








Prevalência de uso de medicamentos em população rural brasileira

Prevalence of medication use in a rural Brazilian population

Samila Breder Emerich Mendes¹ , Glenda Blaser Petarli² , Monica Cattafesta² , Eliana Zandonade² , Olívia Maria de Paula Alves Bezerra³ , José Geraldo Mill² , Luciane Bresciani Salaroli² 

¹ Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo - Vitória (ES), Brasil.

² Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) - Vitória (ES), Brasil.

³ Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP) - Ouro Preto (MG), Brasil.

Como citar: Mendes SBE, Petarli GB, Cattafesta M, Zandonade E, Bezerra OMPA, Mill JG, et al. Prevalência de uso de medicamentos em população rural brasileira. *Cad Saúde Colet*, 2022; 30(3) 361-373. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202230030154>

Resumo

Introdução: Apesar da vulnerabilidade social existente na população rural brasileira, o uso de medicamentos entre agricultores é um tema ainda pouco estudado no país. **Objetivo:** Analisar o uso de medicamentos e sua associação com características sociodemográficas, laborais, comportamentais e autoavaliação do estado de saúde em agricultores. **Método:** Estudo epidemiológico transversal com 790 agricultores de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, do município de Santa Maria de Jetibá. Os medicamentos foram agrupados segundo o Sistema de Classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (ATC) nos níveis 1 e 2. Foram realizadas análise descritiva (frequências absolutas e relativas) e associações entre as variáveis e o uso de medicamentos pelo teste de qui-quadrado. As variáveis que se mostraram associadas com o desfecho com nível de significância de 5% no teste de qui-quadrado foram testadas por regressão logística binária. **Resultados:** A prevalência de uso de medicamentos foi de 44,2%, sendo menor no sexo masculino (30,3%) do que no feminino (59,4%). Após a análise ajustada, o uso de medicamentos esteve associado ao sexo feminino, à faixa etária de 40 anos ou mais e à pior autoavaliação do estado de saúde. A prevalência de polifarmácia foi de 6,6%. Os medicamentos mais utilizados foram os anti-hipertensivos (19,3%). **Conclusão:** O estudo evidenciou a importância de se avaliar populações rurais a fim de subsidiar políticas e recursos em saúde pública.

Palavras-chave: uso de medicamentos; agricultores; farmacoepidemiologia; polimedicação; saúde da população.

Abstract

Background: Despite the social vulnerability that exists in the Brazilian rural population, the drug use is a topic still little studied in the country. **Objective:** The present work aims to analyze drug use and its association with sociodemographic, occupational, behavioral, and self-rated health characteristics in farmers. **Method:** A cross-sectional epidemiological study of 790 male and female farmers from 18 to 59 years old, from Santa Maria de Jetibá. The drugs were grouped according to the Anatomical Therapeutic Classification System (ATC) at levels 1 and 2. Descriptive analysis of the data was performed (in absolute and relative frequencies) and associations between study variables and drug use by the chi-square test. The variables that were associated with the outcome with a significance level of 5% in the chi-square test were tested by binary logistic regression. **Results:** The prevalence of drug utilization was 44.2%, being lower in males (30.3%) than in females (59.4%). After adjusted analysis, the drug use was associated with female gender, age 40 years and older and worse self-rated health status. The prevalence of polypharmacy was 6.6%. The most used drugs were antihypertensive (19.3%). **Conclusion:** The study showed the importance of evaluating rural populations to subsidize policies and resources in Public Health.

Keywords: drug use; farmers; pharmacoepidemiology; polypharmacy; population health.



Este é um artigo publicado em acesso aberto (Open Access) sob a licença Creative Commons Attribution, que permite uso, distribuição e reprodução em qualquer meio, sem restrições desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Correspondência: samilaemerich@hotmail.com

Fonte de financiamento: Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Espírito Santo (FAPES), edital 05/2015 (FAPES/CNPq/MS-Decit/SESA – Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde – PPSUS).

Conflito de interesses: Nada a declarar.

Recebido em: Abr. 17, 2020. Aprovado em: Nov. 25, 2020

INTRODUÇÃO

A saúde do trabalhador é um dos desafios prementes ao Sistema Único de Saúde (SUS)¹, já que inúmeras doenças podem estar relacionadas ao trabalho². Entretanto, pouco se sabe sobre o padrão de adoecimento de alguns grupos específicos de trabalhadores, como os agricultores³. Trata-se de uma população socialmente mais vulnerável, que habita áreas rurais, usualmente com piores condições de vida – habitação, escolaridade, saneamento básico⁴ e maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde^{5,6}. Além disso, este grupo é, potencialmente, mais exposto ao uso de agrotóxicos, que podem resultar em intoxicações agudas e crônicas que afetam diretamente a saúde dessa população⁷⁻⁹. A combinação desses fatores pode impactar tanto o acesso quanto o uso de medicamentos por esse grupo populacional em relação às populações urbanas⁶.

O uso racional de medicamentos é uma das técnicas de intervenção de saúde mais utilizadas e de grande importância para o tratamento de doenças, a melhoria da qualidade de vida e o aumento da sobrevivência da população, constituindo-se em uma relevante vertente de estudo no campo da Farmacoepidemiologia¹⁰⁻¹⁵. Não obstante, apesar de o Brasil possuir um percentual considerável de sua população vivendo em áreas rurais – 15,65%¹⁶ –, a maior parte dos estudos de utilização de medicamentos foi realizada em populações urbanas^{11,13,14,17,18}, fazendo com que o padrão de uso de fármacos nas populações rurais seja pouco conhecido.

No Espírito Santo, estado da região Sudeste do Brasil, o município de Santa Maria de Jetibá se destaca por sua economia predominantemente voltada à agricultura, principalmente familiar¹⁹. Possui uma população que vive, em sua maioria (65,8%), na zona rural²⁰ e é descendente de pomeranos que emigraram para o Brasil no final do século XIX e início do século XX. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) do município é de 0,671²⁰, com taxa de mortalidade infantil de 14,88 óbitos por mil nascidos vivos, e a população dispõe de 18 estabelecimentos de saúde²¹. Por isso, a caracterização do perfil de utilização de medicamentos nesse território se faz oportuna e contribui para as políticas públicas de saúde no meio rural. Dessa maneira, o objetivo deste estudo foi analisar o uso de medicamentos e sua associação com características sociodemográficas, laborais, comportamentais e autoavaliação do estado de saúde em agricultores do município.

