

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

CAROLINE EHLKE GONZAGA

**USO DE AUTOMEDICAÇÃO PARA SINTOMAS DISPÉPTICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

CURITIBA - PR

2020

CAROLINE EHLKE GONZAGA

**USO DE AUTOMEDICAÇÃO PARA SINTOMAS DISPÉPTICOS NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Gustavo Kotze

CURITIBA - PR

2020

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Pamela Travassos de Freitas – CRB 9/1960

G642u
2020

Gonzaga, Caroline Ehlke
Uso de automedicação para sintomas dispépticos na atenção primária /
Caroline Ehlke Gonzaga ; Orientador: Paulo Gustavo Kotze. – 2020.
58 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná,
Curitiba, 2020
Bibliografias: 37-42

1. Ciência da saúde. 2. Automedicação. 3. Atitudes em relação à saúde.
4. Cuidados pessoais com a saúde. 5. Dispepsia. 6. Medicamentos – Abuso.
7. Medicamentos – Utilização. I. Kotze, Paulo Gustavo. II. Pontifícia
Universidade Católica do Paraná. Pós-Graduação em Ciências da Saúde.
III. Título.

CDD 20. ed. – 610

AGRADECIMENTOS

Às grandes incentivadoras para essa jornada, as amigas Maíra, Salma e Giana.

À minha família, em especial meu esposo Carlos, minhas filhas Cecília e Luísa, minha mãe Graciela e minha sogra Cristina, que me deram suporte para poder me dedicar a este projeto.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Gustavo Kotze, que me ajudou com sua experiência e profissionalismo.

À Prof. Dra. Cristina Pellegrino Baena que me orientou nos primeiros passos na pesquisa científica.

À Prof. Márcia Olandoski, que me fez mergulhar com prazer no mundo da estatística.

À colega Dra. Tânia Pires que me apresentou ao sistema público de saúde em Curitiba.

Aos alunos do curso de medicina, Beatriz, Rafaela, Luísa, Tainá, Matheus e Sofia, parceiros nesta pesquisa.

E por fim, à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, que acredita e incentiva seus docentes ao continuo aperfeiçoamento.

RESUMO

Introdução: automedicação é uma das medidas do autocuidado. Quando realizada de forma responsável, traz benefícios à saúde individual e coletiva. Entretanto, seu uso inadequado pode trazer danos à saúde e aumento de gastos para a sociedade. Os sintomas dispépticos estão entre os oito sintomas que mais levam ao uso de automedicação. O objetivo do presente estudo foi avaliar a prevalência e o perfil da população que utiliza automedicação para controle dos sintomas dispépticos em unidade de atenção primária. **Método:** o instrumento de coleta selecionado foi um questionário extraído de um grande inquérito nacional, realizado pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2013 e 2014, que avaliou o uso de medicações na população brasileira (Ministério da Saúde, 2016). Dentre os diversos objetivos deste inquérito, incluía-se a avaliação do uso de automedicação pela população. Esse instrumento de coleta contempla perguntas de natureza socioculturais do indivíduo, do autorrelato e tratamento de doenças crônicas, do uso de automedicação nos 15 dias que antecederam a entrevista e das informações sobre o uso destas medicações. Foi realizada a análise estatística dos dados coletados para determinar a prevalência de automedicação para controle dos sintomas dispépticos e estabelecer correlações com fatores independentes, como sexo, idade, índice de massa corporal (IMC), escolaridade, renda familiar e comorbidades autorrelatadas. Este questionário foi aplicado em 719 indivíduos, face a face, atendidos nas unidades de saúde do sistema público da cidade de Curitiba, Brasil. Para a coleta foram visitadas 37 unidades básicas de saúde e 10 unidades de pronto atendimento, distribuídas em todos os distritos sanitários da cidade. **Resultados:** a amostra foi composta por 67,7% de indivíduos do sexo feminino, sendo que 65,9% referiram ter mais de 9 anos de estudo, 65,3% apresentavam IMC maior que 25 Kg/m². Na amostra ainda 28,4% autorrelataram apresentar hipertensão arterial sistêmica, 21,4% depressão e 13,8% diabetes. A prevalência de uso de automedicação para controle de sintomas digestivos nesta população foi de 28,7% (n= 206, IC95% 25,3- 32), 91,8% (n= 189) por queixas de origem dispéptica. A classe de medicação mais utilizada foi a dos inibidores de bomba de prótons (67%), seguidos dos antiácidos (15%). Quase 70% dos entrevistados referiu indicação prévia por profissionais da saúde, 80% consideraram eficaz a medicação utilizada e mais de 90% não tiveram dificuldade em obter a medicação. Houve relação entre o uso deste tipo de automedicação e idade maior de 38 anos (OR=1,734, IC95% 1,177 – 2,580, p=0,001), IMC acima de 26 Kg/m² (OR=1,660, IC95% 1,166 – 2,362, p<0,001) e presença de autorrelato de depressão (OR= 1,471, IC95% 0,983 – 2,201, p=0,04). **Conclusão:** o presente estudo revelou uma alta prevalência do uso de automedicação para controle dos sintomas dispépticos em comparação com dados da literatura, sendo os inibidores de bomba de prótons a classe de droga mais utilizada. A facilidade de acesso a essas medicações tanto na rede pública quanto privada, a indicação prévia por algum profissional da área de saúde (principalmente médico) e a eficácia destas medicações no controle dos sintomas foram os principais fatores motivadores para o uso de automedicação no controle de sintomas dispépticos.

Palavras chaves: Automedicação. Dispepsia. Inibidores de Bomba e Prótons.

ABSTRACT

Background: self-medication is one of the measures of self-care. If adequately performed, it may benefit individual and collective health. However, improper use can impact health state and increase societal costs. Dyspeptic symptoms are among the eight symptoms that most lead to the use of self-medication globally. The aim of the present study was to evaluate the frequency of use and profile of the population using self-medication to control dyspeptic symptoms. **Methods:** a questionnaire was applied, extracted from a large national survey, carried out by the Ministry of Health of Brazil in 2013 and 2014, which evaluated the use of medications in the Brazilian population (Ministry of Health, 2016). Among the various objectives of this survey, the evaluation of the use of self-medication by the population was included. This collection instrument consisting of topics regarding individual's socio-cultural data, self-report and treatment of chronic diseases, use of self-medication in the 15 days prior to the interview and information on the use of this medication. Statistical analysis was performed on the data collected to determine the prevalence of self-medication to dyspeptic symptoms and to establish correlations with independent factors, such as sex, age, body mass index (BMI), education, family income and self-reported comorbidities. **Results:** the face to face interview was applied to 719 individuals, attended at public system in the city of Curitiba, Brazil. For the collection, 37 health units and 10 emergency care units were visited, distributed in all health districts of the city. The participants consisted of 67.7% of female individuals, 65.9% of whom reported having more than 9 years of study, 65.3% had a BMI greater than 25 Kg/m². In the sample, 28.4% self-reported having hypertension systemic blood pressure, 21.4% depression and 13.8% diabetes. The prevalence of self-medication to control digestive symptoms in this population was 28.7% (n=206, 95% CI 25.3-32), 91.8% (n = 189) due to complaints of dyspeptic origin. Proton pump inhibitors were the most used class of medication (67%), followed by antacids (15%). Almost 70% of respondents referred previous indication by health professionals, 80% considered the agents effective and more than 90% had no difficulty in obtaining the medication. There was a relationship between self-medication of these agents and age > 38 years (OR = 1.734, 95% CI 1.177 - 2.580, p = 0.001), BMI > 26 Kg/m² (OR = 1.660, 95% CI 1.166 - 2.362, p <0.001) and presence of self-reported depression (OR = 1.471, 95% CI 0.983 - 2.201, p = 0.04). **Conclusions:** in the present study there are a high prevalence of the use of self-medication to control dyspeptic symptoms in relation to previous data from the literature, proton pump inhibitors being the most widely used class of drug. The ease of access to these medications both in the public and private systems, the prior indication by a health professional (mostly physicians) and the effectiveness of these agents in controlling symptoms were constitute the main motivating factors for the use of self-medication aiming control of dyspeptic symptoms.

Key-words: Self-medication. Dyspepsia. Proton Pump Inhibitor.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1 AUTOCUIDADO	8
1.2 AUTOMEDICAÇÃO	9
1.3 PREVALÊNCIA DE AUTOMEDICAÇÃO	11
1.4 AUTOMEDICAÇÃO PARA CONTROLE DE SINTOMAS DISPÉPTICOS	13
2. OBJETIVO GERAL	17
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. MÉTODOS	18
3.1 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS	18
3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA	19
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	20
3.4 ANÁLISE DOS DADOS	20
4. RESULTADOS	22
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA	22
4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS CASOS DE AUTOMEDICAÇÃO PARA SINTOMAS DIGESTIVOS (AMSD)	23
4.3 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS AO USO DE AUTOMEDICAÇÃO PARA SINTOMAS DIGESTIVOS (AMSD)	27
5. DISCUSSÃO	30
6. CONCLUSÕES	35
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
ANEXOS	43
ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA A PLATAFORMA QUALTRICS	43
ANEXO 02 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	52
ANEXO 03 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ	55

1. INTRODUÇÃO

1.1 AUTOCUIDADO

O autocuidado em saúde refere-se às ações do indivíduo para prevenir ou limitar doenças e restaurar a saúde (1). Pode ser definido como o principal recurso de saúde pública no sistema de saúde (2). Consiste nas medidas que o indivíduo adota para manter sua saúde, prevenir e lidar com doenças. Inclui medidas de higiene, nutrição, estilo de vida, fatores ambientais, fatores sociais e a automedicação (3).

Estima-se que medidas de autocuidado tragam grande economia ao sistema de saúde e aumentem a expectativa de vida da população, com maior qualidade de vida. A Pesquisa Nacional de Autocuidado e Envelhecimento, realizada com os beneficiários do serviço de saúde nos Estados Unidos, mostrou evidências da redução potencial nas despesas do sistema de saúde associada à aderência dos usuários a diferentes medidas, como prática de exercícios ou hobbies, modificações domésticas em geral e autocuidado médico (1). A economia de custos associada ao autocuidado é benéfica para o paciente, para o sistema de saúde e para a economia em geral (4). Se medidas de autocuidado fossem mais e melhor aplicadas pela população, estima-se que cerca de 10% dos atendimentos médicos nos Estados Unidos poderiam ser evitados, economizando-se cerca de 5,2 bilhões de dólares anualmente (4).

Nos Estados Unidos, o “*Center for Workforce Health and Performance*”, um centro independente de pesquisa sobre a promoção da saúde ocupacional, estima gastos de cerca de 165 bilhões de dólares ao ano em perda de produtividade com o tratamento de doenças crônicas. Destas morbidades, as que mais impactam em maior custo com perda de produtividade incluem alergias (44,9 bilhões de dólares/ano), dorsalgias (42,2 bilhões de dólares/ano) e doença do refluxo gastroesofágico (30,5 bilhões de dólares/ano) (4). Tais condições, em geral, são tratadas com medicações isentas de prescrição médica, e poderiam ser alvos de automedicação. Segundo esta pesquisa, tais condições foram referidas pelos

trabalhadores por serem tratadas com automedicação apenas em 21%, 28% e 35%, respectivamente.

1.2 AUTOMEDICAÇÃO

Na literatura são apresentadas diversas definições para automedicação. Vários autores definem como sendo o uso de drogas, ervas ou remédios caseiros por iniciativa própria ou por recomendação de outra pessoa, sem consultar um médico (5–8). Outros autores ainda acrescentam o uso de medicações com a posologia diferente da prescrita pelo profissional de saúde (9,10). Segundo o Ministério da Saúde, define-se como o uso de medicamento sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do médico ou dentista (11). Desta forma, amplia-se o conceito, não se limitando apenas à aquisição de medicação sem prescrição médica, incluindo-se a prática de uso de sobras de medicação disponíveis em casa, pelo indivíduo ou outros membros da família e círculo social, reutilização de prescrições antigas e alteração da posologia de prescrições médicas (12).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a automedicação envolve o uso de medicamentos pelo consumidor para tratar distúrbios ou sintomas autorreconhecidos, ou o uso intermitente ou continuado de um medicamento prescrito por um médico para doenças ou sintomas crônicos ou recorrentes, em um momento diferente do orientado pelo prescritor (2). Portanto, este conceito contempla a necessidade de que o indivíduo tenha discernimento para reconhecer determinada situação, que pode ser um sintoma agudo ou uma condição de doença crônica, e a partir deste evento, selecione uma medicação e determine sua posologia.

Para o sucesso da automedicação, vários fatores são fundamentais, desde aqueles ligados às condições étnicas da população, aqueles relacionados às condições socioculturais do indivíduo, ligados ao sistema de saúde e seus critérios de venda de medicação sem receita médica (6,13).

