

Uso de medicamentos entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas no interior da Bahia, Brasil

Medication use among *quilombola* and *non-quilombola* rural adolescents in the countryside of Bahia, Brazil

Beo Oliveira Leite (<https://orcid.org/0000-0002-4137-9809>)¹

Maria Amanda Sousa Rêgo (<https://orcid.org/0000-0003-1626-4150>)¹

Paloma Raquel Oliveira de Almeida (<https://orcid.org/0000-0002-1800-8313>)¹

Danielle Souto de Medeiros (<https://orcid.org/0000-0002-2480-8990>)¹

Abstract *This study aims to describe the use of prescribed and non-prescribed medications and associated factors among adolescents living in rural, quilombolas and non-quilombolas communities in the interior of Bahia, Brazil. This is a population-based survey with 390 adolescents between 10 and 19 years old in 2015. Prevalence and odds ratio for use of prescribed and non-prescribed medication, and multiple analysis was conducted by Multinomial Logistic Regression. Among the interviewees, 13.6% used only prescribed medications and 14.4% only used non-prescribed medications. Quilombolas demonstrated a greater diversity of pharmaceutical specialties used. The low prevalence of medication use in both groups of adolescents suggests less access to these products. Despite this, it was observed the irrational use of medication, mainly as self-medication. Quilombola adolescents, although they belong to the same area of coverage of other communities, presented different associated factors when compared to the non-quilombola group: the presence of toothache in the last 6 months and have had a regular source of care increased the use of prescribed medications.*

Key words *Drug utilization, Adolescent, Rural areas, Pharmacoepidemiology*

Resumo *Este estudo visa descrever o uso de medicamentos prescritos e não prescritos e fatores associados entre adolescentes residentes em comunidades rurais, quilombolas e não quilombolas, do interior da Bahia, Brasil. Trata-se de um inquérito populacional com 390 adolescentes entre 10 e 19 anos de idade, realizado em 2015. Foram estimadas prevalências e odds ratio para uso de medicamentos prescritos e não prescritos, e análise múltipla foi conduzida por Regressão Logística Multinomial. Entre os entrevistados, 13,6% fez uso apenas de medicamentos prescritos e 14,4% fez uso apenas de medicamentos não prescritos. Os quilombolas demonstraram uma maior diversidade de especialidades farmacêuticas utilizadas. A baixa prevalência no uso de medicamentos nos dois grupos de adolescentes sugere um menor acesso a esses produtos. Apesar disso, observou-se a utilização irracional de medicamentos, principalmente como automedicação. Os adolescentes quilombolas, mesmo dentro da área de abrangência das outras comunidades, apresentaram diferentes fatores associados quando comparado ao grupo não quilombola: a presença de dor de dente nos últimos 6 meses e procurar o mesmo serviço de saúde aumentaram o uso de medicamentos prescritos.*

Palavras-chave *Uso de medicamentos, Adolescente, Zona rural, Farmacoepidemiologia*

¹ Instituto Multidisciplinar em Saúde, Universidade Federal da Bahia. Campus Anísio Teixeira Vitória da Conquista. Rua Hormindo Barros 58 Quadra 17 Lote 58, Candeias. 45029-094 Vitória da Conquista BA Brasil. leitebeo@gmail.com

Introdução

Os medicamentos são uma importante fonte estratégica de ação em saúde, utilizados para tratamento, cura ou prevenção de inúmeras condições clínicas. Podem também ser um importante fator de construção e modificação da dinâmica social, representando uma tecnologia de valor inestimável que interfere diretamente sobre os gastos com saúde pública¹.

Apesar do benefício de tratar diversas condições clínicas, os medicamentos podem também trazer consigo o risco de efeitos indesejados quando utilizados irracionalmente². Quando não prescritos por profissionais de saúde, sua utilização é caracterizada como automedicação³.

Diversos são os fatores que podem influenciar na utilização prescrita ou não prescrita: morbidades, o contexto social, o estilo de vida e os fatores sociais e demográficos⁴⁻⁷. Além disso, seu uso pode ser observado em todas as faixas etárias, inclusive aquelas consideradas mais saudáveis, como os adolescentes⁸⁻¹⁰.

A adolescência é uma fase marcada pelo desenvolvimento de julgamento cognitivo individual e agregação de valores que podem ser levados até a vida adulta¹¹. Estes valores podem estar associados ao contexto no qual estes indivíduos estão inseridos¹². Portanto, em regiões rurais, a realidade de menor oferta de serviços que incluem o bem-estar físico, social e mental pode repercutir na saúde destes adolescentes¹³⁻¹⁶.

O contexto rural brasileiro ainda se apresenta precário quando comparado ao urbano. Estão presentes diversos fatores de vulnerabilidade social, os quais determinam a situação de saúde das populações, como a falta de saneamento básico, abastecimento hídrico irregular, menor acesso aos serviços de saúde e educação ofertados, falta de emprego e insegurança alimentar¹⁷.

Entre as populações rurais, destacam-se as comunidades quilombolas, reconhecidas como mais vulneráveis. Estas populações formaram comunidades singulares, constituídas inicialmente como um espaço de resistência negra ao sistema escravocrata, crescendo como um movimento social de resistência política e cultural contra a opressão e discriminação racial^{18,19}.

Enquanto residentes de comunidades quilombolas, os adolescentes estão submetidos a diversas barreiras de acesso e limitações aos serviços de saúde, os quais podem influenciar no perfil de utilização de medicamentos prescritos e não prescritos^{20,21}.

Tendo em vista a vulnerabilidade desta população e a carência de estudos ofertados, este traba-

lho teve como objetivo descrever o uso de medicamentos prescritos e não prescritos e os fatores associados entre adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas do interior da Bahia, Brasil.

Métodos

Este estudo faz parte do projeto “ADOLESCER: Saúde do Adolescente da Zona Rural e seus condicionantes”, realizado em comunidades rurais do município de Vitória da Conquista, Bahia. É um estudo transversal, de base populacional, abordagem domiciliar, baseado na aplicação de um questionário semiestruturado²².

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal da Bahia – Campus Anísio Teixeira. Os adolescentes com 18 anos ou mais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Todos os adolescentes menores de 18 anos assinaram o Termo de Assentimento e seus responsáveis legais assinaram o TCLE, concordando com a participação no estudo. A presença de transtornos mentais graves com comprometimento cognitivo foi utilizada como critério de exclusão.

O universo amostral foi estimado em 811 adolescentes, obtido através do cadastro das famílias residentes nas áreas de abrangência das Equipes de Saúde da Família. Os adolescentes foram divididos em dois estratos: quilombolas (N=350), formadas por residentes de comunidades quilombolas, reconhecidas pela Fundação Cultural Palmares, e não quilombolas (N=461).

