



**UNESP** - Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"  
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara  
Departamento de Fármacos e Medicamentos



Raul Vasconcelos Andrade

**Avaliação do acesso e da segurança dos medicamentos  
disponíveis nos domicílios dos usuários cadastrados  
numa Estratégia Saúde da Família de um município do  
Estado de São Paulo**

Araraquara-SP  
2011



**UNESP** - Universidade Estadual Paulista "Julio de Mesquita Filho"  
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Araraquara  
Departamento de Fármacos e Medicamentos



Raul Vasconcelos Andrade

**Avaliação do acesso e da segurança dos medicamentos disponíveis nos domicílios dos usuários cadastrados numa Estratégia Saúde da Família de um município do Estado de São Paulo**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Araraquara, da Universidade Estadual Paulista para obtenção do grau de Farmacêutico-Bioquímico

**Orientador:** Prof. Dr. Adalberto Farache Filho

Co-orientadora: Prof. Dr. Patrícia de Carvalho Mastroianni

Araraquara-SP  
2011

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus e meus familiares, por estarem sempre ao meu lado. Ao Prof. Dr. Adalberto Farache Filho e à Prof. Dr. Patrícia de Carvalho Mastroianni pela orientação na elaboração deste Trabalho de Conclusão de Curso.

Aos integrantes da AFEP e a todos os demais colaboradores pela indispensável participação durante todo o processo de elaboração e coleta de dados deste projeto.

A equipe multidisciplinar da unidade da Estratégia de Saúde da Família do Jardim das Hortências de Araraquara, por colaborarem e permitirem a realização do presente estudo.

Aos usuários que participaram do estudo, pois, sem eles, não seria possível a coleta de dados e, por conseguinte, a realização do presente estudo.

## RESUMO

Avaliação do acesso e da segurança dos medicamentos disponíveis nos domicílios dos usuários cadastrados numa Estratégia da Saúde da Família (ESF) de um município do Estado de São Paulo.

Identificar as famílias que apresentem estoque e que façam uso de medicamentos, bem como avaliar as condições de armazenamento, segurança e uso desses produtos pelos usuários. O estudo foi conduzido em um município do estado de São Paulo e realizado com usuários cadastrados na Estratégia Saúde da Família (ESF) localizada no bairro Jardim das Hortências (uma das dez unidades de ESF que o município possui), que conta com 1132 domicílios cadastrados. Para a seleção da amostra foi realizado sorteio aleatório estratificado (134 domicílios, IC 95%). Para a coleta, realizada durante o primeiro semestre de 2011, os usuários dos domicílios selecionados foram entrevistados aplicando-se um formulário semi-estruturado. Participaram do estudo 118 (88,0%) domicílios, dos quais 112 (95,0%) possuíam medicamentos, que eram estocados em lugares inseguros ou inadequados em 75,4% destes. A automedicação – tanto com Medicamentos Isentos de Prescrição (MIP), quanto com Medicamentos Sujeitos a Prescrição (MSP) e aqueles Sujeitos a Controle Especial (SCE) – era prática comum em 46 (47,4%) domicílios. Falta de identificação e segurança nos medicamentos armazenados foi observada em 60 (53,6%) domicílios. A maioria dos domicílios possui estoque de medicamentos (feito de forma inadequada ou insegura) e/ou apresenta especialidades com falta de identificação e segurança, o que pode levar a intoxicações ou inefetividade terapêutica. A Assistência Farmacêutica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), carece de iniciativas sociais com ações voltadas ao usuário de medicamentos, deficiência que pode ser sanada pela presença do farmacêutico, essencial para a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM), nas unidades da ESF, que, por meio da Atenção Farmacêutica, pode: identificar, corrigir e prevenir problemas (reais e potenciais) relacionados a medicamentos, os quais podem estar associados com agravos à saúde do usuário.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Distribuição dos usuários de medicamentos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim das Hortências, segundo a faixa etária, num município do estado de São Paulo, 2011.....	23
--	----

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1.** Descrição dos locais de armazenamento de medicamentos, segundo a segurança e adequação, nos domicílios assistidos pela Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim das Hortências, em um município do estado de São Paulo, 2011.....24

**Tabela 2.** Problemas observados quanto à segurança e identificação das especialidades farmacêuticas armazenadas nos domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim das Hortências, em um município do estado se São Paulo, 2011.....25

## LISTA DE ABREVIATURAS

**ABIFARMA:** Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas

**AF:** Atenção Farmacêutica

**AFEP:** Atenção Farmacêutica Estudantil Permanente

**ANVISA:** Agência Nacional de Vigilância Sanitária

**ESF:** Estratégia de Saúde da Família

**IC:** Índice de confiança

**PNM:** Política Nacional de Medicamentos

**PRM:** Problemas Relacionados a Medicamentos

**REBLAS:** Rede Brasileira de Laboratórios Analítico - Certificadores

**RENAME:** Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

**RNM:** Resultados Negativos Associados a Medicamentos

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**URM:** Uso Racional de Medicamentos

## SUMÁRIO

1.	Introdução.....	08
2.	Métodos.....	17
3.	Resultados.....	20
4.	Discussão.....	26
5.	Conclusão.....	36
6.	Referências Bibliográficas.....	37
7.	Anexos	
	Anexo A: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	45
	Anexo B: Formulário para coleta de dados.....	48
	Anexo C: Parecer do Comitê de Ética Institucional.....	49

## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente os problemas relacionados a medicamentos (PRM) são uma relevante questão de saúde pública e um determinante de internações hospitalares (JOHNSON & BOOTMAN, 1995; ROUGHEAD et al., 1998; MALHOTRA et al., 2001). Segundo os dados publicados pelo Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas, os medicamentos ocupam a primeira posição entre os três principais agentes causadores de intoxicações em seres humanos desde 1996, sendo que em 2009 foram responsáveis por 26,44% de um total de 100.391 casos registrados (SINITOX, 2009).

O Brasil assume a quinta posição na listagem mundial de consumo de medicamentos, estando em primeiro lugar em consumo na América Latina e ocupando o nono lugar no mercado mundial em volume financeiro, o que pode estar relacionado as 24 mil mortes anuais por intoxicação medicamentosa que ocorrem no país (MORAES, 2001 apud COIMBRA et al., 2004).

Segundo a Organização Mundial da Saúde e o Ministério da Saúde, o mercado brasileiro dispõe de mais de 32 mil medicamentos (sendo que cerca de 420 produtos seriam suficientes para se tratar uma ampla gama de doenças). Muitos deles, que deveriam ser vendidos apenas com prescrição médica, são vendidos indiscriminadamente pelo estabelecimento farmacêutico que, no Brasil, não é visto como uma unidade de saúde, mas sim como um ponto comercial de vendas de medicamentos e produtos relacionados (CERQUEIRA et al., 2005).

A partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, e da conseqüente criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (que traz como princípios doutrinários a integralidade, a universalidade e a equidade e como princípios organizacionais a regionalização e hierarquização, descentralização, comando único e participação

popular) a saúde passou a ser um direito do cidadão e um dever do Estado, devendo o último garantir à população, por meio de políticas sociais e econômicas, o pleno acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde (BRASIL, 1988).

A elaboração da Lei Orgânica da Saúde 8.080/90, que regulamenta o SUS, veio justamente para estabelecer a organização básica das ações e dos serviços de saúde quanto à direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera do governo, assegurando em seu artigo 6º o provimento da assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (BRASIL, 1990), tornando-se imperativa e prioritária uma organização da Assistência Farmacêutica com ênfase na saúde pública, baseada nos princípios e diretrizes do SUS (PORTELA, et al., 2010).

Desde então várias iniciativas tem sido tomadas para que o medicamento não seja somente um insumo, mas um importante instrumento para execução efetiva dos princípios desse sistema num contexto multiprofissional (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2002).

Em 1994, definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) com o “Ano Internacional da Família”, foi criado no Brasil o Programa/Estratégia de saúde da Família (ESF) como processo de reforma incremental do Sistema Único de Saúde (SUS) (RIBEIRO, 2004), visando, segundo a Portaria nº648/06, à reorganização da atenção básica no país (BRASIL, 2006).

A ESF é operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais (que, de acordo com a Portaria nº 648/06, devem ser formadas por no mínimo um médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) em unidades básicas de saúde, responsáveis por acompanhar um número definido de domicílios localizados em uma área geográfica

delimitada, que promovem ações de saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais freqüentes, e manutenção da saúde (BRASIL, 1997).

Deve-se destacar que ainda há dificuldades, por parte dos profissionais de saúde, de exercerem um trabalho adequado à lógica da Promoção da Saúde requerida pela ESF, não se utilizando dela como objeto de Educação em Saúde para o acesso da população às informações sobre sua saúde, construção de cidadania e busca de autonomia, mas aplicando uma educação voltada para as doenças e para a tentativa de mudança de comportamento dos indivíduos, com relação vertical e impositiva (BESEN, 2007).

