

Danielle Souto de Medeiros^I
Cristiano Soares de Moura^{II}
Mark Drew Crosland Guimarães^{III}
Francisco de Assis Acurcio^{IV}

Utilização de medicamentos pela população quilombola: inquérito no Sudoeste da Bahia

Medication use by the “quilombola” population: a survey in Southwestern Bahia, Brazil

RESUMO

OBJETIVO: Analisar o uso de medicamentos pela população quilombola.

MÉTODOS: Estudo transversal de base populacional com 797 quilombolas adultos de Vitória da Conquista, BA, em 2011. Utilizou-se análise de variância para comparar as médias de medicamentos por indivíduo segundo variáveis demográficas, socioeconômicas e de comportamentos relacionados à saúde. Foram estimadas as prevalências, razões de prevalência e os respectivos intervalos de confiança de 95%. Análise múltipla foi conduzida por meio de regressão de Poisson com variância robusta.

RESULTADOS: Os medicamentos mais consumidos pela população foram aqueles que atuam nos sistemas cardiovascular e nervoso. A prevalência de uso de medicamentos foi de 41,9%, significativamente maior nas mulheres (50,3%) do que nos homens (31,9%). Após análise ajustada, o uso de fármacos foi associado a sexo feminino, idade de 60 anos e mais, nível econômico mais alto, pior avaliação da saúde, maior número de morbidades autorreferidas e de consultas médicas.

CONCLUSÕES: Mulheres e idosos deverão ser os grupos de preferência para o desenvolvimento de estratégias específicas que garantam o uso racional dos medicamentos. É necessária a promoção de prescrição racional no cotidiano dos serviços de saúde.

DESCRITORES: Grupo com Ancestrais do Continente Africano. Uso de Medicamentos. Fatores Socioeconômicos. Grupos de Risco. Vulnerabilidade em Saúde. Origem Étnica e Saúde. Estudos Transversais.

^I Núcleo de Epidemiologia e Saúde Coletiva. Instituto Multidisciplinar em Saúde. Universidade Federal da Bahia. Vitória da Conquista, BA, Brasil

^{II} Division of Clinical Epidemiology. McGill University Health Center. McGill University. Montréal, Canada

^{III} Departamento de Medicina Preventiva e Social. Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

^{IV} Departamento de Farmácia Social. Faculdade de Farmácia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil

Correspondência | Correspondence:

Danielle Souto de Medeiros
Instituto Multidisciplinar em Saúde
Universidade Federal da Bahia
Campus Anísio Teixeira
Rua Rio de Contas, 58 Quadra 17 Lote 58
Candeias
45055-090 Vitória da Conquista, BA, Brasil
E-mail: danielle.medeiros@ufba.br

Recebido: 6/3/2013
Aprovado: 1/6/2013

Artigo disponível em português e inglês em:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To characterize the medication use by the *quilombola* population.

METHODS: A population-based cross-sectional study was conducted with 797 adult *quilombola* in Vitória da Conquista, BA, Northeastern, in 2011. Analysis of variance was used to compare means of drugs by subject, according to demographic, socioeconomic and health-related behavior variables. Prevalence, prevalence ratios and their 95% confidence intervals were estimated. Multivariate analysis was carried out using Poisson regression with robust variance.

RESULTS: The most widely consumed drugs by the population were those for the cardiovascular and nervous systems. Prevalence of medication use was 41.9%, significantly higher among women (50.3%) than men (31.9%). After adjusted analysis, medication use was associated with being female gender, being aged 60 or older, higher economic level, worse self-rated health, greater number of self-reported diseases and number of medical appointments.

CONCLUSIONS: Strategies to improve rational drug use should preferentially focus on women and older adults. Thus, special attention should be given to promote rational prescription in everyday health services.

DESCRIPTORS: African Continental Ancestry Group. Drug Utilization. Socioeconomic Factors. Risk Groups. Health Vulnerability. Ethnicity and Health. Cross-Sectional Studies.

