

Perfil de acceso y uso de medicamentos en un municipio del sur de Brasil*

Profile of access and use of drugs in a municipality of southern Brazil

Paola Di Bernardi Mafra,^I Claudia Marcela Vargas-Peláez,^I Elisete Navas Sanches Próspero,^{II} Silvana Nair Leite^I

^I Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Farmácia. Brasil.

^{II} Universidad del Vale de Itajaí. Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão e Trabalho em Saúde. Brasil.

RESUMEN

Introducción: En Brasil, el acceso a medicamentos es considerado parte integral del derecho a la salud y es garantizado, junto con su uso racional, por la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica en el Sistema Único de Salud.

Objetivo: Identificar el perfil de acceso y uso de medicamentos de usuarios del citado Sistema.

Métodos: Estudio descriptivo realizado en el municipio de Balneario Piçarras, sur de Brasil. Se entrevistaron en su domicilio 936 personas, seleccionadas aleatoriamente de los registros del Sistema de Atención Básica del Sistema Único de Salud.

Resultados: De los entrevistados, 60,1 % manifestó haber usado medicamentos en los últimos 15 días. Se encontró mayor probabilidad de uso de medicamentos en mujeres, personas mayores de 40 años y pensionados ($p < 0,05$). De 1 393 medicamentos utilizados, 16,4 % eran automedicados, principalmente antiinflamatorios no esteroideos.

El 98,8 % de los medicamentos fueron prescritos por médicos del Sistema y pertenecían a la Relación Municipal de Medicamentos Esenciales. Los usuarios los obtuvieron en las Unidades Básicas de Salud. Se encontró mayor adherencia a la Relación Municipal por parte de los médicos del Sistema (79,2 %), que de los médicos particulares (61,1 %).

Los 104 usuarios de medicamentos presentaron 118 interacciones medicamentosas. El riesgo de interacción aumentó con el número de medicamentos utilizados.

Conclusiones: Existe buena cobertura y acceso a medicamentos en el Sistema Único de Salud, pero aún es necesario el fortalecimiento de estrategias que promuevan su uso adecuado, como es la mayor participación del profesional farmacéutico en los servicios de salud.

Palabras clave: Uso racional de medicamentos; acceso a medicamentos; farmacoepidemiología; servicios farmacéuticos; Brasil.

ABSTRACT

Introduction: In Brazil access to medicines is considered a comprehensive part of the right to health.

Objective: To identify the profile of access and use of medicines of the Sole Health System's users.

Methods: A descriptive and cross-sectional study in Balneario Piçarras municipality, Santa Catarina State, in southern Brazil. 936 people were randomly selected from the records of the Sole Health System's Basic Care System, whom were interviewed at home.

Results: Out of those interviewed, 60.1 % reported having used medications in the last 15 days. There was a greater probability of drugs using in women, people over 40 years old and pensioners ($p < 0.05$). Out of 1 393 drugs used, 16.4 % were used in a self-medicated way, mostly non-steroidal anti-inflammatory drugs. 98.8 % of the medicines belonged to the Municipal List of Essential Medications, which are prescribed by physicians of the System and that were obtained by the users in the Basic Health Units. The average number of drugs per person was 2.5. The 104 drug users had 118 drug interactions (an average of 1.7 interactions per user), and the risk of interaction increased with the number of drugs used.

Conclusions: There is good coverage and access to drugs in the Sole Health System, but it is still necessary to strengthen strategies that promote their adequate use. There is a need for greater participation of pharmaceutical professionals in health services.

Keywords: Rational use of drugs; access to medicines; pharmacoepidemiology; pharmaceutical services; Brazil.

INTRODUCCIÓN

En Brasil, el acceso y el uso racional de medicamentos son reconocidos como parte del derecho a la salud, y para garantizarlos fue establecida la Política Nacional de Asistencia Farmacéutica (PNAF)¹ en el marco del Sistema Único de Salud (SUS). De acuerdo con la PNAF, la Relación Nacional de Medicamentos Esenciales (RENAME) contempla los medicamentos suministrados por el SUS en todos los niveles de atención en salud, los cuales están divididos en 3 componentes para su financiamiento: Componente Básico, Componente Estratégico y Componente Especializado.²

El Componente Básico incluye los medicamentos necesarios para el tratamiento de las enfermedades más prevalentes, como hipertensión y diabetes. Los municipios son responsables de garantizar el acceso a los medicamentos del componente básico, los cuales son dispensados en las Unidades Básicas de Salud (UBS).³ Además, cada municipio con base en la RENAME puede diseñar la Relación Municipal de Medicamentos Esenciales (REMUME): una lista de medicamentos propia que responde a las necesidades en salud específicas de su población.³

No obstante, la definición de la política pública no garantiza de por sí que el acceso a los medicamentos sea oportuno, ni que su uso sea adecuado. El uso de los medicamentos por parte de las personas es influenciado por factores sociodemográficos, tales como edad, sexo, ingreso, nivel educativo y condición laboral, así como por las creencias de las personas. Por esta razón, pueden haber situaciones en que los medicamentos pueden considerarse más necesarios, deseados o demandados⁴ y en algunos casos la ampliación del acceso a medicamentos puede significar un aumento de la exposición a riesgos innecesarios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que cerca de 50 % de todos los medicamentos son prescritos, dispensados o vendidos inadecuadamente y aproximadamente 50 % de los usuarios no utilizan correctamente sus medicamentos.⁵ Asimismo, una revisión sistemática estimó que 28 % de las consultas en las salas de urgencia/emergencia están relacionadas con medicamentos, 70 % de las cuales eran evitables,⁶ y en el 24 % de los casos el tratamiento requería hospitalización del paciente.⁷ En el contexto brasileño existen pocos estudios sobre el tema. Un estudio retrospectivo en niños, mostró que 0,36 % de las consultas en servicios de emergencia estaban relacionadas con reacciones adversas a medicamentos.⁷

Los estudios de utilización de medicamentos (EUM) son una herramienta que permite conocer los problemas relacionados con el acceso y el consumo de medicamentos, así como los potenciales riesgos de su uso.⁸ La utilización de metodologías de recolección de datos de alcance poblacional para el desarrollo de EUM proporciona una visión del comportamiento del usuario de medicamento,⁹ que favorece la posibilidad de diseñar estrategias para que la promoción del uso racional de medicamentos tengan mayor impacto.