MÉTODO

População do estudo

Foi realizado estudo epidemiológico transversal abrangendo a totalidade da população rural do município de Santa Maria de Jetibá cadastrada na Estratégia Saúde da Família e cuja principal fonte de renda deriva da agricultura. Foram incluídos no estudo os agricultores de 18 a 59 anos, de ambos os sexos, em plena atividade laboral por no mínimo seis meses. Foram excluídas as gestantes no momento da pesquisa. A partir dos dados disponíveis nos cadastros da Estratégia Saúde da Família, que possui 100% de cobertura nas 11 regiões de saúde do município, foi obtido um total de 7.287 elegíveis pertencentes a um total de 4.018 famílias.

Os participantes foram selecionados a partir de sorteio estratificado, obedecendo à proporcionalidade do número de famílias entre as regiões de saúde. Inicialmente, foi realizado o sorteio das famílias e, em seguida, dos indivíduos. Foi sorteado apenas um indivíduo por família a fim de evitar a interdependência de informações. Nas situações em que houve recusa de participação ou não comparecimento na coleta de dados, foi convocado um novo participante da listagem reserva, do mesmo sexo e região de origem.

Para o cálculo do tamanho amostral, foi considerada a prevalência esperada de uso de medicamentos de 50%^{11,13}, além de erro amostral de 3,5% e nível de significância de 95%, totalizando uma amostra mínima de 708 agricultores. Foram utilizados, no entanto, os dados de todos os 790 agricultores que participaram do projeto original.

Coleta de dados

Os dados foram coletados entre dezembro de 2016 e abril de 2017 nas dependências das Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município. Foi utilizado um questionário semiestruturado aplicado por pesquisadores treinados. A partir dos dados coletados nas entrevistas, foram obtidas as seguintes variáveis independentes: características sociodemográficas (sexo, idade/faixa etária, estado civil, escolaridade, raça/cor autorreferida e classe socioeconômica de acordo com o critério de Classificação Econômica do Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa²², que leva em consideração informações sobre a escolaridade e o número de bens de consumo duráveis disponíveis no domicílio); características laborais (tipo de produção agrícola – com ou sem uso de agrotóxicos – e horas semanais de trabalho); características comportamentais (consumo de álcool e tabagismo); e autoavaliação do estado de saúde.

A variável dependente foi a listagem dos medicamentos em uso. Os participantes eram instruídos para disporem, no momento da entrevista, as caixas, cartelas, receitas etc. dos medicamentos em uso. Todos os medicamentos relatados foram anotados, independentemente da frequência de uso. Foi adotado o Sistema de Classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (ATC) para agrupamento dos medicamentos, categorizando-os nos níveis 1 e 2 desse sistema, sendo o primeiro nível referente ao órgão ou sistema no qual o fármaco atua e o segundo nível referente às características farmacológicas ou terapêuticas. Além disso, os medicamentos mais utilizados foram agrupados conforme a indicação clínica.

Análise estatística

O cálculo amostral foi realizado no programa EPIDAT, versão 3.1. A análise dos dados foi feita no programa *IBM SPSS® (Statistical Package of Social Sciences for Windows)*, versão 21.0. Foi realizada a análise descritiva dos dados com cálculo de frequências absolutas e relativas. As associações entre as variáveis do estudo e o uso de medicamentos foram avaliadas pelo teste de qui-quadrado (X^2), sendo adotado nível de significância de 5%.

Ao proceder ao teste qui-quadrado para o sexo feminino, à semelhança do estudo de Bertoldi et al.¹⁴, o uso dos contraceptivos foi desconsiderado a fim de verificar se a diferença de prevalência de uso entre os sexos não decorria da utilização de contraceptivos, que são de uso exclusivo das mulheres e se caracteriza, principalmente, como uma estratégia contraceptiva e não relacionada a nenhuma condição patológica. Já nas análises da amostra em geral (teste de qui-quadrado e regressão logística binária), os contraceptivos foram considerados para facilitar a comparação com outros estudos.

As variáveis que apresentaram associação estatística com o desfecho na análise de qui-quadrado (significância de 5%) foram incluídas na análise de regressão logística binária: sexo, idade, estado civil, horas semanais de trabalho, consumo de álcool e autoavaliação do estado de saúde. Inicialmente, as variáveis foram testadas individualmente para obtenção dos dados brutos e, em seguida, testadas em conjunto para obtenção dos dados ajustados.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo (CAAE 52839116.3.0000.5060) e autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria de Jetibá e pelo Sindicato dos Trabalhadores Rurais do município. Todos os participantes consentiram em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

A prevalência global de uso de medicamentos (Tabela 1) foi de 44,2% (n = 349; IC_{95%} 40,7-47,7), sendo menor no sexo masculino (30,3%; n = 125; IC_{95%} 25,9-34,7) do que no feminino (59,4%; n = 224; IC_{95%} 54,4-64,4).

Tabela 1. Características sociodemográficas, laborais, comportamentais, autoavaliação do estado de saúde e uso de medicamentos de agricultores. Santa Maria de Jetibá, ES, Brasil, 2016-2017

Variável	Geral	Masculino	Feminino
	N (%)	N (%)	N (%)
TOTAL	790 (100)	413 (52,3)	377 (47,7)
Idade (anos)			
Até 29 anos	213 (27,0)	106 (25,7)	107 (28,4)
30 a 39 anos	231 (29,2)	122 (29,5)	109 (28,9)
40 anos ou mais	346 (43,8)	185 (44,8)	161 (42,7)
Estado civil			
Solteiro(a)	59 (7,5)	48 (11,6)	11 (2,9)
Casado(a) ou vive com companheiro(a)	678 (85,8)	345 (83,5)	333 (88,3)
Separado(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a)	53 (6,7)	20 (4,8)	33 (8,8)
Escolaridade			
Analfabeto / Menos de 4 anos de estudo	533 (67,5)	273 (66,1)	260 (69,0)
4 a 8 anos de estudo	173 (21,9)	96 (23,2)	77 (20,4)
Mais de 8 anos de estudo	84 (10,6)	44 (10,7)	40 (10,6)
Raça / Cor			
Branca	702 (88,9)	362 (87,7)	340 (90,2)
Não branca	88 (11,1)	51 (12,3)	37 (9,8)
Classe socioeconômica			
Classe socioeconômica A/B	58 (7,3)	42 (10,2)	16 (4,2)
Classe socioeconômica C	395 (50,0)	222 (53,8)	173 (45,9)
Classe socioeconômica D/E	337 (42,7)	149 (36,1)	188 (49,9)
Tipo de produção agrícola			
Convencional (com uso de agrotóxicos) ou mista	717 (90,8)	369 (89,3)	348 (92,3)
Orgânica com certificado ou agroecológica	73 (9,2)	44 (10,7)	29 (7,7)
Horas semanais de trabalho			
40 horas semanais ou menos	336 (42,5)	89 (21,5)	247 (65,5)
Mais de 40 horas semanais	454 (57,5)	324 (78,5)	130 (34,5)
Consumo de álcool			
Não consome	444 (56,2)	159 (38,5)	285 (75,6)
Consome	346 (43,8)	254 (61,5)	92 (24,4)
Tabagismo			
Não fumante	665 (84,2)	303 (73,4)	362 (96,0)
Fumante ou ex-fumante	125 (15,8)	110 (26,6)	15 (4,0)
Autoavaliação do estado de saúde			
Muito boa / Boa	459 (58,1)	263 (63,7)	196 (52,0)
Regular / Ruim	331 (41,9)	150 (36,3)	181 (48,0)
Uso de medicamentos			
Não	441 (55,8)	288 (69,7)	153 (40,6)
Sim	349 (44,2)	125 (30,3)	224 (59,4)