O cálculo amostral levou em conta uma precisão de 5%, nível de confiança de 95% e efeito de desenho de 1,0, resultando em 210 entrevistas para adolescentes não quilombolas e 184 para quilombolas. Um acréscimo de 15% foi realizado para amenizar as possíveis perdas. Entretanto, considerando-se que haveria apenas um adolescente entrevistado por domicílio nas famílias quilombolas e que o número de domicílios seria superado, foi acrescido 7,1% para as perdas neste grupo.

O instrumento de coleta de dados foi elaborado a partir de inquéritos nacionais^{23,24}. Foi realizado estudo piloto em uma comunidade rural não participante do estudo principal, para avaliar os instrumentos de coleta de dados e a viabilidade da pesquisa.

A coleta ocorreu de janeiro a maio de 2015, com entrevistadores previamente treinados. As entrevistas foram realizadas com computadores portáteis (HP Pocket Rx5710). O software *Questionnaire Development System* (QDS™; NOVA

Research Company), versão 2.6.1, foi utilizado para a programação e armazenamento dos dados. Para garantia da qualidade, foram feitas re-entrevistas em 5% da amostra, até 7 dias após a realização da entrevista inicial.

A variável dependente deste estudo, utilização de medicamentos, foi obtida através da seguinte pergunta: “Nos últimos 15 dias você usou algum tipo de medicamento?” A comprovação foi feita através da apresentação de embalagens ou prescrições. Para as respostas afirmativas, foram coletados o nome, a forma farmacêutica e a dose de cada especialidade farmacêutica. As especialidades foram classificadas de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC)²⁵ em todos os níveis: anatômico, terapêutico e químico. Cada especialidade foi desdobrada em seus princípios ativos com auxílio do bulário da Anvisa²⁶. Para compreender se o medicamento foi prescrito ou não prescrito, foi feita uma segunda pergunta: “Esse medicamento foi prescrito por um profissional de saúde (médico, enfermeiro ou dentista)?”

As variáveis independentes foram selecionadas do questionário após uma revisão da literatura, sendo ajustadas e organizadas em um modelo hierárquico dividido em três blocos segundo a proximidade com a variável dependente: socio-demográficas (sexo, cor, escolaridade, trabalho atual, nível econômico, paredes do domicílio), estilo de vida (experimentação de uma dose de álcool, experimentação de tabaco), contexto familiar e social (número de residentes do domicílio, composição familiar, supervisão familiar, número de amigos próximos) e, por fim, as variáveis indicadoras da condição de saúde e utilização do serviço (autoavaliação de saúde, dor de dente nos últimos 6 meses, deixar de realizar atividade por motivo de doença, procurar por atendimento nos últimos 15 dias, consultas médicas nos últimos 12 meses, hospitalização no último ano, procurar o mesmo serviço de saúde, uso de medicamentos naturais) (Figura 1).

As frequências simples da utilização de medicamentos prescritos e não prescritos foram estimadas para cada estrato separadamente, quilombolas e não quilombolas. O grupo que utilizava ambos os medicamentos, prescritos e não prescritos, foi excluído da análise dos fatores associados ao uso. O medicamento também foi utilizado como unidade de análise para a descrição das especialidades farmacêuticas por meio da distribuição de frequências.

Para estimar a associação entre o uso de medicamentos com as variáveis independentes foi

utilizada a *Odds Ratio* (OR), para cada estrato separadamente (quilombola e não quilombola). A OR foi determinada por regressão logística multinomial. A análise multivariada foi considerada para minimizar o efeito de confusão. Foram incluídas no modelo inicial todas as variáveis que na análise bivariada apresentaram *p* valor do qui-quadrado de *Pearson* ou *Fisher* $<0,20$. O ajuste do modelo foi realizado pelo método *backward* hierarquizado, e para a adequação foi utilizado o critério de Akaike (AIC).

Para o ajuste do modelo multivariado hierarquizado, para ambos os estratos não quilombola e quilombola, foram utilizadas as variáveis independentes correspondentes ao modelo conceitual segundo o nível de proximidade com a variável independente (Figura 1). Para o modelo 1, foram utilizadas para o ajuste as variáveis do bloco distal, fatores sociodemográficos e características do domicílio; para o ajuste do modelo 2 foram utilizadas as variáveis do bloco intermediário mais o bloco distal, estilo de vida, contexto familiar e social, fatores sociodemográficos e características do domicílio; para o ajuste do modelo 3 foram utilizadas as variáveis do modelo proximal, mais as variáveis do bloco intermediário e distal, condições de saúde e utilização de serviços, estilo de vida, contexto familiar e social, fatores sociodemográficos e características do domicílio. Para os demais testes e para a permanência das variáveis no modelo final foi utilizado o nível de significância $<0,05$. O programa Stata, versão 15.0 (*Stata Corporation, College Station, USA*) foi utilizado para as análises.

Resultados

Dos 390 participantes, quatro referiram utilizar medicamentos naturais, fitoterápicos ou homeopáticos, não sendo considerados neste estudo. Ainda, três indivíduos referiram usar ambos os medicamentos, prescritos e não prescritos, o que fez a amostra final ser composta por 383 adolescentes, sendo 56,9% (218) não quilombolas e 43,1% (165) quilombolas. Deste total, 72,0% (276) não fez uso de medicamentos, 13,6% (52) fez uso apenas de medicamentos prescritos e 14,4% (55) fez uso apenas de medicamentos não prescritos. Considerando os estratos de adolescentes não quilombolas e quilombolas, observou-se 75,2 % (164) e 67,9% (112) de não uso, 11,5% (25) e 16,3% (27) de uso de prescritos e 13,3% (29) e 15,8% (26) de uso de não prescritos, respectivamente.

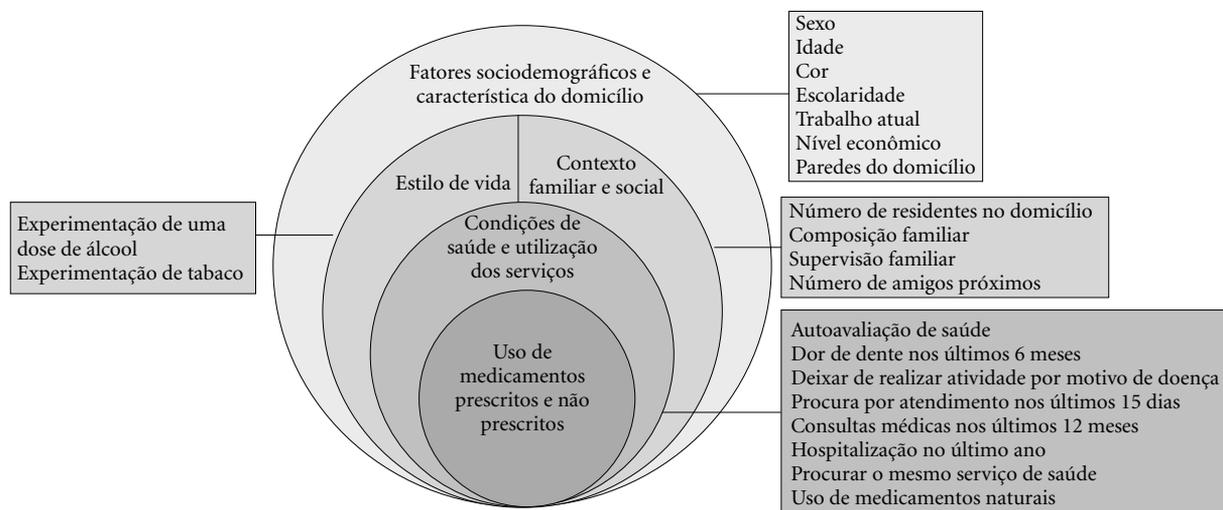


Figura 1. Modelo conceitual para análise multivariada dos fatores associados ao uso de medicamentos pelos adolescentes rurais.