Conforme normativa da OMS, uma boa automedicação deve oferecer ao consumidor: eficácia, confiabilidade e segurança, risco aceitável, grande

disponibilidade de medicamentos, acesso direto e rápido ao tratamento, um papel ativo em seus próprios cuidados de saúde, autoconfiança na prevenção ou alívio de sintomas ou condições menores, oportunidades educacionais sobre questões de saúde específicas, conveniência e economia (2). Para o uso responsável de automedicação, exige-se do indivíduo algumas características específicas, como o reconhecimento preciso dos sintomas, a definição de objetivos terapêuticos, a seleção de um produto a ser utilizado e a determinação de uma dose e plano terapêutico apropriado. Adicionalmente, o indivíduo deve ainda levar em consideração o seu histórico médico, contraindicações, doenças e medicações concomitantes, resposta ao tratamento e possíveis efeitos adversos (2). Neste sentido, é fundamental que a população tenha condições sócias educacionais para se tomar esta decisão.

Outro conceito importante contemplado na literatura é o da “automedicação responsável”. Definida como o uso de medicação conforme a demanda por um consumidor instruído, que é capaz de compreender e evitar os riscos potenciais desta prática e obter os benefícios para sua saúde com alívio da sua doença (7). Algumas condições clínicas são bem aceitas para a prática de automedicação, como controle de dor crônica, alergias, enxaqueca, lesões de pele, infecções fúngicas, sintomas de resfriado, pirose e dispepsia, entre outras (4).

Um estudo europeu estima que o autocuidado através da automedicação possa ser responsável por reduzir significativamente os custos nacionais de saúde. Esta análise de dados de sete países levou à estimativa de que a transferência de 5% dos medicamentos prescritos para o status de não prescrição resultaria em uma economia anual total de mais de 16 bilhões de euros, destacando-se o potencial que o autocuidado tem para aliviar a demanda financeira para os sistemas de saúde europeus (4).

Por outro lado, a automedicação pode trazer potenciais riscos ao indivíduo: atraso no diagnóstico e no início correto do tratamento, falha em se reconhecer riscos farmacológicos como efeitos adversos, interações medicamentosas e contraindicações, falha em se reconhecer a substância ativa e relatá-la ao médico prescritor, via e dosagem de uso incorreto, risco de abuso, aumento nas taxas de doenças induzidas por drogas e no desperdício de gastos públicos (2,14,15). Além destes, pode trazer consequências também para a saúde da comunidade, como o desenvolvimento de resistência bacteriana, aumento de gastos com hospitalizações

e tratamentos, desenvolvimento de tolerância a determinadas drogas, tolerância cruzada e sintomas de abstinência (15,16).

As principais características relacionadas à automedicação encontram-se sumarizadas na tabela 1.

Tabela 1 - Características da prática da automedicação

POSITIVAS	QUANTO AO INDIVÍDUO	NEGATIVAS
Eficácia	Reconhecer com precisão os sintomas	Atraso no diagnóstico e tratamento
Confiabilidade e segurança	Definir os objetivos terapêuticos	Falha em reconhecer riscos
Risco aceitável	Selecionar o produto a ser utilizado	Falha em reconhecer a substância ativa
Acesso ao tratamento	Determinar a posologia apropriada	Via e dosagem de uso incorreto
Prevenção ou alívio de sintomas ou condições menores	Considerar o histórico médico, contraindicações, doenças e medicações concomitantes	Risco de abuso e aumento nas doenças induzidas por drogas
Conveniência e economia	Resposta ao tratamento e possíveis efeitos adversos	Desperdício de gastos públicos

Fonte: adaptado de: WHO, 2000 (2).

1.3 PREVALÊNCIA DE AUTOMEDICAÇÃO

Na literatura, são muitas as pesquisas sobre o uso de automedicação em diversas localidades do mundo, porém há grande dificuldade de comparação entre elas, devido à falta de padronização para esta avaliação (10,17). Os principais vieses desta análise consistem em diferenças nos métodos de estudo, nas populações estudadas e nos tempos recordatórios dos questionários.

As diferentes formas de se conceituar automedicação na literatura levam a diferentes desenhos de estudo, desde pesquisas que abordam a venda de medicações em farmácias (7,13,18) até inquéritos populacionais em domicílio (12,19). Outro fator que dificulta a análise é a seleção da população estudada. Muitas pesquisas são realizadas em populações específicas, como gestantes, adolescentes, estudantes, idosos ou usuários de determinado serviço de saúde (12,19–23). Dentro das diferentes metodologias empregadas para se avaliar a

prevalência e o perfil do uso da automedicação, como levantamento de dispensação de medicações em farmácias e coorte prospectiva, a ferramenta mais utilizada pelos estudos, é a aplicação de questionários. Estes abordam, em geral, dados demográficos, presença de comorbidades, fatores motivadores e aspectos ligados à automedicação (10,14,24). O uso de automedicação é avaliado através de perguntas sobre o uso prévio em um determinado tempo estabelecido (25). Este tempo recordatório difere nas pesquisas, desde alguns anos até sete dias anteriores à entrevista. No entanto, o método recordatório para pesquisa de uso de medicações tem sido avaliado como um bom instrumento, com aquisição de dados confiáveis. Um estudo realizado na Austrália comparou a dispensação de medicamentos em farmácias com o relato de pacientes em inquérito com método recordatório de quatro semanas e observou sensibilidade/valor preditivo positivo maior que 75%/ 79% de concordância, sendo 86,1%/ 96,9% para drogas relacionadas a acidez gástrica (26).

Sabe-se que a automedicação é uma prática mundial e sua prevalência estimada é extremamente variável. A tabela 2 demonstra os principais achados da literatura mundial em relação à prevalência do uso de automedicação. Conforme observado, há variância importante das taxas de automedicação observadas em diversos países, e muitos fatores podem estar ligados a essas diferenças.

Tabela 2: Prevalência de automedicação pelo mundo

Autor	Ano	País	Prevalência	População	Método
Figueira (10)	2000	Espanha	13%	adultos	recordatório de 2 semanas
Miguel (27)	2008	Espanha	18%	adultos	recordatório de 2 semanas
Garofalo (19)	2015	Itália	53%	adultos	recordatório de 1 ano
Shehnaz (20)	2015	Alemanha	57%	adolescentes	recordatório de 2 semanas
Shehnaz (20)	2015	EUA	57%	adolescentes	recordatório de 4 semanas
Shehnaz (20)	2015	Índia	92%	adolescentes	recordatório de 4 meses
Bertoldi (28)	2012	Brasil	53%	adolescentes	coorte prospectiva
Jerez-Roig (29)	2014	EUA	50%	idosos	recordatório de 4 semanas
Tobi (30)	2003	Holanda	72%	adolescentes	recordatório de 2 semanas
Begashaw (31)	2018	Etiópia	78%	comunidade geral	recordatório durante a vida
Shafie (32)	2018	Etiópia	72%	comunidade geral	recordatório de 2 meses
Albarrán (7)	2008	Chile	75%	adultos	dispensação em farmácia
Aziz (18)	2018	Paquistão	15%	adultos	dispensação em farmácia
Jerez-Roig (29)	2017	Paquistão	68%	idosos	recordatório durante a vida

Balamurgan (33)	2011	Índia	71%	Adultos	durante a vida
Chouhan (15)	2016	Brasil	35%	comunidade geral	revisão sistemática

Fonte: Adaptado pelo autor,2020

A grande variação da distribuição da prevalência da automedicação pelo mundo sofre influência das condições socioculturais da população. Assim observamos altas taxas em países onde a população apresenta condições educacionais de praticar automedicação responsável, para tratamento de condições menores, como na Holanda (30). Por outro lado, em países com piores condições socioeconômicas, a automedicação muitas vezes é a principal forma de acesso a saúde, devido aos sistemas insuficientes de saúde, alto custo dos serviços de saúde e ausência de profissionais disponíveis para atendimento (7,8,34), como na Índia (33) e Etiópia (8,31).

No Brasil, são poucas as pesquisas ao redor deste tema. A Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), desenvolvida pelo Ministério da Saúde, realizou um inquérito de abrangência nacional, com população de áreas urbanas, de setembro de 2013 a fevereiro de 2014. Essa pesquisa mostrou que a prevalência da automedicação no Brasil foi de 16,1%, na população geral (35) e 18,3% na população adulta (12), sendo que a maioria dos medicamentos usados por automedicação foi classificada como isentos de prescrição (65,5%) (35).

O PNAUM é o primeiro grande inquérito no Brasil, com representatividade nacional, que enfrentou o desafio de estudar detalhadamente os medicamentos utilizados. Desta forma, tornou-se uma importante linha de base para novas pesquisas nesta área, servindo como ponto de referência para diversos estudos futuros (24).

1.4 AUTOMEDICAÇÃO PARA CONTROLE DE SINTOMAS DISPÉPTICOS

Dispepsia é definida como desconforto ou dor em terço superior do abdome, de ocorrência muito comum na população geral (36). Abrange sintomas caracterizados por dor, queimação ou desconforto na região superior do abdômen, caracterizados por saciedade precoce, empachamento pós-prandial, náuseas,

vômitos, timpanismo ou sensação de distensão abdominal. Podem estar relacionados à presença de doença ulcerosa péptica, doença do refluxo gastrointestinal, gastrites, neoplasias, doença do trato biliar e dispepsia funcional (36–38).

Seus sintomas podem ser agrupados em sintomas sugestivos de ulceração péptica (dispepsia tipo dor), de estase gástrica (dispepsia tipo dismotilidade), de doença do refluxo gastresofágico (dispepsia tipo refluxo) e as demais formas (dispepsia não especificada) (38–40).

A maioria dos pacientes com queixas de dispepsia, permanece com sintomas recorrentes por pelo menos 1 a 1,2 anos antes de procurar atendimento médico, e apenas uma em cada quatro pessoas com queixas dispépticas realizam alguma consulta por esses sintomas (36,41). Os sintomas gastrointestinais levam frequentemente ao uso de automedicação, em todas as faixas etárias (42). Entre adolescentes, uma revisão sistemática mostra uma tendência ascendente do uso de automedicamentos para cefaleia e dispepsia (20). Os sintomas gastrointestinais encontram-se entre os cinco sintomas mais frequentes que levam ao uso de automedicação (18,43,44). O uso de medicamentos para controle de transtorno relacionado à acidez gástrica na forma de automedicação está entre a terceira e a sexta classe de drogas mais comumente utilizados com esta finalidade em vários estudos e em populações diversas (18,19,43). Na Espanha, 4% da população refere automedicação para sintomas do aparelho digestivo (10). Uma revisão sobre o uso de automedicação, em adolescentes, mostra que para controle dos sintomas digestivos 6 a 33% fazem uso de automedicação, sendo 9,6% a taxa descrita no Brasil (20). No Chile descreveu-se frequência de 7,3% para sintomas do aparelho digestivo, sendo 4,1% com o uso de medicamentos anti-ulcerosos (7). Na Etiópia, 6,4% do total do uso de automedicação foi descrita por sintomas de dispepsia (32).

Na população brasileira, o PNAUM (24) mostra que os medicamentos mais consumidos na forma de automedicação, de acordo com o primeiro nível do sistema de classificação anatômica de produtos químicos terapêuticos (*The Anatomical Therapeutic Chemical* - ATC), foram os utilizados para sistema nervoso central (34,3%), seguido dos produtos utilizados para o aparelho musculoesquelético, trato alimentar e metabolismo (35). Os medicamentos para transtornos relacionados à

acidez gástrica são usados por cerca de 3,8% desta população na forma de automedicação (35).

Três subclasses de drogas são frequentemente usadas para controle dos sintomas dispépticos: antiácidos, bloqueadores dos receptores de histamina 2 (H₂), e os inibidores de bomba de prótons (IBPs). Estes foram introduzidos em 1989, e são medicações das mais usadas em todo o mundo, aprovadas para tratamento de uma grande variedade de condições clínicas, como doença ulcerosa péptica, dispepsia funcional e prevenção de sangramento em pacientes usuários de anti-agregantes plaquetários (45). Ainda, são aprovados para uso em período prolongado no controle dos sintomas de doença refluxo gastroesofágico, esôfago de Barrett, profilaxia de sangramento em usuários crônicos de anti-inflamatórios, e para condições de hipersecreção ácida como a síndrome de Zollinger-Ellison (45). Alguns estudos recentes ainda sugerem outras possíveis indicações para seu uso, como o tratamento de esofagite eosinofílica, efeito antibacteriano no tratamento do *Helicobacter pylori*, tratamento antiviral para infecções respiratórias, exacerbações da doença pulmonar obstrutiva crônica e como coadjuvantes no tratamento de câncer (46). Os IBPs são, em geral, uma classe de medicamentos considerada segura para uso por longos períodos e autorizada como prática de automedicação em muitos países, incluindo-se o Brasil. Assim, não há necessidade de prescrição médica para compra nestes países.