Entre os que declararam fazer uso de algum medicamento: 48,1% (n = 168) faziam uso de apenas um; 45,3% (n = 158), de dois a quatro; e 6,6% (n = 23), de cinco ou mais medicamentos, enquadrando-se dentro da definição de polifarmácia. De todos os fármacos listados, 42% constavam na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais.

A Tabela 1 apresenta ainda as características sociodemográficas, laborais, comportamentais e autoavaliação do estado de saúde dos agricultores. Houve predomínio de indivíduos na faixa etária de 40 anos ou mais (geral: 43,8%, n = 346; masculino: 44,8%, n = 185; feminino: 42,7%, n = 161) e com baixo grau de escolaridade (geral: 67,5%, n = 533; masculino: 66,1%, n = 273; feminino: 69%, n = 260). Mais de 80% dos participantes se declararam da raça/cor branca (geral: 88,9%, n = 702; masculino: 87,7%, n = 362; feminino: 90,2%, n = 340), casados ou vivendo com companheiro(a) (geral: 85,8%, n = 678; masculino: 83,5%, n = 345; feminino: 88,3%, n = 333) e com prática agrícola convencional ou mista (geral: 90,8%, n = 717; masculino: 89,3%, n = 369; feminino: 92,3%, n = 348). A classe socioeconômica C foi predominante tanto na amostra geral (50%; n = 395) quanto no sexo masculino (53,8%; n = 222), sendo a classe D/E predominante no sexo feminino (49,9%; n = 188).

Em relação à carga horária semanal de trabalho, a maior parte dos agricultores relatou trabalhar mais de 40 horas semanais (57,5%; n = 454) na amostra geral e entre os homens (78,5%; n = 324). Porém, entre as mulheres, a maior parte relatou trabalhar 40 horas semanais ou menos (65,5%; n = 247). Também houve diferença entre os sexos em relação ao consumo de álcool, tendo a maioria dos homens declarado consumir álcool (61,5%; n = 254), enquanto o consumo de álcool entre as mulheres foi menor (24,4%; n = 92).

Houve predomínio da autoavaliação do estado de saúde como muito boa/boa, sendo que esse percentual foi maior entre o sexo masculino (63,7%; n = 263) quando comparado com o sexo feminino (52%; n = 196).

Na Tabela 2, é observada a distribuição de uso de medicamentos segundo a Classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (ATC). A maior prevalência foi notada para os fármacos com ação no sistema cardiovascular (21%, n = 166, IC_{95%} 18,2-23,8), seguida daqueles com ação no sistema nervoso (12,7%, n = 100, IC_{95%} 10,4-15,0) e dos fármacos que atuam no aparelho digestivo e metabolismo (8,3%, n = 66, IC_{95%} 6,1-10,2). Dentro do sistema cardiovascular, os anti-hipertensivos foram os mais utilizados, sendo esses os agentes com ação no sistema renina-angiotensina (17,2%, n = 136, IC_{95%} 14,6-19,8) e os diuréticos (11,4%, n = 90, IC_{95%} 9,2-13,6). Em relação ao sistema nervoso, houve predomínio dos subgrupos: psicodélicos, depressores do SNC (7,6%, n = 60, IC_{95%} 5,8-9,4), no qual estão incluídos os ansiolíticos, antipsicóticos, hipnóticos e sedativos; e psicoanalépticos, estimulantes do SNC (6,5%, n = 51, IC_{95%} 4,8-8,2), no qual estão inseridos os antidepressivos. Diferentemente da amostra geral, para o sexo feminino, o terceiro grupo mais frequente foi o que atua no sistema geniturinário e hormônios sexuais (16,4%, n = 62, IC_{95%} 12,7-20,1), sendo os contraceptivos orais os medicamentos mais relatados. Foi possível observar ainda que as mulheres lideraram a prevalência de uso de medicamentos em todos os grupos de fármacos, exceto para os anti-infecciosos de uso sistêmico e os antineoplásicos e agentes imunomoduladores. Nos subgrupos de psicodélicos (masculino: 4,8%, n = 20, IC_{95%} 2,7-6,9; feminino: 10,6%, n = 40, IC_{95%} 7,5-13,7) e psicoanalépticos (masculino: 3,4%, n = 14, IC_{95%} 1,7-5,1; feminino: 9,8%, n = 37, IC_{95%} 6,8-12,8), a diferença das mulheres em relação aos homens foi maior que o dobro. Em relação aos fármacos para o tratamento de distúrbios da tireoide, a prevalência de uso entre as mulheres superou em três vezes a dos homens (masculino: 1%, n = 4, IC_{95%} 0,0-2,0; feminino: 3,2%, n = 12, IC_{95%} 1,4-5,0).

É possível destacar ainda na Tabela 2 que os fármacos para distúrbios ácido-gástricos lideraram a prevalência de uso dentro da classe com ação no aparelho digestivo e metabolismo (6,8%, n = 54, IC_{95%} 5,0-8,6), tendo as mulheres utilizado duas vezes mais fármacos desse subgrupo do que homens (masculino: 4,6%, n = 19, IC_{95%} 2,6-6,6; feminino: 9,3%, n = 35, IC_{95%} 6,4-12,2).