INTRODUÇÃO

Medicamentos são importantes instrumentos terapêuticos utilizados no processo saúde/doença. Estão entre as intervenções mais utilizadas e de grande valor no tratamento de doenças, aumentam a sobrevida e melhoram a qualidade de vida.⁶ Seu uso é influenciado pela estrutura demográfica, fatores socioeconômicos, comportamentais e culturais.^{2-6,10-12} A utilização de medicamentos prescritos ou não é maior entre mulheres e idosos, o que os tornam mais suscetíveis a interações medicamentosas e ao uso inadequado.^{3,10-12} Grande parte dos estudos sobre o tema foi desenvolvida no Sul e Sudeste do Brasil,^{5-8,10-12} na zona urbana^{1,2,4,5,7,8} e restrita a uma faixa etária específica.^{4,6,8,10-12}

A literatura disponível carece de estudos epidemiológicos que caracterizem a situação e utilização de medicamentos em populações específicas, rurais e de outras regiões do Brasil, particularmente no Nordeste. Há diferença nos padrões de uso de medicamentos que se modificam no decorrer do tempo em função das mudanças do perfil de doenças e das políticas de

saúde. São necessárias investigações locais e periódicas que permitam identificar, monitorar e produzir informações sobre uso de medicamento em populações específicas.

A obtenção de informações sobre a utilização de medicamentos em população quilombola é importante para a identificação de problemas existentes nesse âmbito e de fatores associados ao uso. Essa população apresenta um contexto caracterizado pela exclusão, pela negação do direito natural de pertencimento e, por se localizarem principalmente em áreas rurais, pela dificuldade geográfica.^{9,15} Esse contexto determina condições especiais de vulnerabilidade e de iniquidade em saúde e subsidia o desenvolvimento e a implementação de políticas afirmativas específicas para comunidades negras e quilombolas.^{a,b,c}

O presente estudo teve por objetivo descrever o uso de medicamentos pela população de comunidades quilombolas.

^a Ministério da Saúde. Portaria nº 992/GM, de 13 de maio de 2009. Institui a Política Nacional de Saúde Integral da População Negra. *Diário Oficial União*. 14 mai 2009 [citado 2012 fev 25]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0992_13_05_2009.html

^b Brasil. Lei ordinária nº 12.288, de 20 de julho de 2010. Institui o Estatuto da Igualdade Racial; altera as Leis nº 7.716, de 5 de janeiro de 1989, 9.029, de 13 de abril de 1995, 7.347, de 24 de julho de 1985, e 10.778, de 24 de novembro de 2003. *Diário Oficial União*. 21 jul 2010 [citado 2012 fev 25]:1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12288.htm

^c Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Programa Brasil Quilombola. Brasília (DF): Abaré; 2004 [citado 2010 maio 12]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasilquilombola_2004.pdf

MÉTODOS

Estudo transversal de base populacional utilizando os dados do Projeto COMQUISTA (Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista: Avaliação de Condicionantes de Saúde), em Vitória da Conquista, BA, em 2011.^d

Os 797 participantes do estudo foram selecionados por amostragem probabilística em dois estágios: i) partilha proporcional entre os cinco distritos que continham comunidades quilombolas, de acordo com a população e seleção de cada comunidade, e de sua escolha, por meio de seleção aleatória simples; ii) seleção aleatória dos domicílios de acordo com sua distribuição proporcional por distrito. Os residentes do domicílio selecionado com 18 anos ou mais foram convidados a participar da pesquisa.

No cálculo do tamanho da amostra foi considerada a estimativa de prevalência de 50%, dada a heterogeneidade dos eventos mensurados, precisão de 5%, intervalo de confiança de 95% (IC95%) e efeito de desenho de 2. Foram acrescidos 30% ao número obtido, para perdas, o que resultou numa amostra de 884 indivíduos. Detalhes do procedimento de amostragem do inquérito encontram-se publicados.^d Foi encontrada uma proporção de perdas (15,5%) inferior à prevista no início do estudo, mas significativamente maior no gênero masculino e em indivíduos mais jovens (18 a 34 anos). Os principais motivos para as perdas foram ausência no domicílio e recusas.

As informações foram obtidas por meio de questionários semiestruturados, adaptados a partir da Pesquisa Nacional de Saúde.^e Estudo piloto foi realizado para verificar a dinâmica de recrutamento, testar os instrumentos de coleta de dados e confirmar a viabilidade da investigação. As entrevistas foram individuais e domiciliares e aplicadas por meio de computadores portáteis de setembro a outubro de 2011 (HP Pocket Rx5710).

A variável dependente foi uso de medicamentos, obtida a partir da pergunta: “Nos últimos 15 dias o (a) senhor(a) usou medicamentos?”, comprovada por meio de apresentação da embalagem ou prescrição. Para os que responderam sim, foram registrados nome, forma farmacêutica e dose de cada especialidade farmacêutica, e se prescrita ou não por profissional de saúde (médico,

dentista ou enfermeiro). As especialidades foram classificadas de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System* (ATC),^f níveis 1 (anatômico) e 2 (terapêutico). Os medicamentos foram classificados pela presença ou não na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME)^g vigente no período. As unidades de análise foram o indivíduo e os medicamentos. O número médio de medicamentos por entrevistado foi usado como indicador de intensidade de uso. Cada especialidade foi desdobrada em seus princípios ativos com auxílio do Dicionário de Especialidades Farmacêuticas^h para o cálculo do número médio de princípios ativos por entrevistado.