Fonte: Autores, 2017.

Dos 143 medicamentos utilizados, as especialidades farmacológicas prescritas mais frequentes no estrato de adolescentes não quilombolas, 43,7% foram de medicamentos do sistema nervoso, com 30,8% de analgésicos, e 23,1% de anti-infecciosos de uso sistêmico, com 20,5% de antibacterianos. Entre os não prescritos destacaram-se os medicamentos para sistema nervoso (63,6%), com 63,6% de analgésicos (Tabela 1).

Para os quilombolas, destacaram-se entre os prescritos os medicamentos para o sistema nervoso (21,4%), com 14,3% de antiepiléticos; aparelho digestivo e metabolismo (21,4%), com 11,9% de medicamentos para disfunções gastrointestinais; sistema musculoesquelético (19,0%), com 19,0% de anti-inflamatórios e antirreumáticos; sistema respiratório (16,8%) e anti-infecciosos de uso sistêmico (11,9%), com 11,9% de antibacterianos. Entre os medicamentos não prescritos, 72,4% atuavam no sistema nervoso, sendo todos analgésicos, e 17,2% para o sistema musculoesquelético, com 13,8% de anti-inflamatórios e antirreumáticos (Tabela 1).

O uso de medicamentos pelos adolescentes não quilombolas apresentou associação significativa com a experimentação de álcool, deixar de realizar atividade por motivo de doença e procurar por atendimento nos últimos 15 dias (Tabela 2).

Para o estrato de adolescentes quilombolas, o uso de medicamentos foi significativamente di-

ferente de acordo com o nível econômico, com a experimentação de uma dose de álcool e com as variáveis de condição de saúde e utilização do serviço (autoavaliação de saúde, dor de dente nos últimos seis meses, deixar de realizar atividade por motivo de doença, procurar por atendimento nos últimos 15 dias, consultas médicas nos últimos 12 meses e procurar o mesmo serviço de saúde) (Tabela 2).

Após a análise ajustada, os seguintes fatores mostraram aumentar o uso de medicamentos prescritos pelos adolescentes não quilombolas: deixar de realizar trabalho por motivo de doença (OR=4,36; IC95%:1,47-12,91) e procura por atendimento nos últimos quinze dias (OR=3,63; IC95%:1,34-9,81). O uso de não prescritos permaneceu positivamente associado aos níveis econômicos B e C (OR=2,57; IC95%:1,11-5,99) e a maior escolaridade (OR=1,27; IC95%:1,10-1,47) (Tabela 3).

Entre os adolescentes de comunidades quilombolas, o uso de medicamentos prescritos ficou associado aos níveis econômicos B e C (OR=2,71; IC95%:1,08-6,78), à ocorrência de dor de dente nos últimos seis meses (OR=3,25; IC95%:1,16-9,12), deixar de realizar trabalho por motivo de doença (OR=6,41; IC95%:1,49-27,64) e procurar o mesmo serviço de saúde (OR=4,28; IC95%:1,13-16,35). Associações com o uso de medicamentos não prescritos foram identifica-

Tabela 1. Distribuição das especialidades farmacêuticas utilizadas pelos adolescentes, em grupos e subgrupos, segundo a classificação anatômica e terapêutica (níveis 1 e 2 da ATC). Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

| Grupo Anatômico e Terapêutico | Não quilombolas | | | | Quilombolas | | | | |
|-----------------------------------------------------|-----------------|----|----------------|----|-------------|----|----------------|----|-------|
| | Prescritos | | Não prescritos | | Prescritos | | Não prescritos | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| Aparelho digestivo e metabolismo | A | 2 | 5,2 | 3 | 9,0 | 9 | 21,4 | 0 | 0,0 |
| Preparações estomacais | A01 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Medicamentos para distúrbios acidogástricos | A02 | - | - | - | - | 3 | 7,1 | 0 | 0,0 |
| Medicamentos para disfunções gastrointestinais | A03 | 0 | 0,0 | 1 | 3,0 | 5 | 11,9 | 0 | 0,0 |
| Antidiarreicos e anti-inflamatórios intestinais | A07 | 0 | 0,0 | 1 | 3,0 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 |
| Vitaminas | A11 | 0 | 0,0 | 1 | 3,0 | - | - | - | - |
| Estimulantes de apetite | A15 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Sangue e órgãos hematopoiéticos | B | - | - | - | - | 2 | 4,8 | 0 | 0,0 |
| Preparações antianêmicas | B03 | - | - | - | - | 2 | 4,8 | 0 | 0,0 |
| Sistema genitourinário e hormônios sexuais | G | 2 | 5,1 | 2 | 6,0 | 1 | 2,4 | 1 | 3,4 |
| Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital | G03 | 2 | 5,1 | 2 | 6,0 | 1 | 2,4 | 1 | 3,4 |
| Sistema hormonal | H | 2 | 5,2 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Corticosteróides para uso sistêmico | H02 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Terapia tireoide | H03 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Anti-infecciosos de uso sistêmico | J | 9 | 23,1 | 3 | 9,1 | 5 | 11,9 | 1 | 3,4 |
| Antibacterianos para uso sistêmico | J01 | 8 | 20,5 | 3 | 9,1 | 5 | 11,9 | 1 | 3,4 |
| Antimicóticos para uso sistêmico | J02 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Sistema musculoesquelético | M | 3 | 7,7 | 3 | 9,1 | 8 | 19,0 | 5 | 17,2 |
| Produto anti-inflamatório e antirreumático | M01 | 3 | 7,7 | 3 | 9,1 | 8 | 19,0 | 4 | 13,8 |
| Relaxante muscular | M03 | - | - | - | - | 0 | 0,0 | 1 | 3,4 |
| Sistema nervoso | N | 17 | 43,7 | 21 | 63,6 | 9 | 21,4 | 21 | 72,4 |
| Analgésico | N02 | 12 | 30,8 | 21 | 63,6 | 3 | 7,1 | 21 | 72,4 |
| Antiepilético | N03 | 4 | 10,3 | 0 | 0,0 | 6 | 14,3 | 0 | 0,0 |
| Psicolético | N05 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes | P | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 |
| Antiprotozoários | P01 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | - | - | - | - |
| Anti-helmínticos | P02 | - | - | - | - | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 |
| Sistema respiratório | R | 3 | 7,8 | 1 | 3,0 | 7 | 16,8 | 1 | 3,4 |
| Preparação nasal | R01 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 |
| Preparações para a garganta | R02 | - | - | - | - | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 |
| Medicamentos para doenças obstrutivas | R03 | - | - | - | - | 3 | 7,2 | 0 | 0,0 |
| Preparação para tosse e resfriado | R05 | 1 | 2,6 | 0 | 0,0 | 1 | 2,4 | 0 | 0,0 |
| Anti-histamínico para uso sistêmico | R06 | 1 | 2,6 | 1 | 3,0 | 1 | 2,4 | 1 | 3,4 |
| Total | | 39 | 100,0 | 33 | 100,0 | 42 | 100,0 | 29 | 100,0 |