Na Tabela 3, é observada a classificação dos principais fármacos utilizados a partir de sua indicação clínica: anti-hipertensivos, fármacos para distúrbios ácido-gástricos, ansiolíticos, antidepressivos e hipolipemiantes. Houve predomínio do uso de anti-hipertensivos em ambos os sexos (masculino: 14,5%, n = 60, IC_{95%} 11,1-17,9; feminino: 24,7%, n = 93, IC_{95%} 20,3-29,1).

Tabela 2. Classificação dos medicamentos utilizados pelos agricultores, segundo o Sistema de Classificação Anatômico-Terapêutico-Químico (ATC). Santa Maria de Jetibá, ES, Brasil, 2016-2017

	Geral	Masculino	Feminino
	N (%)	N (%)	N (%)
Sistema cardiovascular	166 (21,0)	66 (16,0)	100 (26,5)
Agente com ação no sistema renina-angiotensina	136 (17,2)	58 (14,0)	78 (20,7)
Diuréticos	90 (11,4)	29 (7,0)	61 (16,2)
β-bloqueadores	22 (2,8)	7 (1,7)	15 (4,0)
Bloqueador dos canais de cálcio	19 (2,4)	8 (1,9)	11 (2,9)
Outros anti-hipertensivos	2 (0,3)	1 (0,2)	1 (0,3)
Antilipêmico	23 (2,9)	6 (1,5)	17 (4,5)
Sistema nervoso	100 (12,7)	30 (7,3)	70 (18,6)
Psicolépticos (depressores do SNC)	60 (7,6)	20 (4,8)	40 (10,6)
Psicoanalépticos (estimulantes do SNC)	51 (6,5)	14 (3,4)	37 (9,8)
Analgésico	11 (1,4)	5 (1,2)	6 (1,6)
Antiepilético	6 (0,8)	2 (0,5)	4 (1,1)
Fármacos antiparkinsonianos	1 (0,1)	1 (0,2)	0 (0,0)
Outros fármacos com ação no SNC	5 (0,6)	2 (0,5)	3 (0,8)
Aparelho digestivo e metabolismo	66 (8,3)	21 (5,1)	45 (11,9)
Fármaco para distúrbios ácido-gástricos	54 (6,8)	19 (4,6)	35 (9,3)
Antiemético e antinauseante	9 (1,1)	1 (0,2)	8 (2,1)
Fármaco utilizado para diabetes	4 (0,5)	1 (0,2)	3 (0,8)
Vitaminas	5 (0,6)	1 (0,2)	4 (1,1)
Suplementos minerais	2 (0,2)	0 (0,0)	2 (0,5)
Inibidores do apetite	2 (0,2)	0 (0,0)	2 (0,5)
Sistema geniturinário e hormônios sexuais	64 (8,1)	2 (0,5)	62 (16,4)
Hormônios sexuais e moduladores do sistema genital	62 (7,9)	0 (0,0)	62 (16,4)
Fármacos com ação no sistema urinário	2 (0,2)	2 (0,5)	0 (0,0)
Sistema musculoesquelético	35 (4,4)	13 (3,1)	22 (5,8)
Produto anti-inflamatório e antirreumático	24 (3,0)	8 (1,9)	16 (4,2)
Relaxante muscular	8 (1,0)	3 (0,7)	5 (1,3)
Preparações antigota	3 (0,4)	2 (0,5)	1 (0,3)
Drogas usadas no tratamento de doenças ósseas	1 (0,1)	0 (0,0)	1 (0,3)
Sangue e órgãos hematopoiéticos	17 (2,2)	6 (1,5)	11 (2,9)
Agente antitrombótico	17 (2,2)	6 (1,5)	11 (2,9)
Preparação antianêmica	2 (0,2)	0 (0,0)	2 (0,5)
Preparações hormonais sistêmicas	16 (2,0)	4 (1,0)	12 (3,2)
Fármacos para distúrbios da tireoide	16 (2,0)	4 (1,0)	12 (3,2)
Sistema respiratório	12 (1,5)	3 (0,7)	9 (2,4)
Fármaco para doença obstrutiva das vias aéreas	7 (0,9)	2 (0,5)	5 (1,3)
Anti-histamínico para uso sistêmico	4 (0,5)	1 (0,2)	3 (0,8)
Anti-infecciosos de uso sistêmico	7 (0,9)	4 (1,0)	3 (0,8)
Antibacterianos para uso sistêmico	6 (0,8)	4 (1,0)	2 (0,5)
Órgãos dos sentidos	6 (0,8)	3 (0,7)	3 (0,8)
Fármaco para uso oftalmológico	6 (0,8)	3 (0,7)	3 (0,8)
Antineoplásicos e agentes imunomoduladores	4 (0,5)	2 (0,5)	2 (0,5)
Agentes antineoplásicos	4 (0,5)	2 (0,5)	2 (0,5)

Tabela 3. Classificação dos medicamentos mais utilizados pelos agricultores, segundo indicação clínica. Santa Maria de Jetibá, ES, Brasil, 2016-2017

	Geral		Masculino		Feminino	
	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%	N (%)	IC 95%
Anti-hipertensivos	153 (19,3)	16,5 - 22,1	60 (14,5)	11,1 - 17,9	93 (24,7)	20,3 - 29,1
Fármaco para distúrbios ácido-gástricos	54 (6,8)	5,0 - 8,6	19 (4,6)	2,6 - 6,6	35 (9,3)	6,4 - 12,2
Ansiolíticos	52 (6,6)	4,9 - 8,3	16 (3,9)	2,0 - 5,8	36 (9,5)	6,5 - 12,5
Antidepressivos	51 (6,5)	4,8 - 8,2	14 (3,4)	1,7 - 5,1	37 (9,8)	6,8 - 12,8
Hipolipemiantes	23 (2,9)	1,7 - 4,1	6 (1,5)	0,3 - 2,7	17 (4,5)	2,4 - 6,6

É possível notar na Tabela 4 a associação do uso de medicamentos e variáveis sociodemográficas, características laborais, comportamentais e autoavaliação do estado de saúde. É observado que o uso de medicamentos esteve associado ao sexo ($p < 0,001$), idade ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), horas semanais de trabalho ($p < 0,001$), consumo de álcool ($p < 0,001$) e autoavaliação do estado de saúde ($p < 0,001$). Houve um incremento da prevalência com o aumento da idade. Vale ressaltar que, ao testar a associação entre as variáveis em relação ao uso de medicamentos para o sexo feminino, o uso de contraceptivos foi desconsiderado a fim de verificar se, mesmo com a retirada desse grupo de medicamentos, haveria permanência da associação entre sexo e desfecho. Assim, o uso de medicamentos em mulheres esteve associado à idade ($p < 0,001$), escolaridade ($p < 0,001$), consumo de álcool ($p < 0,001$) e autoavaliação do estado de saúde ($p < 0,001$). Para o sexo masculino, o uso de medicamentos esteve associado à idade ($p < 0,001$), estado civil ($p < 0,001$), tipo de produção agrícola ($p = 0,003$), consumo de álcool ($p < 0,001$) e autoavaliação do estado de saúde ($p < 0,001$).