El municipio Balneario Piçarras está localizado en el estado de Santa Catarina, al sur de Brasil. El municipio tiene una población fija de 13 827 habitantes,¹⁰ 9 985 (72 %) de los cuales están registrados en el Sistema de Información de Atención Básica (SIAB). La red pública de servicios de salud del municipio está conformada por seis UBS.

En este contexto, la alcaldía del municipio de Balneario Piçarras en convenio con la Universidad de Valle de Itajaí-UNIVALI desarrollaron, en el marco de la Encuesta Domiciliaria de Salud, el presente EUM de alcance poblacional, con el objetivo de identificar el acceso y uso de medicamentos de los usuarios del SUS.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal entre junio de 2009 y octubre de 2010. La población de estudio estuvo constituida por los 9 985 individuos que estaban registradas en el Sistema de Información de Atención Básica (SIAB), de ambos sexos, mayores de 20 años residentes en el municipio Balneario Piçarras. La muestra se calculó en 860 individuos, con un intervalo de confianza de 95 % y un α de 0,05. A este valor se le adicionó el 30 % más de individuos para compensar las

posibles pérdidas, para un total de 936 personas entrevistadas. La selección de la muestra se realizó de forma aleatorizada a partir de los dos registros del SIAB.

Los datos se obtuvieron por medio de entrevistas estructuradas realizadas en el domicilio de las personas seleccionadas. Las entrevistas se realizaron por cinco equipos conformados por agentes de salud, auxiliares de investigación y funcionarios de la alcaldía. Cada equipo recolectó información en una microárea (barrio) diferente, las cuales se definieron de acuerdo con la territorialización establecida por el Programa de Salud de la Familia. Durante el periodo de recolección de datos se realizaron entrevistas de control y confirmación de datos por parte de los investigadores en cada una de las áreas del municipio.

El instrumento aplicado se diseñó en base a cuestionarios aplicados previamente en la Encuesta Multicéntrica de Salud en el Estado de São Paulo-ISA/SP¹¹ y en la Encuesta Domiciliaria de Acceso y Uso de Medicamentos de la Evaluación de la Asistencia Farmacéutica en Brasil.¹² Para la validación, la primera versión del cuestionario se aplicó a personas que no habían sido incluidas en la muestra para verificar si las preguntas eran claras. Luego de realizar los ajustes necesarios, la versión final del cuestionario se aplicó a las personas incluidas en la muestra (anexo).

El cuestionario consideró variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, ingreso familiar, situación laboral); relacionadas con el estilo de vida (consumo de alcohol y tabaco o sus derivados); el acceso y uso de medicamentos en los últimos 15 días (medicamentos utilizados, origen de la indicación del tratamiento, automedicación o prescripción médica del sistema público o en consulta privada) y el lugar donde los medicamentos se obtuvieron (UBS o farmacia privada). Para los análisis se consideraron adultos mayores o ancianos a las personas mayores de 60 años.¹³

Para la recolección de los datos relacionados con los medicamentos utilizados se solicitó a las personas que le mostraran al entrevistador los medicamentos y las prescripciones médicas que poseían al momento de la entrevista, en esta se consultó además, el consumo de infusiones, fitoterapéuticos y homeopáticos, los que se consideraron para los análisis como medicamentos.

La automedicación se definió como el uso de al menos un medicamento que no había sido indicado por un médico u odontólogo, es decir, en caso de que la respuesta fuera un amigo, familiar, iniciativa propia o una prescripción médica anterior. Para el análisis de la polimedición se consideraron 2 categorías: polimedición menor si la persona consumía entre 2 y 4 medicamentos al mismo tiempo o polimedición mayor si la persona consumía 5 o más medicamentos.¹⁴

Para el análisis del uso racional de medicamentos se utilizaron dos indicadores de la OMS:¹⁵ el promedio de medicamentos por persona y la pertenencia o no de los medicamentos prescritos a las listas de medicamentos esenciales (RENAME/REMUME). Para el análisis del riesgo de interacciones medicamentosas (IM) potenciales se utilizó la clasificación desarrollada por Tatro.¹⁶

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística descriptiva y regresión logística multivariada. Para el almacenamiento y análisis estadístico descriptivo se utilizó el software Microsoft Excel para Windows 2010 y en los demás análisis estadísticos se utilizó el software R 3.0.3.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Valle de Itajaí - UNIVALI y por el Consejo Nacional de Ética en Investigación - CONEP (parecer n° 337/09).

RESULTADOS

Las características de los 936 entrevistados se encuentran en la [tabla 1](#). Del total de entrevistados, 563 (60,1 %) respondieron que habían utilizado medicamentos en los últimos 15 días.

