

## MEDICAMENTOS: CONCEITOS, USOS E PROBLEMAS ADVINDOS DO USO

**Autores:** Terezinha Noemides Pires Alves

Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal de Juiz de Fora

**Ruben Araújo de Mattos**

Doutor em Saúde Coletiva  
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

**Rita de Cássia Padula Alves Vieira**

Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal de Juiz de Fora

### Resumo

O medicamento, entendido como sendo toda preparação adequada à administração que contenha fármacos, é considerado produto de consumo, não só por sua função curativa, profilática ou de diagnóstico, mas também pelo poderoso marketing utilizado pela indústria farmacêutica; e o paciente, consumidor, com direito a receber todas as informações necessárias ao uso adequado e à conservação do produto adquirido. Em função do seu uso muitas vezes inadequado e exagerado, além de não causar o efeito desejado, pode levar a sérios problemas de saúde dos indivíduos e onerar os serviços de saúde. O presente trabalho buscou, por meio de revisão bibliográfica, mostrar alguns conceitos, a influência da indústria farmacêutica e apontar alguns dos problemas relacionados aos medicamentos que podem trazer graves problemas não só de ordem individual, como também como um grave problema que demanda ações públicas e, como tal, necessita fazer parte da agenda do Governo.

**Palavras-chave:** Uso de Medicamento. Problemas Relacionados ao Medicamento.  
Indústria Farmacêutica

### Abstract

The medicine, understood as being all the necessary preparation to pharmacy containing administration, is considered a consuming product, not only for its healing, profilathic or diagnostic function but also for the powerful marketing utilized by the pharmaceutic industry; and the patient, consumer, entitled to receive all the necessary informations concerning the adequate use and conservation of the acquired product. Because of its many times inadequate and exaggerate use, beyond not only not causing the desired effect, may lead to serious health conditions on the individuals and onerous consequences to the health services. This present article seeked, by means of bibliographic revision, to show a few concepts, the influence of the pharmaceutical industry and point out some of the problems linked to the medicines that might bring great problems not only individually but as well as a grave problem which demands public actions and as such, it's needed as part of the Government agenda.

**Keywords:** Drug Utilization. Medicine-related Problems. Pharmaceutic Industry.

## 1- Introdução

O instinto do homem primitivo de aliviar a dor de uma ferida usando banhos de água fria ou sedando-a com folha fresca ou, ainda, protegendo-a com lama faz parte do domínio das lendas. A experiência trouxe ao homem primitivo o aprendizado de que algumas formas de terapia eram mais eficientes que outras, introduzindo, assim, na história, a prática da terapia com fármacos. O uso do medicamento está intimamente relacionado aos conceitos de saúde e doença, não importando a posição econômica ou social do indivíduo, nem a cultura ou a história.

Conceitualmente, entende-se por medicamento toda preparação adequada à administração que contenha fármacos, isto é, possui princípio ativo, podendo, ainda, conter adjuvantes farmacêuticos ou veículos que idealmente não devem possuir atividade biológica. Deve-se fazer distinção entre medicamento e remédio, sendo o segundo considerado qualquer procedimento que vise à cura de um indivíduo. Portanto, pode-se considerar que todo medicamento é remédio, embora o contrário não seja necessariamente verdadeiro (LOPES; TOLEDO, 2001).

Para Castro (2000), a oferta em demasia de medicamentos essenciais ou não, tanto em variedade como em quantidade; a atração que as novidades terapêuticas proporcionam; o poderoso marketing utilizado pela indústria farmacêutica; o direito, supostamente inalienável, do médico em prescrever; além dos sincretismos culturais capazes de dar aos medicamentos alguns usos jamais pensados por aqueles que os desenvolveram constituem os vários fatores capazes de contribuir para a efetivação de práticas e desejos “irracionais”, por indivíduos ou populações, em relação ao uso do medicamento.

O medicamento é considerado produto de consumo, não só por sua função curativa, profilática ou de diagnóstico; e o paciente, consumidor, com direito a receber todas as informações necessárias ao uso adequado e à conservação do produto adquirido. Em especial, entre as informações que são necessárias ao paciente a fim de poder usar o medicamento com segurança, destacam-se aquelas relacionadas com a administração e armazenamento, além das que esclarecem quais são os benefícios do tratamento e como reconhecer e agir diante de problemas relacionados ao uso do medicamento. Nesse aspecto, a sua essencialidade para a recuperação e preservação da saúde faz dele um bem de consumo diferenciado e nobre. Como elemento terapêutico, os medicamentos possuem duas facetas: ser um fator de cura e, por seu emprego inadequado, poder causar doenças iatrogênicas medicamentosas, se usado de maneira incorreta e sem conhecimento.

Sayd (1998) sugere uma boa reflexão sobre essa ambiguidade exercida pelo medicamento, quando lembra que a ideia de *Pharmakon* como um produto que simultaneamente é remédio, veneno, alterante e corante pode parecer exagerada para a ciência atual devido ao controle hoje existente na fabricação dos produtos, na uniformidade, nas doses e em muitos de seus efeitos. A mesma autora, porém, relembra as marcas deixadas em toda uma geração pelo uso da talidomida e ainda atenta para o fato de que:

A discussão sobre a ambiguidade e o poder dos medicamentos no interior da prática médica não chega a ser, em substância, diferente daquela nos mitos gregos. A cada encontro do médico com o paciente, de forma sutil, relativamente controlada,

domesticada pela química e pelo controle industrial, a questão se renova, persiste. O médico, ao utilizar remédios, está agindo como o charlatão, o curandeiro e os antigos feiticeiros. Ainda que fundado em uma racionalidade distinta, ao medicar arvora-se a provocar o organismo – irritar a doença, segundo Platão – ou a modificar a natureza. Temeroso do que faz, ou arrogante de sua ciência, talvez nem sempre esteja cômico desse fato (SAYD, 1998, p. 165).

Além disso, os problemas de saúde nos países em desenvolvimento se agravam pelas péssimas condições de vida da população, o que diminui a efetividade dos tratamentos medicamentosos. No caso brasileiro, em particular, têm-se hoje constantes mudanças no perfil epidemiológico, o que faz com que se estejam presentes em sua população doenças típicas de países desenvolvidos e agravos característicos de países em desenvolvimento.

Sob o ponto de vista social, os medicamentos possuem, ao lado de outros fatores como a nutrição, saneamento, moradia, etc., a capacidade de modificar de forma determinante os indicadores de saúde. Exercem papel relevante por preservarem a vida e melhorarem a saúde, além de promoverem confiança e participação nos serviços de saúde. São distintos de outros produtos de consumo e devem estar acompanhados de critérios tais como eficácia, efetividade, eficiência e segurança.