A regressão logística binária (Tabela 5) evidencia que a maior frequência de uso de medicamentos na população de agricultores do município de Santa Maria de Jetibá esteve associada ao sexo feminino, faixa etária de 40 anos ou mais e autoavaliação do estado de saúde como regular/ruim. Ser do sexo feminino aumentou em 2,38 vezes a chance de relatar uso de medicamentos ($IC_{95\%}$ 1,64-3,46; $p < 0,001$), assim como ser da faixa etária de 40 anos ou mais aumentou em 2,87 vezes a chance de consumir medicamentos ($IC_{95\%}$ 1,91-4,32; $p < 0,001$). Além disso, a autoavaliação do estado de saúde se mostrou inversamente associada ao uso de medicamentos, já que o grupo que declarou possuir saúde regular/ruim consumiu 2,16 vezes ($IC_{95\%}$ 1,57-2,96; $p < 0,001$) mais medicamentos que o grupo que autoavaliou sua saúde como muito boa ou boa.

DISCUSSÃO

Neste estudo, conduzido em amostra representativa e selecionada de maneira aleatória, com agricultores de 18 a 59 anos de um município tipicamente rural do Espírito Santo, foi detectada a prevalência de uso de medicamentos (44,2%), a qual se assemelha à encontrada em estudo com população quilombola do sudoeste da Bahia (41,9%) de 18 anos ou mais¹⁵, mas inferior à prevalência em idosos de área rural de Carlos Barbosa, Rio Grande do Sul (63,5%)¹². Essa prevalência semelhante à encontrada na população quilombola pode estar associada à localização dos quilombos em áreas rurais, que usualmente possuem maiores dificuldades de acesso aos serviços de saúde^{5,15}, uma vez que essa categoria de trabalhadores atua por conta própria em pequenas propriedades. A ida aos serviços de saúde implica perda de dia de trabalho, o que, certamente, é fator limitante nas populações rurais. Esta, provavelmente, tenha sido uma das razões pela qual o uso de fármacos, no presente estudo, foi inferior ao encontrado em pesquisas com populações urbanas, como as do município de Fortaleza, Ceará (49,7%)¹¹, Pelotas, Rio Grande do Sul (65,9%)¹⁴, Ponta Grossa, Paraná (67,1%)¹⁸, e os estudos de base de dados nacionais (50,7%¹³ e 76,2%²³). Foi observado ainda que essa prevalência foi inferior ao uso de medicamentos na Alemanha (74,7%)²⁴. As prevalências superiores encontradas por esses

Tabela 4. Prevalência de uso de medicamentos em agricultores conforme variáveis sociodemográficas, características laborais, comportamentais e autoavaliação do estado de saúde. Santa Maria de Jetibá, ES, Brasil, 2016-2017

Variável	Geral			Masculino			Feminino**		
	N (%)	IC (95%)	Valor p*	N (%)	IC (95%)	Valor p*	N (%)	IC (95%)	Valor p*
TOTAL	349 (44,2)	40,7 - 47,7		125 (30,3)	25,9 - 34,7	<0,001	169 (44,8)	39,8 - 49,8	<0,001
Idade (anos)			<0,001			<0,001			<0,001
Até 29 anos	66 (31,0)	27,1 - 34,9		14 (13,2)	9,9 - 16,5		21 (19,6)	15,6 - 23,6	
30 a 39 anos	91 (39,4)	35,3 - 43,5		32 (26,2)	22,0 - 30,4		40 (36,7)	31,8 - 41,6	
40 anos ou mais	192 (55,5)	51,3 - 59,7		79 (42,7)	37,9 - 47,5		108 (67,1)	62,4 - 71,8	
Estado civil			<0,001			0,005			0,499
Solteiro(a)	12 (20,3)	16,9 - 23,7		5 (10,4)	7,5 - 13,3		5 (45,5)	40,5 - 50,5	
Casado(a) ou vive com companheiro(a)	310 (45,7)	41,5 - 49,9		112 (32,5)	28,0 - 37,0		146 (43,8)	38,8 - 48,8	
Separado(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a)	27 (50,9)	46,7 - 55,1		8 (40,0)	35,3 - 44,7		18 (54,5)	49,5 - 59,5	
Escolaridade			0,079			0,660			<0,001
Analfabeto / Menos de 4 anos de estudo	250 (46,9)	42,7 - 51,1		86 (31,5)	27,0 - 36,0		142 (54,6)	49,9 - 59,6	
4 a 8 anos de estudo	68 (39,3)	35,2 - 43,4		28 (29,2)	24,8 - 33,6		16 (20,8)	16,7 - 24,9	
Mais de 8 anos de estudo	31 (36,9)	32,9 - 40,9		11 (25,0)	20,8 - 29,2		11 (27,5)	23,0 - 32,0	
Raça / Cor			0,669			0,404			0,838
Branca	312 (44,4)	40,2 - 48,6		107 (29,6)	25,2 - 34,0		153 (45,0)	40,0 - 50,0	
Não branca	37 (42,0)	37,9 - 46,1		18 (35,3)	30,7 - 39,9		16 (43,2)	38,2 - 48,2	
Classe socioeconômica			0,570			0,653			0,532
Classe socioeconômica A/B	22 (37,9)	33,8 - 42,0		13 (31,0)	26,5 - 35,5		5 (31,3)	26,6 - 36,0	
Classe socioeconômica C	174 (44,1)	40,0 - 48,2		71 (32,0)	27,5 - 36,5		78 (45,1)	40,1 - 50,1	
Classe socioeconômica D/E	153 (45,4)	41,2 - 49,6		41 (27,5)	23,2 - 31,8		86 (45,7)	40,7 - 50,7	
Tipo de produção agrícola			0,095			0,003			0,437
Convencional (com uso de agrotóxicos) ou mista	310 (43,2)	39,1 - 47,3		103 (27,9)	23,6 - 32,2		158 (45,4)	40,4 - 50,4	
Orgânica com certificado ou agroecológica	39 (53,4)	49,2 - 57,6		22 (50,0)	45,2 - 54,8		11 (37,9)	33,0 - 42,8	
Horas semanais de trabalho			<0,001			0,425			0,875
40 horas semanais ou menos	183 (54,5)	50,3 - 58,7		30 (33,7)	29,1 - 38,3		110 (44,5)	39,5 - 49,5	
Mais de 40 horas semanais	166 (36,6)	32,6 - 40,6		95 (29,3)	24,9 - 33,7		59 (45,4)	40,4 - 50,4	
Consumo de álcool			<0,001			<0,001			0,001
Não consome	249 (56,1)	52,6 - 59,6		70 (44,0)	39,2 - 48,8		142 (49,8)	44,8 - 54,8	
Consome	100 (28,9)	25,7 - 32,1		55 (21,7)	17,7 - 25,7		27 (29,3)	24,7 - 33,9	
Tabagismo			0,305			0,062			0,228
Não fumante	299 (45,0)	40,8 - 49,2		84 (27,7)	23,4 - 32,0		160 (44,2)	39,2 - 49,2	
Fumante ou ex-fumante	50 (40,0)	35,9 - 44,1		41 (37,3)	32,6 - 42,0		9 (60,0)	55,1 - 64,9	
Autoavaliação do estado de saúde			<0,001			<0,001			<0,001
Muito boa / Boa	159 (34,6)	30,6 - 38,6		63 (24,0)	19,9 - 28,1		57 (29,1)	24,5 - 33,7	
Regular / Ruim	190 (57,4)	53,3 - 61,5		62 (41,3)	36,6 - 46,0		112 (61,9)	57,0 - 66,8	