As variáveis independentes foram idade, estado conjugal, escolaridade, situação de trabalho, nível econômico (classificação econômica definida pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa),ⁱ autopercepção do estado de saúde, número de morbidades autorreferidas, frequência de visitas domiciliares de agente comunitário ou profissional de saúde e número de consultas médicas nos últimos 12 meses. O número de morbidades foi definido a partir do somatório das morbidades autorreferidas pelo entrevistado e relacionadas no questionário (hipertensão, diabetes, hipercolesterolemia, doença cardíaca, acidente vascular cerebral, asma ou bronquite asmática, artrite, problema crônico na coluna, tuberculose, depressão, outra doença mental, doença pulmonar e osteoporose). Presença de hipertensão ou diabetes apenas na gravidez não foram consideradas.

As diferenças entre as médias de princípios ativos por entrevistado foram comparadas por análise de variância. A prevalência de uso de medicamentos foi calculada a partir do número de participantes que responderam ter utilizado pelo menos um medicamento nos 15 dias anteriores à entrevista, dividido pelo total de entrevistados. A Razão de Prevalência (RP) foi usada como estimativa de associação entre o uso de medicamentos e as variáveis explicativas de interesse. Essa medida e seu IC95% foram estimados por regressão de Poisson com variância robusta. Regressão de Poisson múltipla com variância robusta foi utilizada para obter estimativas das razões de prevalência para o uso de medicamento, ajustadas por potenciais fatores de confusão. Foram incluídas no modelo inicial as variáveis que apresentaram associação com uso de medicamentos em nível de

^d Bezerra VM, Medeiros DS, Gomes KO, Souza R, Giatti L, Guimarães MDC et al. Inquérito de Saúde em Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA (Projeto COMQUISTA): aspectos metodológicos e análise descritiva. *Cienc Saude Coletiva* [internet]. 2013 ago [citado 2013 ago 2]. Disponível em: http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=12327

^e Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde (PNS). Inquérito Região Integrada do Distrito Federal (RIDE/DF). Brasília (DF); 2011 [citado 2011 abr 2]. Disponível em: <http://www.pns.icict.fiocruz.br/index.php?pag=proposicao>

^f World Health Organization. Anatomical therapeutic chemical (ATC) classification index with defined daily doses (DDD's) 2000. Oslo; 2000 [citado 2012 Fev 15]. Disponível em: http://www.whocc.no/atc_ddd_index/

^g Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista. Comissão de Farmácia e Terapêutica. Relação Municipal de Medicamentos Essenciais: REMUME 2010. Vitória da Conquista; 2010.

^h Dicionário de Especialidades Farmacêuticas: DEF 2011/12. 40 ed. Rio de Janeiro: EPUC; 2011.

ⁱ Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critérios de classificação econômica no Brasil. São Paulo; 2012 [citado 2012 mar 21]. Disponível em: <http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>

Tabela 1. Características da população quilombola estudada. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011.

Variável	Total	
	n	%
Sexo		
Masculino	364	45,7
Feminino	433	54,3
Idade (anos)		
18 a 34	289	36,3
35 a 59	331	41,5
60 ou mais	177	22,2
Estado conjugal		
Sem companheiro(a)	308	38,6
Com companheiro(a)	489	61,4
Escolaridade (anos completos de estudo)		
0	274	34,6
1 a 4	299	37,8
5 ou mais	219	27,7
Situação de trabalho		
Não trabalha atualmente	408	51,2
Trabalha atualmente	389	48,8
Nível econômico		
E	275	34,8
D	401	50,8
C e B2	114	14,4
Autopercepção do estado de saúde		
Muito bom/Bom	356	44,8
Regular	337	42,4
Ruim/Muito ruim	101	12,7
Número de morbidades autorreferidas		
Nenhuma	328	41,2
1	280	35,1
2 ou mais	189	23,7
Frequência de visitas ACS ou profissional de saúde		
Mensal	393	50,3
1 a 6 vezes no ano	193	24,7
Nunca recebeu	195	25,0
Número de consulta médica (últimos 12 meses)		
Nenhuma	399	50,1
1 a 2	247	31,0
3 ou mais	151	18,9
Uso de medicamento (últimos 15 dias)		
Não	463	58,1
Sim	334	41,9

ACS: agente comunitário de saúde

significância < 20% na análise univariada. Utilizou-se nível de significância de 5% para os testes e para a permanência das variáveis no modelo final. Os modelos foram comparados pelos critérios de Akaike (AIC) e de informação Bayesiana (BIC). A adequação do modelo foi avaliada pelo qui-quadrado. O programa R, versão 2.11.1, foi utilizado na análise dos dados.

A pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética em Pesquisas da Faculdade São Francisco de Barreiras

(CAAE 0118.0.066.000-10, de 29/10/2010) e da Universidade Federal de Minas Gerais (CAAE 0118.0.066.203-10, de 13/7/2011), em consonância com o disposto na Declaração de Helsinque e na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram previamente informados sobre os objetivos da pesquisa, procedimentos e sigilo dos dados pela leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, expressando sua concordância em participar do estudo.

RESULTADOS

Dos 797 indivíduos adultos que responderam ao inquérito, 54,3% eram mulheres; a maioria tinha entre 35 e 59 anos (41,5%). Mais da metade (61,4%) vivia com companheiro e 72,4% tinha até quatro anos completos de estudo (Tabela 1). A maioria não estava trabalhando e 85,6% pertencia aos níveis econômicos D ou E. Houve predominância de autopercepção de saúde boa ou muito boa e 41,2% dos entrevistados relataram não apresentaram as morbidades pesquisadas. Em relação à utilização dos serviços de saúde, metade dos participantes não consultou médico e 50,3% dos participantes teve visita mensal de agente comunitário ou profissional de saúde. A frequência de uso de medicamentos foi de 41,9% (IC95% 38,5;45,4).

Os participantes utilizaram 714 medicamentos, correspondendo a 853 princípios ativos (média = 1,1 princípios ativos/indivíduo; desvio padrão = 1,7; amplitude = 0 a 15). A maioria dos medicamentos foi prescrita por médico, dentista ou enfermeiro (83,3%) e 70,0% deles constavam na REMUME.

As especialidades farmacêuticas mais utilizadas pertenciam aos sistemas cardiovascular, nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e musculoesquelético (Tabela 2), com médias de consumo superiores nesses grupos. Os diuréticos foram o subgrupo terapêutico mais consumido (média de 0,15/ indivíduo), seguidos pelos agentes com ação no sistema renina-angiotensina (0,13), analgésicos (0,08) e anti-inflamatórios e antirreumáticos (0,07). Fármacos utilizados para diabetes predominaram no aparelho digestivo e metabolismo.

A prevalência de utilização de medicamentos em mulheres foi significativamente superior à observada entre os homens (50,3% e 31,9%, respectivamente) (Tabela 3). Uso de medicamentos associou-se positiva e significativamente ao sexo feminino, maior idade, melhor nível econômico (classes D, C e B2), pior estado de saúde autorreferido, maior número de doenças autorreferidas e maior número de consultas médicas nos 12 meses anteriores (Tabela 3). Associação negativa e significativa foi observada com cinco anos completos de estudo ou mais e trabalho à época da entrevista.

Tabela 2. Distribuição das especialidades farmacêuticas por grupos e subgrupos, segundo a classificação anatômica e terapêutica (níveis 1 e 2 da ATC), a e razão de número de medicamentos por indivíduo. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011.

Grupo anatômico e terapêutico	n	%	Número de medicamento por indivíduo
Aparelho digestivo e metabolismo	81	11,3	0,10
Fármaco para desordens acidogástricas	18	2,5	0,02
Antiemético e antinauseante	6	0,8	0,01
Fármaco utilizado para diabetes	33	4,6	0,04
Vitamina	13	1,8	0,02
Sangue e órgãos hematopoiéticos	27	3,8	0,03
Agente antitrombótico	18	2,5	0,02
Preparação antianêmica	8	1,1	0,01
Sistema cardiovascular	314	44,0	0,39
Cardioterápico	10	1,4	0,01
Diurético	118	16,5	0,15
β-bloqueadores	36	5,0	0,05
Bloqueador dos canais de cálcio	22	3,1	0,03
Agente com ação no sistema renina-angiotensina	102	14,3	0,13
Antilipidêmico	22	3,1	0,03
Sistema genitourinário e hormônios sexuais	26	3,6	0,03
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	23	3,2	0,03
Anti-infecciosos de uso sistêmico	19	2,7	0,02
Antibacterianos para uso sistêmico	18	2,5	0,02
Sistema musculoesquelético	80	11,2	0,10
Produto anti-inflamatório e antirreumático	56	7,8	0,07
Relaxante muscular	23	3,2	0,03
Sistema nervoso	108	15,1	0,14
Analgésico	64	9,0	0,08
Antiepilético	17	2,4	0,02
Psicoléptico	13	1,8	0,02
Sistema respiratório	27	3,8	0,03
Fármaco para doença obstrutiva das vias aéreas	7	1,0	0,01
Preparação para tosse e resfriado	7	1,0	0,01
Anti-histamínico para uso sistêmico	13	1,8	0,02
Órgãos dos sentidos	11	1,5	0,01
Fármaco para uso oftalmológico	11	1,5	0,01
Total	714	100,0	0,90