Para el análisis multivariado se consideraron solamente 691 personas que tenían las informaciones completas, de las cuales 407 (58,9 %) habían consumido medicamentos en los últimos 15 días. En esta muestra se encontró mayor probabilidad de consumo de medicamentos en las mujeres (OR= 1,86; IC95%= 1,32-2,63; $p<0,0004$), en las personas mayores de 40 años (OR= 1,89; IC95%= 1,31-2,74; $p<0,0008$), con una tendencia de aumento del consumo de medicamentos con la edad, así como en las personas jubiladas o pensionadas (OR= 1,56; IC95%= 1,06-2,31; $p<0,02$).

En total, las personas utilizaron 1 393 medicamentos, que correspondían a 173 especialidades farmacéuticas. Los 10 medicamentos más utilizados representaron el 42,2 % del total ([tabla 2](#)), la mayoría de ellos indicados para el tratamiento de la hipertensión y la diabetes. En 13 casos (0,9 %) no se reportó el origen de la prescripción o indicación del medicamento. El 16,4 % (228) de los medicamentos se utilizaron por automedicación, de estos, cinco se encuentran entre los más utilizados. El diclofenaco fue el medicamento automedicado más utilizado (10,9 %) y llama la atención el uso automedicado de medicamentos de venta con prescripción médica como captopril, omeprazol y anticonceptivos.

De los 1 052 medicamentos indicados por prescripción médica 725 (68,9 %) estaban incluidos en la RENAME y 801 (76,14 %) hacían parte de la REMUME. En el caso de los medicamentos prescritos por médicos del SUS (n= 866), 686 (79,2 %) pertenecían a la REMUME y de estos 678 (98,8 %) se obtuvieron por los usuarios en las UBS. En contraste, de los 186 medicamentos prescritos por médico en consulta privada, 115 (61,8 %) estaban contemplados en la REMUME y de estos solo 55 (47,8 %) se obtuvieron en las UBS.

El promedio de medicamentos por usuario fue de 2,5. El 36,9 % de los usuarios (208) utilizaba solamente un medicamento, 287 usuarios (50,9 %) presentaban polimedicación menor y 68 (12,2 %) presentaban polimerización mayor.

De otro lado, 104 usuarios de medicamentos (18,5 %) presentaron 188 interacciones medicamentosas (IM) para un promedio de 1,7 IM por usuario (rango de 1 a 6) y 48 % presentaron solo una interacción. Las interacciones a su vez fueron más frecuentes en los pacientes con polimedicación mayor (64,7 %), mientras que en los pacientes con polimedicación menor solo 21 % presentaban alguna interacción. Con relación a la gravedad del riesgo de las IM, 15 % fueron de grado I, 58 % de grado II y 27 % de grado III. La interacción entre ácido acetilsalicílico y captopril fue la más frecuente con 20,2 % del total de las IM. La [tabla 3](#) presenta las interacciones medicamentosas potenciales más prevalentes con su respectivo grado de relevancia clínica.

Tabla 1. Perfil de la población de estudio

Categoría	Usuarios n= 563 (60,1 %)		No Usuarios n= 373 (39,9 %)		Total n= 936 (100 %)	
	No.	%	No.	%	No.	%
Edad (años)						
20 a 39	121	21,5	140	37,5	261	27,9
40 a 59	232	41,2	159	42,6	391	41,8
60 a 79	189	33,6	67	17,9	256	27,3
80 o más	21	3,7	7	2,0	28	3,0
Edad promedio	56,7	-	53,4	-	55	-
Sexo						
Femenino	395	70,2	210	56,3	605	64,6
Masculino	165	29,3	163	43,7	328	35,0
Sin respuesta	3	0,5	0	0,0	3	0,3
Estado civil						
Soltero	34	6,0	42	11,3	76	8,1
Casado	332	59,0	222	59,5	554	59,2
Unión Libre	80	14,2	52	13,9	132	14,1
Viudo	86	15,3	28	7,5	114	12,2
Separado	31	5,5	26	7,0	57	6,1
Sin respuesta	0	0,0	3	0,8	3	0,3
Ocupación						
Empleado/independiente	213	37,8	214	57,4	427	45,6
Desempleado	23	4,1	20	5,4	43	4,6
Jubilado o pensionado	318	56,5	122	32,7	440	47,0
Sin respuesta	9	1,6	17	4,6	26	2,8
Ingreso familiar (salario mínimo)						
1 salario mínimo	170	30,2	143	38,3	313	33,4
2 salarios mínimos	98	17,4	60	16,1	158	16,9
3 salarios mínimos	149	26,5	74	19,8	223	23,8
4 salarios mínimos	30	5,3	31	8,3	61	6,5
Sin salarios mínimos	5	0,9	0	0,0	5	0,5
Sin respuesta	111	19,7	65	17,4	176	18,8
Nivel educativo						
Educación básica (1 a 4 años)	115	20,4	44	11,8	159	17,0
Educación básica (5 a 8 años)	258	45,8	162	43,4	420	44,9
Educación media	104	18,5	101	27,1	205	21,9
Educación superior	79	14,0	59	15,8	138	14,7
Sin respuesta	7	1,2	7	1,9	14	1,5

Tabla 2. Medicamentos más utilizados por los usuarios

Medicamentos	n	%
Captopril*	130	9,3
Hidroclorotiazida	88	6,3
Paracetamol*	65	4,7
Diclofenaco*	62	4,5
Ácido acetilsalicílico*	61	4,4
estrógeno/progesterona*	53	3,8
Omeprazol*	45	3,2
Propranolol	43	3,1
Glibenclamida	36	2,6
Metformina	33	2,4
Total	616	44,2

* Medicamentos referidos como automedicación.