Fonte: Autores, 2017.

das com o aumento da escolaridade (OR=1,42; IC95%:1,18-1,72). A variável consulta médica nos últimos 12 meses, apesar de não ter significância estatística, mostrou-se importante para explicar o comportamento de uso nessa população (Tabela 3).

Discussão

Este estudo revelou uma baixa prevalência de utilização de medicamentos entre os adolescentes rurais, quando comparadas a outros estudos realizados com adolescentes^{4,8,27-29}. Observou-se uma maior diversidade de especialidades farmacêuticas consumidas e diferentes fatores associados ao uso de medicamentos entre os qui-

Tabela 2. Utilização de medicamentos segundo algumas variáveis selecionadas. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

| Variáveis | Não quilombolas | | | | | | Quilombolas | | | | | | | |
|--------------------------------------|-----------------|------|-------------------|------|-----------------------|------|-------------|---------|------|-------------------|------|-----------------------|------|---------|
| | Não uso | | Uso de prescritos | | Uso de não prescritos | | p valor | Não uso | | Uso de prescritos | | Uso de não prescritos | | P valor |
| | n | % | n | % | n | % | | n | % | n | % | n | % | |
| Sexo | | | | | | | 0,235* | | | | | | | 0,305* |
| Masculino | 89 | 78,8 | 9 | 8,0 | 15 | 13,2 | | 50 | 66,7 | 10 | 13,3 | 15 | 20,0 | |
| Feminino | 75 | 71,5 | 16 | 15,2 | 14 | 13,3 | | 62 | 68,9 | 17 | 18,9 | 11 | 12,2 | |
| Cor | | | | | | | 0,488* | | | | | | | 0,357† |
| Não negra | 51 | 81,0 | 5 | 7,9 | 7 | 11,1 | | 18 | 69,2 | 6 | 23,1 | 2 | 7,7 | |
| Negra | 113 | 72,9 | 20 | 12,9 | 22 | 14,2 | | 94 | 67,6 | 21 | 15,1 | 24 | 17,3 | |
| Trabalho atual | | | | | | | 0,600* | | | | | | | 0,443* |
| Não | 96 | 77,4 | 12 | 9,7 | 16 | 12,9 | | 80 | 70,8 | 16 | 14,2 | 17 | 15,0 | |
| Sim | 68 | 72,3 | 13 | 13,8 | 13 | 13,8 | | 32 | 61,5 | 11 | 21,2 | 9 | 17,3 | |
| Nível econômico | | | | | | | 0,079* | | | | | | | 0,039* |
| D e E | 88 | 80,0 | 13 | 11,8 | 9 | 8,2 | | 92 | 73,0 | 17 | 13,5 | 17 | 13,5 | |
| B e C | 76 | 70,4 | 12 | 11,1 | 20 | 18,5 | | 20 | 51,3 | 10 | 25,6 | 9 | 23,1 | |
| Paredes do domicílio | | | | | | | 0,751* | | | | | | | 0,082* |
| Sem revestimento | 126 | 74,1 | 20 | 11,8 | 24 | 14,1 | | 77 | 63,1 | 24 | 19,7 | 21 | 17,2 | |
| Com revestimento | 38 | 79,2 | 5 | 10,4 | 5 | 10,4 | | 34 | 81,0 | 3 | 7,1 | 5 | 11,9 | |
| Número de residentes no domicílio | | | | | | | 0,330* | | | | | | | 0,106* |
| ≤ 4 residentes | 93 | 72,1 | 18 | 13,9 | 18 | 14,0 | | 53 | 62,4 | 19 | 22,4 | 13 | 15,2 | |
| > 4 residentes | 71 | 79,7 | 7 | 7,9 | 11 | 12,4 | | 48 | 73,4 | 8 | 10,1 | 13 | 16,5 | |
| Composição Familiar | | | | | | | 0,144† | | | | | | | 0,799† |
| Mora com pai e mãe | 118 | 76,6 | 18 | 11,7 | 18 | 11,7 | | 70 | 66,7 | 20 | 19,1 | 15 | 14,2 | |
| Mora com pai ou mãe | 36 | 73,5 | 3 | 6,1 | 10 | 20,4 | | 28 | 68,3 | 5 | 12,2 | 8 | 19,5 | |
| Não mora com pai e mãe | 10 | 66,7 | 4 | 26,6 | 1 | 6,7 | | 14 | 73,7 | 2 | 10,5 | 3 | 15,8 | |
| Supervisão familiar | | | | | | | 0,185† | | | | | | | 0,509† |
| Sempre/maior parte do tempo | 101 | 74,3 | 17 | 12,5 | 18 | 13,2 | | 69 | 70,4 | 16 | 16,3 | 13 | 13,3 | |
| Às vezes | 31 | 79,5 | 1 | 2,6 | 7 | 17,9 | | 19 | 61,3 | 4 | 12,9 | 8 | 25,8 | |
| Nenhuma vez/raramente | 31 | 81,5 | 5 | 13,2 | 2 | 5,3 | | 21 | 63,5 | 7 | 21,0 | 5 | 15,5 | |
| Amigos próximos | | | | | | | 0,726† | | | | | | | 1,000† |
| ≤ 2 amigos próximos | 30 | 76,9 | 3 | 7,7 | 6 | 15,4 | | 19 | 70,4 | 4 | 14,8 | 4 | 14,8 | |
| > 2 amigos próximos | 134 | 74,9 | 22 | 12,3 | 23 | 12,8 | | 93 | 67,4 | 23 | 16,7 | 22 | 15,9 | |
| Experimentação de uma dose de álcool | | | | | | | 0,014* | | | | | | | 0,039* |
| Não | 120 | 81,1 | 13 | 8,8 | 15 | 10,1 | | 90 | 70,9 | 22 | 17,3 | 15 | 11,8 | |
| Sim | 44 | 62,9 | 12 | 17,1 | 14 | 20,0 | | 22 | 57,9 | 5 | 13,1 | 11 | 29,0 | |
| Experimentação de tabaco | | | | | | | 0,410† | | | | | | | 0,076† |
| Não | 156 | 75,7 | 24 | 11,7 | 26 | 12,6 | | 109 | 69,0 | 26 | 16,5 | 23 | 14,5 | |
| Sim | 8 | 66,7 | 1 | 8,33 | 3 | 25,0 | | 3 | 42,9 | 1 | 14,2 | 3 | 42,9 | |

continua

lombolas, revelando a especificidade desse grupo populacional.