Porém, evidências crescentes demonstram que os IBPs estão associados a vários efeitos adversos (47). Alguns estudos sugerem vários efeitos adversos com o uso prolongado dessa classe de medicamentos, como deficiências nutricionais (hipomagnesemia, deficiência de vitamina B12, deficiência de ferro, hipocalcemia), riscos de infecções (pneumonia, diarreia por *Clostridium difficile*), lesão renal (nefrite intersticial aguda e crônica, insuficiência renal crônica) e risco de fraturas ósseas relacionado à osteoporose (45,48).

A hipomagnesemia, embora condição rara, foi relatada em alguns casos desde 2006, podendo ser fatal devido à tetania, convulsões e arritmia cardíaca (45). Sobre o risco de fraturas relacionado à osteoporose, alguns estudos relatam aumento de risco após dois anos de uso de IBPs, com aumento progressivo do risco com aumento do tempo de uso. Porém, outros estudos mostram aumento de risco apenas após sete anos de uso e atribuem a provável hipocalcemia e remodelação óssea (46). Segundo Antoniou e colaboradores, em avaliação de coorte com 600 mil

pacientes, o uso de IBPs pode elevar o risco de se desenvolver nefrite intersticial crônica em duas vezes. Essa alteração foi atribuída à lesão imunológica e/ou por depleção de cálcio sérico e isquemia renal (49). Sobre o risco de infecções, a maioria dos estudos é controversa (45–47,50).

Outro risco eminente associado aos IBPs é o de interação medicamentosa, em especial com metotrexate, clopidogrel, fenitoína, diazepam, cetoconazol e atazanavir (46).

Em virtude disso, o *Food and Drug Administration* (FDA), nos Estados Unidos, sugeriu uma série de orientações quanto ao uso desta classe de drogas nos últimos anos (51) além de recomendar o uso de IBPs com a menor dose efetiva, pelo menor tempo possível de tratamento.

Para o tratamento de doença do refluxo gastrointestinal com sintomas frequentes, sem controle ideal com medidas não farmacológicas, doença ulcerosa péptica e dispepsia grave, os benefícios do uso de IBPs provavelmente superam seus possíveis danos. Porém, sabe-se que muitos pacientes fazem uso desta classe de medicamentos sem esclarecimentos e por motivos não bem claros, geralmente sintomas menos graves e esporádicos de dispepsia, pirose e para prevenção de sangramento digestivo em pacientes de baixo risco. Desta forma os danos potenciais podem superar os benefícios. Nesses pacientes, os IBPs devem ser interrompidos para se determinar a real necessidade de tratamento sintomático (47).

Em virtude dos estudos emergentes sobre os efeitos adversos do uso prolongado dos IBPs e sabendo-se que na prática clínica percebe-se um abuso do uso de tais medicações pela população, que pode favorecer o reconhecimento de novos e mais graves efeitos adversos, justifica-se os objetivos da presente pesquisa. Na nossa população, não se conhece com precisão a frequência e o perfil dos pacientes que buscam medicações para dispepsia, nem sua motivação para o uso como automedicação e se há, de fato, uso abusivo. Tendo em vista que o uso de automedicação é uma das medidas de autocuidado e pressupõem autorreconhecimento de condição patológica, deve-se levar em conta as condições de conhecimento geral da população, nível de educação e status socioeconômico. Conhecer estes fatores torna-se fundamental para que uma melhor orientação sobre a automedicação possa ser realizada.

2. OBJETIVO GERAL

Este estudo teve como objetivo principal avaliar a frequência de uso e o perfil da população que utiliza automedicação para controle dos sintomas dispépticos, no sistema público de saúde da cidade de Curitiba.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos foram:

- a) correlacionar os dados das condições sócio-educacionais desta população com o uso de automedicação para controle dos sintomas dispépticos;
- b) correlacionar a presença de comorbidades com o uso de automedicação para controle dos sintomas dispépticos;
- c) avaliar os fatores motivadores para uso de automedicação no controle dos sintomas dispépticos;

3. MÉTODOS

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná sob o número 21789819.5.0000.0020 e da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba sob o número 08546919.2.3001.0101.

3.1 INSTRUMENTO DE COLETA DOS DADOS

Trata-se de uma estudo transversal, descritivo e observacional. A pesquisa consistiu na aplicação de um questionário, por sete entrevistadores previamente treinados, de forma presencial, em que estes realizaram as perguntas e coletaram os dados das respostas. Neste questionário foram avaliadas as condições sócias educacionais da população, principais comorbidades associadas, se houve uso de automedicação para controle dos sintomas digestivos, como estas medicações foram usadas, quais os critérios para se selecionar a medicação e sua procedência.

O questionário utilizado foi baseado no instrumento de coleta de dados de um grande inquérito nacional realizado sobre a prática do uso de medicações, a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) (24,52). Este instrumento consiste em um questionário já validado na população brasileira, para investigação domiciliar, de diversos aspectos sobre o uso de medicações. Dentre as diversas áreas de interesse, estuda o uso de automedicação, com um período recordatório de 15 dias, também validado em outros estudos (26).

O instrumento de coleta deste grande inquérito é formado por 11 blocos de perguntas: informações do entrevistado, doenças crônicas, serviços de saúde, remédios de uso eventual, contraceptivos, serviços de farmácias, comportamentos que podem afetar o uso de medicamentos, bulas e embalagens, estilo de vida, planos de saúde e informações sobre o domicílio. Além destes blocos, também é formado por fichas de uso da medicação referida (52).

Deste questionário do PNAUM, foram utilizados apenas três blocos de questões (blocos 1, 2 e 4) e a ficha de remédios de uso eventual. O bloco 1 aborda dados do perfil demográfico e educacional da população em questão. O bloco 2 refere-se às doenças crônicas autorrelatadas e o uso de medicação para controle

destas. No bloco 4 são avaliadas as informações sobre o consumo de automedicação, nos 15 dias anteriores à entrevista. Ao finalizar este bloco, em caso de citação do uso de qualquer medicamento para sintomas relacionados ao aparelho digestivo, foi preenchido a ficha de medicamentos de uso eventual, sendo uma para cada medicamento citado pelo entrevistado (24,52). Os demais blocos não foram incluídos nesta pesquisa, por se tratar de questões cujas respostas dependiam do indivíduo estar em seu domicílio para correta resposta, terem em mãos caixas e bulas das medicações utilizadas e não serem o objetivo do presente estudo.

As etapas selecionadas do questionário foram então reorganizadas em quatro blocos para a coleta dos dados no aplicativo *qualtrics.xm*®. (Qualtrics, Seattle, Washington, Estados Unidos): bloco 01 - informações do entrevistado, bloco 02 - doenças crônicas, bloco 03 - remédios de uso eventual nos 15 dias antes da entrevista e bloco 04 - ficha de remédios de uso eventual.

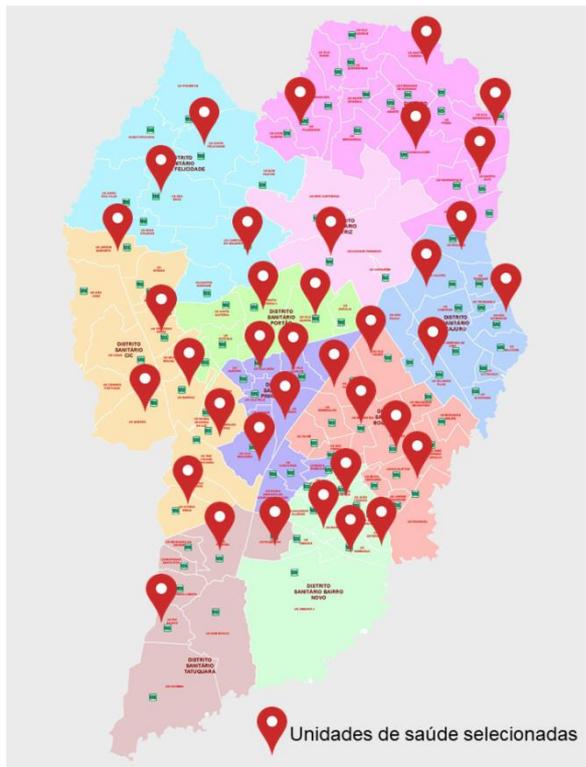
3.2 SELEÇÃO DA AMOSTRA

Considerando a população alvo a da cidade de Curitiba de 1,933 milhão de habitantes, com um intervalo de confiança de 95% e margem de erro de 5%, a amostra inicialmente calculada foi de 267 casos.

O estudo foi realizado nas unidades de saúde do sistema público na cidade de Curitiba, Brasil. Para a seleção destas unidades, foram realizadas visitas aos coordenadores de cada um dos dez distritos sanitários da cidade de Curitiba. e selecionados cerca de um terço das unidades básicas de saúde de cada distrito sanitário (ilustrados na figura 1). O critério utilizado para esta seleção destas unidades de saúde foi as que apresentam maior fluxo diário de pacientes. Além disso, também foram selecionadas todas as unidades de pronto atendimento 24 horas, uma de cada distrito sanitário.

Os indivíduos convidados a participar do estudo, eram pessoas que estavam na sala de espera das unidades no momento das coletas. Os dados foram coletados de junho a outubro de 2020.

Figura 1: Distritos sanitários de Curitiba



Fonte: adaptado pelo autor de <http://ippuc.org.br>

3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos os indivíduos que estavam na sala de espera das unidades básicas de saúde e de pronto atendimento aguardando por qualquer tipo de atendimento, seja médico, odontológico, farmacêutico ou de enfermagem. Os critérios de exclusão foram os pacientes com menos de 18 anos, dependentes de terceiros para compreensão intelectual ou recusa em participar do estudo.

3.4 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram exportados para o aplicativo *qualtrics.xm*®. (Qualtrics, Seattle, Washington D.C., Estados Unidos) e armazenados em uma planilha do *Microsoft Excel* (Microsoft, Washington D.C., Estados Unidos). A análise de dados foi realizada com o auxílio do programa computacional *IBM.SPSS*® *Statitics v.22.0*. (IBM Corporation, New York D.C., Estados Unidos)

Foram realizadas análises de frequência dos eventos na população estudada, para descrição da amostra. A variável dependente do estudo foi determinada como o uso de automedicação para sintomas digestivos (AMSD) ou o não uso desta. As variáveis independentes foram: idade, sexo, IMC, escolaridade, renda familiar, estado conjugal e presença de doenças crônicas. Foram avaliadas por tabelas de referência cruzada e teste de qui-quadrado considerando-se a variável dependente do estudo (AMSD) com os demais fatores obtidos pelo questionário. Para as variáveis independentes de natureza quantitativa que apresentaram diferenças significativas das médias obtidas de acordo com AMSD, foram ajustadas curvas ROC e, desta forma, determinados os melhores pontos de corte para a análise.

Para a análise multivariada foi ajustado um modelo de regressão logística múltipla pelo método de *backward* condicional, com as variáveis independentes que se mostraram com diferença estatística significativa na análise univariada.

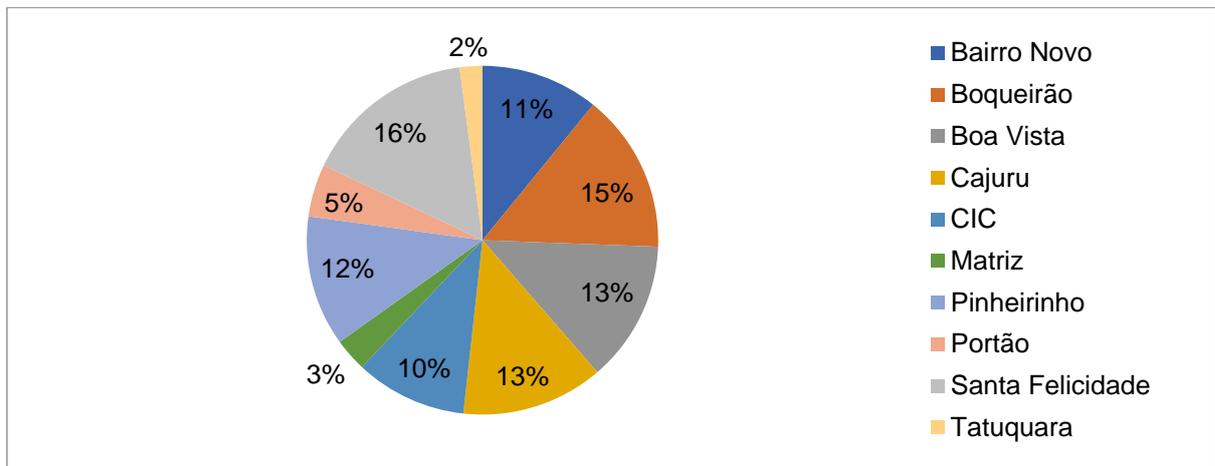
Considerou-se como diferença estatística significativa diferenças com $p < 0,05$.