Tabla 3. Potenciales interacciones medicamentosas más frecuentes

Interacciones medicamentosas	n	%	Grado
aas*-captopril	38	20,2	3
aas-propranolol	15	8,0	2
aas-omeprazol	11	5,9	3
captopril-furosemida	11	5,9	3
clonazepam-omeprazol	7	3,7	3
aas-atenolol	7	3,7	2
aas-diclofenaco	7	3,7	1

*aas: ácido acetilsalicílico.

Cabe destacar que el medicamento más prevalente en las IM potenciales encontradas fue ácido acetilsalicílico con 34 %, el cual fue utilizado por todos los grupos de edad y además fue el más prevalente en todos los grados de relevancia clínica: grado I 33 %, grado II 74,5 % y grado III 35,4 %. Se encontró riesgo de asociación entre el medicamento usado y el consumo de bebidas alcohólicas y cigarrillo, por ejemplo, de los 87 usuarios de medicamentos que eran fumadores, 26 (30 %) presentaron riesgo potencial IM. Los medicamentos utilizados que interactuaban con el cigarrillo fueron amitriptilina, diazepam, furosemida, haloperidol, imipramina, paracetamol, propranolol, ranitidina. Igualmente, de los 86 usuarios que ingerían bebida alcohólica, 41 (47,7 %) presentaron riesgo potencial de IM. Los medicamentos utilizados que interactúan con el alcohol fueron ácido acetilsalicílico, alprazolam, atenolol, bromocriptina, cimetidina, clonazepam, diazepam, fenobarbital, metronidazol, paracetamol, prometazina y propranolol.

DISCUSIÓN

El presente trabajo constituye un EUM de alcance poblacional, que utiliza como método de recolección de datos la encuesta domiciliaria, realizado en un municipio de Brasil. Estas características hacen que este estudio sea innovador, dado que generalmente los EUM son realizados en el marco de los servicios de salud y no directamente en el domicilio de los usuarios.⁸ Asimismo, este estudio por sus

características permitió analizar las vías de acceso a los medicamentos, aspectos que normalmente no son considerados en los EUM, pero que tienen un impacto importante en su uso racional.

Los resultados del perfil de uso de medicamentos del presente estudio corroboran los hallazgos de otros estudios brasileños que indican que las mujeres y los pensionados tienen una mayor prevalencia de uso de medicamentos.¹⁷⁻¹⁹

La tasa de utilización de medicamentos encontrada en el estudio fue alta, sin embargo, está dentro del porcentaje observado en otros estudios de utilización de medicamentos realizados en el país,¹⁷⁻¹⁹ en los que la prevalencia encontrada varía entre 49,7 y 70 %. La prevalencia aumentada de consumo de medicamentos puede estar relacionada con el envejecimiento de la población del municipio y el consecuente aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas con la edad.²⁰

Entre los medicamentos de mayor consumo, el predominio de los antihipertensivos y los hipoglucemiantes coincide con el perfil epidemiológico del país y los fármacos específicos corresponden también con las alternativas terapéuticas disponibles en el SUS para tratamiento de estas enfermedades.^{21,22}

El uso frecuente de antiinflamatorios y analgésicos por automedicación, que también fue notificado por *Machado* y otros,²³ puede estar relacionado con la facilidad de acceso a estos medicamentos por ser de venta libre, clasificación que puede disminuir la percepción de las personas sobre los riesgos que el uso de estos medicamentos representa para la salud. Los resultados de este estudio demuestran la necesidad de implementar estrategias de educación en salud enfocadas en el uso adecuado de medicamentos como el diclofenaco que fue el más utilizado y que se ha relacionado con aumento del riesgo cardiovascular, particularmente en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial y tabaquismo;²⁴ además del riesgo de hepatotoxicidad por la utilización de dosis altas de paracetamol.²⁵

En el caso de medicamentos utilizados por automedicación pero que requieren de prescripción médica, llaman la atención el omeprazol, cuyo uso por períodos mayores a un año ha sido asociado al aumento del riesgo de hipomagnesemia²⁶ y de fracturas óseas (vertebrales, de cadera, y de muñeca).²⁷ Asimismo, debe resaltarse la automedicación con captopril y anticonceptivos orales, porque ellos son medicamentos que requieren de acompañamiento clínico; en el caso del captopril para verificar el control de la hipertensión arterial²⁸ y en el caso de los anticonceptivos para escoger la mejor opción para la mujer considerando sus características particulares.²⁹ Estos resultados muestran la necesidad de un mayor control de la venta de medicamentos con prescripción médica en las farmacias comunitarias, así como el desarrollo de estrategias que mejoren el acceso a servicios de salud de personas con enfermedades crónicas y de las mujeres a los servicios de planificación familiar.

En relación con el uso racional de medicamentos, se encontró una mayor proporción de medicamentos prescritos por profesionales de la salud incluidos en la REMUME en comparación con la RENAME. Este resultado demuestra que el objetivo de la REMUNE está cumpliéndose, dado que se espera que esta lista se adapte a las necesidades particulares en salud del municipio. Los resultados también afirmaron una mayor adhesión a la REMUME por parte de los prescriptores del SUS, lo que se corresponde con una alta tasa de acceso a los medicamentos en los puntos de dispensación del sistema público de salud. Lo anterior demuestra que las Políticas de Asistencia Farmacéutica garantizan el acceso a los medicamentos de atención básica en el municipio estudiado.^{30,31}

La tasa de polimedicación encontrada (2,5) fue superior a lo recomendado por la OMS (máximo 2).¹⁵ No obstante, este dato puede estar sobreestimado, dado que los medicamentos mencionados se utilizaron dentro del periodo de los últimos 15 días, sin informar si su uso era simultáneo o crónico.