^a Incluem os grupos anatômicos terapêuticos (1º nível ATC) com frequência superior a 2% e os subgrupos terapêuticos (2º nível ATC) mais frequentes, totalizando pelo menos 80,0% dentro de cada nível.

A média de princípios ativos utilizados pelos entrevistados foi significativamente maior entre indivíduos do sexo feminino, com mais idade, menor escolaridade, que não trabalhavam, de melhor nível econômico, com pior avaliação de saúde, maior número de doenças relatadas e de consultas médicas (Tabela 3).

Mostraram-se independentemente associados à maior frequência de utilização de medicamentos pela população quilombola: a) sexo feminino; b) idade de 60 anos ou mais; c) nível econômico mais elevado, com gradiente dose-resposta; d) avaliação ruim ou muito ruim do estado de saúde; e) maior número de morbidades autorreferidas, com gradiente dose-resposta; e f) maior número de consultas médicas, com gradiente dose-resposta (Tabela 4). Os valores preditos pelos modelos mostraram-se adequados aos valores observados.

DISCUSSÃO

A frequência de uso de medicamentos nessa população (41,9%) foi inferior à observada em estudos com adultos em Fortaleza, CE (49,7%),¹ Lorena, SP (51,3%),⁷ Pelotas, RS (65,9%),² e no Brasil (49,0%).³ Esse fato pode ser parcialmente explicado pelo menor acesso a medicamentos pelos quilombolas, uma vez que residem em áreas rurais, onde estão predominantemente restritos aos serviços públicos de saúde. Para indivíduos residentes em lugares mais distantes, desprovidos de transporte coletivo regular, deslocar-se do local de moradia para adquirir medicamentos pode ser difícil.⁶ O percentual de medicamentos presentes na REMUME foi elevado, uma vez que é frequente maior prescrição de medicamentos disponíveis em farmácias da rede municipal de saúde em populações de baixa renda. Entre as menores prevalências de uso de medicamentos observadas em estudos brasileiros com idosos, encontram-se aquelas em municípios de pequeno porte localizados no interior (como Bambuí, MG, 69,1%),¹⁰ em áreas de baixo nível socioeconômico (área periférica de Fortaleza, 60,7%)⁴ e em zonas rurais (Carlos Barbosa, RS, 63,5%).⁶ O uso de medicamentos nas comunidades quilombolas não parece diferir daquele observado em comunidades rurais e de baixa renda.

Houve maior prevalência de utilização de medicamentos entre as mulheres, em concordância com a literatura.^{1,2-6,11} Sans et al¹³ explicam que o consumo de medicamentos é superior entre as mulheres pela maior frequência em consultas médicas e conseqüentemente pela maior probabilidade de detecção e diagnóstico de problemas de saúde. Além disso, vários programas de saúde (pré-natal, prevenção de câncer de mama e de colo de útero) são voltados para mulheres, tornando-as mais propensas à medicalização.² Neste estudo, o número de consultas médicas foi significativamente maior entre as mulheres.

Os grupos de medicamentos mais utilizados foram aqueles que atuam nos sistemas cardiovascular, nervoso, aparelho digestivo e metabolismo e musculoesquelético, em concordância com outros estudos nacionais de base populacional⁵ e em populações de idosos.^{4,6,10-12} Outros estudos nacionais com a população adulta^{2,3} mostraram dados semelhantes, embora o sistema ATC não tenha sido utilizado para a classificação dos medicamentos, o que limita as comparações.