Aliados a todos esses fatores, existem outros relacionados diretamente ao seu uso, tais como a automedicação, o uso exagerado e indiscriminado, a dificuldade de acesso da população não só pelo alto preço praticado pela indústria farmacêutica, bem como pela dificuldade existente no próprio poder público em dar conta da distribuição de todos os medicamentos considerados essenciais, e o poder exercido pela indústria farmacêutica sobre o prescritor, fazendo com que o medicamento e, conseqüentemente, seu uso se tornem um elemento que faça parte da agenda governamental e seja alvo de ações e políticas públicas.

Este trabalho, de cunho qualitativo, consiste em uma revisão bibliográfica, realizada com objetivo de mostrar alguns conceitos relacionados aos medicamentos, bem como alguns dos problemas advindos de seu uso.

## **2. O uso do medicamento e seus problemas**

Os medicamentos são considerados importantes instrumentos para a manutenção da saúde, não só porque visam a minorar o sofrimento ou interromper o processo de adoecimento, nos casos de doenças agudas e remissíveis, mas, também por melhorarem a qualidade de vida dos indivíduos portadores de doenças crônicas, retardando seus efeitos maléficis.

Sua efetividade é resultante de uma cadeia de fatores que engloba: pesquisa e desenvolvimento (P&D), produção, controle de qualidade, distribuição, informações confiáveis para os profissionais de saúde e para os usuários, diagnóstico correto, acesso, prescrição e dispensação adequadas, adesão ao tratamento e farmacovigilância. Em cada um desses níveis podem estar envolvidos interesses conflitantes, sendo que as populações pobres são as primeiras que sofrem os efeitos quando ocorre quebra dos elos dessa cadeia. O medicamento tem ocupado lugar privilegiado não só no interior dos serviços de saúde, como também na prática dos profissionais e dos usuários, além de guardar íntima relação com os

componentes simbólicos que associam os fármacos a resultados que ultrapassam suas potencialidades em termos farmacotécnicos. Com isto, seu uso de forma irracional e exagerada leva ao aparecimento de problemas públicos de diversas formas.

Por possuir estreita relação com a saúde e bem-estar dos indivíduos, o medicamento deve ser considerado um produto especial e, portanto, requer a ação conjunta de todos aqueles que participam na formulação de políticas públicas. O advento da indústria farmacêutica, ocorrido em meados do século passado, promoveu o que pode ser considerado um problema público, isto é, o uso exagerado e indiscriminado de medicamento e, em consequência, o aparecimento de problemas relacionados a este uso, promovendo a necessidade de intervenção do Estado e de elaborar-se uma agenda específica.

Essa expansão trouxe consigo alguns outros fatores que aumentaram a necessidade de implantação de uma política específica para a área do medicamento, aliados a outros não só diretamente relacionados ao advento da expansão do complexo farmacêutico, mas que também o favoreceram como, por exemplo, o aumento da expectativa de vida. Os medicamentos representam um dos itens mais importantes na atenção à saúde do idoso, em função da constatação de que o aumento da sobrevivência desse grupo de pessoas é obtido graças ao consumo de serviços médicos, muitas vezes complexos e dispendiosos. Esse grupo populacional tende a usar mais produtos farmacológicos e a apresentar, com mais facilidade, especificidades farmacocinéticas e farmacodinâmicas que o tornam particularmente vulnerável a efeitos adversos e problemas relacionados ao uso de medicamentos.

O crescente número de idosos trouxe a constatação de que esse grupo de usuários é, também, o mais medicalizado, chegando a constituir 50% dos multiusuários das especialidades farmacêuticas, devido ao aumento da prevalência de doenças crônicas que ocorrem com a elevação da idade. Além disto, é comum encontrar em suas prescrições dosagens e indicações inadequadas, interações medicamentosas, associações e redundância – uso de vários fármacos pertencentes a uma mesma classe terapêutica – e medicamentos sem valor terapêutico. Tais fatores podem gerar reações adversas, algumas delas graves e fatais, além de vários outros problemas relacionados ao uso abusivo (MOSEGUI *et al.*, 1999).

As reações adversas aos medicamentos (RAM) são entendidas como qualquer efeito prejudicial ou indesejado que se apresenta após a administração de doses de medicamentos normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de uma enfermidade (OMS, 1972).

Nóbrega e Karnikowski (2005) reportam que o processo de envelhecimento é acompanhado de elevada demanda por serviços de saúde e por mais consumo de medicamentos, visto que o idoso possui elevada frequência de doenças crônico-degenerativas. Isso faz com que a população geriátrica seja mais exposta aos riscos da prática de polifarmacoterapia – com uso médio de dois a cinco medicamentos, automedicação e efeitos adversos dos medicamentos. Em função disto, é de fundamental importância que haja adequada prescrição, reduzindo-se o máximo possível o número de drogas a serem administradas a fim de prevenir interações medicamentosas e possibilidades de reações adversas. Desta forma, deve-se proceder ao uso racional de medicamentos para evitar gastos excessivos com múltiplos medicamentos, bem como para prevenir possíveis interações desnecessárias, de modo a desonerar o sistema público de saúde, além de assegurar boa qualidade de vida a esses indivíduos.

O uso racional de medicamentos (URM) é, de acordo com a Política Nacional de Medicamentos, o processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001a). Sendo assim, o uso impróprio de medicamentos pode acarretar sérias consequências clínicas para o organismo idoso, variando desde reações adversas, que podem afetar a independência funcional e o bem-estar psicossocial do indivíduo, até risco de aumento na mortalidade.

Atualmente, a saúde tem sido vista não só como um modo de evitar as doenças ou de preservar-se, permanecendo na normalidade médica, muito embora essa versão hegemônica predominante na biomedicina ainda tenha conseguido se sustentar como um modelo forte, mas também como uma norma social. A dominância do mercado na vida da sociedade em geral é tão expressiva que acaba submetendo a saúde dos indivíduos ao consumo e, desta forma, à busca por produtos que lhes possibilitem atingir o padrão de boa saúde que é insistentemente veiculado pela mídia, a qual, por sua vez, obedece a interesses hegemônicos, que tratam também a saúde como uma mercadoria. As doenças são sentidas e experimentadas pelos indivíduos como estados orgânicos e a Medicina moderna tem consolidado uma forma de visualização e intervenção no processo saúde-doença pelo seu enfrentamento por meio da mercadoria-remédio, visto como o modo cientificamente válido de se conseguir alcançar a normalidade com base nesse valor altamente desejado: a saúde.