La frecuencia de IM encontrada en este estudio fue menor que las publicadas por *Sehn*,³² *Junior*,³³ y otros que obtuvieron un promedio de 3,8 IM por paciente. Esta diferencia puede deberse a que la población estudiada por estos autores es de pacientes hospitalizados. Además, los resultados del presente estudio mostraron que el aumento del número de medicamentos utilizados por usuario aumenta el riesgo de presentar potenciales interacciones, lo que coincide con los resultados de *Leão y otros*.³⁴

En el caso de la relevancia clínica de las interacciones, los resultados obtenidos coinciden con los de *Silva*,³⁵ *Okuno*,³⁶ y colaboradores, quienes encuentran mayor frecuencia de IM de grado II, aunque también estudian el uso de medicamentos en pacientes hospitalizados. Cabe destacar que la mayoría de las interacciones encontradas en este estudio estaban asociadas al ácido acetilsalicílico y a medicamentos antihipertensivos, que puede traer como consecuencia la reducción del efecto antihipertensivo.¹⁶ La alta frecuencia de uso de ácido acetilsalicílico, cuya utilización debería tener un seguimiento desde las políticas de uso racional y los programas de farmacovigilancia, pues, este es un medicamento de venta libre, que es utilizado en la prevención primaria y secundaria de Infarto agudo de miocardio, aun cuando la evidencia señala que los beneficios solo son menores que los riesgos de reacciones adversas y el alto potencial de IM en el caso de la prevención secundaria.³⁷

Aunque la frecuencia del tabaquismo fue baja entre los usuarios de medicamentos, deben ser tomadas medidas relacionadas con el control de este hábito de vida, por ser factor de riesgo cardiovascular,³⁸ y también por las potenciales IM que pueden ocurrir, pues el tabaco es inductor enzimático que podría necesitar ajuste de la dosificación.³⁶⁻³⁸

Llamaron también la atención las posibles IM con el alcohol como en el caso de medicamentos de uso crónico como el fenobarbital y las benzodiazepinas, de uso ocasional como el metronidazol y de uso ocasional o crónico como el paracetamol, que tienen alto riesgo de toxicidad.³⁸

Los resultados de este estudio probaron que en el municipio de Balneario Piçarras existe una buena cobertura de acceso a medicamentos para los usuarios del SUS, el cual es uno de los objetivos de la PNAF. Sin embargo, aún existen desafíos relacionados con el uso racional de los medicamentos, que requieren el fortalecimiento de las estrategias para la promoción del uso adecuado de medicamentos establecidos en esta Política.

Los resultados también mostraron algunos riesgos asociados al uso de medicamentos a los que están expuestos los usuarios, particularmente relacionados con la automedicación, el uso de medicamentos de venta con prescripción médica sin el seguimiento adecuado, además de las posibles interacciones medicamentosas que pueden interferir con el resultado esperado del tratamiento. En este contexto, se justifica la necesidad de que los servicios farmacéuticos desarrollen actividades que van más allá del suministro de medicamentos y establezcan actividades de atención al paciente como el seguimiento farmacoterapéutico, así como su integración a la red de prestación de servicios, de modo que pueda detectar algún problema en el tratamiento medicamentoso, que garantice la integralidad establecido el SUS.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentran que se tomó como universo solamente a las personas registradas en el Sistema de Atención Básica del SUS en el municipio; y la posibilidad de sesgo al momento de la recolección de información en el domicilio a través de informantes secundarios.

Finamente, podemos concluir que existe una buena cobertura y acceso a los medicamentos en el Sistema Único de Salud, pero aún es necesario el fortalecimiento de estrategias que promuevan su uso adecuado como es una mayor participación del profesional farmacéutico en los servicios de salud.

Agradecimientos

Las autoras agradecen al farmacéutico *Johann Castañeda* por el apoyo en el análisis estadístico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resolução no 338 de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica Brasil: Conselho Nacional de Saúde; 2004. Acesso: 05/11/2010. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/9696>
2. Da Excepcionalidade às Linhas de Cuidado: O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Acesso: 05/11/2015. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/excepcionalidade_linhas_cuidado_ceaf.pdf
3. Conselho Nacional de Secretários de Saúde, editor. Em: A Assistência Farmacêutica no SUS. Brasília, Brazil: CONASS-Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011. p. 13.
4. Soares L. O acesso ao serviço de dispensação e a medicamentos: modelo teórico e elementos empíricos. 2013 [tese]. Universidade Federal de Santa Catarina: Florianópolis, Santa Catarina; 2013.
5. Equitable access to essential medicines: a framework for collective action. WHO Policy Perspect Med. 2004;(8). Access: 2005/08/04/. Available at: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4962e/s4962e.pdf>
6. Patel P, Zed PJ. Drug-related visits to the emergency department: how big is the problem? Pharmacotherapy. 2002;22(7):915-23.