Tabela 3. Prevalência e razão de prevalência (RP) para uso de medicamentos, média e desvio padrão (DP) do número de princípios ativos, segundo variáveis avaliadas. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011. (N = 797)

Variável	Uso de medicamento				
	%	RP	IC95%	média	DP
Sexo				p ^b = 0,0057 ^a	
Masculino	31,9	1		0,9	1,8
Feminino	50,3	1,58	1,32;1,89	1,2	1,7
Idade (anos)				p ^b = 0,0000 ^a	
18 a 34	29,8	1		0,6	1,1
35 a 59	38,4	1,29	1,03;1,61	0,9	1,5
60 ou mais	68,4	2,30	1,87;2,82	2,1	2,4
Estado conjugal				p ^b = 0,6268	
Sem companheiro(a)	38,0	1		1,0	1,8
Com companheiro(a)	44,4	1,17	0,98;1,39	1,1	1,7
Escolaridade (anos completos de estudo)				p ^b = 0,0001 ^a	
Nunca estudou	49,3	1		1,3	2,1
1 a 4	42,1	0,86	0,71;1,02	1,1	1,7
5 ou mais	32,4	0,66	0,52;0,82	0,7	1,2
Situação atual de trabalho				p ^b = 0,0000 ^a	
Não trabalha	50,2	1		1,3	1,8
Trabalha	33,2	0,66	0,56;0,78	0,8	1,7
Nível econômico				p ^b = 0,0062 ^a	
E	33,8	1		0,9	1,6
D	45,1	1,33	1,10;1,63	1,1	1,7
C e B2	50,9	1,50	1,18;1,92	1,5	2,1
Autopercepção do estado de saúde				p ^b = 0,0000 ^a	
Muito bom/Bom	28,7	1		0,6	1,3
Regular	50,4	1,76	1,45;2,14	1,4	2,0
Ruim/Muito ruim	60,4	2,11	1,68;2,65	1,6	1,9
Número de morbidade autorreferida				p ^b = 0,0000 ^a	
Nenhuma	23,8	1		0,5	0,9
1	40,4	1,70	1,33;2,16	1,0	1,7
2 ou mais	75,7	3,18	2,58;3,93	2,3	2,2
Frequência de visitas ACS ou de profissional de saúde				p ^b = 0,6795 ^a	
Mensal	41,5	1		1,0	1,7
1 a 6 vezes no ano	43,5	1,05	0,86;1,28	1,2	1,9
Nunca recebeu	41,5	1,00	0,82;1,23	1,0	1,6
Número de consulta médica (últimos 12 meses)				p ^b = 0,0000 ^a	
Nenhuma	27,8	1		0,6	1,3
1 a 2	50,2	1,80	1,48;2,21	1,4	2,1
3 ou mais	65,6	2,36	1,94;2,87	1,7	1,8

ACS: agente comunitário de saúde

^a Valores significantes (p < 0,05)^b p estimado por análise de variância

Uma pesquisa na Catalunha,¹³ Espanha, mostrou os mesmos grupos terapêuticos encontrados em diferente ordem de classificação: predominaram os fármacos utilizados no sistema nervoso. Não existe padrão fixo de prescrição, que depende das características do sistema de saúde e da população avaliada. Contudo, Ribeiro et al¹¹ afirmam ser possível que os prescritores assumam padrões de indicação em função da idade dos pacientes,

de acordo com as pressões ideológicas e de mercado, o que poderia explicar as semelhanças observadas.

Houve grande consumo de analgésicos e anti-inflamatórios e antirreumáticos. Isso pode ser explicado pela maior tendência à automedicação, comum entre os usuários dessas classes terapêuticas,¹⁴ em parte devido à venda livre e, muitas vezes, irregular. De fato, 65,6%

dos analgésicos e 46,4% dos produtos anti-inflamatórios e antirreumáticos não haviam sido prescritos por profissional de saúde.

Observou-se utilização crescente de medicamentos dos mais jovens para os idosos, tendência consistente com a literatura^{2,3,5,7} e que pode refletir a maior prevalência de morbidades com o avanço da idade. Esse efeito foi confirmado na análise ajustada, em que essa variável esteve independentemente associada à utilização de medicamentos.

A escolaridade influenciou negativamente a quantidade de medicamentos utilizados. Esse achado difere do encontrado em idosos em Belo Horizonte, MG,¹¹ e Rio de Janeiro, RJ,¹² na população de Fortaleza, CE,¹ e brasileira,³ mas está de acordo com o da população de Pelotas, RS.² O efeito, entretanto, não foi mantido após ajuste pelas demais variáveis. As comunidades pesquisadas apresentaram homogeneidade quanto ao nível de instrução (mais de 70% tinha até quatro anos completos de estudo), o que fez com que o ponto de corte nessa variável fosse menor que o adotado em outros estudos, dificultando as comparações. Outros fatores pesquisados, como a idade, também poderiam confundir a associação. De fato, associação entre idade e escolaridade foi encontrada, indicando que a proporção de indivíduos com 60 anos ou mais, sem escolaridade, foi de 75,7% (contra 33,3% e 10,8% nos grupos etários de 35 a 59 e 18 a 34 anos, respectivamente), e, ao mesmo tempo, utilizaram mais medicamentos.