4. RESULTADOS

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA AMOSTRA

Foram coletados dados válidos de 719 indivíduos, distribuídos pelos 10 distritos sanitários da cidade de Curitiba, conforme ilustrado na figura 2. Destas coletas, 66,5% foram realizadas nas 37 unidades básicas de saúde selecionadas e 33,5% foram realizadas nas 10 unidades de pronto atendimento 24 horas. A distribuição da amostra nos distritos sanitários é observada no gráfico 1. Conforme observado, houve menor número de coletas nos distritos do Tatuquara, Portão e Matriz.

Gráfico 1 - Distribuição dos dados coletados por distrito sanitário



Fonte: a autora, 2020.

A análise descritiva dos dados demográficos e de comorbidades da população desta amostra está descrita na tabela 3. Conforme observado, houve maior predomínio de pacientes do sexo feminino, com idade menor que 60 anos, sem cônjuges e com ensino médio. Entre as comorbidades autorrelatadas mais comumente descritas, destacam-se hipertensão arterial, transtorno depressivo, dislipidemia e diabetes mellitus.

Tabela 3 - Frequências das variáveis independentes na amostra

Variável	Descrição	n	Frequência %
Sexo	Feminino	487	67,73
	Masculino	232	32,27
Faixa etária (anos)	18 – 30	193	26,84
	31 – 45	184	25,59
	46 – 60	185	25,73
	61 – 75	138	19,19
	>75	19	2,64
Estado civil	Com cônjuge	273	38,08
	Sem cônjuge	444	61,92
Índice de massa corporal (Kg/m²)	<18,5	5	0,76
	18,5 - 24,9	222	33,94
	25 - 29,9	266	40,67
	30 - 34,9	121	18,50
	35 - 39,9	34	5,20
	>40	6	0,90
Escolaridade (tempo equivalente a)	Nunca Estudou	25	3,48
	Ensino Fundamental I	75	10,43
	Ensino Fundamental II	145	20,17
	Ensino Médio	338	47,01
	Graduação	111	15,44
	Pós-graduação	25	3,48
Renda familiar (salários mínimos)	sem renda	27	3,96
	até 1 salário	119	17,47
	1 a 3 salários	303	44,49
	3 a 6 salários	159	23,35
	6 a 9 salários	41	6,02
	9 a 15 salários	21	3,08
	>15 salários	11	1,62
Comorbidades	Hipertensão arterial sistêmica	204	28,40
	Depressão	154	21,40
	Dislipidemia	122	17,00
	Diabetes	99	13,80
	Doença reumatológica	82	11,40
	Pneumopatia crônica	68	9,50
	Cardiopatia	56	7,80
	Acidente vascular cerebral	8	1,10

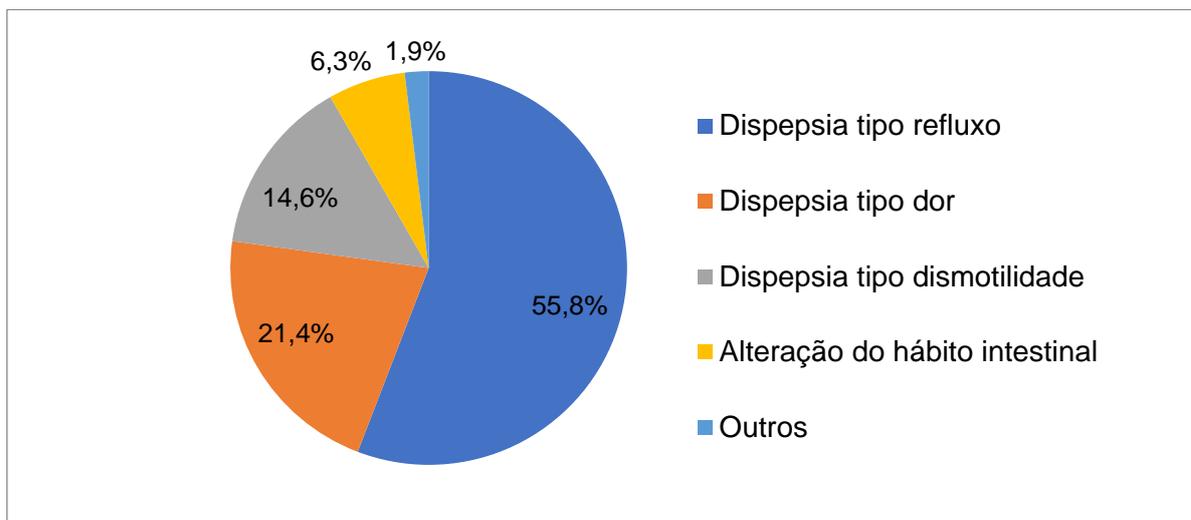
Fonte: a autora, 2020.

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DOS CASOS DE AUTOMEDICAÇÃO PARA SINTOMAS DIGESTIVOS (AMSD)

A análise dos dados revelou que 28,7% (n=206, IC95% 25,3 - 32,0) dos entrevistados afirmaram ter usado alguma medicação para controle de sintomas atribuídos a problemas digestivos nos 15 dias antes da entrevista. Destes, 91,2% referiram que os sintomas dispépticos foram responsáveis pelo uso desta

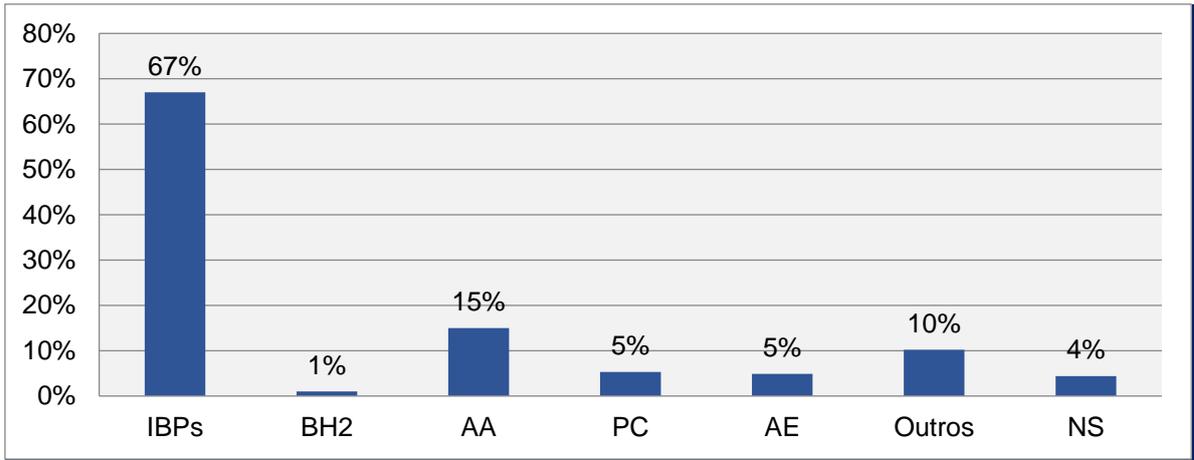
automedicação. Sendo assim a prevalência de uso de automedicação para sintomas dispépticos foi de 26,3% (IC95% 23,1 – 29,5). Estes sintomas dispépticos foram divididos em três grupos: dispepsia tipo refluxo, dispepsia tipo dor e dispepsia tipo dismotilidade. As frequências de cada um dos grupos de sintomas estão detalhadas no gráfico 2. Conforme observado, dispepsia tipo refluxo e dispepsia tipo dor foram os grupos de sintomas mais comumente referidos.

Gráfico 2 - Frequência dos sintomas que motivaram AMSD



Fonte: a autora, 2020.

As medicações usadas pelos entrevistados para controle destes sintomas foram agrupadas em IBPs, bloqueadores H2, antiácidos, pró-cinéticos, antiespasmódicos e outros. Os IBPs foram as medicações mais comumente utilizadas, seguidas pelos antiácidos, entre outros. A frequência de cada classe de medicações utilizada encontra-se ilustrada em detalhes no gráfico 3.

Gráfico 3 - Frequência dos grupos de medicações usadas para AMSD

Fonte: a autora, 2020.

Legenda: Inibidores de Bomba de Prótons (IBPs), Bloqueadores H2 (BH2), Antiácidos (AA), Pró-cinéticos (PC), Antiespasmódicos (AE), não souberam referir (NS).

Quase 20% dos entrevistados que fizeram uso de automedicação para problemas de estômago ou intestino, já tinham feito esse tipo de uso anteriormente. A indicação de uso desta medicação foi atribuída a médico ou odontologista em 68% dos casos, por conta própria em 19,4%, por parentes ou amigos em 8,3%, a farmacêutico em 3,5%, a outros profissionais da saúde em 0,5% e a meios de comunicação em 0,5%.

Sobre a posologia do uso destas medicações, a análise dos dados coletados mostrou que a maioria usou a medicação apenas uma vez ao dia, seguidos de uma vez na semana. Quando perguntados sobre quanto tempo durou ou vai durar o tratamento, a maior parte dos entrevistados respondeu que utiliza sempre que os sintomas voltarem. Esses dados estão descritos na tabela 4.

Tabela 4 - Frequências das diferentes posologias da AMSD

Quantas vezes usou/usa a medicação?		Quanto tempo durou ou vai durar o tratamento?	
De vez em quando	4,4%	Não vai usar mais, tomou até melhorar	2,4%
Uma vez ao dia	40,8%	Tomou apenas uma vez	8,7%
Duas vezes ao dia	8,3%	Até melhorar os sintomas	13,1%
Mais de duas vezes ao dia	1,5%	Sempre que os sintomas voltarem	47,6%
Uma vez na semana	9,2%	Para sempre	14,1%
Mais de uma vez na semana	6,8%	Por até 07 dias	2,9%
Uma vez ao mês	1,5%	Por até 30 dias	3,9%
Mais de uma vez ao mês	1,0%	Por até 2 a 3 meses	3,9%
Se apresentar sintomas	26,2%	Por até 3 a 6 meses	1,9%
Não sabe responder	0,5%	Não sabe responder	1,5%

Fonte: a autora, 2020.

Sobre a eficácia da medicação, 79,4% responderam que a medicação escolhida para controle dos sintomas nos últimos 15 dias funcionou bem, 14,1% funcionou de forma parcial e apenas 5,3% não obteve o resultado esperado, sendo que 1% não soube responder. Perguntados se a medicação trouxe algum incômodo ou problemas de saúde, oito indivíduos responderam que sim, totalizando 5,3%. Destes, 3 casos por sensação de sede e boca seca, 2 casos por piora dos sintomas, 1 caso por alteração do hábito intestinal, 1 caso por dificuldade de memória e tontura e 1 caso por vômitos.

Para se avaliar a facilidade de acesso aos medicamentos, 91,1% dos entrevistados responderam que foi fácil conseguir a medicação, sendo que 45,1% adquiriram o fármaco no Sistema Público de Saúde, 44,5% em farmácias comerciais e 6,3% de parentes ou amigos (tabela 5). Assim, 44,7% referiram que não pagaram pela medicação, 51% que pagaram e 4,4% não souberam responder. A média de preço paga pela medicação usada para controle dos sintomas do aparelho digestivo foi de R\$18,90, variando de R\$1,00 a R\$60,00.

Tabela 5 - Procedência da medicação usada para AMSD

Procedência da medicação	
Sistema Único de Saúde	45,1%
Farmácia Comercial	44,8%
Amigos ou Parentes	6,3%
Farmácia Popular	1,9%
Igreja ou instituição caridade	0,5%
Amostra grátis	0,5%
Não sabe responder	1,0%

Fonte: a autora, 2020

4.3 ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS AO USO DE AUTOMEDICAÇÃO PARA SINTOMAS DIGESTIVOS (AMSD)

Ao se comparar a amostra dos indivíduos que fizeram uso de AMSD com os que não fizeram, observou-se associação significativa com idade, índice de massa corporal e as comorbidades autorrelatadas hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, doença reumatológica e depressão. Não houve associação significativa ao uso de AMSD quanto ao sexo do entrevistado, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar e as comorbidades cardiopatia, pneumopatia crônica e acidente vascular cerebral. Esses achados encontram-se detalhados na tabela 6.