Outro importante referencial para a garantia do acesso universal e equitativo às ações e serviços de saúde, preconizados na Constituição Federal de 1988, é a Política Nacional de Medicamentos (PNM) aprovada em 1998, que tem como objetivo “*garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àquele considerados essenciais*” (BRASIL, 1998), sendo composta por oito diretrizes:

a) Adoção de relação de medicamentos essenciais: entendidos como aqueles produtos essenciais e indispensáveis para atender a maioria dos problemas de saúde da população, estão compilados na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e devem estar continuamente disponíveis aos segmentos da sociedade que deles necessitem, nas formas farmacêuticas apropriadas. A RENAME serve de base para o direcionamento da produção farmacêutica, para o desenvolvimento científico e tecnológico, define listas de medicamentos essenciais nos âmbitos estaduais e municipais e orientam a padronização das prescrições e abastecimento de medicamentos no âmbito do SUS.

b) Regulamentação Sanitária de Medicamentos: são enfatizadas questões relativas aos registros de medicamentos, à autorização para o funcionamento de empresas e estabelecimentos, quanto às restrições e eliminações de produtos que venham a se revelar inadequados ao uso e também na promoção do uso de medicamentos genéricos.

c) Reorientação da assistência farmacêutica: essa reorientação visa a não restrição da assistência farmacêutica à aquisição e à distribuição de medicamentos, englobando também as atividades de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição, controle da qualidade e a dispensação, estando fundamentada na descentralização da gestão, na promoção do uso racional de medicamentos, na otimização e na eficácia do sistema de distribuição no setor público e no desenvolvimento de iniciativas que possibilitem a redução nos preços dos produtos, viabilizando, inclusive, o acesso da população aos produtos no âmbito do setor privado.

d) Promoção do uso racional de medicamentos: dando ênfase ao processo educativo dos usuários ou consumidores acerca dos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita, bem como quanto à necessidade da receita médica, no tocante à dispensação de medicamentos sob prescrição e sob prescrição e sujeitos a controle especial e quanto às suas repercussões sociais e econômicas; prioriza a adoção de medicamentos genéricos envolvendo a produção, a comercialização, a prescrição e o uso desses medicamentos; preconiza, ainda, a elaboração do Formulário Terapêutico Nacional, importante instrumento para orientação da prescrição e dispensação dos medicamentos por parte dos profissionais de saúde e a utilização da farmacovigilância com instrumento para, além de tratar de efeitos adversos,

assegurar o uso racional de medicamentos. Por fim, determina o enquadramento da propaganda de produtos farmacêuticos (tanto a direcionada aos médicos, ao comércio farmacêutico ou à população leiga) nas diretrizes éticas emanadas do Conselho Nacional de Saúde.

e) Desenvolvimento científico e tecnológico: incentiva a revisão das tecnologias de formulação farmacêutica, promovendo a dinamização de pesquisas na área e incentivando a integração entre universidades, instituições de pesquisa e empresas do setor produtivo, assim como o desenvolvimento de tecnologia necessária para a produção de fármacos, em especial os constantes na RENAME, consolidando e expandindo o parque produtivo instalado no país e estimulando a produção nacional. Estabelece, ainda, os requisitos mínimos das matérias-primas e especialidades tanto para importação quanto para exportação.

f) Promoção da produção de medicamentos: por meio da articulação das atividades de produção de medicamentos da RENAME, atendendo, preferencialmente, às necessidades de medicamentos essenciais destinados a suprir a demanda oriunda das esferas municipais e estaduais do SUS e estimulando a produção de medicamentos genéricos (incluindo insumos e matérias-primas necessárias) pelo parque produtor nacional, os quais devem alcançar níveis e eficiência e competitividade.

g) Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos: por meio de inspeção e fiscalização regular e sistemática, para que se garanta o cumprimento da regulamentação sanitária e dos regulamentos concernentes às boas práticas de fabricação, coordenadas em âmbito nacional pela ANVISA. Preconiza, também, a reestruturação, unificação e o reconhecimento nacional e internacional da Rede Brasileira de Laboratórios Analítico-Certificadores em Saúde (REBLAS) no

âmbito do sistema brasileiro de certificação, garantindo a qualidade dos produtos colocados no comércio.

*h) Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos:* contínuo nos diferentes planos, programas e atividades que operacionalizam a PNM de modo que o setor saúde possa dispor de pessoal, qualitativa e quantitativamente, suficientes para abordarem todos os aspectos inerentes às diretrizes fixadas na PNM, em especial ao URM, produção, comercialização e dispensação dos genéricos.

Já em 1999, como parte da ação da PNM foi criada, pela Lei n° 9.782/99, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), uma autarquia sob regime especial, ou seja, uma agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde que tem por objetivo “proteger e promover a saúde, garantindo a segurança sanitária dos produtos e serviços submetidos à Vigilância Sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados, bem como o controle de portos aeroportos e fronteiras” (ANVISA, 1999).

A ANVISA é o órgão responsável pela: fiscalização do controle de qualidade na fabricação dos medicamentos (OLIVEIRA, et al., 2005); pelo registro de medicamentos; adoção, implementação e coordenação de atividades relativas à regulação econômica do mercado de medicamentos, voltadas a promover a assistência farmacêutica à população – por meio da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, criada pelo Decreto n° 4.766/2003 (BRASIL, 2003); pela autorização de laboratórios e indústrias farmacêuticas; e pela avaliação de pedidos de patente, juntamente com o Instituto Nacional da Propriedade Industrial (INPI), além disso, a Agência exerce o controle de portos, aeroportos e fronteiras para tratar de assuntos internacionais na área de vigilância sanitária (ANVISA, 1999).

Apesar dos inúmeros esforços, os cortes promovidos nos gastos com saúde, aliados aos acréscimos nos preços de medicamentos ofertados nos mercados, comprometem de maneira radical os programas de Assistência Farmacêutica, tradicionalmente pouco eficientes no Brasil, que, devido também à carência de insumos farmacêuticos, muitas vezes não conseguem garantir o acesso aos medicamentos de uso contínuo para grupos com patologias específicas como hipertensão, diabetes, entre outras (BERMUDEZ e BOMFIM, 1999 apud ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE 2002).

A má qualidade da oferta de medicamentos, o não-cumprimento da obrigatoriedade da apresentação da receita médica e a carência de informação e instrução para a população em geral justificam a preocupação com a qualidade da automedicação (definida pela portaria nº 3.916/1998 (BRASIL, 1998) como o uso de medicamentos sem prescrição, orientação e ou o acompanhamento do médico ou dentista) praticada no Brasil, ainda muito distante da automedicação responsável (definida pela Organização Mundial de Saúde (2000) como a pratica pela qual os indivíduos tratam doenças sinais e sintomas utilizando medicamentos aprovados para venda sem prescrição médica, sendo estes de eficácia e segurança comprovadas quando utilizados racionalmente), que evita consultas médicas desnecessárias e atua como importante ferramenta para promoção da saúde, conferindo maior autonomia ao usuário no tratamento de doenças de menor complexidade. De acordo com a ABIFARMA, cerca de 80 milhões de pessoas são adeptas a essa prática (IVANNISSEVICH, 1994 apud ARRAIS et al., 1997) – que, tal como a prescrição errônea, pode ter como conseqüência efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de doenças evolutivas, representando, portanto, um problema a ser prevenido (ARRAIS et al., 1997).

A prevalência e custos da morbidade e mortalidade relacionada a medicamentos são de grande relevância para os gestores de sistemas de saúde, pacientes e a sociedade como um todo (JOHNSON & BOOTMAN, 1995, MALHOTRA et al., 2001), já que o mau uso de medicamentos onera os serviços de saúde com atendimentos, internações e óbitos. Estima-se que os hospitais gastem de 15 a 20% de seus orçamentos para lidar com as complicações causadas pelo mau uso de medicamentos (AQUINO, 2008) e que 92% dos problemas relacionados com medicamentos no âmbito secundário e terciário da saúde poderiam ser prevenidos (SCHENKEL et al., 2004).

A falta de informações sobre medicamentos, os sentimentos de passividade e medo em relação às doenças, contrários as tomadas de atitudes preventivas, e a dependência aos serviços de saúde (inconstantes na disponibilização de medicamentos) levam ao acúmulo de medicamentos nos domicílios, muitas vezes sem rótulo ou cartucho (embalagem secundária) e sem identificação, levando à formação de polifarmácias domésticas (MARGONATO et al., 2008).