7. Lieber NSR, Ribeiro E. Adverse drug reactions leading children to the emergency department. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2012; 15(2):265-74.
8. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc Amp Saúde Coletiva*. 2008; 13:793-802.
9. Barros MB de A. Health household surveys: potentials and challenges. *Rev Bras Epidemiol*. 2008; 11:6-19.
10. Síntese de indicadores sociais 2010 uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro (RJ): Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; 2010.
11. Cesar CLG, Carandina L, Alves MCGP, Barros MB de A, Goldbaum M. Saúde e condição de vida em São Paulo: inquérito multicêntrico de saúde no Estado de São Paulo ISA-SP. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2005. Acesso: 10/06/2016. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=444750&indexSearch=ID>
12. Avaliação da assistência farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados. Em: Organização Pan-Americana da Saúde: Ministério da Saúde, editor. Série Medicamentos e outros insumos essenciais para a saúde. Brasília, D. F.: representación de la OPS, Ministério da Saúde; 2005. p. 260
13. Lei N°10.741, de 1o de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasil: Planalto.gov; 2003. Acesso: 24/02/016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm
14. Bjerrum L, Sogaard J, Hallas J, Kragstrup J. Polypharmacy in general practice: differences between practitioners. *Br J Gen Pract*. 1999; 49(440):195-8.
15. The Rational use of drugs. Em: World Health Organization, editor. Report of the conference of experts, Nairobi, 25-29 November 1985. Geneva: representación WHO en Albany; 1987. p. 329.
16. Tatro DS. Drug Interaction Facts 2014: The authority on drug interactions. Lippincott: Williams & Wilkins; 2013.
17. Arrais PSD, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21(6):1737-46.
18. Bertoldi AD, Barros AJD, Hallal PC, Lima RC. Drug utilization in adults: prevalence and individuals determinants. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):228-38.
19. Carvalho MF de, Pascom ARP, Souza-Júnior PRB de, Damacena GN, Szwarcwald CL. Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2005; 21:S100-8.
20. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília, D. F.: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde: Secretaria de Atenção à Saúde; 2008.

21. Diabetes Mellitus. Cadernos de atenção básica. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministerio da Saude ; 2006.
22. Brasil. Hipertensão arterial sistêmica. Cadernos de atenção básica. Brasília: M. S.: Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde.; 2006.
23. Machado-Alba JE, Echeverri-Cataño LF, Londoño-Builes MJ, Moreno-Gutiérrez PA, Ochoa-Orozco SA, Ruiz-Villa JO. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. *Biomédica*. 2014;34(4):580-8.
24. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, Baron JA, *et al.*. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *The Lancet*. 2013;382(9894):769-79.
25. Acetaminophen Information.. Estados Unidos: Food and Drug Administration; 2016. Acceso: 11/06/2016. Disponible en: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/ucm165107.htm>
26. Nota informativa: Riesgo de hipomagnesemia asociado a los medicamentos inhibidores de la bomba de protones. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2011. Acceso: 11/06/2016. Disponible en: http://profesionales.farmaceticosdesevilla.es/opencms/export/sites/default/Proyecto/proyecto/RICOFS/Circulares/Circulares2012/2_2012.pdf
27. Inhibidores de la bomba de protones (IBP): riesgo de fracturas óseas. España: Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios; 2012. Acceso: 11/06/2016. Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/informa/boletinMensual/2012/marzo/informe-medicamentos.htm>
28. Captopril. Brasil Gov.: Micromedex; 2015. Acceso: 20/03/2016. Disponible en: <http://www-micromedexsolutions-com.ez46.periodicos.capes.gov.br/>
29. Protocolo de atenção integral a saúde da mulher. Tubarao: Copiart; 2010. Acceso: 11/06/2016. Disponivel em: http://portal.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_08_2011_9.34.09.68795919f7565362b22dc5dadfadfe38.pdf
30. Pizzol D, Silva T da, Trevisol DJ, Heineck I, Flores LM, Camargo AL, et al. Adesão a listas de medicamentos essenciais em municípios de três estados brasileiros. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(4):827-36.
31. Souza JM de, Vinholes ER, Trauthman SC, Galato D. Avaliação dos indicadores de prescrição e da demanda atendida de medicamentos no Sistema Único de Saúde de um município do Sul do Estado de Santa Catarina. *Rev Ciênc Farm Básica e Apl*. 2012;33(1):107-13.
32. Sehn R, Camargo AL, Heineck I, Ferreira MBC. Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes hospitalizados. *Infarma*. 2003;15(9-10):77-81.

33. Júnior FP, Godoy DB, Pires DFS, Pietrobon E, Rosa FTA, Saraiva JS, et al. Potenciais interações medicamentosas em prescrições de um hospital-escola de Porto Alegre. Rev Assoc Med Rio Gd Sul. 2009;251-6.
34. Leão DFL, Moura CS de, Medeiros DS de, Leão DFL, Moura CS de, Medeiros DS de. Evaluation of potential drug interactions in primary health care prescriptions in Vitória da Conquista, Bahia (Brazil). Ciênc Amp Saúde Coletiva. 2014;19(1):311-8.
35. Silva NMO, Carvalho RP, Bernardes ACA, Moriel P, Mazzola PG, Franchini CC. Avaliação de potenciais interações medicamentosas em prescrições de pacientes internadas, em hospital público universitário especializado em saúde da mulher, em Campinas-SP. Rev Ciênc Farm Básica e Apl. 2010;31(2):171-6.
36. Okuno MFP, Cintra RS, Vancini-Campanharo CR, Batista REA. Drug interaction in the emergency service. Einstein São Paulo. 2013;11(4):462-6.
37. Silva MVF, Dusse LMS, Vieira LM, Carvalho M das G. Platelet antiaggregants in primary and secondary prevention of atherothrombotic events. Arq Bras Cardiol. 2013;100(6):e78-84.
38. Ramis TR, Mielke GI, Habeyche EC, Oliz MM, Azevedo MR, Hallal PC. Smoking and alcohol consumption among university students: prevalence and associated factors. Rev Bras Epidemiol. 2012;15(2):376-85.