Tabela 6 - Prevalência de AMSD segundo aspectos demográficos e comorbidades

Variável	Descrição	AMSD %	IC (95%)	P
Unidade de coleta	Unidade básica de saúde	27,6	23,6 - 31,6	0,387
	Unidade de pronto atendimento	30,7	24,9 - 36,5	
Sexo	Feminino	30,2	26,1 - 34,3	0,188
	Masculino	25,4	19,8 - 31,0	
Faixa etária	18 a 30 anos	23,3	17,4 - 29,3	0,031*
	31 a 45 anos	23,9	17,7 - 30,1	
	46 a 60 anos	34,6	27,7 - 41,4	
	61 a 75 anos	32,6	24,4 - 40,4	
	mais de 75 anos	42,1	...	
Idade ponto de corte	acima 38 anos	34,4	29,8 - 38,8	0,0001*
	abaixo 38 anos	20,3	15,7 - 25,0	
Estado civil	Com cônjuge	28,6	24,4 - 32,8	0,841
	Sem cônjuge	29,3	23,9 - 34,7	
IMC	menor que 18,5	40,0	...	0,162
	18,5 a 24,9	23,4	17,9 - 29	
	25 a 29,9	29,7	24,2 - 35,2	
	30 a 34,9	31,4	23,1 - 39,7	
	35 a 39,9	44,1	27,4 - 60,8	
	maior que 40	33,3	...	
IMC ponto de corte	maior que 26,8	35,1	29,9 - 40,4	0,0001*
	menor que 26,8	22,8	18,3 - 27,3	
Escolaridade (equivalente)	Nunca Estudou	32,0	...	0,780
	Ensino Fundamental I	24,0	14,3 - 33,7	
	Ensino Fundamental II	32,4	24,8 - 40,0	
	Ensino Médio	27,2	22,5 - 32,0	
	Graduação	29,7	21,2 - 38,2	
	Pós Graduação	32,0	...	
Renda familiar	sem renda	22,2	...	0,917
	até 1 salário mínimo	30,3	22,0 - 38,5	
	1 a 3 salários mínimos	29,4	24,2 - 34,5	
	3 a 6 salários mínimos	26,4	19,6 - 33,3	
	6 a 9 salários mínimos	26,8	13,3 - 40,4	
	9 a 15 salários mínimos	33,3	...	
	maior que 15 salários mínimos	18,2	...	
Comorbidades	Hipertensão arterial sistêmica	37,7	31,1 - 44,4	0,001*
	Diabetes	37,4	27,8 - 46,9	0,039*
	Dislipidemia	39,3	30,7 - 48,9	0,004*
	Cardiopatía	35,5	23,2 - 48,3	0,223
	Acidente vascular cerebral	50,0	...	0,179
	Pneumopatia crônica	36,8	25,3 - 48,2	0,120
	Doença reumatológica	41,5	30,8 - 52,1	0,006*
	Depressão	38,3	30,6 - 46,0	0,003*

Fonte: a autora, 2020

O grupo que fez AMSD apresentou média de idade maior ($48 \pm 16,44$ anos, $p=0,001$) que o grupo que não fez uso nos 15 dias anteriores da entrevista ($43 \pm 16,87$ anos), com ponto de corte determinado pela curva ROC de 38 anos. Da mesma forma, o grupo que fez AMSD apresentou maior média do IMC ($28 \pm 4,75$ Kg/m², $p=0,003$) que o grupo que não faz uso desta automedicação ($26,8 \pm 4,55$ Kg/m²), com ponto de corte de 26,7 determinado pela curva ROC.

Para se avaliar de forma conjunta o efeito dos fatores independentes sobre a probabilidade de se usar AMSD foram ajustados dois modelos de regressão logística, incluindo-se os fatores com significância estatística na análise univariada. O primeiro considerando idade e IMC como variáveis quantitativas e o segundo usando seus pontos de corte definidos pelo ajuste da curva ROC (tabela 7). Nesta análise, foi possível perceber que, controlado para os demais fatores, a maior idade, o maior IMC e a presença de autorrelato de depressão são fatores independentes associados ao uso de automedicação para sintomas digestivos na população alvo deste estudo.

Tabela 7 - Análise de regressão logística multivariada para a probabilidade de AMSD

	Variável	OR	IC 95%	P
Modelo 1	IMC	1,045	1,007 - 1,085	0,02
	Idade	1,011	1,000 - 1,022	0,05
	Depressão	1,523	1,023 - 2,268	0,04
Modelo 2	IMC acima 26,8	1,660	1,166 - 2,362	0,00
	Idade acima 38 anos	1,743	1,177 - 2,580	0,01
	Depressão	1,471	0,983 - 2,201	0,06

Fonte: a autora, 2020.

Desta forma pode-se analisar que para cada ponto de elevação do IMC aumenta-se o risco de AMSD em 4,5%, assim como que para cada ano a mais de idade, este risco se eleva em 1,1%. Na presente amostra a presença de autorrelato de depressão eleva o risco de AMSD em 52% (IC 95% 1,02 – 2,27), pelo modelo de regressão 1. Os valores descritos são semelhantes no modelo 2.

5. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou que a prevalência de uso de automedicação para sintomas dispépticos, na população atendida no serviço público de saúde na cidade de Curitiba, foi maior que a observada na maior parte dos estudos da literatura. Observou-se que 26,3% (IC95% 23,1 – 29,5) da população estudada, referiram uso desta automedicação nos 15 dias que antecederam a pesquisa. A classe de medicação mais usada foi a dos inibidores de bomba de prótons e 68% já apresentava indicação de uso prévio por parte de um médico. Ainda, a análise dos dados mostrou que indivíduos com idade maior que 38 anos, IMC maior que 26 Kg/m², hipertensos, diabéticos, portadores de doença reumatológica, dislipidemia e transtorno depressivo, fizeram maior uso deste tipo de automedicação, do que os não portadores destas condições. Em análise multivariada, controlando para os demais fatores, indivíduos com mais idade, com sobrepeso ou obesidade e autorrelato de depressão apresentaram maior probabilidade de se automedicarem para dispepsia.

Quanto à prevalência do uso de AMSD, a população estudada apresentou índices mais altos (28,7%) do que a maioria dos estudos sobre o tema previamente publicados. Shehnaz e colaboradores, em 2014, em uma revisão sistemática, encontraram prevalência de 9,3% (20), e no grande inquérito nacional sobre o uso de medicações, o PNAUM (35) a prevalência foi de cerca de 6,6% para o uso automedicação destas classes de drogas. As diferenças metodológicas entre os estudos podem explicar esses resultados. A presente amostra foi extraída de uma população com acesso ao sistema de saúde na atenção primária, o que pode justificar uma maior experiência prévia com medicações já prescritas para controle de seus sintomas. Já no PNAUM (52), o inquérito foi aplicado em domicílio, incluindo indivíduos que não frequentam o sistema de saúde. Ainda quanto à metodologia, os demais estudos tiveram como objetivo avaliar a prevalência de automedicação geral e não especificamente para sintomas digestivos. Assim, o presente estudo constitui a primeira pesquisa nacional especificamente sobre este tema (AMSD) na atenção primária.

Dentro das características da atenção primária a saúde desta cidade, outra possível justificativa para esta maior prevalência encontrada deve-se à facilidade de acesso aos inibidores de bomba de prótons, que são dispensados de forma gratuita

pelo sistema de saúde público da cidade de Curitiba, o que não ocorreu em outras localidades na época de realização dos demais estudos. Além disso, essa classe de medicações teve redução significativa nos seus custos no sistema privado neste período (35). Cerca de 45% dos entrevistados referiram ter adquirido a medicação nas farmácias públicas e 44% em farmácias comerciais, com preço médio menor que R\$ 0,60 por dose.

Em virtude de esta pesquisa ter sido realizada em população urbana, de uma grande capital, com condições sócio-educacionais e econômicas muito melhores que a média do país (53), ela apresenta algumas características peculiares, que poderiam explicar a maior prevalência deste tipo de automedicação. Neste cenário, a automedicação responsável encontra substrato para sua efetivação. Conforme mencionado anteriormente (tabela 1), as características do indivíduo são fundamentais para a prática de automedicação como autocuidado (2). Espera-se que o indivíduo tenha tido oportunidade educacional de compreender seus sintomas, identificar a gravidade e propor medidas efetivas para seu alívio ou tratamento, sendo elas automedicação em condições menor gravidade clínica, ou procura a atendimento médico. O presente estudo revelou que mais de 65,9% dos entrevistados tem escolaridade de pelo menos 9 nove anos, e com conclusão de pelo menos o ensino médio e mais de 37% possuem renda familiar acima de R\$ 3.000,00. Esses e outros dados fazem com que Curitiba esteja entre os dez municípios mais desenvolvidos do Brasil (53).

Fatores como sexo e estado civil pareceram não influenciar o uso de AMSD diferentemente dos achados da literatura quanto ao uso de automedicação geral. Tanto em pesquisas internacionais, como nacionais, evidenciou-se uma maior prevalência de automedicação entre mulheres do que em homens (7,12,20), o que não foi observado com o uso específico de medicações para sintomas do aparelho digestivo no presente estudo. Os tipos de medicamentos mais ligados à automedicação são os analgésicos. Dentre os sintomas mais comuns que levam ao uso de automedicação estão a cefaleia e sintomas relacionados ao período menstrual. Sabe-se que esses sintomas são mais frequentes em mulheres, o que pode justificar o maior uso de analgésicos em mulheres que em homens. Já os sintomas dispépticos são tão frequentes em mulheres quanto em homens, possivelmente equilibrando os resultados do presente estudo.

Dentre os fatores que podem influenciar o uso de AMSD, observou-se que o aumento do IMC contribuiu para esta prática. Hábitos alimentares inadequados aumentam a incidência de sintomas dispépticos, e o sobrepeso e a obesidade são importantes fatores causais da doença do refluxo gastroesofágico e dispepsia, entre outros problemas digestivos (54,55). Tais condições podem estar correlacionadas com os dados encontrados.

Na literatura observa-se que o uso de automedicação em geral aumenta em populações de maior idade, principalmente acima dos 40 anos (8,20), de forma semelhante ao encontrado na população do presente estudo. Dentre os vários fatores que podem justificar tal fato, destaca-se que na população acima dos 40 anos, o fator determinante para uso de automedicação é o reuso de medicação já conhecida (7,12,56). Em análise sobre o PNAUM, Pons e colaboradores mostraram que 73,8% dos entrevistados referiram o uso de automedicação baseada no uso prévio da mesma medicação (12). Assim como as características do indivíduo são importantes para uma automedicação responsável, a droga em questão deve apresentar um perfil adequado para esta prática, como descritos anteriormente na tabela 1 (2). Desta forma, medicações com alta eficácia e baixa incidência de efeitos colaterais percebidos pelos usuários, como os inibidores de bomba de prótons, tendem a serem reutilizados com maior frequência (57). No presente estudo, 85% dos entrevistados responderam que a medicação escolhida para controle dos sintomas digestivos foi eficaz e menos de 6% relataram algum efeito colateral com a medicação.

No entanto, o perfil de segurança dos inibidores de bomba de prótons, para uso por período prolongado, pode não ser como se acredita (47). Cada vez mais estudos encontram evidências e recomendam que o uso desta classe de medicação seja feito com a menor dose possível, pelo menor tempo de uso e com revisões frequentes da sua necessidade (48). As atuais evidências, contudo, não indicam a necessidade de interromper o tratamento daqueles com indicação de supressão da secreção ácida. Atenção especial deve-se às possíveis interações medicamentosas dos inibidores de bomba de prótons com outras drogas (46). Neste contexto, indivíduos que necessitam fazer uso de várias classes de drogas para tratamento de comorbidades poderiam estar mais sujeitos a efeitos adversos. No presente estudo, percebeu-se que indivíduos com autorrelato de hipertensão arterial sistêmica

(37,7%, $p=0,001$), diabetes (37,4%, $p=0,039$), dislipidemia (39,3%, $p=0,004$), doença reumatológica (41,5% $p=0,006$) e depressão (38,3%, $p=0,003$), fizeram mais uso de automedicação para controle de sintomas digestivos, que os não portadores destas comorbidades.

Em relação, ainda, à presença de doenças crônicas, chama à atenção a associação entre indivíduos que autorrelatam depressão e o uso de AMSD. Conforme a presente análise, ser portador de transtorno depressivo eleva em 52% o risco de se fazer uso de automedicação para sintomas digestivos, controlado para os demais fatores. Tal fato pode ser explicado pela maior prevalência de sintomas dispépticos na população com esta comorbidade (58,59), tanto como manifestação de dispepsia funcional, como por efeitos adversos do uso de medicações psicotrópicas. Este tema merece especial atenção e necessita de estudos mais detalhados, para melhor compreensão das implicações desta associação.