O conceito de saúde é dotado de alto grau de abstração, daí a dificuldade de defini-la. Porém, é senso comum que todas as pessoas buscam atingir esse grau de saúde perfeita, no qual a saúde deve ser consumida. Essa necessidade é mostrada por Lefèvre (1991, p. 147):

A saúde aparece, hegemonicamente, não apenas como algo que precisa (necessidade) ser consumido (sem saúde não há vida, a morte sobrevém; é a saúde como reposição das energias ou do próprio estado original de saúde, perdido no caso da doença), mas também como algo que vale a pena (valor) ser consumido (é a saúde como acréscimo, como algo mais, como qualidade de vida).

Para Dupuy e Karsenty (1979), a doença pode ser entendida, pelo indivíduo doente, como uma ruptura nas atividades sociais cotidianas e não como um acontecimento biofisiológico. Portanto, o momento determinante do início da doença se confunde com o deslocamento entre as atitudes habituais e as incapacidades sofridas. Assim, a maior ou menor resistência para o indivíduo entrar em um sistema de cuidados depende do custo da renúncia que deverá ser feita em relação à atividade social. Por mais objetiva que seja, a doença, tal como é vivida e sentida pelo indivíduo doente, é alvo de numerosas manipulações antes de cair nas mãos dos médicos e mesmo depois.

Os mesmos autores alertam para o fato de que a medicalização de um número crescente de problemas da vida vem sendo vista não apenas como um processo individual em que o consumidor de cuidados médicos se convence de que está fora dos padrões normais, mas como um fenômeno coletivo próprio das sociedades em desenvolvimento, que fazem da normalidade algo raro quando afirmam que o normal é o melhor. As desgraças fisiológicas antes tratadas como naturais agora são medicalizadas coletivamente pela oferta feita aos que sofrem de algo moderno e normalizador, o medicamento.

Para Navarro (1975), citado por Barros (2002, p. 76), a “industrialização e seus reflexos no campo da Medicina são apresentados como causa dos prejuízos à vida dos indivíduos e não como um elo no contexto mais geral do sistema capitalista de produção e consumo”.

As situações corriqueiras têm sido transformadas em doenças, o que tem levado ao uso abusivo de medicamentos, aliado à falsa ideia de que existe uma pílula salvadora para tudo. As doenças são fabricadas e para todas existe um produto capaz de resolver os problemas que aparecem, com um passe de mágica. Assim, como alguns exemplos, “a timidez se transforma em distúrbio de ansiedade, os sintomas pré-menstruais em distúrbio disfórico, os problemas sexuais da mulher se transformam em disfunção sexual feminina” (ROZENFELD, 2008, p. 565).

A mesma autora lembra que a pressão dos fabricantes para vender muito e rápido tem sido o que vem impulsionando a modernidade tecnológica e não as necessidades definidas por critérios epidemiológicos. A falta de independência dos médicos e das autoridades sanitárias em relação aos interesses da indústria farmacêutica consiste em uma das principais causas dos erros e danos associados às ações de assistência à saúde. Estima-se que 83% dos médicos norte-americanos recebam algum tipo de presente dos fabricantes de medicamentos e equipamentos.

A esse respeito, Angell (2008) realça, ainda, que nos Estados Unidos os laboratórios ou as organizações para pesquisa por contrato, empresas com fins lucrativos que se estabeleceram exclusivamente para organizar e executar ensaios para as indústrias farmacêuticas, oferecem prêmios generosos a médicos (em torno de US\$ 7.000 por paciente em 2001) e também bonificação pela rapidez nas inscrições de pessoas para os ensaios clínicos de novos medicamentos. E salienta a importância da pressão que a indústria faz sobre os médicos para prescreverem os medicamentos para outros usos, além daqueles previamente aprovados pela *Federal Drugs Administration* (FDA). Esse órgão não permite que as indústrias comercializem medicamentos para usos “fora das indicações aprovadas”, porém, os médicos não estão sujeitos a essa restrição. Desta forma, os laboratórios exercem sua parte “educacional”, informando aos médicos sobre outros potenciais usos, por meio de campanhas informativas.

Supõe-se que nos países em desenvolvimento as práticas de oferecer algum tipo de vantagem ou presente, sob a forma de atividade educacional, aos médicos para a prescrição de determinado medicamento também ocorram de forma bastante intensa, o que leva a crer que, no Brasil, a situação não seja diferente.

Miguelote (2008), pesquisando a dinâmica da produção de conhecimento médico sob patrocínio da indústria farmacêutica, realizada com médicos, professores concursados da Faculdade de Medicina de um hospital universitário brasileiro com grau de doutorado em diferentes especialidades e envolvidos em pesquisas patrocinadas pela indústria, constatou haver pagamento dos pesquisadores, não só pela participação na pesquisa, como também por cada paciente selecionado, além de pagamento para a instituição e para os sujeitos pesquisados. Neste trabalho, foram colhidas informações baseando-se em três perspectivas: a forma de inserção do médico nas pesquisas, o processo de construção das evidências clínicas e a compreensão dos médicos sobre a construção contemporânea desse saber.

Também é confirmada, por Miguelote (2008), em seu trabalho a não-participação dos pesquisadores na elaboração final das publicações e a presença de *ghost-writers*, os “cientistas fantasmas” que assumem a autoria de um estudo do qual não participaram, apontados por Angell (2008), contratados pela indústria farmacêutica para escreverem artigos com manipulação dos relatos originais da pesquisa, possivelmente com ocultamento de resultados. Também aqui fica nítida a influência da indústria na pesquisa médica, viciando dados para garantir que seus medicamentos apresentem bom desempenho.

Nesse sentido, existe uma estratégia de interferência direta na possibilidade de mudanças das práticas prescritivas não só pela divulgação de novos medicamentos, bem como de novas indicações clínicas para um mesmo medicamento, configurando um investimento que, apoiado no discurso científico, legitima a necessidade de mudar os hábitos prescritivos. Novas propostas terapêuticas são apresentadas em grande estilo em congressos médicos, em palestras proferidas sob patrocínio da indústria, sob a alcunha de atualização ou educação continuada ou mesmo por intermédio dos representantes das indústrias farmacêuticas diretamente nos consultórios médicos (MIGUELOTE, 2008).

Já Castro (2000, p. 18) chama a atenção para o fato de que “a extensão do uso de medicamento é fruto do esforço incansável da indústria” ao investir de maneira maciça em propaganda, com o objetivo de conseguir vender seus produtos, cujos gastos giram em torno de 20 a 30% do preço final.