As prevalências de uso de medicamentos prescritos (13,6%) e não prescritos (14,4%), tanto para adolescentes não quilombolas quanto

para quilombolas, foram menores em comparação com outros estudos também realizados com adolescentes^{4,8,27-29}. Hales *et al.*²⁷ demonstraram que o uso de medicamentos prescritos entre adolescentes de 12 e 19 anos nos Estados Unidos,

Tabela 2. Utilização de medicamentos segundo algumas variáveis selecionadas. Pesquisa Adolescer, Bahia, 2015.

| Variáveis | Não quilombolas | | | | | | Quilombolas | | | | | | P valor | |
|---------------------------------------------------|-----------------|-------|-------------------|-------|-----------------------|-------|-------------|------|-------------------|------|-----------------------|------|---------|--------|
| | Não uso | | Uso de prescritos | | Uso de não prescritos | | Não uso | | Uso de prescritos | | Uso de não prescritos | | | |
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % | | |
| Autoavaliação de saúde | | | | | | | | | | | | | 0,746* | 0,034* |
| Muito boa/boa/normal | 41 | 72,0 | 8 | 14,0 | 8 | 14,0 | 22 | 52,4 | 9 | 21,4 | 11 | 26,2 | | |
| Ruim/muito ruim | 123 | 76,4 | 17 | 10,6 | 21 | 13,0 | 90 | 73,2 | 18 | 14,6 | 15 | 12,2 | | |
| Dor de dente nos últimos 6 meses | | | | | | | | | | | | | 0,326† | 0,019* |
| Não | 136 | 76,8 | 20 | 11,3 | 21 | 11,9 | 93 | 71,5 | 16 | 12,3 | 21 | 16,2 | | |
| Sim | 27 | 67,50 | 5 | 12,50 | 8 | 20,00 | 19 | 55,9 | 11 | 32,3 | 4 | 11,8 | | |
| Deixar de realizar atividade por motivo de doença | | | | | | | | | | | | | 0,000† | 0,004† |
| Não | 151 | 77,4 | 16 | 8,2 | 28 | 14,4 | 107 | 70,9 | 20 | 13,2 | 24 | 15,9 | | |
| Sim | 13 | 56,5 | 9 | 39,1 | 1 | 4,4 | 5 | 35,7 | 7 | 50,0 | 2 | 14,3 | | |
| Procura por atendimento nos últimos 15 dias | | | | | | | | | | | | | 0,001* | 0,000† |
| Não | 142 | 77,6 | 14 | 7,7 | 27 | 14,7 | 102 | 71,3 | 15 | 10,5 | 26 | 18,2 | | |
| Sim | 22 | 62,9 | 11 | 31,4 | 2 | 5,7 | 10 | 45,5 | 12 | 54,5 | 0 | 0,0 | | |
| Consulta médica nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | 0,098* | 0,012* |
| Não | 77 | 80,2 | 6 | 6,3 | 13 | 13,5 | 58 | 70,8 | 7 | 8,5 | 17 | 20,7 | | |
| Sim | 87 | 71,3 | 19 | 15,6 | 16 | 13,1 | 54 | 65,1 | 20 | 24,1 | 9 | 10,8 | | |
| Hospitalização nos últimos 12 meses | | | | | | | | | | | | | 0,113† | 0,182† |
| Não | 155 | 76,4 | 21 | 10,3 | 27 | 13,3 | 106 | 69,3 | 23 | 15,0 | 24 | 15,7 | | |
| Sim | 9 | 60,0 | 4 | 26,7 | 2 | 13,3 | 6 | 50,0 | 4 | 33,3 | 2 | 16,7 | | |
| Procurar o mesmo serviço de saúde | | | | | | | | | | | | | 0,576* | 0,050* |
| Não | 49 | 77,8 | 5 | 7,9 | 9 | 14,3 | 39 | 79,6 | 3 | 6,1 | 7 | 14,3 | | |
| Sim | 115 | 74,2 | 20 | 12,9 | 20 | 12,9 | 73 | 62,9 | 24 | 20,7 | 19 | 16,4 | | |
| Uso de medicamentos naturais | | | | | | | | | | | | | 0,573* | 0,969* |
| Não | 112 | 77,3 | 16 | 11,0 | 17 | 11,7 | 76 | 68,5 | 18 | 16,2 | 17 | 15,3 | | |
| Sim | 52 | 71,2 | 9 | 12,3 | 12 | 16,5 | 36 | 66,7 | 9 | 16,7 | 9 | 16,6 | | |

*Valor de p calculado pelo teste qui-quadrado; †valor de p calculado pelo teste exato de Fisher.

Fonte: Autores, 2017.

entre 1999 e 2014, foi de 25,9%. No Brasil, em Pelotas, RS, Bergmann *et al.*²⁹ identificaram que adolescentes de 11 a 18 anos, em 1993, exibiram 36,7% desse uso. Silva *et al.*¹⁰, em Porto Alegre, RS, evidenciaram uma prevalência de 49,5% em escolares. Já em Vitória, ES, 42,3% dos adolescentes escolares usaram algum medicamento, sendo desse total, 46,7% prescritos⁸.

Arrais⁴, utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos no Brasil (PNAUM),

mostraram que a prevalência de automedicação nos 15 dias anteriores à entrevista no Brasil foi de 19,6% para adolescentes. Entretanto outros estudos sobre automedicação no Brasil têm mostrado prevalências ainda maiores^{8,30-34}. Pfaffenbacht *et al.*³⁴, demonstraram que entre 1988 e 2009, as prevalências de automedicação em estudos com adolescentes no Brasil variaram entre 21,1% e 56,6%. Em outro estudo com adolescentes escolares de Sorocaba, em São Paulo, 96,2% praticavam automedicação³¹. Já em Vitória, no

justificadas pela localização geográfica da população, em áreas de mais difícil acesso aos serviços de saúde. As maiores distâncias aos serviços de saúde ou às farmácias, a dificuldade de deslocamento pelas estradas ruins, a falta de transporte público ou o transporte insuficiente/inadequado, o maior custo financeiro e gasto de tempo que esses indivíduos enfrentam, podem submetê-los a um menor número de visitas ambulatoriais, tanto quanto uma menor aquisição^{5,6,15}.