Anexo

I nstrumento de recolección de datos

Nombre del entrevistador: _____

Nombre del supervisor: _____

Fecha de la visita: _____ Horario de la visita: _____

I. Datos de Identificación del domicilio:

01. Dirección: _____

02. Área: _____

03. Microárea: _____

04. Familia: _____

05. Distancia hasta el Centro de Salud:

a. () hasta 1 km

b. () de 1 a 5 km

c. () más de 5 km

06. Cuántas personas residen en este domicilio:

Total: _____

Cuántas personas de 20 años de edad o más: _____

07. Relación de los residentes:

Nombre del familiar	Condición en la familia

II. Características sociodemográficas del individuo

08. Nombre del entrevistado: _____

09. Fecha de nacimiento: _____

10. Edad: _____

11. Sexo: _____

12. Religión: _____

13. Etnia / Raza: _____

14. Ciudad de nacimiento: _____

15. Estado civil:

a. soltero

b. casado

c. unión libre

d. viudo

e. separado

16. Años de estudio: _____

17. Situación laboral:

a. trabajador Activo

b. desempleado - Pase a la pregunta n° 19

c. otros - *pensionado / ama de casa / estudiante* Pase a la pregunta n° 19

18. Ocupación principal: _____

Solamente para los entrevistados que están activos

19. Cuál es el ingreso familiar (en reales)?: _____

III. Estilo de vida

20. Su alimentación diaria incluye al menos 5 porciones de frutas y verduras:

- a. no
- b. a veces
- c. casi siempre
- d. siempre

21. Usted tiene el hábito de ingerir bebidas alcohólicas:

- a. si
- b. no

22. Usted evita ingerir alimentos grasosos (carnes gordas, fritos) y dulces:

- a. no
- b. a veces
- c. casi siempre
- d. siempre

23. Usted hace 4 a 5 comidas variadas al día, incluyendo desayuno completo:

- a. no
- b. a veces
- c. casi siempre
- d. siempre

24. *Solamente para quien respondió sí en la pregunta 21*

Alguna vez usted sintió que debería disminuir la cantidad de bebida o parar de beber?

- a. si
- b. no

25. Usted realiza al menos 30 minutos de actividades físicas moderadas / intensas, de forma continua o acumulada, 5 o más días por semana:

- a. no
- b. a veces
- c. casi siempre
- d. siempre

26. Usted realiza ejercicios de fuerza y estiramiento muscular al menos dos veces por semana:

- a. no
- b. a veces
- c. casi siempre
- d. siempre

27. *Solamente para quien respondió si en la pregunta 21*

Las personas lo (la) incomodan porque critican su modo de beber?

- a. si
- b. no

28. En su día a día, usted camina o usa la bicicleta como medio de transporte:

- a. no
- b. a veces
- c. casi siempre
- d. siempre

29. Cuál es su estatura: _____

30. Cuál es su peso actual: _____

31. Cálculo de IMC: _____ (*Será realizado por computador*)

32. *Solamente para quien respondió si en la pregunta 21*

Usted se siente molesto(a) consigo(a) mismo(a) por la manera como acostumbra tomar bebidas alcohólicas?

- a. si

b. no

33. Usted fuma:

a. sí

b. no - Pasar a la pregunta nº 38

c. ex-fumador - Pasar a la pregunta nº 37

34. Hace cuánto tiempo es fumador: _____

Solamente para quien es fumador

35. A qué edad comenzó a fumar: _____

Solamente para quien es fumador

36. Cuántos cigarrillos fuma por día: _____

Solamente para quien es ex-fumador

37. Si es ex-fumador, hace cuánto tiempo dejó de fumar: _____

Solamente para quien respondió sí en la pregunta 21

38. Usted acostumbra beber por la mañana para disminuir los nervios o la resaca:

a. sí

b. no

IV. Estado de salud / Morbilidad referida

39. Usted tiene o ha tenido algún problema de salud en los últimos 15 días?

a. sí

b. no - Pasar a la pregunta nº 42

40.Cuál(es) es (son) el(los) problema(s) de salud: _____

41. Usted qué ha hecho para resolver este(os) problemas?

a. Nada

b. Buscó una curandera

c. Buscó la iglesia

d. Consultó en un Centro público de Salud

e. Consultó en un Servicio privado de salud

- f. Fue a una farmacia
- g. Siguió el consejo de parientes/vecinos/amigos
- h. Utilizó medicamentos que tenía en casa
- i. otra: _____

42. Usted utilizó algún medicamento en los últimos quince días (incluir el problema de salud citado y otros medicamentos que hayan sido utilizados, preguntar inclusive sobre anticonceptivos, medicamentos homeopáticos o fitoterapéuticos).

- a. No
- b. Sí

Si el entrevistado utilizó algún medicamento incluir la información en el espacio inferior

Diligenciar un medicamento por línea	Quien lo indicó 1. Médico/odontólogo del SUS 2. Médico/odontólogo privado 3. Farmacia 4. Amigo/familia 5. La propia persona 6. Médico prescribió en otro momento	Donde consiguió el medicamento 1. Centro Público de salud 2. Farmacia privada 3. Hospital 4. Tenía en casa	Cuánto gastó la persona para adquirir el medicamento, si lo compró 0 si fue gratuito	Utilizó todo el tratamiento? 1. Sí 2. No
Medicamentos utilizados				

43. Si recibió la prescripción de algún medicamento del médico/odontólogo en los últimos 15 días o si tuvo que conseguir un medicamento de uso continuo en este período, Pudo conseguir todos los medicamentos?