A indústria farmacêutica investe quantias elevadas na promoção de produtos farmacêuticos nos países onde há menos controle sobre a mídia e onde, muitas vezes, a preocupação do controle está enfocada na veracidade do que se veicula e não na qualidade do produto. Uma das preocupações relaciona-se aos medicamentos de venda livre. Neste caso, a propaganda iguala o medicamento a qualquer outro bem de consumo e as questões terapêuticas são destacadas na medida em que induzem a compra. No tocante aos medicamentos utilizados sob prescrição médica, o alvo principal é o médico, identificado pela indústria como o promotor do consumo. Essa propaganda, porém, é mais sofisticada, recorrendo maciçamente à literatura “científica” produzida ou financiada pela indústria, ressaltando as vantagens do produto, muitas vezes travestido como novidade.

Vieira (2004), analisando as informações veiculadas em propagandas de medicamentos dirigidas à classe médica, encontrou 11,49% dos produtos propagandeados analisados não registrados no Ministério da Saúde (MS). Além disso, 82% não traziam informações sobre os mecanismos de ação, o que pode revelar um pressuposto de que o prescritor não se interessa pelo assunto ou que já tenha o domínio dos conhecimentos a ele relativos, desrespeitando o bom profissional médico, que, supostamente ciente de suas necessidades de formação continuada, não descartaria a oportunidade de aumentar seus conhecimentos. Ela constatou, também, em relação à submissão aos “*Crítérios Éticos para la Promoción de Medicamentos*” da OMS (1988) e da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 102/2000 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – na época em vigor e hoje substituída pela RDC 96/2008, resolução esta que dispunha sobre o regulamento de propagandas, mensagens publicitárias e promocionais e outras práticas cujo objeto fosse a divulgação, promoção ou comercialização de medicamentos – que 53% das propagandas eram infratoras, com variação de infrações entre um e sete critérios.

Tais critérios possuem como objetivo principal “apoiar e fomentar o melhoramento da atenção sanitária mediante o uso racional dos medicamentos” (OMS, 1988, *apud* VIEIRA, 2004, p.79), trazendo, ainda, a recomendação de que:

Toda propaganda que contenha afirmações relativas aos medicamentos há de ser fidedigna, exata, verdadeira, informativa, equilibrada, atualizada, susceptível de comprovação e bom gosto. Não deve conter declarações que se prestem a uma interpretação equívoca ou que não possam ser comprovadas ou, ainda, omissões que podem induzir à utilização de um fármaco que não esteja medicamente justificado ou que provoque riscos indevidos.

Ainda em relação ao fato de que as propagandas possam ser usadas como fonte de conhecimento científico, o mesmo trabalho mostrou não ser esse conhecimento tão bom como a indústria e os propagandistas fazem parecer. A análise mostrou que 20% das propagandas não possuíam fonte de referência e apenas 12% possuíam mais de 10 fontes, sendo que a maioria (39%) contava com uma a três fontes. Vale destacar que é considerado fonte de referência aquilo que a indústria considera como tal, já que a legislação não define. Também preocupa o fato de que as referências encontradas eram antigas, com aproximadamente 8,5% delas anteriores a 1980, sendo duas datadas de 1957 a 1960, ou seja, há cerca de meio século. Apenas 15,19% eram datadas de 2001 em diante e, de todas as referências coletadas, 34% das consideradas mais atuais, isto é, após 1990, foram encontradas apenas no material do medicamento Viagra<sup>®</sup>, contribuindo de forma significativa para o quantitativo das faixas (VIEIRA, 2004).

Outra forma sutil de propaganda direcionada à classe médica e muito utilizada pela indústria, conforme Castro (2000), é a distribuição de “amostras grátis” feita por intermédio das visitas dos propagandistas dos laboratórios farmacêuticos a consultórios médicos, ambulatórios, clínicas e hospitais. Ressalta-se, também, a utilização de uma forma, chamada pela referida autora de “aliciamento”, das mais questionáveis do ponto de vista ético, que é a distribuição de vantagens sob a forma de pagamento de congressos, viagens internacionais, bens de consumo variados e serviços para aqueles que prescrevem, dispensam ou compram em larga escala.

Da mesma opinião é Barros (2004), que acentua ser falacioso o argumento utilizado pela indústria de que necessita praticar altos preços em seus produtos a fim de recompor os investimentos feitos em investigação de novos fármacos. Segundo esse autor, os gastos com publicidade e administração são sempre mais altos em relação àqueles com pesquisa e desenvolvimento (P&D). Nos Estados Unidos da América (EUA), por exemplo, no ano 2000 esses gastos foram de 30 e 12%, respectivamente, para administração e marketing e para P&D. No mesmo ano, houve, naquele país, um incremento de 40% dos gastos em publicidade, concentrados em 10 fármacos de uso crônico e por determinados grupos populacionais, como, por exemplo, portadores de alergia, úlcera, ansiedade, obesidade, artrite, impotência e hipercolesterolemia.

Desta forma, o medicamento é considerado mais um agente-objeto na construção de um sujeito sem conflitos, dores ou angústias, se constituindo em um instrumento capaz de colaborar com a elaboração de subjetividades e de formatação de padrões de normalidade. Passa a ter, pois, papel de destaque como uma mercadoria especial, munida de conhecimento científico e cujo valor de uso expressaria a verdade, isto é:

A função simbólica do medicamento pressupõe que a enfermidade seja considerada um fator orgânico, enfrentável através da mercadoria-remédio, que é vista como o único modo cientificamente válido de se obter um valor altamente desejado (a saúde), no contexto de uma sociedade imatura (LEFÈVRE, 1987, p. 501).

Aliadas a essa função simbólica, a falta de conhecimento sobre o seu uso, a prescrição irracional, a automedicação e as reações adversas constituem as principais causas de morbidade e mortalidade relacionadas ao uso de medicamentos e que podem ser evitadas. Não existe doente que não tente diagnosticar seu próprio mal, fazendo-o com mais ou com menos lucidez ou menos ou mais competência. Um determinado hábito da automedicação, entendida como consumo de medicamentos sem prescrição (e não de sua aquisição), incita o doente a manipular as doses, posologias e duração dos tratamentos a despeito das recomendações médicas ou em função de sua própria opinião sobre o que possui – o autodiagnóstico. Também não se pode ignorar o fato de que o indivíduo portador de uma prescrição medicamentosa pode, ocasionalmente, ingerir tais substâncias sem informações essenciais ao seu uso, como, por exemplo: indicação, frequência, tempo de uso, reações adversas mais comuns, entre outras. Outro fator importante a ser considerado para a automedicação é o hábito de se ter um estoque de medicamentos em uma farmácia familiar, que pode ser formada por medicamentos de venda livre, ou seja, sem receita médica, mas, também e com muita frequência, com aqueles adquiridos com receita e que sobraram, seja porque o doente não cumpriu a prescrição até o final, ou porque as embalagens excederam a duração desta.