Além disso, quando se trata de investigar o uso de medicamentos por uma determinada população, é preciso levar em consideração as comorbidades por ela referidas⁵. Também é possível que nossa amostra tenha sido composta por adolescentes mais saudáveis que a dos estudos citados, se considerarmos que os adolescentes da zona rural de Vitória da Conquista, na Bahia, referiram hábitos de alimentação e comportamentos mais saudáveis²², e menor consumo de tabaco³⁵ e, por isso, tenham consumido menos medicamentos. Entretanto, como o perfil de adoecimento da população estudada não foi avaliado, não foi possível estabelecer essa relação.

As prevalências de uso de medicamentos prescritos e não prescritos foram semelhantes entre os adolescentes quilombolas e não quilombolas, no entanto, os quilombolas demonstraram uma maior diversidade de especialidades farmacêuticas consumidas mediante prescrição, como: sistema nervoso, aparelho digestivo e metabolismo, musculoesquelético, e respiratório, além dos medicamentos anti-infecciosos de uso sistêmico. Destacam-se ainda as preparações antianêmicas e os anti-helmínticos que só foram evidenciados nesse grupo.

Arelada à realidade das comunidades rurais, em geral de baixo nível econômico e à precariedade das condições sanitárias, as comunidades quilombolas apresentam características peculiares de vulnerabilidade e exclusão que foram moldadas pelo contexto histórico, socioeconômico e cultural em que estão inseridas^{18,21}.

Silva *et al.*³⁶, utilizando-se da mesma amostra de adolescentes rurais, revelaram que 52,1% da população apresentava insegurança alimentar, estando significativamente mais presente na população quilombola (64,9%) em relação à não quilombola (42,0%). Também foram encontradas outras diferenças, como pior condição de abastecimento de água, água canalizada e água tratada na população quilombola em relação à não quilombola. Desta forma, esses resultados podem sinalizar a influência desses fatores sobre o maior risco de adoecimento e autopercepção

de saúde²², o que repercute sobre a utilização do medicamento³⁷.

Entre as especialidades farmacêuticas, equiparáveis a outros estudos, os medicamentos da classe dos analgésicos foram os mais utilizados^{28,31,38}, principalmente entre os não prescritos. Este fato se deve tanto ao livre acesso destes medicamentos, como a maior incidência de doenças leves ou agudas presentes nesta faixa etária³¹.

O acesso aos medicamentos é facilitado tanto pela presença de estoque em casa, quanto pela permissividade na compra daqueles ditos de venda livre¹⁹, favorecendo o consumo na forma de automedicação²⁰. Entre os adolescentes, o uso de medicamentos não prescritos tem grande influência familiar na tomada de decisão e escolha do medicamento a ser utilizado, o que pode refletir na reprodução dessa postura quando esses indivíduos atingirem autonomia⁴. Esse comportamento pode ser avaliado como uma oportunidade do indivíduo em assumir a responsabilidade de cuidar da própria saúde em situações de doenças menores, e de estímulo ao autocuidado²³. Mas também pode ser visto como um risco de saúde pelo seu uso irracional, bem como um indicativo da dificuldade de acesso aos atendimentos em serviços de saúde²³, e às limitações na inserção do adolescente nesses serviços.

O consumo de antibacterianos de uso sistêmico utilizados sem prescrição médica, em ambos os grupos, merece destaque por ir de encontro às restrições previstas na Resolução da Diretoria Colegiada (RDC), nº 20 de 2011, que dispõe sobre o controle de antimicrobianos³⁹. Isso remete à importância da presença do farmacêutico nessas áreas de difícil acesso aos serviços de saúde para evitar o uso irracional de medicamentos.

O farmacêutico pode estar inserido na Atenção Básica, por meio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de garantir que a população tenha acesso à farmacoterapia de qualidade, à prestação de serviços farmacêuticos, e contribuir para o uso racional de medicamentos, como estabelece a portaria nº 154, 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde⁴⁰. Entretanto, para que a atuação desse profissional seja eficaz, é necessário que ele estabeleça um vínculo de confiança com a comunidade. Para isso é preciso mais tempo de convivência, que tornaria possível a identificação das demandas de cada local, e a aplicação de intervenções efetivas.

É também um sinal de alerta o aparecimento de medicamentos da classe de hormônios sexuais e moduladoras do sistema genital como automedicação para os adolescentes de ambos os grupos.

Considerando que estes medicamentos são prescritos na rotina das unidades de saúde local, este resultado pode refletir na fragilidade de inserção do adolescente em políticas de saúde sexual, que além de não impedir infecções sexualmente transmissíveis (IST), sua utilização irracional pode não garantir a contracepção.

Sousa *et al.*⁴¹, identificaram que para estes mesmos adolescentes rurais, 38,6% dos não quilombolas e 59,9% dos quilombolas não recebiam orientação sobre gravidez, 36,3% dos não quilombolas e 53,9% dos quilombolas não recebiam orientação sobre AIDS ou outras IST, e 60,4% do total de adolescentes iniciavam sua vida sexual com idade igual ou menor a 15 anos, o que poderia aumentar o risco de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, especialmente entre quilombolas.

Os níveis econômicos B e C aumentaram a chance de uso de medicamentos prescritos em 1,71 vezes entre os adolescentes quilombolas. Essa variável também influenciou positivamente a automedicação entre os não quilombolas. Boing *et al.*⁴² discutem que, para indivíduos de maior renda, o consumo de medicamentos tende a ser maior pela facilidade financeira de se obtê-lo. Outro aspecto a ser ressaltado é a localização das Unidades de Saúde da Família (USF) que, em sua maioria, tem sede nas comunidades não quilombolas, possibilitando a sua aquisição, quando prescrito, pelo sistema público de saúde. Logo, para aqueles adolescentes que residem em comunidades mais distantes das USF, a dependência financeira para aquisição de medicamentos é maior.

A associação entre maior escolaridade e maior chance de uso de medicamentos foi observada apenas para os não prescritos, tanto para adolescentes quilombolas quanto para não quilombolas. Esse achado é frequente entre indivíduos adultos, no qual o aumento da escolaridade possibilita uma maior compreensão sobre a terapêutica utilizada^{7,43}. Entre os adolescentes, uma possível explicação para essa associação positiva é que o aumento da escolaridade coincide com o aumento da idade e o ganho de autonomia, que podem influenciar a atitude do adolescente em assumir a responsabilidade de cuidar da própria saúde^{11,31}, principalmente no que tange ao comportamento de automedicação.

A procura pelo mesmo serviço de saúde aumentou o uso de medicamentos prescritos em 3,28 vezes entre os adolescentes quilombolas, o que reforça a importância da relação de confiança que os indivíduos desenvolvem com a equipe das USF e a formação de vínculo. Somente nesta

conexão entre o indivíduo e os profissionais da unidade que se faz possível o atendimento integral à saúde do adolescente⁴⁴.