* Teste de qui-quadrado; **O uso de contraceptivos entre as mulheres foi desconsiderado

Tabela 5. Análise bruta e ajustada do uso de medicamentos em agricultores por meio de regressão logística binária. Santa Maria de Jetibá, ES, Brasil, 2016-2017

Variável	OR bruto (IC 95%)	Valor p**	OR ajustado (IC 95%)	Valor p**
Sexo				
Masculino	1,00		1,00	
Feminino	3,37 (2,51 - 4,53)	<0,001	2,38 (1,64 - 3,46)	<0,001
Idade (anos)				
Até 29 anos	1,00		1,00	
30 a 39 anos	1,45 (0,98 - 2,14)	0,065	1,53 (1,00 - 2,36)	0,052
40 anos ou mais	2,78 (1,94 - 3,98)	<0,001	2,87 (1,91 - 4,32)	<0,001
Estado civil				
Solteiro(a)	1,00		1,00	
Casado(a) ou vive com companheiro(a)	3,30 (1,72 - 6,33)	<0,001	1,85 (0,90 - 3,79)	0,095
Separado(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a)	4,07 (1,77 - 9,34)	0,001	1,48 (0,58 - 3,76)	0,409
Horas semanais de trabalho				
40 horas semanais ou menos	1,00		1,00	
Mais de 40 horas semanais	0,48 (0,36 - 0,64)	<0,001	0,74 (0,52 - 1,04)	0,084
Consumo de álcool				
Não consome	1,00		1,00	
Consome	0,32 (0,24 - 0,43)	<0,001	0,73 (0,52 - 1,04)	0,085
Autoavaliação do estado de saúde				
Muito boa / Boa	1,00		1,00	
Regular / Ruim	2,54 (1,90 - 3,40)	<0,001	2,16 (1,57 - 2,96)	<0,001

**Regressão logística binária; OR = Odds Ratio

autores podem ser explicadas, em parte, pelo fato de que as populações urbanas possuem maior facilidade de acesso aos serviços de saúde por causa da maior proximidade de suas residências a esses locais e maior grau de escolaridade⁵.

O uso de fármacos entre os agricultores de Santa Maria de Jetibá foi superior ao encontrado em Brasília, Distrito Federal (35,7%)²⁵. Essa diferença pode estar relacionada ao fato de que, no presente estudo, houve predomínio da faixa etária de 40 anos ou mais, enquanto, no estudo conduzido em Brasília, 70% dos indivíduos eram mais jovens (18 a 45 anos), o que condiz com melhores condições de saúde e, portanto, menor consumo de medicamentos.

Vale ressaltar que, exceto o estudo de Medeiros et al.¹⁵, que avaliou população quilombola do sudoeste da Bahia, e o estudo de Pizzol et al.¹², que avaliou idosos de áreas urbanas e rurais de um município no Sul do Brasil, todos os outros estudos foram conduzidos com populações urbanas, impossibilitando a comparação desses achados em sua completude. Assim, é possível entender a relevância da avaliação do perfil de uso de medicamentos, particularmente, entre a população rural, cujo padrão é pouco conhecido, apesar de extremamente importante para subsidiar políticas públicas e alocação de recursos em saúde pública.

Sabe-se que o uso de medicamentos está relacionado ao maior número de doenças e morbidades^{11,12,15}, ao aumento da idade^{11,13-15,18,23,25,26}, ao sexo feminino^{11,13-15,18,23,25,26}, à pior

autoavaliação do estado de saúde^{14,15,18,26} e ao maior acesso aos serviços de saúde^{5,15}. No presente estudo, é interessante notar que o município-alvo possui uma cobertura da Estratégia Saúde da Família de 100%, superior à média nacional (64%)²⁷, o que poderia elevar o uso de medicamentos. Em contrapartida, o estudo revelou um predomínio de autoavaliação de saúde como 'muito boa' ou 'boa', o que pode ter contribuído para diminuir o uso de medicamentos relatados por esses agricultores. A avaliação da presença ou ausência de doenças e morbidades não fez parte do escopo de avaliação desta pesquisa, o que limita a associação do uso de medicamentos em relação a doenças.

A polifarmácia (uso de cinco ou mais medicamentos) identificada na presente pesquisa (6,6%) foi inferior à encontrada em estudo com dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), de 2015, que encontrou uma prevalência de polifarmácia de 9,4%²⁸, e também foi inferior à prevalência estimada de polifarmácia (11,7%) em Estudo Longitudinal de Saúde do Adulto (ELSA-Brasil) (2008-2010), que analisou 14.523 adultos e idosos entre 35 e 74 anos²⁹. Esse achado reforça a menor procura pelos serviços de saúde bem como a menor percepção de doenças crônicas nas populações rurais⁵ e condiz com o achado de que a maior parte da população do estudo percebeu sua saúde satisfatória.