A responsabilidade pelo consumo anárquico dos medicamentos e das doenças iatrogênicas resultantes, segundo o professor Jean Bernard, citado por Dupuy e Karsenty (1979, p. 10), cabe:

Aos doentes, que tomam produtos muito perigosos de forma absurda e desordenada; aos médicos, porque prescrevem com muita frequência e precipitação medicamentos novos; aos laboratórios, que, por razões óbvias, mantêm este estado de coisas; e aos poderes públicos, que não tomam as medidas necessárias.

Alves (2003), pesquisando sobre como se realizava a dispensação de medicamentos nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de Juiz de Fora-MG, constatou que não existia um profissional específico responsável pela dispensação dos medicamentos. Essa tarefa ficava a cargo de quem estivesse disponível, podendo ser desde a faxineira até o médico, passando pelo pessoal técnico de enfermagem, que era o que mais realizava a tarefa de “entregar remédio”. Em consequência, nenhuma orientação era feita ao usuário em relação aos cuidados que deveria ter ao usar o medicamento. A dispensação consistia em uma simples troca da receita pelo medicamento, isto é, o usuário apresentava a prescrição e, imediatamente, o medicamento era entregue. Dados constantes na prescrição, tais como dose, posologia, forma farmacêutica, intervalo entre as doses, muitas vezes não eram compreendidos pelo usuário. Foram constatados problemas referentes à dificuldade de controle de estoque, faltando alguns tipos de medicamentos (antibiótico, anti-hipertensivos, por exemplo) em várias das unidades visitadas, enquanto sobravam outros (antitérmicos, polivitamínicos, por exemplo) nas mesmas ou em unidades de bairros diferentes. Foi observada, também, a ausência, em todas as UAPS visitadas, de uma área física adequada reservada para o funcionamento da farmácia ou para o armazenamento correto dos medicamentos e, segundo informações colhidas, não havia presença de farmacêutico em nenhuma das unidades da cidade.

Problemas relacionados à prescrição e dispensação também foram levantados em trabalho realizado na cidade de Ribeirão Preto–SP, por Santos e Nitrini (2004), que observaram que o tempo médio de consulta nas unidades de saúde visitadas era de 9,2 minutos como valor global, sendo 8,3 minutos entre os clínicos e 10,2 minutos entre os pediatras. Embora pelo critério adotado pelos autores o resultado possa ser classificado como bom, o tempo observado (9,2 minutos) está abaixo dos 15 minutos preconizados. Para o tempo de dispensação de medicamentos, o resultado foi de 18,4 segundos, variando do mínimo de 13,5 segundos ao máximo de 28,7 segundos. Vale lembrar que a OMS preconiza que o farmacêutico destine à orientação ao menos três minutos por paciente, portanto, o tempo de dispensação de 18,4 segundos é inadequado para a correta atenção farmacêutica, bem como a ausência de um profissional capaz de prestar os esclarecimentos necessários à população usuária, consideradas a importância desse ato e todas as informações que deveriam acompanhá-lo.

Não se pode ignorar que, atualmente, o medicamento se transformou em um bem de consumo em decorrência do lugar central que ocupa na terapêutica ocidental, tratando-se, portanto, de um elemento de muita importância na economia mundial e detentor de muito poder. Dados obtidos pela ANVISA na primeira parte da pesquisa de Avaliação da Assistência Farmacêutica, realizada em 2003, com parte dos dados atualizados em 2004, mostraram que, em 2002, existiam 15.831 medicamentos em comercialização no país, com volume total de 1.277.336.635 unidades de medicamentos comercializados no mercado varejista, correspondendo ao volume financeiro de US\$ 4.471.996.370. A estimativa do gasto público do Ministério da Saúde (MS) destinado a medicamentos para aquele ano foi de US\$ 1.381.077.967,72, o que correspondia a R\$ 4.047.801.415,59, dando ideia da dimensão do problema em relação à necessidade de racionalização da utilização de medicamentos (OPAS, 2005).

Tal documento relata, ainda, que, mesmo depois de decorridos muitos anos do estabelecimento do conceito de URM, ainda são encontrados muitos problemas relativos ao uso inadequado. Salienta, ainda, que aproximadamente 15% da população mundial consomem mais de 90% da produção farmacêutica mundial e que 25 a 70% dos gastos em saúde nos países em desenvolvimento correspondem a medicamentos, em relação a um percentual inferior a 15% nos países desenvolvidos. Entre 50 e 70% das consultas médicas, uma prescrição medicamentosa é gerada e, de todos os medicamentos prescritos, 50% são dispensados ou usados inadequadamente. Soma-se o fato de que 75% das prescrições com antibióticos são errôneas e que somente 50% dos pacientes, em média, tomam corretamente seus medicamentos (OPAS, 2005).

A dificuldade no acesso aos medicamentos também tem sido vista como um dos sérios problemas nessa área. Para Bermudez *et al.*, citados por Oliveira *et al.* (2007, p. 67), o acesso pode ser definido como:

A relação entre a necessidade de medicamentos e a oferta dos mesmos, na qual a necessidade é satisfeita no momento e no lugar requerido pelo paciente (consumidor), com a garantia de qualidade e a informação suficiente para seu uso adequado,

o que caracteriza que o acesso só se realiza se houver utilização.

O Brasil figura entre os 10 maiores consumidores de medicamentos do mundo, com volume de venda em torno de R\$ 12 bilhões/ano. Entretanto, apenas 23% da população beneficiam-se com cerca de 60% da produção de medicamentos do país, provavelmente devido ao alto preço praticado pelas indústrias farmacêuticas, que chega a ser 20 vezes mais alto que os preços internacionais, o que torna o seu acesso difícil para a média de rendimentos de sua população. Em dados levantados pela Comissão Parlamentar de Inquérito sobre os Medicamentos, ocorrida em 2002, ficou constatado que apenas 15% da população consomem 50% dos medicamentos que são produzidos, enquanto quem ganha até quatro salários-mínimos consome apenas 16%. Para as camadas mais pobres da população, 90% dos gastos comprometidos com saúde são representados pelos medicamentos e em torno de 15 a 20% da população não conseguem ter acesso a nenhum tipo de medicamento. Também, cerca de 50% das pessoas deixam de conseguir algum tipo de medicamento de que precisariam. Nessa perspectiva, os medicamentos continuam caros e com acesso limitado para 90% dos brasileiros que ganham menos de R\$ 3.000,00 (três mil reais). Em contrapartida, os outros 10% que podem comprar os remédios nas farmácias comerciais com facilidade consomem excesso de medicamentos. Com isso, tem-se uma desigualdade de acesso, em que quem pode pagar se vê frente a uma grande quantidade de produtos, muitos deles inócuos ou, frequentemente, nocivos, enquanto aquela significativa parcela que não pode pagar fica refém de iniciativas oficiais instáveis e de baixa cobertura ou espera nas filas do Sistema Único de Saúde (SUS), aguardando por medicamentos que não chegam (ANVISA, 2006; ROZENFELD, 2008).