- a. Todos
- b. Parte de ellos
- c. Ninguno

Lista de los medicamentos que no se consiguieron

Medicamento	Quien prescribió 1. Médico/odontólogo del SUS (AB) 2. Médico/odontólogo privado 3. Hospital/Unidad de urgencias	Por qué no lo consiguió 1. No había en la red de centros públicos de salud 2. No tenía dinero para comprarlo 3. No había en la farmacia 4. No le pareció necesario 5. Otro: Especificar
Medicamentos no conseguidos		

44. De las siguientes enfermedades, cuál (es) usted tiene o tuvo en los últimos 12 meses?

- a. Migraña / dolor de cabeza
- b. Alergia
- c. Hipertensión - *presión alta*
- d. Depresión/ Ansiedad / Problemas Emocionales
- e. Enfermedad de la Columna / Espalda - *seria, importante*
- f. Enfermedad digestiva crónica - *úlceras*
- g. Artritis / reumatismo / Artrosis
- h. Enfermedad del corazón
- i. Enfermedad de la piel
- j. Diabetes - *azúcar en la sangre*
- k. Enfermedad crónica del pulmón - *asma, bronquitis, enfisema*
- l. Osteoporosis
- m. Anemia
- n. Enfermedad Renal Crónica
- o. Accidente Vascular Cerebral - *derrame*
- p. Infarto Agudo de Miocardio - *infarto*
- q. Epilepsia - *ataque*

- r. Cáncer - *tumor maligno*
- s. Tuberculosis
- t. Lepra
- u. Intoxicación por agrotóxicos
- v. Parasitismo - *lombrices, solitaria, otros*
- x. Accidente con animales ponzoñosos
- z. Otras. Especificar: _____

45. Si es diabético o hipertenso, cuáles son los cuidados que utiliza para controlar la enfermedad?

- a. dieta - *nutricionista*
- b. medicamento prescrito por el médico
- c. Tés u otros recursos naturales
- d. dieta (sin acompañamiento de nutricionista)
- e. actividad física
- f. ningún cuidado
- g. otro. Especificar: _____

46. Si usted tiene o suele tener enfermedades de la columna, espalda, artritis, artrosis, reumatismo, qué cuidados utiliza:

- a. Medicamentos para el dolor
- b. Ejercicios/estiramientos
- c. Busca un fisioterapeuta
- d. Busca un médico
- e. Nada
- f. otras (describir) _____

47. En los últimos 15 días, buscó un servicio de salud:

- a. sí
- b. no - Pasar a la pregunta No. 49

48. Si la respuesta es positiva, Cuál fue el motivo: _____

49. Cuando usted tiene problemas de salud, Qué servicio de salud busca:

- a. Hospital
- b. Centro de Salud
- c. Consultorio u clínica privada
- d. Farmacia
- e. Rezandera
- f. Pastoral da Salud
- g. Iglesia
- h. Otros. Especificar: _____

50. Cuándo usted está enfermo, busca los servicios de salud para:

- a. Exámenes Preventivos - *PSA, Mamografía, Papanicolaou*
- b. Atención postparto
- c. Vacunación
- d. Exámenes de Rutina - *colesterol, triglicéridos, hemograma, EQU, EPF*
- e. Buscar medicamentos
- f. no busca servicios de salud

51. A qué profesional usted busca cuando está tiene algún problema de salud:

- a. Médico
- b. Enfermero
- c. Auxiliar de enfermería
- d. Odontólogo
- e. Psicólogo
- f. Fonoaudiólogo
- g. Agente Comunitario de Salud
- h. Farmacéutico
- i. Fisioterapeuta
- j. Otro profesional. Especificar: _____

52. Usted ha ido al odontólogo

- a. Sí
- b. No
- c. No aplica
- d. No sé

Observación: en caso que responda no pasar a la pregunta 53.

53. Por qué nunca fue al odontólogo?

- a. Falta de citas
- b. No necesitó
- c. Localización geográfica (forma e costo de transporte)
- d. Horario de atención y forma de programar la consulta
- e. Tiempo de espera para ser atendido
- f. Falta de recursos financieros

54. Cuándo fue la última vez que usted consultó al odontólogo?

- a. Menos de 1 año
- b. 1 a 2 años
- c. 3 años o más
- d. No aplica
- e. No sabe

55. Dónde fue la última consulta?

- a. Consultorio particular
- b. Consultorio público
- c. Otros
- d. No aplica
- f. No sé

56.Cuál fue el motivo de su última consulta?

- a. Revisión, prevención o chequeo

- b. Dolor
- c. Extracción
- d. Tratamiento
- e. Otros
- f. No aplica
- g. No sé

57. Usted utiliza prótesis dental?

- a. Sí
- b. No
- c. No aplica
- d. No sé

58. Usted necesita prótesis?

- a. Sí
- b. No
- c. No aplica
- d. No sé

Observación: caso responda sí pasar a la pregunta 59.

59. Porque no la utiliza?

- a. Falta de cita en el centro de salud
- b. Horario de atención e forma de programación de consulta
- c. Tiempo de espera para ser atendido
- d. Falta de recursos financieros
- e. Localización geográfica (forma y costo de transporte)
- f. No aplica
- g. No sé

60. Servicios de salud en un radio de 1 km (+/-)

- a. Centro público de salud

- b. () Farmacia
- c. () Clínica o consultorio privado
- d. () Hospital

V- Datos de examen físico:

1. Circunferencia abdominal:

2. Presión arterial:

1ª medida:

2ª medida:

3ª medida:

Comentarios:

Recibido: 1 de agosto de 2017.
Aceptado: 9 de octubre de 2017.

Paola Di Bernardi Mafra. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Farmácia. Brasil.
Correo electrónico: pdbmafra@hotmail.com

*_Este proyecto fue financiado por recursos del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico y Tecnológico (CNPq), la Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) y la Universidade de Valle de Itajaí (UNIVALI).