O presente estudo está associado a algumas limitações que devem ser consideradas na análise geral dos resultados. O questionário utilizado foi inicialmente desenvolvido para investigação domiciliar sobre o uso de medicações, e possível viés de sua interpretação ao passo que foi aplicado na população que já está dentro de um sistema de saúde, no caso a atenção primária (60,61). Entretanto, o método utilizado possivelmente permite que seus resultados possam ser interpretados para se assessorar o serviço de saúde pública nesta cidade. Ainda, por ter sido aplicado em população urbana, assistida pelo sistema público de saúde, de uma grande cidade da região sul do Brasil, pode não representar a realidade de outras populações do Brasil e outros países do continente Latinoamericano. A coleta dos dados analisados foi realizada a partir da aplicação do questionário específico por sete entrevistadores diferentes, que embora treinados, podem gerar diferentes interpretações de algumas respostas. Apesar destas limitações, trata-se do primeiro estudo com dados sólidos sobre o uso de automedicação para sintomas dispépticos realizado no Brasil, que foi capaz de avaliar os fatores associados e o perfil desta população. A amostra tem representatividade importante na cidade, devido à coleta ter sido realizada em todos os distritos sanitários de forma uniforme, e com uma amostragem significativa da população, correspondente a mais que o dobro do cálculo amostral inicial. Desta forma, a alta prevalência encontrada do uso de inibidores de bomba de prótons, evidencia a necessidade de se implementar medidas de educação em saúde pelas sociedades de especialistas nesta área, no

sentido de conscientização dos riscos e benefícios desta prática, que muitas vezes pode levar ao atraso no diagnóstico e exposição da população aos efeitos adversos desta classe de medicação (42,62,63).

6. CONCLUSÕES

A prevalência do uso de automedicação para controle dos sintomas dispépticos foi elevada na população estudada em relação aos demais estudos sobre o tema (cerca de 26%).

Os indivíduos com mais de 38 anos relataram maior uso de AMSD, sendo que para cada aumento de um ano na idade, se eleva em 4,5% a chance desta prática. Indivíduos com IMC maior que 26,7 Kg/m², igualmente relataram maior uso de AMSD.

Portadores de sobrepeso ou obesidade, autorrelato de hipertensão arterial sistêmica, diabetes, dislipidemia, doença reumatológica e depressão relataram maior uso de AMSD que os não portadores destas comorbidades. A idade, o sobrepeso ou obesidade, ou autorrelato de depressão, mostraram-se serem fatores independentes para automedicação dessa classe de drogas.

O uso prévio da medicação com sucesso no controle dos sintomas, facilidade de acesso e a indicação prévia por profissional de saúde foram os principais fatores motivadores de AMSD.

Dentre os medicamentos utilizados para controle dos sintomas dispépticos, os inibidores de bomba de prótons foram a classe de drogas mais utilizada (67%), seguido dos antiácidos (15%). Dos entrevistados, cerca de 50% relataram que fizeram uso da medicação apenas uma vez ao dia e quando apresentavam sintomas.

Os resultados do presente estudo constituem dados preliminares sobre este tema e estudos de abrangência nacional, com diferentes populações, devem ser realizados para melhor compreensão do perfil destes pacientes. Percebe-se que a população de estudo contemplou vários requisitos para uso de automedicação responsável, e que os inibidores de bomba de prótons podem ser uma boa opção para este uso nos pacientes com queixas dispépticas, desde que estes recebem orientação sobre seu uso. Existem várias medidas também efetivas para controle da dispepsia, como perda de peso, hábitos alimentares saudáveis e uso racional das medicações para tratamento das doenças crônicas. A alta prevalência do uso de inibidores de bomba de prótons para controle de dispepsia como automedicação, alerta para a possibilidade de uso abusivo. Há clara necessidade de se programar

medidas de educação em saúde e capacitação dos profissionais de saúde para melhor definição de riscos e benefícios desta prática na atenção primária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stearns SC, Bernard SL, Fasick SB, Schwartz R, Konrad TR, Ory MG, et al. The economic implications of self-care: The effect of lifestyle, functional adaptations, and medical self-care among a national sample of medicare beneficiaries. *Am J Public Health*. 2000;90(10):1608–12.
2. World Health Organization. Guidelines for the regulatory assessment of medicinal products for use in self-medication [Internet]. Vol. 14, WHO Drug Information. Geneva; 2000. p. 18–26. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2218e/>
3. World Health Organization. The Role of the Pharmacist in Self-Care and Self-Medication [Internet]. 1998. p. 1–24. Available from: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jwhozip32e/>.
4. Noone J, Blanchette CM. The value of self-medication: summary of existing evidence. *J Med Econ* [Internet]. 2018;21(2):201–11. Available from: <https://doi.org/10.1080/13696998.2017.1390473>
5. Bennadi D. Self-medication: A current challenge. *J Basic Clin Pharm*. 2014;5(1):19.
6. Shaighagh A, Asadi M, Allahverdipour H. Predictors of self-medication behavior: A systematic review. *Iran J Public Health*. 2014;43(2):136–46.
7. Fuentes Albarrán K, Villa Zapata L. Analysis and quantification of self-medication patterns of customers in community pharmacies in southern Chile. *Pharm World Sci*. 2008;30(6):863–8.
8. 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.
9. Abdelwahid Saeed A. Self-medication among primary care patients in Farazdak clinic in Riyadh. *Soc Sci Med* [Internet]. 1988 Jan;27(3):287–9. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0277953688901335>
10. Figueiras A, Otero JJG, Caamano-Isorna F. Sociodemographic factors related to self-medication in Spain. *Eur J os Epidemiol*. 2000;16:19–26.
11. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política nacional de medicamentos. *Diário Oficial da União*. 10 nov 1998; Seção1:18. [Internet]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html

12. Pons EDS, Knauth DR, Vigo Á, Mengue SS, Gadelha CAG, Costa KS, et al. PNAUM Predisposing factors to the practice of self-medication in Brazil: Results from the National Survey on Access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines. *PLoS One*. 2017;12(12):1–12.
13. Tesfamariam S, Anand IS, Kaleab G, Berhane S, Woldai B, Habte E, et al. Self-medication with over the counter drugs, prevalence of risky practice and its associated factors in pharmacy outlets of Asmara, Eritrea. *BMC Public Health*. 2019;19(1):1–9.
14. Naves J de OS, de Castro LLC, de Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: Uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Cienc e Saude Coletiva*. 2010;15(SUPPL. 1):1751–62.
15. Chouhan K, Prasad SB. Self-medication and their consequences: A challenge to health professional. *Asian J Pharm Clin Res*. 2016;9(2):314–7.
16. De Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Cienc e Saude Coletiva*. 2008;13(SUPPL. 0):733–6.
17. Loyola Filho a I, Lima-costa MF, Uchoa E. Bambuí Project : a qualitative approach to self-medication Projeto Bambuí : uma abordagem qualitativa na investigação da automedicação. *Cad Saude Publica*. 2004;20(6):1661–9.
18. Aziz MM, Masood I, Yousaf M, Saleem H, Ye D, Fang Y. Pattern of medication selling and self-medication practices: A study from Punjab, Pakistan. *PLoS One*. 2018;13(3):1–12.
19. Garofalo L, Di Giuseppe G, Angelillo IF. Self-medication practices among parents in italy. *Biomed Res Int*. 2015;2015.
20. Shehnaz SI, Agarwal AK, Khan N. A systematic review of self-medication practices among adolescents. *J Adolesc Heal [Internet]*. 2014;55(4):467–83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.07.001>
21. Lee CH, Chang FC, Hsu S Der, Chi HY, Huang LJ, Yeh MK. Inappropriate self-medication among adolescents and its association with lower medication literacy and substance use. *PLoS One*. 2017;12(12):1–14.
22. Mortazavi SS, Shati M, Khankeh HR, Ahmadi F, Mehravaran S, Malakouti SK. Self-medication among the elderly in Iran: A content analysis study. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):1–12.
23. Corrêa Da Silva MG, Soares MCF, Muccillo-Baisch AL. Self-medication in university students from the city of Rio Grande, Brazil. *BMC Public Health*

- [Internet]. 2012;12(1):1. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/1471-2458-12-339>
24. Mengue SS, Bertoldi AD, Boing AC, Tavares NUL, Pizzol T da SD, Oliveira MA, et al. PNAUM National Survey on access, Use and Promotion of Rational Use of Medicines: Household survey component methods. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):1–13.
 25. Khalifeh MM, Moore ND, Salameh PR. Self-medication misuse in the Middle East: a systematic literature review. *Pharmacol Res Perspect*. 2017;5(4):1–13.
 26. Gnjidic D, Du W, Pearson SA, Hilmer SN, Banks E. Ascertainment of self-reported prescription medication use compared with pharmaceutical claims data. *Public Heal Res Pract*. 2017;27(4):1–7.
 27. Miguel AG De, Herna V, Rey U, Carlos J. Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population. Vol. 17, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*. 2008. p. 193–9.
 28. Bertoldi AD, Telis Silveira MP, Menezes AMB, Formoso Assunção MC, Gonçalves H, Hallal PC. Tracking of medicine use and self-medication from infancy to adolescence: 1993 Pelotas (Brazil) birth cohort study. *J Adolesc Heal* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2020 Feb 26];51(SUPPL. 6):S11–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X12002832>
 29. Jerez-Roig J, Medeiros LFB, Silva VAB, Bezerra CLPAM, Cavalcante LAR, Piuvezam G, et al. Prevalence of Self-Medication and Associated Factors in an Elderly Population: A Systematic Review. *Drugs and Aging*. 2014;31(12):883–96.
 30. Tobi H, Meijer WM, Tuinstra J, De Jong-van den Berg LTW. Socio-economic differences in prescription and OTC drug use in Dutch adolescents. *Pharm World Sci*. 2003;25(5):203–6.
 31. Begashaw Bekele B, Tesema Berkesa S, Tefera E, Kumalo A. Self-Medication Practice in Limmu Genet, Jimma Zone, Southwest Ethiopia: Does Community Based Health Insurance Scheme Have an Influence? *J Pharm*. 2018;2018:1–8.
 32. Shafie M, Eyasu M, Muzeyin K, Worku Y, Martín-Aragón S. Prevalence and determinants of selfmedication practice among selected households in Addis Ababa community. *PLoS One*. 2018;13(3):1–20.
 33. Balamurugan E, Ganesh K. Prevalence and pattern of self medication use in coastal regions of south india. *Br J Med Pract*. 2011;4(3).

34. Ocan M, Obuku EA, Bwanga F, Akena D, Richard S, Ogwal-Okeng J, et al. Household antimicrobial self-medication: A systematic review and meta-analysis of the burden, risk factors and outcomes in developing countries. *BMC Public Health* [Internet]. 2015;15(1):1–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12889-015-2109-3>
35. Arrais PSD, Fernandes MEP, Pizzol T da SD, Ramos LR, Mengue SS, Luiza VL, et al. PNAUM Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. *Rev Saude Publica*. 2016;50(supl 2):1–11.
36. Tack J, Bisschops R, Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia. *Gastroenterology*. 2004;127(4):1239–55.
37. Mitiko Matsuda N, Costa Maia C, de Almeida Troncon LE. Dispepsia funcional: revisão de diagnóstico e fisiologia. *Diagn Trat*. 2010;15(3):114–6.
38. Drossman DA. The Functional Gastrointestinal Disorders and the Rome III Process. *Gastroenterology*. 2006;130(5):1377–90.
39. Talley NJ, Zinsmeister AR, Schleck CD, Joseph L, Iii M. Dyspepsia and Dyspepsia Subgroups: A Population-Based Study. Vol. 102, *Gastroenterology*. 1992.
40. Schmulson MJ, Drossman DA. What is new in Rome IV. *J Neurogastroenterol Motil*. 2017;23(2):151–63.
41. Boardman HF, Heeley G. The role of the pharmacist in the selection and use of over-the-counter proton-pump inhibitors. *Int J Clin Pharm*. 2015;37(5):709–16.
42. Mehuys E, Van Bortel L, De Bolle L, Van Tongelen I, Remon JP, De Looze D. Self-medication of upper gastrointestinal symptoms: A community pharmacy study. *Ann Pharmacother*. 2009;43(5):890–8.
43. Kassie AD, Bifftu BB, Mekonnen HS. Self-medication practice and associated factors among adult household members in Meket district, Northeast Ethiopia, 2017. *BMC Pharmacol Toxicol*. 2018;19(1):4–11.
44. Krol N, Muris JWM, Schattenberg G, Grol R, Wensing M. Use of prescribed and non-prescribed medication for dyspepsia. *Scand J Prim Health Care*. 2004;22(3):163–7.
45. Nehra AK, Alexander JA, Loftus CG, Nehra V. Proton Pump Inhibitors: Review of Emerging Concerns. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2018;93(2):240–6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.10.022>
46. Yu LY, Sun LN, Zhang XH, Li YQ, Yu L, Yuan ZQY, et al. A Review of the