A OMS considera uso inapropriado de medicamentos algumas situações tais como: o emprego de muitos medicamentos para tratar um mesmo paciente (polimedição); o uso inapropriado de antimicrobianos, frequentemente em posologias inadequadas ou para infecções não-bacterianas; o uso excessivo de injetáveis, quando há disponibilidade de formas farmacêuticas orais mais apropriadas; a prescrição em desacordo com diretrizes clínicas; a automedicação feita de forma inapropriada, normalmente com medicamentos que deveriam ser vendidos sob prescrição (OPAS, 2005).

Dado que o medicamento consiste em importante ferramenta terapêutica e que, muitas vezes, resulta de um processo de prescrição, pode-se inferir a importância que o mesmo tem nesse processo, pois, quando utilizado de forma apropriada, ele é o recurso terapêutico mais custo-efetivo.

Nesse ponto, vale lembrar que o uso irracional de medicamentos consiste em importante problema de saúde pública em todo o mundo, com graves consequências econômicas. Estima-se que a prescrição incorreta pode acarretar gastos de 50 a 70% dos recursos governamentais destinados aos medicamentos. Além do aspecto econômico, existe outro elemento extremamente grave em relação ao seu uso irracional: as reações adversas a medicamentos (RAM).

Um episódio que marcou verdadeiramente a história dos danos causados por medicamentos foi a tragédia da talidomida, ocorrida no início da década de 1960, quando mais de quatro mil crianças nasceram com defeitos esqueléticos graves nos membros, 10% das quais vieram a falecer. Esse acontecimento modificou a legislação sanitária de inúmeros países europeus e produziu forte impacto na opinião pública mundial e entre os profissionais de saúde. Mas a repercussão desse fato não foi suficiente para modificar radicalmente os padrões de prescrição e as normas de registro de medicamentos e, por isso, as reações adversas continuaram

ocorrendo. Os efeitos iatrogênicos dos fármacos podem ser de simples náuseas ou tonturas à morte, como no caso de anemias aplásticas, ocasionadas pelos anti-inflamatórios não-esteroides. Muito embora as reações fatais não sejam as mais frequentes, elas podem adquirir significativas dimensões em um país de grande contingente populacional e elevados índices de automedicação como o Brasil (ROZENFELD, 1985).

Em face do exposto, pode-se dizer que a promoção do uso racional de medicamentos é componente importante e indispensável em uma política de medicamentos. Segundo dados do DATASUS (2007), o SUS registrou, em 2006, mais de 475 milhões de consultas médicas e a média de 6,07 internações hospitalares/100 habitantes, com um total de mais de 11 milhões de internações realizadas. Aliado a isso, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) registrou, também no ano de 2006, mais de 107 mil casos de intoxicação, com o uso de medicamentos respondendo por 30,5% desse total e sendo, portanto, considerado o maior responsável pelos casos de intoxicação. Também os medicamentos foram responsáveis por 29,7% das demandas por solicitação de informação. Dos 488 óbitos registrados, os medicamentos respondem por 20,3%, perdendo apenas para aqueles causados por agrotóxicos de uso agrícola. São responsáveis, ainda, por 36,1% das intoxicações em crianças abaixo dos cinco anos de idade (SINITOX, 2006).

Aranda (2008), em reportagem escrita para a Agência Estado, mostrou que, segundo relatório que seria publicado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), realizado com dados coletados em 2006, as intoxicações por remédio bateram recorde em todo o país, com 32.884 casos diagnosticados, média de três ocorrências por hora. O estado de São Paulo aparece encabeçando a lista, sendo responsável por 41% dos casos (13.471). Desde o ano 2000, é a primeira vez que o número supera a marca das 10 mil reações e as análises iniciais enfatizam aumento de 30% em relação ao ano anterior, quando foram registrados 25.179 casos no Brasil.

A mesma reportagem mostrava, ainda, que, conforme já demonstrado em alguns pontos do presente artigo, é consenso entre as entidades de saúde que a proliferação de usuários intoxicados por remédios resulta do consumo excessivo de medicamentos, da falta de conhecimento sobre as contraindicações e reações adversas, bem como da automedicação.

Francisco Júnior, presidente do Conselho Nacional de Saúde, citado na reportagem, lamenta, dizendo que "a cultura de automedicação no Brasil é perversa. Farmácias vendem remédios como qualquer mercadoria". Outro agravante identificado em estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (IDEC) mostra que, na avaliação de 19 embalagens de remédios, alguns deles de tarja preta, verificou-se que as bulas têm informações incompletas e até incentivam a automedicação. Na maioria delas não estavam consignadas todas as contraindicações e algumas até ignoravam a necessidade de recomendação médica, segundo observação feita pela coordenadora do IDEC, Karina Grou, também citada na reportagem (ARANDA, 2008).

Em 1971, cerca de um milhão de pessoas foi hospitalizado nos EUA devido a reações adversas ao uso de medicamentos. Em 1987, houve por volta de 12.000 mortes e 15.000 hospitalizações e, em 1999, foram registradas 140.000 mortes pelo mesmo motivo na FDA. Deve ser considerado, ainda, que esse número corresponde a uma pequena parcela, talvez 10% do verdadeiro valor. O custo da morbidade relacionada aos medicamentos nos EUA tem sido estimado em mais de sete milhões de dólares por ano (CASTRO, 2000).

É sabido que existem padrões de qualidade internacionalmente estabelecidos e difundidos, porém, 20% dos medicamentos ainda chegam a alguns mercados fora desses padrões e, conseqüentemente, esses medicamentos com desvios de qualidade e falsificados continuam a causar danos à saúde e até mesmo morte. Infelizmente, aproximadamente um terço dos países-membros da OMS não possui autoridades regulatórias ou sua capacidade regulatória é muito limitada. Já em relação à utilização, estima-se que cerca de 50% de todos os medicamentos sejam prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada e aproximadamente 50% dos usuários não usam corretamente seus medicamentos (OPAS, 2005).