Outro estudo de base populacional conduzido em área urbana do município de Diamantina, Minas Gerais, avaliou a prevalência de polifarmácia em uma população de usuários do SUS que eram hipertensos e/ou diabéticos, tendo encontrado uma prevalência bastante superior (37,6%). Essa evidência ampara a ideia de que o maior número de morbidades está diretamente associado à polifarmácia. O estudo de Nguyen et al.³⁰ evidencia essa associação entre uma alta prevalência de polifarmácia com multimorbidade.

O estudo de base populacional conduzido em área urbana do município de Diamantina, Minas Gerais, encontrou uma prevalência bastante superior (37,6%) de polifarmácia em uma população de usuários do SUS que eram hipertensos e/ou diabéticos. Isso evidencia que o maior número de morbidades está diretamente associado à polifarmácia³⁰.

Por meio dessa investigação, foram observadas importantes associações que corroboram o perfil de utilização de medicamentos encontrado em outras regiões brasileiras, com destaque para a maior prevalência de uso entre as mulheres e maiores faixas etárias^{11,13-15,18,23,25,26,29} e entre aqueles que autoavaliam seu estado de saúde como regular ou ruim^{14,15,18,26}.

O maior uso de medicamentos em mulheres também é descrito em outros estudos nacionais e internacionais^{11,13-15,18,23-26,29}. Essa diferença poderia estar associada ao uso de contraceptivos, de uso exclusivo no sexo feminino. Entretanto, mesmo eliminando-se esse grupo de medicamentos, a prevalência permaneceu superior à dos homens (44,8% contra 30,3%). Poucos estudos têm a preocupação de eliminar o uso exclusivo dos contraceptivos na comparação por sexo³¹. Além disso, as mulheres tendem a possuir maior preocupação com a própria saúde e maior procura pelos serviços de saúde do que os homens, somado ao fato de que muitos programas de saúde estão voltados a elas, como o pré-natal e o de prevenção de câncer de colo uterino e de mama³¹. Esses fatores podem explicar, pelo menos em parte, a maior medicalização nesse grupo.

Foi observada também crescente utilização de medicamentos com o aumento da idade, consistente com as evidências científicas^{11,13-15,18,23-25,29} e que possivelmente tenha relação com a maior prevalência de morbidades a partir do incremento da idade^{11,23,25,29}.

O efeito da escolaridade sobre a utilização de medicamentos ainda é controverso na literatura, uma vez que alguns autores demonstram uma associação positiva^{11,12} e outros não confirmam essa associação¹⁴. Nesta pesquisa, a maior parte dos entrevistados era analfabeta ou com menos de quatro anos de estudo, o que corrobora menores percentuais de utilização de medicamentos.

Houve predomínio de utilização de fármacos com ação no sistema cardiovascular, seguido pelos medicamentos atuantes no sistema nervoso. Esses resultados assemelham-se a outro estudo nacional^{15,29} e a um estudo internacional conduzido na Alemanha²⁴. No estudo de Vosgerau et al.¹⁸, houve uma inversão desses dois grupos de medicamentos, sendo maior

a prevalência de uso de medicamentos com ação no sistema nervoso (29,5%) e, em seguida, dos fármacos com ação no aparelho cardiovascular (20,4%).

Sabe-se que a população estudada é exposta ao uso de agrotóxicos, assim como a população agrícola incluída no estudo do Rio Grande do Sul, o que constitui um fator potencial de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais, tais como depressão e distúrbios de ansiedade³². Neste estudo, as prevalências de transtornos mentais comuns e de depressão autorreferida foram de 23% e 21%, respectivamente³². Não obstante, no presente estudo conduzido no Espírito Santo, a prevalência de uso de medicamentos com ação no sistema nervoso foi de 12,7%.

Outro estudo, conduzido com pequenos agricultores familiares, avaliou os efeitos do uso de agrotóxicos para a saúde humana por meio de uma ferramenta chamada “Self-Reporting Questionnaire”, proposta pela OMS para rastreio psiquiátrico, por meio da qual são feitas 20 perguntas binárias (sim/não) sobre sinais depressivos e de ansiedade, redução da energia vital e sintomas somáticos. Esse estudo encontrou uma prevalência de transtornos mentais comuns de 33,3%³³.

Destaca-se que a prevalência de anti-hipertensivos (19,3%) é compatível com a proporção de 19,8% indivíduos de 18 anos ou mais, residentes na zona rural do Brasil, que referiram diagnóstico médico de hipertensão na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) – 2013, sendo maior entre as mulheres. Em relação ao diagnóstico de depressão, essa mesma pesquisa mostrou que 5,6% dos participantes tiveram essa doença referida por profissional de saúde mental. A prevalência de uso de antidepressivos encontrada entre os agricultores (6,5%) foi condizente ao perfil nacional da doença, ainda mais elevado no sexo feminino (9,8%)³⁴.

Destaca-se ainda a proporção extremamente baixa de uso de fármacos para tratamento de diabetes (0,5%), enquanto os dados da PNS-2013 revelaram que 4,6% dos indivíduos de áreas rurais referiram diagnóstico médico de diabetes³⁴. Como todos os agricultores incluídos no presente estudo estavam em plena atividade laboral, sugere-se que o trabalho árduo no campo possa ser um fator protetor para o desenvolvimento da resistência insulínica. Entretanto, estudos adicionais são necessários para comprovar essa hipótese.

Assim, conclui-se que o presente estudo, com agricultores de região rural do estado do Espírito Santo, permitiu verificar a prevalência de utilização de medicamentos em uma população pouco estudada, contribuindo para o conhecimento científico relacionado às comunidades tipicamente rurais. O conhecimento sobre a saúde rural permite subsidiar políticas e alocação de recursos em saúde pública voltadas a essa parcela populacional. O uso de medicamentos esteve associado ao sexo feminino, à faixa etária de 40 anos ou mais e à pior autoavaliação do estado de saúde. Quanto à relevância clínica, houve predomínio do uso de fármacos anti-hipertensivos para distúrbios ácido-gástricos, ansiolíticos e antidepressivos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos munícipes, que prontamente responderam ao questionário e contribuíram para esta pesquisa.