Cabe salientar que 50 a 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa e que 75% das prescrições com antibióticos são errôneas (Organização Mundial da Saúde, 1999), além disso, os médicos, muitas vezes, não têm acesso a informações completas a respeito da segurança dos fármacos e parte deles sequer conhece o conjunto dos possíveis efeitos nocivos do que prescreve (AQUINO, 2008). Assim, é evidente a necessidade de interação multiprofissional entre os profissionais prescritores e dispensadores para orientar em relação à utilização e armazenamento de medicamentos, garantindo ao paciente uma Assistência Farmacêutica de qualidade (MARGONATO et al., 2008).

Contudo, é justamente na área da Assistência Farmacêutica que o SUS se depara com as maiores dificuldades, e onde ficam mais evidentes as distorções e problemas que são gerados pelas grandes desigualdades sociais e econômicas ainda existentes no país, que determinam restrições ao pleno acesso aos medicamentos pela população (MONSEGUI et al., 1999).

É neste cenário que o profissional farmacêutico deve contribuir, segundo a Política Nacional de Assistência Farmacêutica, propondo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, no qual, mais do que apenas a aquisição e distribuição de medicamentos, a assistência farmacêutica deva garantir o URM (definido pela Organização Mundial de Saúde (2002) como *“quando os pacientes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para eles e para a comunidade”*), juntamente com a execução das outras atividades elencadas na diretriz de reorientação da Assistência Farmacêutica, aplicando, também, as demais diretrizes, preconizadas na PNM, naquilo que lhe compete.

Dentro de todo o contexto apresentado, conhecer o perfil de consumo da população e como esta estoca seus medicamentos é de grande valia para que se possa montar uma estratégia de Assistência Farmacêutica efetiva, visando à redução de morbidades evitáveis relacionadas a medicamentos, já que, segundo Morris et al. (2002), a partir dessa redução é possível se obter um impacto positivo na qualidade de vida do paciente, na segurança do sistema de saúde e na eficiência no uso dos recursos.

É com esse intuito que, juntamente com a AFEP (Atenção Farmacêutica Estudantil Permanente) – entidade da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da

UNESP da Araraquara que tem por objetivo, dentre outros, promover a Atenção Farmacêutica e contribuir com o desenvolvimento profissional/humano e com a relação farmacêutico-paciente, por meio da interação entre seus participantes e os agentes e profissionais de saúde da ESF e pela realização de trabalhos preventivos, educacionais e culturais com os usuários de medicação e a população em geral do bairro Jardim das Hortências no município da Araraquara, visando à melhoria da qualidade de vida da população atendida – foi realizado o presente estudo que tem como objetivo identificar os domicílios que apresentam estoque e façam uso de medicamentos, bem como avaliar as condições de armazenamento, segurança e uso da medicação. A fim de promover a prevenção e detecção de erros de medicação e automedicação irresponsável e, desta forma, contribuir para a redução de morbidades e mortalidades relacionadas a medicamentos.

## **2. MÉTODOS**

Trata-se de um estudo farmacoepidemiológico do tipo transversal, descritivo e observacional, conduzido em um município que se encontra a cerca de 300 km da capital paulista e que possui uma população de aproximadamente 208 mil habitantes (IBGE, 2010). O município apresenta 24 serviços de saúde públicos municipais, sendo treze (13) Unidades Básicas de Saúde, dez (10) unidades da Estratégia de Saúde da Família (com 14 equipes) e uma (1) unidade de pronto atendimento.

O universo da pesquisa correspondeu aos domicílios cadastrados nas dez unidades de Estratégia da Saúde da Família (ESF) de Araraquara.

Tratou-se de uma amostra de conveniência, onde foram sorteados (de modo aleatório e estratificado, considerando a proporção das 22 micro-áreas do bairro)

134 domicílios, dentre um total de 1.132 domicílios cadastrados na ESF localizada no bairro Jardim das Hortências, no início de 2011. O tamanho da amostra foi definido utilizando-se o cálculo de amostragem, considerando o intervalo de confiança de 95%.

Os dados foram coletados durante o primeiro semestre de 2011 por voluntários membros da entidade Atenção Farmacêutica Estudantil Permanente (AFEP), após definição e treinamento dos mesmos sobre os objetivos do estudo e o preenchimento do instrumento de coleta de dados.

O instrumento continha três partes e foi elaborado com questões dissertativas e de múltipla escolha, para possibilitar uma entrevista semi-estruturada (que, de acordo com Bailey (1982), permite ao entrevistado, em determinados tópicos, discorrer sobre o tema sugerido sem que o entrevistador fixe, *a priori*, certas respostas ou condições). A primeira parte se referia à identificação: do entrevistador, da família, do número de membros da família e de suas respectivas idades. A segunda parte argüia sobre: a presença de medicamentos estocados no domicílio, o uso ou não de medicamentos, por parte de algum membro da família, e, por fim, ao comportamento de uso (posologia, modo de administração, etc). A terceira parte compreendia as informações observadas referente(s): às condições de armazenamento do medicamento, a identificação de automedicação e a comparação do uso da medicação praticada pelo usuário com o uso descrito na prescrição médica (ANEXO A).

Todos os dados utilizados na pesquisa são de usuários maiores de 18 anos que aceitaram participar da entrevista, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO B), sendo excluídos do estudo os

usuários dos domicílios que não atendessem os entrevistadores em até três visitas ou não aceitassem participar da entrevista.

Os dados coletados foram processados em um banco de dados em um aplicativo Excel e tabulados na forma de frequência simples ou absoluta da presença de medicamentos, membros da família fazendo uso do medicamento, descrição das condições de armazenamento, identificação de automedicação e uso inadequado de medicamento segundo a faixa etária.

Para classificar as condições de armazenamento estabeleceram-se quatro categorias:

- i) Seguro e Adequado;
- ii) Seguro e Inadequado:
- iii) Inseguro e Adequado;
- iv) Inseguro e Inadequado.

Foram considerados como *Seguro* os locais em que os medicamentos estavam fora do alcance de crianças e *Adequado* aqueles que não estavam expostos à luz, calor, umidade, sujeira ou próximos a animais, ralos, produtos de higiene, cosméticos e domissanitários.

Foi considerado que o usuário praticava automedicação quando esse fazia uso de medicamentos (isentos de prescrição e/ou sob prescrição) por iniciativa própria, sem a devida orientação de profissionais de saúde.

A falta de segurança e identificação das especialidades farmacêuticas se refere a problemas observados quanto a: ausência de bulas; presença de mais de uma especialidade do mesmo fármaco; ausência de embalagens primárias ou

secundárias; especialidades vencidas, sem o prazo de validade, com lote ilegível ou sem identificação; sobras de antimicrobianos, medicamentos sujeitos a prescrição e sujeitos a prescrição e controle especial.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital São Paulo da UNIFESP (nº 1.2105/10) (ANEXO C).

### 3. RESULTADOS

Foram visitados 118 (88,0%) dos 134 domicílios sorteados que compreenderam a amostra dos domicílios cadastrados na ESF do bairro Jardim das Hortências, sendo que 12,0% da amostra não foram entrevistadas ou por não aceitarem participar da entrevista (2, 1,5%) ou por estarem ausentes em mais de três visitas (14, 10,5%).

Dentre os domicílios entrevistados, 112 (95,0%) possuíam medicamentos. Desses, 97 (82,2%) domicílios tinham, pelo menos, um integrante que estava fazendo uso de medicamento(s), totalizando 150 usuários de medicamentos, uma média de aproximadamente 1,5 usuários por domicílio. Observou-se que os usuários com mais de 41 anos foram aqueles que mais consumiam medicamentos (104 [69,3%]) (Figura 1.).

Quando perguntado aos usuários onde foram adquiridos seus medicamentos, a maioria [82 (84,5%)] adquiriu a medicação total ou parcialmente pelo SUS, quarenta e oito (49,4%) usuários informaram terem adquirido a medicação em farmácias ou drogarias, nove (9) (9,3%) na farmácia popular, um (1) na iridologista (1,0%) e dois (2) em mercados (2,0%).

Quanto aos locais de armazenamento dos medicamentos, foram identificados cinco (5) diferentes cômodos (cozinha, quarto, sala, banheiro e quintal), totalizando

138 diferentes lugares de armazenamento, incluindo a geladeira para a conservação da insulina. A cada quatro domicílios, um utilizava mais de um local para conservar seus medicamentos. A cozinha e o quarto foram os lugares mais comumente utilizados, correspondendo a 68 (49,2%) e 60 (43,4%), respectivamente. Entretanto, apenas um em quatro locais de armazenamento foi considerado seguro e adequado (Tabela 1).