Deve-se atentar para o problema dos erros que ocorrem na administração de medicamentos em unidades básicas, ambulatórios, hospitais e clínicas. Administrar medicamentos é um processo multidisciplinar envolvendo basicamente três áreas: a Medicina, a Farmácia e a Enfermagem. Esse processo inicia-se no momento da prescrição médica, continua com a dispensação do medicamento e termina com o seu preparo e administração aos clientes. Conquanto a administração de medicamentos tenha como objetivo promover benefícios potenciais para os clientes, é sabido que no caminho percorrido pelos medicamentos até sua utilização final pelo paciente podem surgir problemas que acarretam a utilização incorreta do fármaco, levando ao aparecimento de efeitos deletérios e até letais e gerando inconvenientes não só para o paciente, ao não encontrar respostas para seu problema de saúde, como para o sistema de saúde, que vê seus gastos aumentados. Os erros podem acontecer ao se ministrar medicamento para uma pessoa para a qual este não havia sido prescrito; em relação à dose ou horário incorreto; em via de administração não indicada; ou utilizando-se de um procedimento técnico incorreto (CARVALHO; CASSIANI; CHIERICATO, 1999).

Entre nós, a responsabilidade de administração de medicamentos é, em sua grande maioria, da enfermagem, o que faz, segundo Carvalho; Cassiani; Chiericato (1999, p. 67), com que:

Infelizmente, erros no preparo e na administração de medicamentos são uma triste realidade no trabalho da enfermagem, principalmente daqueles que atuam em hospitais ou Unidades Básicas de Saúde e que estão diretamente envolvidos na administração de medicamentos. Sabe-se que em muitas destas instituições, o número de funcionários é reduzido, se analisadas as diversas tarefas e responsabilidades assumidas por esses profissionais (registro, arquivo, pré e pós-consulta, lactário, vacinação, medicação, colheita de material, lavagem e esterilização de material), gerando, portanto, acúmulo das atividades exercidas por um único profissional. Sem dúvida, nesse contexto os erros podem acontecer.

O medicamento, como um produto indispensável às ações de saúde, deve ser submetido às normas da regulação sanitária, conforme previsto na Lei 8.080/90, que inclui como campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária, bem como o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde. Atualmente, essas ações são realizadas pela ANVISA (BRASIL, 1990).

A ANVISA, criada pela Lei 9.782, de janeiro de 1999, é uma autarquia sob regime especial, isto é, uma agência reguladora que se caracteriza por possuir autonomia financeira e independência administrativa, o que concede aos seus dirigentes estabilidade durante o período de mandato. Em termos de estrutura, na Administração Pública Federal está vinculada ao Ministério da Saúde e suas atribuições foram descritas pela Constituição Federal, art. 200, entre as competências do SUS:

Ao Sistema Único de Saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

e da Lei 8.080/90, em seu art. 6º : “Estão incluídas, ainda, no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS): I - a execução de ações: a) de vigilância sanitária”, tendo como finalidade institucional:

Promover a proteção da saúde da população por intermédio do controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços submetidos à vigilância sanitária, inclusive dos ambientes, dos processos, dos insumos e das tecnologias a eles relacionados (ANVISA, 2008).

Vale lembrar que o Brasil possui uma legislação sanitária bem avançada em relação aos demais países da região, desde a década de 1970, podendo se destacar a Lei 5.991, de dezembro de 1973, que dispõe sobre o controle sanitário de medicamentos e insumos farmacêuticos, prevendo a coleta periódica de produtos suspeitos de fraude; e a Lei 6.360, de setembro de 1976, que regulamenta as ações relativas à cadeia do medicamento, “desde a fabricação até a propaganda, determina a transmissão à autoridade sanitária competente dos acidentes ou reações nocivas, define produto adulterado ou impróprio para consumo e tipifica as infrações” (BRASIL, 1973; BRASIL, 1976, *apud* CASTRO, 2000, p. 23).

Essa mesma lei (5.991/73), em plena vigência em todo o território nacional, determina em seu Capítulo IV - Da Assistência e Responsabilidade Técnicas, art. 15, a obrigatoriedade da presença do farmacêutico como responsável técnico para a realização da dispensação de medicamentos à população, orientando-a e acompanhando tratamentos, durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento, o que de fato não tem ocorrido nas unidades de atendimento do SUS, apenas em algumas inserções pontuais. Dados obtidos em 2000 no estado de São Paulo, considerado um dos mais desenvolvidos do país, davam conta de que apenas 183 das 2.508 unidades básicas possuíam profissional farmacêutico à frente da dispensação (Conselho Regional de Farmácia de São Paulo - CRFSP, 2000). Em 2003, Alves apurou a ausência total de farmacêuticos nas UAPS da cidade de Juiz de Fora, considerada uma das três maiores cidades do estado de Minas Gerais.

Apesar de caber destaque para algumas ações de vigilância sanitária realizadas nesse campo pela ANVISA, muitos avanços ainda precisam ser feitos, alguns deles já bastante atrasados, como, por exemplo, a ausência do profissional farmacêutico nas UAPS. Esse profissional exerce importante papel na Assistência Farmacêutica, que é a prestação da atenção farmacêutica, cujo fluxo da informação, iniciado pela consulta médica, tem continuidade por intermédio do dispensador, que irá orientar e esclarecer o paciente sobre os itens da prescrição, tais como: posologia, dose, cuidados especiais na reconstituição e/ou armazenamento, reações adversas, possíveis interações, etc. Tal atuação muito contribui para a diminuição de problemas diretamente relacionados ao uso de medicamento, como, por exemplo, o uso irracional, a presença de reações adversas e de interações medicamentosas, automedicação, a “empurroterapia”, entre outros.

O Brasil possui um sistema de saúde que engloba não só os estabelecimentos públicos, compreendendo serviços estatais e privados conveniados ou contratados pelo SUS, como também o setor privado de prestação de serviços. Esses serviços são prestados por uma rede que compreende desde unidades de atenção primária até centros hospitalares de alta complexidade, com expressivo volume de serviços prestados. Em conjunto com uma série de outros serviços, tais como educação, saneamento e moradia, constituem fatores de extrema importância para a qualidade de vida da população, ao mesmo tempo em que representam motivo de preocupação para todos os gestores do setor, tanto pela natureza das práticas de assistência neles desenvolvidas, como pelo grande volume de recursos por eles absorvidos.

Porém, o uso irracional do medicamento, tal como a automedicação, o não-cumprimento da prescrição, a polimedicação, entre outros, pode trazer graves problemas não só de ordem individual, levando-se em conta o usuário e, conseqüentemente, a população, como também se deve considerar esse tipo de uso, em todas as suas formas, como um grave problema que demanda ações públicas e, como tal, necessita fazer parte da agenda do Governo.