REFERÊNCIAS

1. Costa D, Lacaz FAC, Jackson JM Fo, Vilela RAG. Saúde do Trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. *Rev Bras Saúde Ocup.* 2013;38(127):11-30. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572013000100003>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. *Saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
3. Dias EC. Condições de vida, trabalho, saúde e doenças dos trabalhadores rurais no Brasil. Rio de Janeiro: *Saúde do Trabalhador Rural – RENAST*; 2006. p. 1-27.
4. Moreira JPL, Oliveira BLCA, Muzi CD, Cunha CLF, Brito AS, Luiz RR. A saúde dos trabalhadores da atividade rural no Brasil. *Cad Saude Publica.* 2015;31(8):1698-708. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00105114>. PMID:26375648.

5. Arruda NM, Maia AG, Alves LC. Desigualdade no acesso à saúde entre as áreas urbanas e rurais do Brasil: uma decomposição de fatores entre 1998 a 2008. *Cad Saude Publica*. 2018;34(6):e00213816. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00213816>. PMID:29947662.
6. Katrein F, Tejada CA, Restrepo-Méndez MC, Bertoldi AD. Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras. *Cad Saude Publica*. 2015;31(7):1416-26. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00083614>. PMID:26248097.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Relatório: Vigilância em Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos no Estado do Espírito Santo. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. Relatório Nacional de Vigilância em Saúde de Populações expostas a agrotóxicos. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
9. Carneiro FF, Rigotto RM, Augusto LGS, Friedrich K, Búrigo AC, editor. Dossiê ABRASCO: um alerta sobre os impactos dos agrotóxicos na saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; São Paulo: Expressão Popular; 2015.
10. Melo DO, Ribeiro E, Storpirtis S. A importância e a história dos estudos de utilização de medicamentos. *RBCF Rev Bras Cienc Farm*. 2006;42(4):475-85. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-93322006000400002>.
11. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2005;21(6):1737-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2005000600021>. PMID:16410858.
12. 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):104-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000100011>. PMID:22267070.
13. Bertoldi AD, Pizzol TSD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, Tavares NUL, et al. Perfil sociodemográfico dos usuários de medicamentos no Brasil: resultados da PNAUM 2014. *Rev Saude Publica*. 2016;50(5):1s-10s. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006119>. PMID:27982375.
14. 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. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102004000200012>. PMID:15122379.
15. 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):905-13. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004817>. PMID:24626495.
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
17. Cruz MJB, Dourado LFN, Bodevan EC, Andrade RA, Santos DF. Medication use among children 0-14 years old: population baseline study. *J Pediatr (Rio J)*. 2014;90(6):608-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2014.03.004>. PMID:24953722.
18. Vosgerau MZS, Soares DA, Souza RKT, Matsuo T, Carvalho GS. Consumo de medicamentos entre adultos na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva* 2011; 16(1): 1629-38. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700099>
19. Santa Maria de Jetibá. Prefeitura Municipal. O município [Internet]. Vitória; 2016 [citado em 2019 Set 24]. Disponível em: <http://www.pmsmj.es.gov.br/portal/o-municipio/>
20. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Índice de Desenvolvimento Humano municipal brasileiro: atlas do desenvolvimento humano no Brasil. Brasília: Ipea; 2013.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Conta-Satélite de Saúde Brasil (2010-2015). Rio de Janeiro: IBGE; 2017.
22. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil [Internet]. 2014 [citado em 2019 Set 24]. Disponível em: <http://www.abep.org/codigos-e-guias-da-abep>
23. Costa CMFN, Silveira MR, Acurcio FA, Guerra AA Jr, Costa KS, et al. Utilização de medicamento pelos usuários da atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica*. 2017;51(18):1s-11s. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007144>. PMID:29160464.
24. Knopf H, Grams D. Medication of adults in Germany: results of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 2013;56(5-6):868-77. <http://dx.doi.org/10.1007/s00103-013-1667-8>. PMID:23703508.
25. Galvao TF, Silva MT, Gross R, Pereira MG. Medication use in adults living in Brasilia, Brazil: a cross-sectional, population-based study. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2014;23(5):507-14. <http://dx.doi.org/10.1002/pds.3583>.

26. Francisco PMSB, Bastos TF, Costa KS, Prado MAMB, Barros MBA. The use of medication and associated factors among adults living in Campinas, São Paulo, Brazil: differences between men and women. *Cien Saude Colet.* 2014;19(12):4909-21. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812320141912.18702013>. PMID:25388199.
27. Neves RG, Flores TR, Duro SMS, Nunes BP, Tomasi E. Tendência temporal da cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil, regiões e Unidades da Federação, 2006-2016. *Epidemiol Serv Saude.* 2018;27(3):e2017170. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742018000300008>. PMID:30183868.
28. Nascimento RCRM, Álvares J, Guerra AA Jr, Gomes IC, Silveira MR, Costa EA, et al. Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Rev Saude Publica.* 2017;51(Supl. 2):19s. <http://dx.doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007136>. PMID:29160460.
29. Silva IR, Giatti L, Chor D, Fonseca MJM, Mengue SS, Acurcio FA, et al. Polypharmacy, socioeconomic indicators and number of diseases: results from ELSA-Brasil. *Rev Bras Epidemiol.* 2020;23:e200077. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-549720200077>. PMID:32638852.
30. Nguyen TN, Ngangue P, Haggerty J, Bouhali T, Fortin M. Multimorbidity, polypharmacy and primary prevention in community-dwelling adults in Quebec: a cross-sectional study. *Fam Pract.* 2019;36(6):706-12. <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmz023>. PMID:31104072.
31. Sans S, Paluzie G, Balañá L, Balaguer-Vintró I, Puig T. Prevalencia del consumo de medicamentos en la población adulta de Cataluña. *Gac Sanit.* 2002;16(2):121-30. [http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111\(02\)71643-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0213-9111(02)71643-9). PMID:11958748.
32. Campos Y, Dos Santos Pinto da Silva V, Sarpa Campos de Mello M, Barros Otero U. Exposure to pesticides and mental disorders in a rural population of Southern Brazil. *Neurotoxicology.* 2016;56:7-16. <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuro.2016.06.002>. PMID:27350176.
33. Buralli RJ, Ribeiro H, Leão RS, Marques RC, Guimarães JRD. Data on pesticide exposure and mental health screening of family farmers in Brazil. *Data Brief.* 2019;25:103993. <http://dx.doi.org/10.1016/j.dib.2019.103993>.
34. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde 2013: percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.