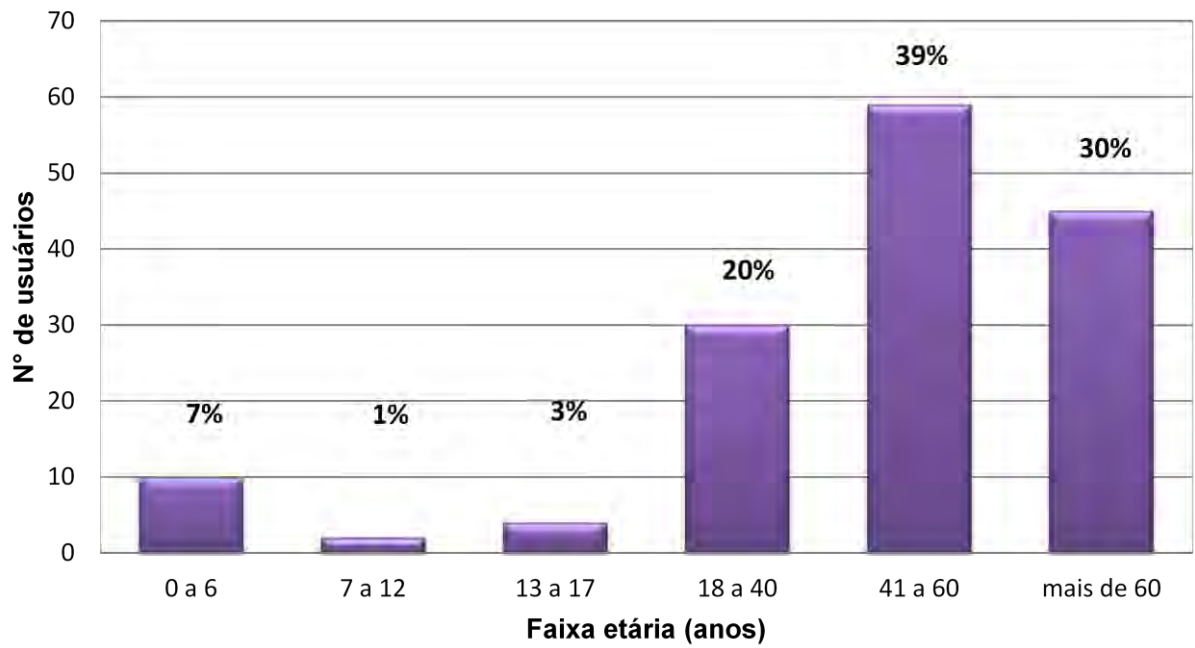
A automedicação era prática comum [46 (47,4%)] nos domicílios, em sua maioria por usuários com mais de 41 anos, e 44% dos usuários não fazia uso da medicação conforme prescrição médica.

Os medicamentos para dor foram os mais utilizados na automedicação, destacando-se os analgésicos [mais comumente a dipirona (9, 19,5%)] seguidos dos antiinflamatórios (sendo o paracetamol (5, 11%) o mais freqüente dessa classe). Além desses anteriormente citados foram encontrados, também, casos de automedicação utilizando-se de anticoncepcionais, antibiótico (amoxicilina), antagonista beta-adrenérgico (timolol) entre outros pontualmente citados.

Foram analisadas 995 especialidades farmacêuticas, que apresentaram falta de identificação ou problemas na segurança em 60 (53,6%) dos domicílios (Tabela 2).

Em 42 (37,5%) domicílios foram identificadas mais de uma especialidade do mesmo fármaco, totalizando 67 especialidades repetidas e em 16 (14,3%) domicílios havia medicamentos fora da embalagem primária. Na maioria dos domicílios os medicamentos estocados não apresentavam bulas [108 (96,4%)] e estavam fora de sua embalagem secundária [101 (90,1%)]. Um em cada três domicílios apresentou medicamentos vencidos ou com os dados de lote ilegíveis. Metade dos domicílios

possuía sobras de medicamentos sujeitos a prescrição médica e um terço possuía sobras de antimicrobianos ou de medicamentos sujeitos a controle especial.



**Figura 1.** Distribuição dos usuários de medicamentos cadastrados na Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim das Hortências, segundo a faixa etária, num município do estado de São Paulo, 2011.

Locais	Seguro <sup>1</sup> e Adequado <sup>2</sup> N (%)	Seguro e Inadequado N (%)	Inseguro e Adequado N (%)	Inseguro e Inadequado N (%)	Total
Cozinha	15 (10,8)	31 (22,5)	0 (0,0)	26 (18,8)	72 (52,2)
Quarto	19 (13,8)	17 (12,3)	9 (6,5)	15 (10,9)	60 (43,4)
Sala	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (2,1)	1 (0,7)	4 (2,9)
Banheiro	0 (0,0)	1 (0,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)
Quintal	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,7)
<b>Total</b>	34 (24,6)	49 (35,5)	12 (8,7)	43 (31,1)	138 (100,0)

<sup>1</sup>Não acessível a crianças.

<sup>2</sup>Não expostos a luz, calor ou umidade, produtos de higiene, cosméticos e/ou domissanitários, sujeiras ou próximos a animais.

**Tabela 1.** Descrição dos locais de armazenamento de medicamentos, segundo a segurança e adequação, nos domicílios assistidos pela Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim das Hortências, num município do estado de São Paulo, 2011.

Problemas Observados	Domicílios N (%)	Especialidades Farmacêuticas N (%)
Ausência de Bulas	108 (96,4)	798 (80,2)
Mais de uma especialidade do mesmo fármaco	42 (37,5)	67 (6,7)
Ausência de embalagens Primárias	16 (14,2)	24 (2,4)
Ausência de embalagens Secundárias	101 (90,1)	741 (74,5)
Especialidades Vencidas	36 (32,1)	106 (10,6)
Especialidades sem o prazo de validade	35 (31,2)	66 (6,6)
Especialidades com Lote ilegível	37 (33,0)	70 (7,0)
Especialidades sem identificação	7 (6,3)	11 (1,1)
Sobras de Antimicrobianos	33 (29,5)	43 (4,3)
Sobras de medicamentos sujeitos a controle especial	33 (29,5)	58 (5,8)
Sobras de medicamentos sujeitos a prescrição, mas não a controle especial	60 (53,6)	133 (13,3)
<b>Total</b>	<b>112 (100,00)</b>	<b>995(100,00)</b>

**Tabela 2.** Problemas observados quanto à segurança e identificação das especialidades farmacêuticas armazenadas nos domicílios cadastrados na Estratégia Saúde da Família do bairro Jardim das Hortências, em um município do estado de São Paulo, 2011.

#### 4. DISCUSSÃO

Os dados revelam que, apesar da aquisição dos medicamentos ser feita via SUS pela maior parte dos usuários (como preconizado na Política Nacional de Medicamentos), ainda observa-se a prática de aquisição de medicamentos sem receita médica em estabelecimentos dos mais variados. Aquino (2008) ressalta que um dos motivos para esse tipo de comportamento seria a pouca disponibilidade dos serviços de Saúde para a população, que, às vezes, precisa ficar horas em filas ou esperar dias e até meses para conseguir uma consulta médica.

Além do mais, nem todas as ESF possuem um Farmacêutico (já que esse não faz parte do quadro de funcionários obrigatórios daquela), o que prejudica a correta orientação dos usuários já que, freqüentemente, a única orientação que eles têm sobre o medicamento é a do dispensador, o que torna fundamental a presença do Farmacêutico (profissional adequado para exercer a dispensação) para orientar corretamente o uso, o armazenamento, a preservação da identificação do medicamento, a observância do prazo de validade antes de qualquer administração e a orientação sobre os riscos da automedicação por meio da “farmácia caseira”.

Seria interessante que a AFEP (Atenção Farmacêutica Estudantil Permanente) – entidade pertencente à Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UNESP de Araraquara que promove atividades extracurriculares no âmbito da atenção farmacêutica e que realiza trabalhos de orientação da população do Jardim das Hortências de Araraquara em parceria com os profissionais da ESF em que foi realizado o presente estudo – juntamente com o farmacêutico responsável e os demais profissionais da ESF, expusessem para a população (especialmente para os usuários com mais de 41 anos, que constituem a maior parcela consumidora de medicamentos), com ações educativas sobre a guarda e a segurança, a

necessidade: a) de conservar o medicamento em sua embalagem original, com nome e lote legíveis; b) da contínua verificação do prazo de validade; c) da não aquisição de medicamentos em estabelecimentos inapropriados, dando preferência à aquisição pela ESF, capaz de orientar o usuário corretamente e; d) de uma correta orientação do uso dos medicamentos isentos de prescrição, principalmente de analgésicos e antiinflamatórios, para minimizar o uso indiscriminado desses. O farmacêutico pode e deve ser consultado quanto da utilização dos medicamentos isentos de prescrição, orientando o uso na dispensação.

Deve-se ressaltar que essas intervenções educativas (quanto ao modo de utilização e a guarda segura e adequada de medicamentos) somente são viáveis quando de caráter contínuo e prolongado, uma vez que, como observado por Vilarino et al (1998), “o desmonte e reestruturação da carga simbólica vinculada aos medicamentos exige tempo”.

