 2013.



CERTIFICADO

Certificamos que

Alex Braga Azevedo

apresentou o trabalho científico, "ANÁLISE PRELIMINAR DOS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE NAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NOS MUNICÍPIOS DO CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO JEQUITINHONHA, MG, BRASIL" como autor principal e co-autoria de Lays F. N. Dourado; Guilherme P de Freitas; Maria Barreto; Delba F. Santos; Emerson C. Bodevan; Lorena U. Araújo, no XVI Conferência Ibero-Americana de Faculdades de Farmácia - Coiffa, V Congresso Ibero-Americano de Ciências Farmacêuticas, VIII Conferência Nacional de Educação Farmacêutica, com carga horária de 24 horas, realizados pelo Conselho Federal de Farmácia, de 5 a 7 de junho de 2013, em Brasília-DF.

Brasília-DF, 7 de junho de 2013.