- Novel Application and Potential Adverse Effects of Proton Pump Inhibitors. *Adv Ther.* 2017;34(5):1070–86.
47. Schoenfeld AJ, Grady D. Adverse Effects Associated With Proton Pump Inhibitors. *JAMA Intern Med* [Internet]. 2016 Feb 1;176(2):172. Available from: <http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamainternmed.2015.7927>
 48. Haastrup PF, Thompson W, Søndergaard J, Jarbøl DE. Side Effects of Long-Term Proton Pump Inhibitor Use: A Review. *Basic Clin Pharmacol Toxicol.* 2018;123(2):114–21.
 49. Antoniou T, Macdonald EM, Hollands S, Gomes T, Mamdani MM, Garg AX, et al. Proton pump inhibitors and the risk of acute kidney injury in older patients: a population-based cohort study. *C Open.* 2015;3(2):E166–71.
 50. Eusebi LH, Rabitti S, Artesiani ML, Gelli D, Montagnani M, Zagari RM, et al. Proton pump inhibitors: Risks of long-term use. *J Gastroenterol Hepatol.* 2017;32(7):1295–302.
 51. Johnson DA, Oldfield EC. Reported Side Effects and Complications of Long-term Proton Pump Inhibitor Use: Dissecting the Evidence. *Clin Gastroenterol Hepatol* [Internet]. 2013;11(5):458–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2012.11.031>
 52. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência T e IE. PNAUM Componente populacional : introdução, método e instrumentos. Distrito fereral Brasília; 2016. 80 p.
 53. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. No Title [Internet]. 2020. Available from: <https://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html>
 54. Mazzoleni F, Mazzoleni LE, de Magalhães Francesconi CF, Sander GB, Von Reisswitz PS, Milbradt TC, et al. Potential roles of *Helicobacter pylori* treatment, body mass index and waist circumference in the causation of erosive esophagitis: a randomized clinical trial (HEROES-GERD). *Int J Obes* [Internet]. 2020 Jan 13;44(1):147–58. Available from: <http://www.nature.com/articles/s41366-019-0391-3>
 55. Vaishnav B, Bamanikar A, Maske P, Reddy A, Dasgupta S. Gastroesophageal reflux disease and its association with body mass index: Clinical and endoscopic study. *J Clin Diagnostic Res.* 2017;11(4):OC01–4.

56. Bolaños H. Responsible Self-Medication in Latin America. Vol. 39, *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*. 2005. p. 99–107.
57. Selby K, Cornuz J, Cohidon C, Gaspoz JM, Senn N. How do Swiss general practitioners agree with and report adhering to a top-five list of unnecessary tests and treatments? Results of a cross-sectional survey. *Eur J Gen Pract* [Internet]. 2018;24(1):32–8. Available from: <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1395018>
58. Lin S, Gao T, Sun C, Jia M, Liu C, Ma A. The association between functional dyspepsia and depression: A meta-analysis of observational studies. Vol. 31, *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2019. p. 911–8.
59. Da Silva RA, Pinheiro RT, Da Silva RA, Horta BL, Moraes I, Faria AD. Functional dyspepsia and depression as an associated factor. *Arq Gastroenterol*. 2006;43(4):293–8.
60. Conn HO, Snyder N, Atterbury CE. The Berkson bias in action. *Yale J Biol Med*. 1979;52(1):141–7.
61. Heid IM, Küchenhoff H, Miles J, Kreienbrock L, Wichmann HE. Two dimensions of measurement error: Classical and Berkson error in residential radon exposure assessment. *J Expo Anal Environ Epidemiol*. 2004;14(5):365–77.
62. de Sousa LAO, Fonteles MM de F, Monteiro MP, Mengue SS, Bertoldi AD, Dal Pizzol T da S, et al. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. *Cad Saude Publica*. 2018;34(4):1–14.
63. Ruiz M. Risks of Self-Medication Practices. *Curr Drug Saf*. 2010;5(4):315–23.

ANEXOS

ANEXO 1 – QUESTIONÁRIO PARA A PLATAFORMA QUALTRICS

Questionário: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM AUTOMEDICAÇÃO PARA CONTROLE DOS SINTOMAS DISPÉPTICOS

Meu nome é _____, sou pesquisador da PUC PR e estou realizando uma pesquisa sobre uso de remédios e preciso de sua colaboração. Sua participação é muito importante. Podemos conversar?

(Se tiverem dúvidas, é um bom momento para explicar). Entregar o consentimento informado)

Bloco 0 – INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADOR

- 0.1 Unidade de Saúde:
 0.2 Data do preenchimento:
 0.3 Entrevistador:

Bloco 1 - I01- INFORMAÇÕES DO ENTREVISTADO

Vou começar fazendo algumas perguntas sobre a(o) Sr(a).

1.2 Em qual estado o(a) Sr(a) nasceu?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acre | <input type="checkbox"/> Mato Grosso | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Sul |
| <input type="checkbox"/> Alagoas | <input type="checkbox"/> Mato Grosso do Sul | <input type="checkbox"/> Rondônia |
| <input type="checkbox"/> Amapá | <input type="checkbox"/> Minas Gerais | <input type="checkbox"/> Roraima |
| <input type="checkbox"/> Amazonas | <input type="checkbox"/> Pará | <input type="checkbox"/> Santa Catarina |
| <input type="checkbox"/> Bahia | <input type="checkbox"/> Paraíba | <input type="checkbox"/> São Paulo |
| <input type="checkbox"/> Ceará | <input type="checkbox"/> Paraná | <input type="checkbox"/> Sergipe |
| <input type="checkbox"/> Distrito Federal | <input type="checkbox"/> Pernambuco | <input type="checkbox"/> Tocantins |
| <input type="checkbox"/> Espírito Santo | <input type="checkbox"/> Piauí | <input type="checkbox"/> Outro país |
| <input type="checkbox"/> Goiás | <input type="checkbox"/> Rio de Janeiro | 1.2a Outro país: |
| <input type="checkbox"/> Maranhão | <input type="checkbox"/> Rio Grande do Norte | 99 – NS/NR |

1.3 Em qual cidade deste estado o(a) Sr(a) nasceu?

(ex: Belo Horizonte)

99 – NS/NR

1.4 É casado(a) ou vive com companheiro(a)?

- Sim
 Não, mas já viveu antes
 Nunca viveu

1.5 A sua cor ou raça é: **Ler as alternativas**

- Branca
 Preta
 Amarela
 Parda
 Indígena
 NS/NR

1.6 Qual é o seu peso atual?

||_|_| Kg
999 = NS/NR

1.7 Qual é a sua altura?

||_|_| centímetros
999 = NS/NR

1.8 Sabe ler e escrever?

1 Sim
2 Não => *Passe para 2.1.0*

1.9 Até que série e grau o(a) Sr(a) estudou? **Considere as séries completas de estudo**

1.10 Curso primário

1.10a Admissão

1.10b Curso ginásial ou ginásio

1.11 1º grau ou fundamental ou supletivo de primeiro grau ou EJA

1.12 2º grau ou colégio técnico ou normal ou científico ou ensino médio ou supletivo de segundo grau ou EJA

1.13 3º grau ou curso superior Completo Incompleto

1.14 Pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado)

1.15 Nunca estudou

1.16 NS/NR

1.10 Sexo do entrevistado: () Masculino () Feminino

1.11 Idade do entrevistado:

Bloco 2 - I02 – DOENÇAS CRÔNICAS

Agora, vou fazer algumas perguntas sobre a sua saúde.

HIPERTENSÃO

2.1.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem hipertensão ou pressão alta?

Sim
 Não => *Passe para 2.2.0*

2.1.1 Que idade o (a) Sr(a) tinha na primeira vez em que o médico lhe disse que tinha pressão alta?

Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele

||_| anos

00 = Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.1.2 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a pressão alta?

Sim
 Não => *Passe para 2.1.8*

2.1.3 O(a) Sr(a) está tomando algum desses remédios?

Sim
 Não => *Passe para 2.1.7*

2.1.4 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.1.4a Remédio 1

2.1.4b Remédio 2

2.1.4c Remédio 3

DIABETES

2.2.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem diabetes ou açúcar alto no sangue?

Sim

Não => *Passe para 2.3.0*

2.2.1 Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha diabetes? **Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele**

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.2.2 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para diabetes que não seja a insulina?

Sim

Não => *Passe para 2.2.6*

Para controlar o diabetes:

2.2.3 O(a) Sr(a) está usando algum destes remédios?

Sim

Não => *Passe para 2.2.6*

2.2.4 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.2.4a Remédio 1

2.2.4b Remédio 2

2.2.4c Remédio 3

DOENÇAS DO CORAÇÃO

2.3.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem, ou teve, doença do coração, como infarto, angina, insuficiência cardíaca, arritmia ou outra?

Sim

Não => *Passe para 2.4.0*

2.3.1 Quais doenças do coração o médico disse que o(a) Sr(a) tem ou teve:

- Infarto => *Passe para 2.3.2*

- Angina => *Passe para 2.3.2*

- Insuficiência cardíaca => *Passe para 2.3.2*

- Arritmia => *Passe para 2.3.2*

- Outra

- NS/NR => *Passe para 2.3.2*

2.3.1a Qual?

2.3.2 Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha esta(s) doença(s)?

Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.3.3 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para esta(s) doença(s)?

Sim

Não => *Passe para 2.3.9*

2.3.4 O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?

Sim

Não => *Passe para 2.3.8*

2.3.5 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.3.5a Remédio 1

- 2.3.5b Remédio 2
2.3.5c Remédio 3

COLESTEROL ALTO

2.4.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem colesterol alto?

- Sim
 Não => *Passe para 2.5.0*

2.4.1 Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha colesterol alto?

Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.4.2 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para o colesterol?

- Sim
 Não => *Passe para 2.4.8*

2.4.3 O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?

- Sim
 Não => *Passe para 2.4.7*

2.4.4 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.4.4a Remédio 1

2.4.4b Remédio 2

2.4.4c Remédio 3

AVC (ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL)

2.5.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) teve AVC (Acidente Vascular Cerebral) ou derrame?

- Sim
 Não => *Passe para 2.6.0*

2.5.1 Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que teve AVC? **Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele**

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.5.2 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio por causa do AVC?

- Sim
 Não => *Passe para 2.5.8*

2.5.3 O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?

- Sim
 Não => *Passe para 2.5.7*

2.5.4 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.5.4a Remédio 1

2.5.4b Remédio 2

2.5.4c Remédio 3

DOENÇA PULMONAR CRÔNICA (ASMA, BRONQUITE CRÔNICA, ENFISEMA OU OUTRA)

2.6.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem asma, bronquite crônica, enfisema ou outra doença pulmonar?

- Sim
 Não => *Passe para 2.7.0*

2.6.1 Quais doenças do pulmão o médico disse que o(a) Sr(a) tem?

- Asma => *Passe para 2.6.2*
- Bronquite crônica => *Passe para 2.6.2*
- Enfisema pulmonar => *Passe para 2.6.2*
- Outra doença pulmonar
- NS/NR => *Passe para 2.6.2*

2.6.1a Qual?

2.6.2 Que idade o(a) Sr(a) tinha quando o médico lhe disse que tinha esta doença? **Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele**

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.6.3 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para esta doença?

Sim

Não => *Passe para 2.6.10*

2.6.4 O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?

Sim

Não => *Passe para 2.6.9*

2.6.5 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.6.5a Remédio 1

2.6.5b Remédio 2

2.6.5c Remédio 3

ARTRITE OU REUMATISMO

2.7.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem artrite, artrose, ou reumatismo?

Sim

Não => *Passe para 2.8.0*

2.7.1 Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha artrite, artrose ou reumatismo? **Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele**

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.7.2 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a artrite ou reumatismo?

Sim

Não => *Passe para 2.7.9*

2.7.3 O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?

Sim

Não => *Passe para 2.7.8*

2.7.4 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.7.4a Remédio 1

2.7.4b Remédio 2

2.7.4c Remédio 3

DEPRESSÃO

2.8.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem depressão?

Sim

Não => *Passe para 2.9.0*

2.8.1 Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha depressão? **Caso o entrevistado relate uma idade aproximada, anote a idade aproximada declarada por ele**

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.8.2 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para a depressão?