Foi observado que a maioria dos usuários de medicamentos eram maiores de 41 anos (figura 1), por conseguinte faz-se necessária uma maior atenção a esses usuários, principalmente aos idosos (mais de sessenta anos), que, como expõem Marin et al. (2008), representam 50% dos usuários polimedicados e estão mais sujeitos a prescrições com doses e indicações inadequadas e interações medicamentosas, além de estados inerentes a própria idade avançada, como falta de entendimento, esquecimento, diminuição da acuidade visual e destreza manual, que contribuem para a ocorrência de erros na administração de medicamentos. Marin et al.(2008) ainda acrescentam a todos esses fatores o alto índice de analfabetismo em algumas comunidades, que pode comprometer o entendimento e levar ao uso incorreto do medicamento por parte do idoso.

A orientação de idosos é particularmente complexa, sendo essa a faixa etária que mais necessita de orientação (que por sua vez deve ser simples e de fácil compreensão, considerando sempre o nível de escolaridade e socioeconômico do idoso e sua capacidade cognitiva, dando preferência para utilização de material ilustrativo e auto-explicativo) e mais propensa a eventos adversos (Varallo et al, 2011).

Quanto aos locais de estoque de medicamentos, o presente estudo - que adotou o mesmo *conceito de estoque utilizado por Schenkel et al. (2004), que considera que o estoque é composto por todos os medicamentos mantidos na residência* – averiguou que houve uma predominância de estoque na cozinha, como observado em outros estudos (Schenkel et al. 2004, Serafim et. al. 2007, Margonato et al. 2008 e Mastroianni, et al 2011) e do quarto. Apesar dos cômodos utilizados para o armazenamento de medicamentos serem basicamente os mesmos, as formas de acondicionamento da medicação variaram, desde gavetas, sacolas, recipientes abertos ou fechados, de vidro, plástico ou madeira, até medicamentos totalmente expostos em cima de armários, de cômodas ou ao lado de fogões.

Assim, 49,9% (55) dos locais de armazenamento foram considerados inseguros por estarem ao alcance de crianças e 66,6% (92) dos locais foram classificados como inadequados por estarem expostos ao sol, umidade, calor, sujeiras, animais domésticos ou próximos a substâncias como perfumes, cosméticos ou domissanitários.

De acordo com Matos et al. (2002) as crianças entre zero e quatro anos, juntamente com as mulheres, são os grupos populacionais mais atingidos por intoxicações medicamentosas, sendo que, das intoxicações medicamentosas

registradas pelo SINITOX em 2009, 29,36% ocorreram em menores de cinco anos (SINITOX, 2009).

As crianças mais susceptíveis aos acidentes tóxicos são aquelas que possuem dois e três anos, devido à curiosidade natural dessa faixa etária associada ao desenvolvimento motor. A partir dos quatro anos o risco diminui devido à maior compreensão da criança com relação às orientações dos adultos e também devido ao paladar mais seletivo. Das cinco classes de medicamentos mais associadas a intoxicações infantis (descongestionantes nasais, analgésicos, broncodilatadores, anticonvulsivantes e contraceptivos orais), podemos destacar os analgésicos e os descongestionantes nasais tópicos e sistêmicos, que em sua maioria são medicamentos de venda livre e alvos de propaganda direta ao consumidor, como os principais causadores de intoxicações em crianças de zero a quatro anos. Ainda, podemos apontar os acidentes individuais como as principais causas relacionadas às intoxicações infantis (MATOS et al., 2002).

O fácil acesso das crianças aos medicamentos, armazenados em lugares baixos e/ou de fácil abertura, é um fator de risco para que ocorram acidentes individuais relacionados às intoxicações infantis, o que corrobora os dados do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Assim, se faz necessário intervenções educativas, que podem ser proporcionadas pela AFEP em conjunto com as Agentes Comunitárias e os demais profissionais da ESF, a fim de orientar os responsáveis pelas crianças, por meio de distribuição de folhetos ilustrativos ou pela realização de palestras e/ou teatros educativos, quanto ao modo correto de armazenamento da medicação estocada (que deve estar em lugar alto e de difícil acesso, preferivelmente trancado) e quanto ao uso indiscriminado e o estoque excessivo de descongestionantes e substâncias analgésicas usadas para

quadros leves, para que, assim, possa-se combater os quadros de intoxicação por medicamentos no Brasil (SINITOX 2009).

O armazenamento da medicação em lugar inadequado, expondo-a a fatores como temperatura, presença de oxigênio, luz, radiação e umidade (GIL et al., 2005; WELLS, 2005), pode acarretar na degradação das moléculas dos fármacos, favorecendo a perda de estabilidade do fármaco e a formação de produtos de degradação tóxicos, alergênicos e irritantes ao organismo e a contaminação dos produtos por exposição inadequada, como demonstrado em estudo feito por Serafim et al. (2007), em que foram analisadas amostras de dipirona líquida coletadas de medicamentos armazenados nos domicílios de Araraquara, ainda dentro dos prazos de validade, e que apresentaram perda de até 42,6% no teor do princípio ativo quando comparados com as amostras controles (compostas por diversas marcas comerciais).

Por isso, é importante a necessidade de orientações relacionadas ao armazenamento dos medicamentos nas residências (SERAFIM et al., 2007) garantindo que a farmácia caseira proporcione ambiente adequado para a conservação da qualidade dos medicamentos (BUENO et al. 2009).

A automedicação era prática comum entre os usuários dos domicílios entrevistados como também observado em outros estudos semelhantes (VILARINO, 1998 e AQUINO, 2008) onde a automedicação varia de 35,0% a 76,1% - assim como o uso da medicação em desacordo com a prescrição médica. Como destaca Ogawa et al. (2008) é necessário alertar a população sobre o risco da automedicação, que pode mascarar sinais e sintomas de problemas de saúde mais graves e que requeiram cuidados e/ou tratamentos específicos.

Falta de informação nas embalagens de medicamentos, tais como data de validade, identificação do lote e até mesmo falta de legibilidade no nome do medicamento ou no princípio ativo favorece o uso incorreto da medicação, já que alguns medicamentos sem identificação podem ser facilmente confundidos e, juntamente com o uso de medicação vencida, podem causar efeitos diferentes das indicações terapêuticas originais, inefetividade terapêutica, intoxicações e reações adversas. Ainda, a falta de identificação do lote impossibilita a identificação do fabricante e o do próprio medicamento.

Foi observado que muitos medicamentos se encontravam fora de suas embalagens secundárias, o que é corroborado por observações de Schenkel et al. (2004) que citam essa como uma prática de 90,9% daqueles que armazenam medicamentos e aponta o risco de segurança de tal prática, já que os medicamentos ficam desprotegidos e sua rastreabilidade fica comprometida. Schenkel et al. (2004) e Mastroianni et al. (2011) apontam a urgente necessidade da implantação de um sistema que disponibilize embalagens primárias fracionáveis que apresentem nome do princípio ativo, prazo de validade, número do lote e fabricante o que colaboraria para o URM, evitando confusões, reduzindo o desperdício, sobras e facilitando o manejo.

Grande parte das especialidades farmacêuticas estava sem suas respectivas bulas [798 (80,2%)]. O fato da maior parte dos medicamentos serem adquiridos pelo SUS pode explicar, em parte, a falta de bulas, já que o SUS distribui medicamentos fracionados sem fornecer suas bulas (deixando claro que os medicamentos do SUS que estão sem bulas são os fabricados pelos laboratórios nacionais), o que representa uma restrição ao principal meio de informação sobre medicamentos no Brasil, favorecendo um possível uso equivocado da medicação e indo de encontro

com a política nacional de medicamento, que propõe informação adequada (tais como: contra-indicação, advertências e precauções) para a promoção do uso correto.

Foi detectada, também, a sobra de medicamentos antimicrobianos e de medicamentos sujeitos a controle especial. Sabe-se que o uso inadequado de antimicrobianos tem implicações diretas no aumento das taxas de resistência microbiana, existindo ainda um custo social e pessoal do uso inadequado desses medicamentos, que envolve custos diretos de tratamentos, internações, dias não trabalhados, faltas escolares, invalidez e morte, sendo, portanto, necessários esforços no sentido de conhecer e racionalizar a utilização de antimicrobianos (ABRANTES et al., 2007).

Uma orientação aos usuários quanto ao uso e armazenamento dos antimicrobianos se faz necessária, visto que de cada três casas uma apresentava sobras de antimicrobianos [33 (29,5%)]. As sobras desses medicamentos podem indicar que ou o tratamento não foi feito até o fim, já que muitos usuários interrompem a terapia medicamentosa assim que cessam os sintomas, ou que foram dispensados mais medicamentos do que o necessário. De qualquer forma o armazenamento (e as sobras) de antimicrobianos deve ser totalmente desencorajado, já que, como indicado por Nascimento (2005), a automedicação com esse tipo de medicamento pode ocasionar, além dos riscos inerentes a qualquer automedicação, o surgimento de superbactérias, mais resistentes a terapias medicamentosas, que podem causar graves complicações ao usuário.