O maior uso de medicamentos entre os indivíduos de nível econômico mais alto foi consistente com o estudo de Bertoldi et al.,² embora não tenham sido identificados os níveis A e B1 na população quilombola. Outros estudos que utilizaram renda familiar mensal como indicador do nível econômico^{1,6,10} encontraram resultados semelhantes. Essa associação foi confirmada após análise ajustada.

O consumo de medicamentos foi menor em indivíduos que trabalhavam à época da entrevista, porém o efeito não foi mantido após ajuste pelas demais variáveis. O trabalho rural apresenta características que podem interferir na utilização dos fármacos. Dal Pizzol⁶ ressalta em seu trabalho que trabalhadores rurais que permanecem o dia inteiro na lavoura podem desistir de utilizar um ou mais medicamentos com mais frequência do que os urbanos se o uso for dificultado pelas condições próprias do trabalho rural.

Observou-se tendência de aumento da frequência e de número de medicamentos com a piora do indicador da condição de saúde. A autopercepção de saúde mostrou-se negativamente associada ao uso, acompanhando os achados de outros estudos epidemiológicos.^{1,3,7,10-13} O efeito dessa variável foi confirmado na análise ajustada. Outra variável indicadora da condição de saúde da população foi o número de morbidades autorreferidas,

que mostra problemas crônicos de saúde dos indivíduos e que esteve associada ao uso de medicamentos mesmo após ajuste.

As variáveis relacionadas aos serviços, frequência de visitas domiciliares de agente comunitário ou profissional de saúde e número de consultas médicas mostraram comportamentos diferentes sobre o uso de medicamentos. A frequência de visitas domiciliares não se mostrou associada, mesmo a população de estudo sendo proveniente da zona rural e considerando essa visita como um momento em que poderia haver entrega de medicamentos.

As frequências de uso de medicamentos aumentaram com maior número de consultas médicas, mesmo após ajuste, seguindo o apontado em outros estudos.^{1,11,12} Arrais et al.¹ sugerem que isso pode estar relacionado à crescente medicalização da sociedade, em que a maioria das consultas é finalizada com uma prescrição. O sistema de saúde brasileiro enfrenta dificuldades para superar as práticas do modelo biomédico, visto que a população valoriza e prefere as práticas curativas, o atendimento individualizado e baseado na prescrição, às ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos. Aliada a essa prática, é frequente a irracionalidade na utilização dos medicamentos, o que pode causar diversos

Tabela 4. Razões de prevalências ajustadas para uso de medicamentos das variáveis incluídas no modelo final de regressão. Projeto COMQUISTA, Vitória da Conquista, BA, 2011.

Variável	RP	IC95%
Sexo		
Masculino	1	
Feminino	1,53	1,31;1,79 ^a
Idade (anos)		
18 a 34	1	
35 a 59	1,05	0,85;1,29
60 ou mais	1,47	1,19;1,81 ^a
Nível econômico		
E	1	
D	1,26	1,06;1,49 ^a
C e B2	1,40	1,12;1,74 ^a
Autopercepção do estado de saúde		
Muito bom/Bom	1	
Regular		0,99;1,44
Ruim/Muito ruim	1,33	1,06;1,66 ^a
Número de morbidades autorreferidas		
0	1	
1	1,42	1,12;1,81 ^a
2 ou mais	2,18	1,73;2,75 ^a
Número de consultas médicas (últimos 12 meses)		
Nenhuma	1	
1 a 2	1,34	1,11;1,62 ^a
3 ou mais	1,64	1,36;1,99 ^a

^a Valores significantes (p < 0,05) - teste de Wald (Z)

problemas, como reações adversas, doenças iatrogênicas, resistência (antimicrobianos) e gastos desnecessários.²

O trabalho apresenta limitações. A utilização de um período recordatório de 15 dias para a avaliação da utilização de medicamentos foi priorizada para possibilitar a comparação com outras pesquisas, visto que a maioria na área utiliza esse período. No entanto, essa estratégia pode resultar em viés de memória. Para contornar essa limitação, a análise foi restrita aos medicamentos para os quais houve comprovação de uso por meio de apresentação de embalagens e prescrições. A perda diferencial, observada em homens e indivíduos na faixa etária de 18 a 34 anos, pode ter causado superestimação do uso de medicamentos pela população total e por indivíduos do sexo masculino, uma vez que é esperado menor consumo nos grupos sub-representados.