Sim

Não => *Passe para 2.8.8*

2.8.3 O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?

Sim

Não => *Passe para 2.8.7*

2.8.4 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.8.4a Remédio 1

2.8.4b Remédio 2

2.8.4c Remédio 3

OUTRA DOENÇA COM MAIS DE 6 MESES DE DURAÇÃO

2.9.0 Algum médico já lhe disse que o(a) Sr(a) tem alguma outra doença com mais de seis meses de duração?

Sim

Não => *Passe para 2.9.28*

2.9.1 Quais? **Listar abaixo as doenças**

Doença 1:

2.9.2 Que idade o(a) Sr(a) tinha na primeira vez que o médico lhe disse que tinha _____?

|_|_| anos

00= Se menos de 1 ano

99 = NS/NR

2.9.3 O(a) Sr(a) tem indicação médica para usar algum remédio para _____?

Sim

Não => *Passe para 2.9.10*

2.9.4 O(a) Sr(a) está usando algum desses remédios?

Sim

Não => *Passe para 2.9.9*

2.9.5 Qual(is)? **Listar abaixo os remédios**

2.9.5a Remédio 1

2.9.5b Remédio 2

2.9.5c Remédio 3

Há algum remédio que o(a) entrevistado(a) toma, para as doenças citadas, mas não sabe identificar para qual doença o toma?

Sim

Não => *Passe para questão 2.9.28*

Informe o(s) nome(s) do(s) remédio(s):

Remédio 1:

Remédio 2:

Remédio 3:

Bloco 3 - I04 – REMÉDIOS DE USO EVENTUAL

Entrevistados que apresentaram alguma doença crônica:

3.0 Além dos remédios já citados, o(a) Sr(a) usou algum outro remédio nos últimos 15 dias, para:
Passe para 3.2

Entrevistados que não apresentaram doenças crônicas:

3.1 Nos últimos 15 dias,usou algum remédio para:

3.2 Para problemas no estômago ou intestino?

- Sim
- Não
- NS/NR

3.2a Remédio 01

3.2b Remédio 02

3.2c Remédio 03

3.1 Nos últimos 3 meses,usou algum remédio para:

3.2 Para problemas no estômago ou intestino?

- Sim
- Não
- NS/NR

3.2a Remédio 01

3.2b Remédio 02

3.2c Remédio 03

3.1 Nos últimos 6 meses,usou algum remédio para:

3.2 Para problemas no estômago ou intestino?

- Sim
- Não
- NS/NR

3.2a Remédio 01

3.2b Remédio 02

3.2c Remédio 03

3.3 Nos últimos 15 dias, o(a) Sr(a) utilizou algum outro remédio que ainda não tenha sido citado? (Se mulher entre 15-49 anos, não considerar contraceptivos)

- Sim
- Não => *Passe para 3.10*
- NS/NR=> *Passe para 3.10*

3.3a Remédio 01

3.3b Por que usou este remédio?

3.3c Remédio 02

3.3d Por que usou este remédio?

3.3e Remédio 03

3.3f Por que usou este remédio?

PREENCHER SEM PERGUNTAR:

Entrevistado usou algum remédio nos últimos 15 dias?

- Sim
- Não => *Passe para 5.1*

ANEXO 02 - PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM AUTOMEDICAÇÃO PARA CONTROLE DOS SINTOMAS DISPÉPTICOS

Pesquisador: CAROLINE EHLKE GONZAGA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 08546919.2.3001.0101

Instituição Proponente: Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.349.546

Apresentação do Projeto:

A pesquisa tem como objetivo avaliar como é o uso de medicações para controle de sintomas relacionados à acidez gástrica pela população atendida pela rede básica de saúde pública em Curitiba. Estudo observacional transversal. Será realizado um projeto piloto para possibilitar o cálculo da amostra. Estas informações preliminares, usadas para elaborar a estimativa do tamanho da amostra, serão obtidas nas Unidades de Saúde, aplicando o questionário nos indivíduos que aceitarem participar da pesquisa. O questionário utilizado é baseado em um grande inquérito que foi realizado sobre a prática do uso de medicações, a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos (PNAUM). Será abordado o perfil demográfico e educacional da população em questão e o uso de medicação eventual, onde são avaliadas as informações sobre o consumo de medicamentos, nos 15 dias anteriores à entrevista, para problemas no estômago. Desta forma espera-se compreender se a população estudada faz uso abusivo de automedicação para controle dos sintomas dispépticos.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL: Estudar o perfil da população que faz uso de automedicação para controle dos sintomas dispépticos. **OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:** Avaliar condições sócio-educacionais desta população; Avaliar os fatores motivadores para uso de automedicação no controle dos sintomas; Avaliar a posologia de uso dos inibidores de bomba de prótons desta população.

Endereço: Rua Atílio Bório, 680

Bairro: Cristo Rei

CEP: 80.050-250

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41) 3360-4961

Fax: (41) 3360-4965

E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS



Continuação do Parecer: 3349.546

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tendo em vista que a pesquisa será de caráter observacional e os participantes apenas responderão a um questionário sem identificação, esses não terão nenhum tipo de risco físico ao participar da pesquisa. É possível que aconteça algum constrangimento ao responderem alguma questão do estudo, que traçam seu perfil socioeducacional. Esta situação será minimizada pela abordagem individualizada dos entrevistadores, que orientarão sobre o sigilo dos dados e a possibilidade do entrevistado não responder a estes questionamentos, se assim ele desejar.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para a saúde pública para avaliação do perfil de pacientes com automedicação para controle dos sintomas dispépticos e desta forma auxiliar os gestores na elaboração de protocolos que melhorem a qualidade de vida dos usuários.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados estão em conformidade às recomendações da Res. CNS 466/12.

Recomendações:

Em cumprimento à Resolução CNS 466/12, este Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deverá receber relatórios parciais sobre o andamento do estudo, bem como o relatório completo ao final do estudo. Eventuais notificações, ou modificações que gerem emendas ao protocolo original, devem ser apresentadas prontamente, identificando a parte do protocolo a ser modificado e as suas justificativas. Salientamos a necessidade de entrar previamente em contato com nossas Unidades ou Equipes, de posse do Termos de Aprovação da Pesquisa, para agendar as atividades necessárias com as Chefias locais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora realizou as adequações necessárias. Parecer favorável pela aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado do CEP/SMS-Curitiba ratifica o parecer do(s) relator(es).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1340429.pdf	27/05/2019 07:12:15		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TCLE_2.pdf	27/05/2019 07:11:51	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito

Endereço: Rua Atilio Bório, 680
 Bairro: Cristo Rei CEP: 80.050-250
 UF: PR Município: CURITIBA
 Telefone: (41) 3360-4961 Fax: (41) 3360-4965 E-mail: etica@sms.curitiba.pr.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE CURITIBA - SMS

Continuação do Parecer: 3349.546

Justificativa de Ausência	TCLE_2.pdf	27/05/2019 07:11:51	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_tese_3.pdf	27/05/2019 07:08:03	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	Declaracao_termo_ciencia.PDF	23/05/2019 20:13:52	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	DeclaracaodeCienciaeCampodePesquisaDAPS.pdf	02/05/2019 09:50:22	antonio dercy silveira filho	Aceito
Outros	Carta_de_Autorizacao_Responsavel_US.pdf	28/03/2019 00:26:17	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	28/03/2019 00:18:24	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	Requerimento.pdf	28/03/2019 00:16:17	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_tese_2.pdf	28/03/2019 00:14:49	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Automedicacao.pdf	28/03/2019 00:04:38	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	ANEXO_1_questionario.pdf	11/02/2019 11:28:24	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 27 de Maio de 2019

Assinado por:
antonio dercy silveira filho
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Atilio Bório, 680**Bairro:** Cristo Rei**CEP:** 80.050-250**UF:** PR **Município:** CURITIBA**Telefone:** (41)3360-4961**Fax:** (41)3360-4965**E-mail:** etica@sms.curitiba.pr.gov.br

ANEXO 03 – PARECER COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO PERFIL DE PACIENTES COM AUTOMEDICAÇÃO PARA CONTROLE DOS SINTOMAS DISPÉPTICOS

Pesquisador: CAROLINE EHLKE GONZAGA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 08546919.2.0000.0020

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica do Parana - PUCPR

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.275.735

Apresentação do Projeto:

Apresentação do Projeto:

Conforme projeto apresentado:

O autocuidado consiste nas medidas que o indivíduo adota para manter sua saúde, prevenir e lidar com doenças, incluindo automedicação. Para o uso correto de automedicação, o indivíduo deve reconhecer com precisão seus sintomas e realizar um plano terapêutico. Neste sentido, é fundamental que a população tenha condições socioeducacionais de tomar esta decisão, sob pena de aumento das doenças induzidas por drogas e do desperdício de gastos públicos. Os sintomas gastrointestinais encontram-se entre os cinco sintomas mais frequentes que levam ao uso de automedicação, estando o uso de drogas para controle de transtorno relacionado à acidez, na forma de automedicação, entre a terceira e a sexta classe de drogas mais comumente utilizadas com esta finalidade, em vários estudos. Três subclasses de drogas são frequentemente usadas para controle dos sintomas dispépticos. São os antiácidos, os bloqueadores H₂, e os inibidores de bomba de prótons (IBPs). Estes são uma classe de medicamentos considerado seguro para uso por longos períodos e autorizada como prática de automedicação. No entanto, recentemente vários efeitos adversos emergentes vêm sendo descritos. Esta pesquisa tem como objetivo avaliar como é o uso de medicações para controle de sintomas relacionado à acidez gástrica pela população atendida pela rede básica de saúde pública em Curitiba. Para isso será aplicado um questionário

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.275.735

que avalia as condições educacionais da população, principais comorbidades, se há uso de medicações para controle dos sintomas dispépticos, como estas medicações são usadas, quais os critérios para selecionar a medicação e sua procedência. O questionário utilizado é baseado em um grande inquérito que foi realizado sobre a prática do uso de medicações, a Pesquisa Nacional de Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de medicamentos (PNAUM). Será abordado o perfil demográfico e educacional da população em questão e o uso de medicação eventual, onde são avaliadas as informações sobre o consumo de medicamentos, nos 15 dias anteriores à entrevista, para problemas no estômago. Desta forma espera-se compreender se a população estudada faz uso abusivo de automedicação para controle dos sintomas dispépticos.

Objetivo da Pesquisa:

Conforme projeto apresentado:

Objetivo Primário:

Estudar o perfil da população que faz uso de automedicação para controle dos sintomas dispépticos.

Objetivo Secundário:

Avaliar condições sócio-educacionais desta população. Avaliar os fatores motivadores para uso de automedicação no controle dos sintomas. Avaliar a posologia de uso dos inibidores de bomba de prótons desta população.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme projeto apresentado:

Riscos:

Tendo em vista que a pesquisa será de caráter observacional e os participantes apenas responderão a um questionário sem identificação, esses não terão nenhum tipo de risco físico ao participar da pesquisa.

Benefícios:

Os participantes não terão nenhum benefício direto com a pesquisa, mas a partir da análise dos resultados, a pesquisa contribuirá para o planejamento e desenvolvimento de futuras ações de promoção de saúde e prevenção da doença para a população em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante para avaliação do perfil de pacientes com automedicação para estudo dos sintomas dispépticos.

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155	
Bairro: Prado Velho	CEP: 80.215-901
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103 E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.275.735

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos corretamente apresentados.

Recomendações:

Incluir no TCLE, que será entregue aos participantes da pesquisa, de que forma o ressarcimento será realizado, se por dinheiro, cheque ou depósito bancário.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências corretamente atendidas e após aprovação da SMS o mesmo pode ser iniciado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1293258.pdf	29/03/2019 07:55:34		Aceito
Outros	Carta_de_Autrizacao_Responsavel_US.pdf	28/03/2019 00:26:17	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_ausencia_de_interesses.pdf	28/03/2019 00:21:00	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_ausencia_de_custos_para_a_SMS.pdf	28/03/2019 00:19:58	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	Termo_de_confidencialidade.pdf	28/03/2019 00:18:24	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	Requerimento.pdf	28/03/2019 00:16:17	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Texto_tese_2.pdf	28/03/2019 00:14:49	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Projeto_Automedicacao.pdf	28/03/2019 00:04:38	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Outros	ANEXO_1_questionario.pdf	11/02/2019 11:28:24	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	11/02/2019 07:35:41	CAROLINE EHLKE GONZAGA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155	CEP: 80.215-901
Bairro: Prado Velho	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103	Fax: (41)3271-2103
	E-mail: nep@pucpr.br



Continuação do Parecer: 3.275.735

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 22 de Abril de 2019

Assinado por:
NAIM AKEL FILHO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Imaculada Conceição 1155
Bairro: Prado Velho **CEP:** 80.215-901
UF: PR **Município:** CURITIBA
Telefone: (41)3271-2103 **Fax:** (41)3271-2103 **E-mail:** nep@pucpr.br