Os dados observados no presente estudo [que evidenciam sobras de medicamentos, medicamentos sem identificação e armazenados inadequadamente e sem segurança e que estão de acordo com resultados de estudos semelhantes

como Mastroianni et al. (2011)] podem levar a potenciais problemas associados aos medicamentos e ao uso incorreto de medicamentos. Por tanto, algumas medidas se fazem necessárias para a promoção do URM, como a presença do farmacêutico na equipe da ESF e a adequação do setor farmacêutico à RDC 80/06, que versa sobre o fracionamento de medicamentos, a fim de evitar sobras de medicamentos sujeitos a prescrição médica tais como antibióticos e medicamentos sujeitos a controle especial (presentes em um terço dos domicílios pesquisados) e também evitar o risco da utilização de medicamentos vencidos, com o lote ilegível e sem identificação, que são importantes informações de rastreabilidade dos medicamentos.

Sabe-se que a inserção do farmacêutico como profissional da saúde pública é essencial na garantia do acesso e uso racional dos medicamentos, bem como para a qualificação do serviço para garantir a assistência farmacêutica (CANABARRO et al. 2009) – cujo objetivo principal é conscientizar o usuário que os medicamentos utilizados corretamente e sob orientação médica propiciam alívio de males que afetam sua saúde – sendo o farmacêutico, dentro de suas habilitações, profissional totalmente capacitado para prestá-la (SOUZA et al. 2008).

É evidente que a presença do farmacêutico na atenção primária exercendo as atribuições inerentes a profissão (definidas conforme item 6.2 da Resolução nº 328 (BRASIL, 1999), das quais se destacam: estabelecer critérios e supervisionar o processo de aquisição de medicamentos e demais produtos; avaliar a prescrição médica assegurar condições adequadas de conservação e dispensação dos produtos; participar de estudos de farmacovigilância com base em análise de reações adversas e interações medicamentosas, informando a autoridade sanitária local; manter a guarda dos produtos sujeitos a controle especial de acordo com a

legislação específica; prestar assistência farmacêutica necessária ao consumidor; promover treinamento inicial e contínuo dos funcionários para a adequação da execução de suas atividades) permitiria uma maior identificação, correção e prevenção desses RNM (resultados negativos associados a medicamentos), propiciando ao usuário um acesso de qualidade a medicação e garantindo o URM preconizado na PNM, minimizando as reações adversas da automedicação tão amplamente praticada no país e que, segundo Bortolon et al. (2007), representa uma ameaça à saúde pública, devido os gastos decorrentes de atendimentos, internações e óbitos causados pelo uso irracional de medicamentos.

Bortolon et al. (2007) destacam, ainda, que o esclarecimento de dúvidas terapêuticas, indicação de medicamentos em casos de enfermidades mais simples onde não há necessidade de consulta médica e ainda a triagem de pacientes que dependam de consulta clínica tão logo possível por parte do profissional farmacêutico, utilizando-se das especialidades do saber profissional de farmácia, pode significar uma valiosa contribuição à saúde, no que tange ao tratamento medicamentoso.

Ainda no contexto da Assistência Farmacêutica temos a Atenção Farmacêutica que, segundo Oliveira et al. (2006), consiste no mais recente caminho a ser tomado pelo profissional farmacêutico para que atue buscando a saúde do paciente, orientando-o em todos os sentidos.

Na Atenção Farmacêutica, o farmacêutico assume um papel ativo em benefício do paciente, ajudando o prescritor na seleção apropriada e na dispensação de medicamentos, assumindo, dessa forma, responsabilidade direta na colaboração com outros profissionais de saúde e com os usuários, para que se alcance o resultado terapêutico desejado (ANDRADE et al. 2004), o que envolve

macrocomponentes como educação em saúde, orientação farmacêutica, dispensação, atendimento farmacêutico e seguimento farmacoterapêutico, além de registros sistemáticos das atividades, mensuração e avaliação dos resultados (IVAMA, 2002 apud OLIVEIRA et al. 2006) e requer do profissional farmacêutico conhecimento, empenho e responsabilidade, frutos da formação acadêmica e da vivência profissional conquistada cotidianamente (MIGUEL, 2000 apud OLIVEIRA et al. 2006).

Deve-se, ainda, incentivar as parcerias entre as ESF e as Universidades, por meio de atividades de ensino (estágio) extensão e pesquisa, para a formação de profissionais melhores preparados para a prestação da assistência à saúde, executando atividades, juntamente com o farmacêutico responsável pela ESF e os demais profissionais de saúde envolvidos na assistência farmacêutica, que auxiliem a atuação farmacêutica em seus vários âmbitos.

A Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS carece principalmente de iniciativas sociais (em vista da maior atenção dada pelos gestores do SUS à sua faceta econômica e administrativa – nem menos ou mais importante que a social), com ações voltadas ao usuário de medicamentos que promovam o URM, que ajam na extensão primária de promoção da saúde, o que pode ser feito por meio da presença do farmacêutico como gestor da Assistência Farmacêutica na ESF (realizando uma dispensação adequada, zelando pelo estoque de medicamentos da unidade, sendo o elo entre o usuário de medicamentos e o médico e identificando, corrigindo e prevenindo os problemas do uso de medicamentos por meio da AF) e de intervenções educativas com parcerias entre a ESF e as universidades, contribuindo assim para a formação de um profissional que não possua apenas uma visão tecnicista, mas que também tenha vivência assistencial e humanística e

desenvolva uma visão mais ampla e multidisciplinar sobre a promoção da Assistência Farmacêutica (que inclui a Atenção Farmacêutica), pois o profissional Farmacêutico é, antes de tudo, um profissional da Saúde.

## 5. CONCLUSÕES

A maioria (95,0%) dos domicílios possui estoque de medicamentos, que é feito de forma inadequada ou insegura em 75% deles. Ainda, 30% dos domicílios possuem especialidades vencidas e/ou com lote ilegível e/ou sobras de antimicrobianos e/ou de medicamentos sujeitos a controle especial.

As sobras de antimicrobianos e/ou medicamentos sujeitos a controle especial foram observados em um de cada três domicílios, levando à resistência microbiana e dependência, respectivamente, se não utilizadas de maneira adequada ou se utilizadas para automedicação.

A automedicação é praticada em 46 (47,4%) dos domicílios, em sua maioria por usuários acima de 41 anos (o que é explicado, em parte, pelo fato dos usuários nessa faixa etária serem os mais polimedicados), e 44,0% dos usuários não faziam uso de pelo menos um dos medicamentos conforme prescrição médica.

A aquisição de medicamentos é feita, principalmente, pelo SUS (84,5%), e por Farmácias/Drogarias (49,4%), mas também por alguns estabelecimentos totalmente inadequados (mercados 2% e iridologistas 1% – citados por usuários).

Foram identificadas 995 especialidades farmacêuticas nos domicílios visitados. Em 60 (53,6%) desses domicílios foram encontradas especialidades que apresentaram falta de identificação ou problemas na segurança.

A presença do farmacêutico na ESF é de suma importância para que a prestação da Assistência Farmacêutica seja mais eficiente e eficaz.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRANTES, M.P., MAGALHÃES, S.M.S., ACÚRCIO, F.A., SAKURAI, E., **Avaliação da qualidade das prescrições de antimicrobianos dispensadas em unidades públicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2002.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(1): 95-104, jan, 2007.

ANDRADE, M.A., SILVA, M.V.S., FREITAS, O. **Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos e Idosos.** Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, v. 25, n.1 (2004). Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/3626>>. Acessado em: 25 de Maio de 2011.

ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária.** Brasília-DF, 26 jan. 1999. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/portal/anvisa/anvisa/agencia>>. Acessado em: 17 de Junho de 2011.

AQUINO, D.S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciênc. Saúde coletiva.** V.13, n.0, p.733-736. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000700023&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000700023&script=sci_abstract)>. Acessado em: 30 de Maio de 2011.

ARRAIS, P.S.D., COELHO, H.L.L., BATISTA, M. do C.D.S., CARVALHO, M.L., RIGHI, R.E., ARNAU, J.M. **Perfil da automedicação no Brasil.** Rev. Saúde Pública, 31 (1): 71-7, 1997.

BAILEY, K.D. **Methods of Social Research.** 2nd. ed. New York: The free press, 1982.

BESEN, C.B., NETO, M.S., DA ROS, M.A, SILVA, F.W., SILVA, G.C., PIRES, M.F. **A estratégia saúde da família como objeto de educação em saúde.** Saúde e Sociedade, v.16, n°1, p.57-68, jan./abr. 2007.