A avaliação dos determinantes individuais de consumo em quilombolas indica que as mulheres, assim como os

idosos, são os grupos mais propensos ao uso de medicamentos; portanto, deverão ser os grupos de preferência para o desenvolvimento de estratégias específicas para garantir o seu uso racional. O maior número de consultas médicas também aumentou expressivamente a utilização de medicamentos, o que reforça a necessidade de intensificação das estratégias de promoção no cotidiano dos serviços de saúde. O conhecimento do perfil de utilização de medicamentos pela população quilombola é o primeiro passo para compreender o acesso e discutir o seu uso racional. Aspectos como automedicação e polifarmácia, além do papel dos hábitos de vida, crenças e valores dos indivíduos quilombolas na procura por serviços de saúde e utilização de medicamentos necessitam investigação mais detalhada.

AGRADECIMENTOS

Aos pesquisadores do Projeto COMQUISTA pela participação no planejamento e supervisão da coleta dos dados.

REFERÊNCIAS

1. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;2(6):1737-46. DOI:10.1590/S0102-311X2005000600021
2. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. *Rev Saude Publica*. 2004; 38(2):228-38. DOI:10.1590/S0034-89102004000200012
3. Carvalho MF, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saude Publica*. 2005;21 Suppl 1:100-8. DOI:10.1590/S0102-311X2005000700011
4. Coelho Filho JM, Marcopito LF, Castelo A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. *Rev Saude Publica*. 2004;38(4):557-64. DOI:10.1590/S0034-89102004000400012
5. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMBS, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2011;27(4):649-58. DOI:10.1590/S0102-311X2011000400004
6. Dal Pizzol Tda S, Pons Eda S, 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):104-14. DOI:10.1590/S0102-311X2012000100011
7. Fleith VD, Figueiredo MA, Figueiredo KFLRO, Moura EC. Perfil de utilização de medicamentos em usuários da rede básica de saúde de Lorena, SP. *Cienc Saude Coletiva*. 2008;13(Suppl):755-62. DOI:10.1590/S1413-81232008000700026
8. Flores VB, Benvenegú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2008; 24(6):1439-46. DOI:10.1590/S0102-311X2008000600024
9. Guerrero AFH, Oliveira SD, Toledo LM, Guerrero JCH, Teixeira P. Mortalidade Infantil em Remanescentes de Quilombos do Município de Santarém - Pará, Brasil. *Saude Soc*. 2007;16(2):103-10. DOI:10.1590/S0104-12902007000200010
10. Loyola Filho AI, Uchôa E, Firmo JOA, Lima-Costa MFF. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. *Cad Saude Publica*. 2005;21(2):545-53. DOI:10.1590/S0102-311X2005000200021
11. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev Saude Publica*. 2008;42(4):724-32. DOI:10.1590/S0034-891020080005000031
12. Rozenfeld S, Fonseca MJM, Acurcio FA. Drug utilization and polypharmacy among the elderly: a survey in Rio de Janeiro City, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(1):34-43. DOI:10.1590/S1020-49892008000100005
13. Sans S, Paluzie G, Puig T, Balañá L, Balaguer-Vintró I. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit*. 2002;16(2):121-30.
14. Schmid B, Bernal R, Silva NN. Automedicação em adultos de baixa renda no município de São Paulo. *Rev Saude Publica*. 2010;44(6):1039-45. DOI:10.1590/S0034-89102010000600008
15. Silva JAN. Condições Sanitárias e de Saúde em Caiana dos Crioulos, uma Comunidade Quilombola do Estado da Paraíba. *Saude Soc*. 2007;16(2):111-24. DOI:10.1590/S0104-12902007000200011

Artigo baseado na tese de doutorado de Medeiros D.S., intitulada: "Estudo de Utilização de Medicamentos pela População de Comunidades Quilombolas de Vitória da Conquista/BA", apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, em 2013.

Trabalho apresentado no 10º Congresso de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em Porto Alegre, RS, em 2012.

Projeto COMQUISTA financiado pelo Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia/Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, Termo de Outorga nº 00017/2010. Projeto de Doutorado Interinstitucional (DINTER) financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Edital 05/2009, Ação Novas Fronteiras.

Os autores declaram não haver conflito de interesses.