Este estudo também identificou que deixar de realizar atividade por motivo de doença aumentou a chance de uso de medicamentos prescritos entre adolescentes não quilombolas em 3,36 vezes e, entre quilombolas, em 5,41 vezes. Indivíduos em piores condições de saúde tendem a buscar mais os serviços e o medicamento continua sendo uma das estratégias terapêuticas mais utilizadas. Em se tratando de adolescentes, a baixa carga de morbidade leva ao uso de medicamentos embasado em ações curativas, associado à influência do cuidador, enquanto aqueles com condições clínicas mais graves tendem a procurar por assistência médica que, conseqüentemente, leva ao consumo de medicamentos prescritos⁶.

Outro importante indicador de pior condição de saúde relevante entre os adolescentes quilombolas foi a ocorrência de dor de dente nos últimos seis meses, aumentando a chance de uso de medicamentos prescritos em 2,25 vezes. Esta associação pode revelar a dificuldade de acesso aos serviços odontológicos e educação de saúde bucal continuada. Silva⁴⁵, em um estudo sobre hábitos de higiene bucal com esta mesma população, mostraram que a dor dentária, além de estar relacionada às condições de localização dos serviços de saúde bucal, dificuldade de transporte e priorização de alguns grupos populacionais, está também relacionada às iniquidades e a vulnerabilidade social presente nesta população.

Ainda entre os quilombolas, apesar da ausência de significância estatística, ter tido uma consulta médica nos últimos 12 meses mostrou-se como um fator protetor para a automedicação, revelando que a efetivação do acesso aos serviços de saúde pode minimizar este comportamento.

Este trabalho apresenta algumas limitações. A faixa etária estudada compreende desde adolescentes mais jovens até mais velhos, variando o grau de autonomia. Sendo assim, nos casos em que a escolha do medicamento a ser usado partiu de um familiar, por exemplo, o adolescente pode não ter se atentado ao uso e algum grau de viés de memória pode ter surgido. Uma estratégia para minimizar esse possível viés foi a utilização do período recordatório de 15 dias. Além disso, considerando que adolescentes mais jovens podem não ser responsáveis pelo seu tratamento, não se pode descartar a existência de algum outro viés de informação.

Outra limitação foi a não obtenção de informações clínicas sobre as doenças para as quais os

adolescentes usaram os medicamentos, o que teria contribuído na análise e compreensão dos resultados. Além disso, o baixo número de observações em algumas das análises pode ter reduzido o poder amostral, limitando a capacidade de detecção dos testes estatísticos utilizados. Entretanto este fato não compromete as associações encontradas.

Conclusão

As baixas prevalências no uso de medicamento observado, tanto nos adolescentes não quilom-

bolas quanto quilombolas, sugere um menor acesso a esses produtos. Os níveis econômicos B e C, o aumento da escolaridade, deixar de realizar trabalho por motivo de doença e procurar por atendimento nos últimos 15 dias, estiveram associados ao uso de medicamentos prescritos e não prescritos em ambos os grupos. Apesar de adolescentes quilombolas pertencerem à mesma área de abrangência das outras comunidades, apresentaram diferentes preditores: a presença de dor de dente nos últimos 6 meses e procurar o mesmo serviço de saúde aumentaram o uso de medicamentos prescritos neste grupo.

Colaboradores

DS Medeiros, MAS Rêgo e PRO Almeida participaram da concepção do estudo, implementação do mesmo e coleta de dados. Todas as autoras participaram da redação do artigo, análise e interpretação dos resultados. Além das contribuições já citadas, todas as autoras foram responsáveis por todos os aspectos do trabalho, na garantia de exatidão e integridade de qualquer parte da obra. Todos os autores leram e aprovaram a versão final desse manuscrito.

Agradecimentos

A todas as comunidades nas quais o projeto se concretizou, a equipe de saúde local e aos pesquisadores deste projeto. O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

Financiamento

Fundação de Amparo ao pesquisador do Estado da Bahia (FAPESB), Edital 30/2013, Pesquisa para O SUS: gestão compartilhada em Saúde / PPSUS – BA MS/ CNPq/ FAPESB; e Programa de Apoio a Projetos Institucionais, com a participação de Recém-Doutores (PRODOC 2013), Universidade Federal da Bahia.

Referências

1. Rozenfeld S. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. *Cad Saude Publica* 1989; 5(4):388-402.
2. FDA. Information for Consumers (Drugs) - *Think It Through: Managing the Benefits and Risks of Medicines* [Internet]. Center for Drug Evaluation and Research. Center for Drug Evaluation and Research; 2018 [cited 2018 out 21]. Available from: <https://www.fda.gov/drugs/resourcesforyou/consumers/ucm143558.htm>
3. World Health Organization (WHO). WHO Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication. *WHO Drug Inf* 2000; 14(1):18-26.
4. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol TSD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, Farias MR, Oliveira MA, Bertoldi AD. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Rev Saude Publica* 2016; 50.
5. Dal Pizzol TS, Pons ES, Hugo FN, Bozzetti MC, Sousa MLR, Hilgert JB. Uso de medicamentos entre idosos residentes em áreas urbanas e rurais de município no Sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2012; 28(1):104-114.
6. Medeiros DS, Moura CS, Guimarães MDC, Acurcio FA. Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia. *Rev Saude Publica* 2013; 47(5):905-913.
7. Aziz MM, Calvo MC, Schneider IJC, Xavier AJ, d'Orsi E. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. *Cad Saude Publica* 2011; 27(10):1939-1950.
8. Da Silva MVS, Trindade JBC, Oliveira CC, Mota GS, Carnielli L, Silva MFJ, Andrade MA. Consumo de medicamentos por estudantes adolescentes de escola de ensino fundamental do município de Vitória. *Rev Ciencias Farm Basica e Apl* 2009; 30(1):99-104.
9. Silva IM, Catrib AMF, Matos VC, Gondim APS. Automedicação na adolescência: um desafio para a educação em saúde. *Cien Saude Colet* 2011; 16(supl. 1):1651-1660.
10. Silva CH, Giugliani ERJ. Consumo de medicamentos em adolescentes escolares: uma preocupação. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80(4):326-332.
11. Shehnaz SI, Sreedharan J, Khan N, Issa KJ, Arifulla M. Factors associated with self-medication among expatriate high school students: a cross-sectional survey in United Arab Emirates. *Epidemiol Biostat Public Heal* 2013;10(4).
12. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde* [Internet]. Brasília: MS; 2010 [acessado 2018 out 21]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens_promocao_saude.pdf
13. Lankila T, Näyhä S, Rautio A, Rusanen J, Taanila A, Koironen M. Is geographical distance a barrier in the use of public primary health services among rural and urban young adults? Experience from Northern Finland. *Public Health* 2016; 131:82-91.