BRASIL. **Constituição Federal (Vigente) n° 1988.** Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, 05 out. 1988. Disponível em: <[http://br.vlex.com/vid/constitui-vigente-federativa-brasil-34289693?ix\\_resultado=7.0&query%5Bbuscable\\_id%5D=2080&query%5Bbuscable\\_type%5D=Fuente&query%5Bfilters\\_order%5D=source&query%5Btextolibre%5D=constituicao+federal](http://br.vlex.com/vid/constitui-vigente-federativa-brasil-34289693?ix_resultado=7.0&query%5Bbuscable_id%5D=2080&query%5Bbuscable_type%5D=Fuente&query%5Bfilters_order%5D=source&query%5Btextolibre%5D=constituicao+federal)>. Acessado em: 28 de Julho de 2011.

BRASIL. **Decreto n° 4.766.** Regulamenta a criação, as competências e o funcionamento da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos - CMED. Diário Oficial da União. 27 de junho de 2003.

BRASIL. **Lei n° 8.080.** Dispõe sobre as condições para a formação, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União. 20 set. 1990.

BRASIL. **Ministério da Saúde.** Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=149](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149)>. Acessado em: 10 de Julho de 2011.

BRASIL. **Ministério do Desenvolvimento, Indústria e Comércio Exterior.** Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos, 2003. Disponível em: <<http://alice.desenvolvimento.gov.br/sitio/interna/interna.php?area=1&menu=983>>. Acesso em: 15 de Agosto de 2011.

BRASIL. **Portaria nº 3.916.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União. Brasília, 10 de novembro de 1998.

BRASIL. **Lei nº 9.782.** Define o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, Cria a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 26 jan. 1999.

BRASIL. **Resolução nº 328.** Dispõe sobre requisitos exigidos para a dispensação de produtos de interesse à saúde em farmácias e drogarias. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, 22 de julho de 1999. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/328\\_99.htm](http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/328_99.htm)>. Acessado em: 10 de Julho de 2011.

BRASIL. **Portaria nº 648/GM.** 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. 28 mar. 2006. Disponível em < <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acessado em: 10 de Julho de 2011.

BORTOLON, C.P., KARNIKOWSKI, M.G.O., ASSIS, M., **Automedicação versus indicação farmacêutica: o profissional de farmácia na atenção primária à saúde do idoso.** Revista APS, v.10, n.2, p. 200-209, jul./dez. 2007.

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 Básicas e Aplicadas, 2009; 30 (2): 75-82.

CANABARRO, I.S., HAHN, S., **Panorama da Assistência Farmacêutica na Saúde da Família em município do interior do Estado do Rio Grande do Sul.** Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 18(4): 345-355, out-dez 2009.

CERQUEIRA GS, DINIZ MFFM, LUCENA GT, DANTAS AF, LIME GMB. **Perfil da automedicação em acadêmicos de enfermagem na Cidade de João Pessoa.**

Conceitos. Julho 2004/Julho 2005:123-6.

COIMBRA, J.A.H., CASSIANI, S.H. de B., **Segurança na utilização de medicamentos: dificuldades de detecção dos erros de medicação e algumas propostas de prevenção.** Maringá, v.3, n.2, p.153-160, mai./ago. 2004. Disponível em:

<<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5419/3473>>

Acessado em: 17 de Julho de 2011.

GIL, E.S., ORLANDO, R.M., MATIAS, R., SERRANO, R.H.P. **Controle físico-químico de qualidade de medicamentos.** Campo Grande: Uniderp, 2005. p.287-292.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades, 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acessado em: 10 de Junho de 2011.

JOHNSON, J.A., BOOTMAN, J.L. **Drug - related morbidity and mortality. A cost-of-illness model.** Arch. Intern. Med. V. 155, p. 1949-1956, 1995.

MALHOTRA, S., JAIN, S., PANDHI, P., **Drug – related visits to the medical emergency department: a prospective study from India.** Int. J. Clin. Pharmacol. Ther. V.39, p12-18, 2001.

MARGONATO, F.B., THOMSON, Z., PAOLIELLO, M.M.B. **Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 (2): 333-341, fev., 2008.

MARIN, M.J.S., CECÍLIO, L.C.O., PEREZ, A.E.W.U.F., SANTELLA, F., SILVA, C.B.A., FILHO, J.R.G., ROCETI, L.C. **Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa de saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(7): 1545-1555, jul., 2008.

MASTROIANNI, P.C., LUCHETTA R.C., SARRA, J.R., GALDURÓZ, J.F.C., **Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia de saúde da família no Brasil.** Rev. Panam. Salud. Publica. 2011; 29 (5): 358-64.

MATOS, G.C., ROZENFELD, S., BORTOLETTO, M.E., **Intoxicações medicamentosas em crianças menores de cinco anos.** Rev. bras. Saúde matern. Infant., Recife, 2 (2): 167-176, maio-ago., 2002.

MONSEGUI, G.B.G., ROZENFELD, S., VERAS, R.P., VIANNA, C.M.M. **Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos.** Revista de Saúde Pública, v.33, n.5, p.437-444, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_pdf&pid=S0034-89101999000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-89101999000500002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)>. Acessado em: 25 de Maio de 2011.

MORAES, J. **A medicina doente**. Isto é, São Paulo, ano 15, n.5, p.48-58, maio 2001.

MORRIS, C.J., CANTRILL, J.A., HEPLER, C.D., NOYCE, P.R. **Preventing drug-related morbidity – determining valid indicators**. Int. Journal for Quality in Health Care, v.14, n.3: 183-198, 2002. Disponível em: <<http://intqhc.oxfordjournals.org/content/14/3/183.full.pdf+html>>. Acessado em: 10 de Junho de 2011.

NASCIMENTO, C.M. **Drugs, communication and culture**. Ciênc. Saúde Coletiva, v.10, supl.0. Rio de Janeiro set./dez. 2005.

OGAWA et al. **Estudo comparativo sobre a automedicação em estudantes do segundo ano de enfermagem e medicina e moradores do bairro de Vila Nova**. 2008. Disponível em: <<http://www.ccs.uel.br/espacoparasaude/v3n2/automedicacao>> Acessado em: 7 de Agosto de 2011.

OLIVEIRA EA, LABRA ME, BERMUDEZ J. **A produção pública de medicamentos no Brasil: uma visão geral**. Cad. Saúde Pública. 2006; 22 (11): 2379-89.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos – relatório 2001 – 2002**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. Disponível em: <[http://www.opas.org.br/medicamentos/temas\\_documentos\\_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245](http://www.opas.org.br/medicamentos/temas_documentos_detalhe.cfm?id=43&iddoc=245)>. Acesso em: 7 de Agosto de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales**. N°5, Genebra, 2002; Disponível em:

<<http://www.who.int/medicinedocs/collect/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>>.

Acesso em: 25 de maio de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines for the Regulatory Assessment of medicinal products for use in Self-Medication**. Genebra, 2000; Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/>>. Acesso em: 15 de dezembro de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Global partnerships for health**. WHO drug information 1999; 13 (2): 61-64.

PORTELA, A.S., LEAL, A.A.F., WERNER, R.P.B., SIMÕES, M.O.S., MEDEIROS, A.C.D., **Políticas Públicas de Medicamentos: trajetórias e desafios**. Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl., 2010; 31 (1):09-14.

RIBEIRO, M.E. **As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF)**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.12, n°4, Ribeirão Preto jul./ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000400012&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado em: 10 de Junho de 2011.

ROUGHEAD, E.E., GILBERT, A.L., PRIMOROSE, J.G. et al., **Drug related hospital admissions: a review of Australian studies published 1999-1996**. M.J.A. v. 168, p. 405-408, 1998.

SCHENKEL, E.P., FERNÉNDENES, L.C., MENGUE, S.S. **Como são armazenados os medicamentos nos domicílios?** Acta Farm. Bonaerense. V.24, n.2, p. 266-270, 2004.

SERAFIM, P.O.P., VECCHIO A. del, GOMES, J., MIRANDA, A., MORENO A. de H., LOFFREDO, L.M. de C., SALGADO, H.R.N, CHUNG, M.C. **Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas, vol. 43, n.1, jan./mar., 2007.

SOUZA, H.W.O., SILVA, J.L., NETO, S.M., **A importância do profissional farmacêutico no combate à automedicação no Brasil.** Revista Eletrônica de Farmácia Vol 5(1), 67-72, 2008.

SINITOX – Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. **Estatística anual de casos de intoxicação de medicamentos e envenenamento: Brasil, 2009.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz/ Centro de Informação Científica e Tecnológica, 2009. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/sinitox\\_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=349](http://www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=349)>. Acessado em: 10 de Junho de 2011.

VARALLO, F.R., LIMA, M.F.R., GALDURÓZ, MASTROIANNI, P.C. **Adverse Drug Reaction as Cause of Hospital Admission of Elderly People: a Pilot study.** Latin America Journal of Pharmacy. 30 (2): 347-53 (2011).