14. Costa AGM, Luna IT, Silva AA, Mesquita JS, Pinheiro PNC, Veira NFC. Percepção de saúde de adolescentes de comunidade rural: entre o ideal e o real. *Rev Eletrônica Enferm* [Internet]. 2013 [acessado 2021 out 5];15(4):870-877. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/19710>
15. Patterson BJ, Kaboli PJ, Tubbs T, Alexander B, Lund BC. Rural access to clinical pharmacy services. *J Am Pharm Assoc* 2014; 54(5):518-525.
16. Uchoa AC, Souza EL, Spinelli AFS, Medeiros RG, Peixoto DCS, Silva RAR, Rocha NSP. Avaliação da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família na zona rural de dois pequenos municípios do Rio Grande do Norte. *Physis* 2011; 21(3):1061-1076.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta* [Internet]. 1ª ed. Brasília: MS; 2013 [acessado 2018 out 21]. 48 p. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>
18. Arruti JMPA. *Mocambo: antropologia e história do processo de formação quilombola* [Internet]. vol. 10. Florianópolis: EDUSC; 2006. 368 p. [acessado 2018 out 21]. Disponível em: <https://www.anpocs.com/index.php/publicacoes-sp-2056165036/livros/291-mocambo-antropologia-e-historia-do-processo-de-formacao-quilombola>
19. Calheiros FP, Stadtler HHC. Identidade étnica e poder: os quilombos nas políticas públicas brasileiras. *Rev Katálysis* 2010; 13(1):133-119.
20. Guerrero AFH, Silva DO, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade infantil em remanescentes de quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saude Soc* 2007; 16(2):103-110.
21. Freitas DA, Caballero AD, Marques AS, Hernández CIV, Antunes SLNO. Saúde e comunidades quilombolas: uma revisão da literatura TT - Health and quilombolas communities. *Rev CEFAC* 2011; 13(5):937-943.
22. Sousa BC, Medeiros DS, Curvelo MHS, Silva EKP, Teixeira CSS, Bezerra V, Souza R, Leite AJM. Hábitos alimentares de adolescentes quilombolas e não quilombolas da zona rural do semiárido baiano. *Cien Saude Colet* 2019; 24(2):419-430.
23. Penna G. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). *Cien Saude Coletiva* 2010; 15(Supl. 2):3006.
24. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Pesquisa Nacional de Saúde 2013*. Brasília: MS/IBGE; 2014.
25. World Health Organization (WHO). *Anatomical Therapeutic Chemical (ATC)/DDD Index 2020*. WHO Collaborating Centre for Drugs Statistics Methodology. 2020.
26. Saúde MDA. *Bulário eletrônico*. [Internet]. [acessado 2018 dez 2]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp
27. Hales CM, Kit BK, Gu Q, Ogden CL. Trends in prescription medication use among children and adolescents-United States, 1999-2014. *J Am Med Assoc* 2018; 319(19):2009-2020.
28. Silva CH, Giugliani ERJ. Consumption of medicines among adolescent students: a concern. *J Pediatr* 2004; 80.
29. Bergmann GG, Bertoldi AD, Mielke GI, Camargo AL, Matijasevich A, Hallal PC. Atividade física, tempo de tela e utilização de medicamentos em adolescentes: coorte de nascimentos de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil, 1993. *Cad Saude Publica* 2016; 32(4):1-12.
30. Carvalho R, Julia A, Godoy A, Halpern R. *Automedicação e comportamento entre adolescentes em uma cidade do Rio Grande do Sul*. [acessado 2018 jun 24]. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n41/n41a11.pdf>
31. Pardo IMCG, Jozala DR, Carioca AL, Nascimento SRD, Santucci VCR. Automedicação: prática frequente na adolescência? Estudo em uma amostra de estudantes do ensino médio de sorocaba. *Rev Fac Ciências Médicas Sorocaba* 2013; 15(2):11-15.
32. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Firmo JOA, Lima-Costa MF. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saude Publica* 2002; 36(1):55-62.
33. Gualano MR, Bert F, Passi S, Stillo M, Galis V, Manzoli L, Siliquini R. Use of self-medication among adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health* 2015; 25(3):444-450.
34. Pfaffenbach G, Tourinho F, Bucarechi F. Self-Medication Among Children and Adolescents. *Curr Drug Saf* 2010; 5(4):324-328.
35. Silva RMA, Bezerra V, Medeiros DS. Experimentação de tabaco e fatores associados entre adolescentes da zona rural de vitória da conquista, BA, Brasil. *Cien Saude Colet* 2019; 24(2):431-441.
36. Silva EKP, Medeiros DS, Martins PC, Sousa LA, Lima GP, Rég MAS. Insegurança alimentar em comunidades rurais no Nordeste brasileiro: faz diferença ser quilombola? *Cad Saude Publica* 2017; 33:14.
37. Marques AS, Freitas DA, Leão CDA, Oliveira SKM, Pereira MM, Caldeira AP. Atenção Primária e saúde materno-infantil: a percepção de cuidadores em uma comunidade rural quilombola. *Cien Saude Colet* 2014; 19(2):365-371.
38. Tourinho FSV, Bucarechi F, Stephan C, Cordeiro R. Farmácias domiciliares e sua relação com a automedicação em crianças e adolescentes. *J Pediatr* 2008; 84(5):416-422.
39. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC 20, de 5 de maio de 2011. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação. [Internet]. *Diário Oficial da União* 2011.
40. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. *Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF*. [Internet]. 2008. [acessado 2018 dez 18]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html
41. Sousa BC, Santos RS, Santana KC, Souza R, Leite AJM, Medeiros DS. Comportamento sexual e fatores associados em adolescentes da zona rural. *Rev Saude Publica* 2018; 52:39.

42. Boing AC, Bertoldi AD, Peres KG. Desigualdades socioeconômicas nos gastos e comprometimento da renda com medicamentos no Sul do Brasil. *Rev Saude Publica* 2011; 45(5):897-905.
43. Franco CM, Costa N, Silveira MR, Acurcio FA, Junior AAG, Guibu IA, Costa KS, Karnikowski MGO, Soeiro OM, Leite SN, Costa EA, Nascimento RCRM, Araújo VE, Álvares J. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica* 2017; 1-11.
44. Schimith MD, Lima MAD. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad Saude Publica* 2004; 20(6):1487-1494.
45. Silva EKP, Santos PR, Chequer TPR, Melo CMA, Santana KC, Amorim MM, Medeiros DS. Saúde bucal de adolescentes rurais quilombolas e não quilombolas : um estudo dos hábitos de higiene e fatores associados Oral health of quilombola and non-quilombola rural adolescents : a study of hygiene habits and associated factors. *Cien Saude Colet* 2018; 23:2963-2978.

Artigo apresentado em 06/02/2020

Aprovado em 15/12/2020

Versão final apresentada em 17/12/2020

Editores-chefes: Romeu Gomes, Antônio Augusto Moura da Silva