VILARINO, J.F., SOARES, I.C., SILVEIRA, C.M. da, RODEL, A.P.P., BORTOLI, R., LEMOS, R.R. **Perfil da automedicação em município do Sul do Brasil.** Rev. Saúde Pública, 32 (1): 43-9, 1998.

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

## 7. ANEXOS

### ANEXO A – FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

#### Parte I - Identificação

Número de identificação \_\_\_\_\_ Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_ Entrevistador: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Número de pessoas residentes no domicílio: \_\_\_\_\_

#### Parte II - Questionário

1- O Sr (a) possui medicamentos em casa? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

2- Onde guardam os seus medicamentos?

---



---



---

3- Há medicamentos em mais algum lugar?

---



---



---

4- Alguém da família está fazendo uso de algum medicamento no momento?

Sim \_\_\_ Não \_\_\_ Quantos \_\_\_\_\_

Idades \_\_\_\_\_

IDADE DE CADA MEMBRO E SE ESTA FAZENDO USO DE MEDICAMENTO:

---



---



---

#### **Caso algum membro da família, maior de 18 esteja fazendo uso de medicamentos, prosseguir:**

1. O Sr.(a) possui a prescrição do médico orientando o uso? Sim \_\_\_ Não \_\_\_

2. O Sr.(a) faz uso de algum medicamento por uso próprio? (**identificar automedicação**)

---



---



---

3. Onde o Sr. Adquiriu estes medicamentos? Quais foram com a receita médica

- PSF ou outros serviços públicos \_\_\_\_\_
- Farmácia popular \_\_\_\_\_
- Farmácia /drogaria \_\_\_\_\_ : com receita \_\_\_\_\_ e sem receita \_\_\_\_\_
- Outros \_\_\_\_\_

---



---



---

**Parte III – Dados observacionais**

- 1- Quantas especialidades farmacêuticas identificadas \_\_\_\_\_
- 2- Quantas especialidades sem identificação (nome do princípio ativo) \_\_\_\_\_
- 3- Quantas especialidades sem o prazo de validade \_\_\_\_\_
- 4- Quantas especialidades com os prazos de validade vencidas \_\_\_\_\_
- 5- Quantas especialidades sem a identificação do lote \_\_\_\_\_
- 6- Descrição do local de armazenamento:
  - Úmido \_\_\_\_\_
  - Exposto à luz \_\_\_\_\_
  - Exposto ao calor \_\_\_\_\_
  - Expostos à sujeira \_\_\_\_\_
  - Próximo de animais (rato, baratas) \_\_\_\_\_.
  - Próximo de ralos \_\_\_\_\_
  - Armazenado ao alcance de criança \_\_\_\_\_
  - Próximo a materiais de limpeza, cosméticos e perfumaria \_\_\_\_\_.
- 7- Foi identificado sobras de medicamentos antimicrobianos
- 8- Foram identificadas sobras de medicamentos sujeitos a controle especial
- 9- Foram identificadas sobras de medicamentos sujeitos a prescrição, porém não sujeitos a controle especial
- 10- Foram identificadas mais de uma especialidade do mesmo fármaco (PA)
- 11- Foi identificado medicamento fora da embalagem primária
- 12- Observar a data da receita médica e o tempo de uso do medicamento (identificar se há necessidade de nova visita médica).

- 
- 
- 
- 13- Medicamentos sujeitos a prescrição, comprados sem prescrição médica \_\_\_\_\_.
  - 14- Confrontar se há alguma discordância entre a forma de uso e a prescrição
    - O usuário faz uso conforme descrito na receita \_\_\_\_ (nº de medicamentos);
    - O usuário não faz uso conforme descrito na receita \_\_\_\_\_
  - 15- Identificar uso incorreto de medicamento:
    - Suspensão do medicamento;
    - Posologia diferente (dose, frequência (intervalo) e tempo (período));
    - Via de administração diferente do indicado;
    - Toma por conta própria.

Especialidade Farmacêutica	Uso	FAMÍLIA						USUÁRIO DO MMT							
		Embal.		Bula	Lote	Vencido		Anti-micr	Tarja		Presc.	Data da prescrição	Posologia	Modo de adm.	Susp.
		1ª	2ª	S	N	I	V		P	S/					
1											/ /	( )		( )	
2											/ /				
3											/ /				
4											/ /				
5											/ /				
6											/ /				
7											/ /				
8											/ /				
9											/ /				
10											/ /				
11											/ /				
12											/ /				
13											/ /				
14											/ /				
15											/ /				
16											/ /				
17											/ /				
18											/ /				
19											/ /				
20											/ /				
21											/ /				
22											/ /				
23											/ /				
24											/ /				
25											/ /				

## ANEXO B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Avaliação do acesso e a segurança dos medicamentos disponíveis nos domicílios dos usuários cadastrados no Programa da saúde da Família num município do Estado de São Paulo.**

O estudo tem como objetivo conhecer os medicamentos disponíveis na casa, verificar como são guardados e identificar quais estão em uso e se há a falta de algum medicamento que deveria ser utilizado. Para tanto se faz necessário que o Sr. (a) voluntário (a) colabore com o estudo respondendo alguma perguntas referente ao assunto presentes no formulário da pesquisa. A entrevista não promoverá qualquer dano, risco ou desconforto ao (a) senhor (a), e não excederá de meia hora. Os dados coletados durante a pesquisa auxiliarão para o conhecimento sobre o acesso e a segurança dos medicamentos disponíveis nas casas das famílias assistidas pelo programa da saúde da família, bem como contribuirá para as ações de orientação ao uso racional de medicamentos a ser promovido. A qualquer momento você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa esclarecendo eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Patrícia Mastroianni, telefone 16-3301-6977. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: [cepunifesp@epm.br](mailto:cepunifesp@epm.br). É garantida a retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo (entrevista). Você não terá qualquer despesa com esta entrevista. As informações coletadas durante as entrevistas são sigilosas, garantindo o direito de confidencialidade, pois as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros colaboradores. O pesquisador compromete se a utilizar as informações coletadas somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "**Avaliação do acesso e a segurança dos medicamentos disponíveis nos domicílios dos usuários cadastrados no Programa da saúde da Família num município do Estado de São Paulo.**"

Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento neste Serviço.

Assinatura do entrevistado \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

São Paulo, 12 de Novembro de 2010.  
**CEP 1205/10**

Ilmo(a). Sr(a).

Pesquisador(a) JOSE CARLOS FERNANDES GALDUROZ

Co-Investigadores: PATRICIA DE CARVALHO MASTROIANNI (Aluno);

Disciplina/Departamento: DIMESAD da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador: Recursos Próprios.

### PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado: **“Avaliação do acesso e a segurança dos medicamentos disponíveis nos domicílios dos usuários cadastrados numa Estratégia da Saúde da Família num município do Estado de São Paulo”**.

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Estudo clínico observacional transversal.

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, nenhum procedimento invasivo.

OBJETIVOS: Identificar as famílias que apresentam estoque de medicamentos e estão fazendo uso de medicamento, bem como avaliar as condições de armazenamento, segurança e uso..

RESUMO: Trata-se de um estudo farmacoepidemiológico, descritivo e observacional. O estudo será realizado em Araraquara, que possui uma população de cerca de 200 mil habitantes. O município apresenta 24 serviços de saúde pública. O universo da pesquisa compreende as famílias cadastradas nas 10 Unidades de Estratégias da Saúde da Família. Os dados serão coletados , após a definição e treinamento dos membros voluntários da Atenção farmacêutica Estudantil Permanente. O entrevistador irá até as casas sorteadas e convidará os moradores para participarem da pesquisa. Os dados serão coletados de forma estruturada e semi-estruturada, por meio de um formulário de coleta de dados. O formulário contemplará uma parte de identificação da família, entrevistador, número de membros e suas respectivas idades. A segunda parte trata-se do questionário referente à presença de medicamentos, se algum membro está fazendo uso e comportamento de uso. A terceira parte compreende as informações observadas referente às condições de armazenamento, a identificação de automedicação e comparação da utilização com a prescrição médica. Os dados coletados serão processados num banco de dados e tabulados.

FUNDAMENTOS E RACIONAL: O estudo visa promover a prevenção e detecção de erros de medicamentos, automedicação inadequada que poderá contribuir para a redução de morbidades relacionadas a medicamentos.

MATERIAL E MÉTODO: Descrito e apresentado o instrumento que será utilizado.

TCLE: Apresentado adequadamente.

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo.

CRONOGRAMA: 18 MESES.

OBJETIVO ACADÊMICO: Graduação.

ENTREGA DE RELATÓRIOS PARCIAIS AO CEP PREVISTOS PARA: **7/11/2011 e 6/11/2012.**



Universidade Federal de São Paulo  
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa  
Hospital São Paulo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo **ANALISOU** e **APROVOU** o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Universidade Federal de São Paulo/ Hospital São Paulo

1205/10