Outra preocupação é em relação à formação dos profissionais prescritores e à falta de informação dos mesmos sobre os medicamentos prescritos no dia-a-dia do exercício da profissão. Em pesquisa feita em relação à informação sobre medicamentos obtida pelos médicos, Barros (2000) mostra que o Dicionário de Especialidades Farmacêuticas (DEF) é usado no Brasil como fonte de consulta pela maior parte dos prescritores de medicamentos. Nele, foi verificada a inexistência de dados imprescindíveis a respeito, por exemplo, de contraindicações, efeitos indesejáveis, interação, entre outros, presentes na quase totalidade dos compêndios utilizados nos Estados Unidos. Para o referido autor, esse uso frequente e a importância dada ao DEF como fonte de informação e consulta regular pelos prescritores são preocupantes, não só pelo fato de que o mesmo é distribuído gratuitamente por empresas farmacêuticas, como também porque suas informações são fornecidas aos editores pelas empresas fabricantes sem antes passar pelo crivo de especialistas em farmacologia, mas, sobretudo, porque: “2) O DEF deixa de incluir dados essenciais para respaldar uma prescrição racional, minimizando usos inadequados e riscos potenciais” (BARROS, 2000, p. 426).

### **3. Considerações finais**

No Brasil, o acesso a produtos farmacêuticos foi ampliado de várias formas, sendo uma das mais importantes a inclusão do medicamento genérico, entendido como aquele medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável. Este é geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, com eficácia, segurança e qualidade comprovadas, designado pela Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua ausência, pela Denominação Comum Internacional – DCI (BRASIL, 2001b).

Os dados do Censo/2010 revelaram que cerca de 50% dos trabalhadores brasileiros têm renda de até dois salários mínimos, significando que, mesmo com a oferta de medicamentos a preços reduzidos, ainda existe expressivo contingente da população que não tem poder aquisitivo suficiente para comprar os produtos de que necessita, dependendo inteiramente dos programas governamentais do SUS (BRASIL, 2010).

Em relação ao consumo de medicamentos pela população, registram-se problemas substanciais tanto no que diz respeito ao acesso quanto ao excesso, visto que os indivíduos vivem em uma sociedade extremamente desigual e, em consequência, há desigualdades no que tange ao uso de medicamentos. A fração da população brasileira que não tem acesso a nenhum tipo de medicamento gira em torno de 15 a 20% e aproximadamente 50% dos pacientes não encontram na rede pública algum remédio de que necessitam. Em relação ao gasto com medicamentos, as camadas mais pobres da população chegam a comprometer até 90% dos seus gastos com a saúde, ficando esses gastos atrás somente da habitação, alimentação e transporte. Na mesma proporção (90%) se encontra a parcela da população que ganha até três mil reais e que, conseqüentemente, possui acesso limitado ao medicamento. Se a renda já é um problema grave para o tratamento de doenças comuns onde se verifica o uso de antibióticos, anti-inflamatórios ou anti-hipertensivos, torna-se pior ainda quando se trata de doenças negligenciadas (ROZENFELD, 2008).

A mesma autora acrescenta que, para os demais 10%, localizados na outra ponta do consumo, o acesso aos medicamentos nas farmácias comerciais se faz sob a forma de excesso, traduzido pelo uso abusivo atrelado à ideia de que para todo problema existe uma pílula salvadora, e o marketing dos fabricantes tem como cúmplices os profissionais de saúde e a população desinformada. O resultado dessa desigualdade de acesso pode ser demonstrado em dois opostos: aqueles que podem pagar acabam naufragando em um mar de produtos muitas vezes nocivos ou inócuos e aqueles que não podem se tornam reféns de iniciativas oficiais instáveis e de baixa cobertura ou ficam na fila do sistema público (SUS) esperando por medicamentos que não chegam.

#### 4. Referências

ALVES, T.N.P. **Dispensação de medicamentos:** aspectos da realidade em Unidades Básicas de Saúde de Juiz de Fora-MG. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Universidade Federal de Juiz de Fora, em parceria com o Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Juiz de Fora, 2003.

ANGELL, M. **A verdade sobre os laboratórios farmacêuticos.** 3. ed., Rio de Janeiro: Record, 2008.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Parcerias para diminuir o mau-uso de medicamentos. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 1, n. 40, p. 191-4, 2006.

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Disponível em ANVISA <http://www.anvisa.gov.br/institucional/anvisa/apresentacao.htm>, acesso em dezembro de 2008

ARANDA, F. Recorde de intoxicações por remédios. **Jornal da Tarde**, São Paulo, 27 de julho de 2008. Seção Caderno. Disponível em: <http://www.jt.com.br/editoriais/2008/07/27/ger-1.94.4.20080727.17.1.xml>, acesso em julho de 2008.

BARROS, J.A.C. A (des)informação sobre medicamentos: o duplo padrão de conduta das empresas farmacêuticas. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 2, n. 16, p. 421-427, abr-jun, 2000,

BARROS, J.A.C. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? São Paulo: **Saúde e Sociedade**, v. 1, n. 11, p. 67-84, 2002.

BARROS, J.A.C. **Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde?** Brasília: UNESCO, 2004

BRASIL. Lei 8.080. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Brasília: **Diário Oficial da União**, 20 set., 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Medicamentos**, Série C. Projetos, Programas e Relatórios, Brasília, n. 25, jul. 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – Rename**, Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica, Brasília, 2001b.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE**, 2010. [ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo\\_Demografico\\_2010/Resultados\\_Gerais\\_da\\_Amostra/tab9.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/tab9.pdf) acesso em 22/05/2012

CARVALHO, V.T.; CASSIANI, S.H.B; CHIERICATO, C. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. Ribeirão Preto: **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 5, p. 67-75, dezembro 1999.

CASTRO, C.G.S.O. de (Coord.). **Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE SÃO PAULO – CRF-SP. Prossegue a luta do Conselho pelo cumprimento da 5.991/73 nas UBSs. **Revista do Farmacêutico**, São Paulo. Ed. 48, ago. 2000. Disponível em: [www.crfsp.org.br](http://www.crfsp.org.br). acesso em março de 2003.

DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2007/matriz.htm#cober>, acesso em agosto de 2008.

DUPUY, J.; KARSENTY, S. **A invasão farmacêutica**. OLIVEIRA, C.R. (Coord), Rio de Janeiro: Graal, 1979.

LEFÈVRE, F. A oferta e a procura de saúde imediata através do medicamento: proposta de um campo de pesquisa. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, p. 64-7, 1987.

LEFÈVRE, F. **O medicamento como mercadoria simbólica**. São Paulo: Cortez, 1991.

LOPES, L.C.; TOLEDO, M.I. Princípios básicos de farmacologia clínica relevantes ao estudo da farmacoe epidemiologia. In: CASTRO, L.L.C. (Org.). **Fundamentos de farmacoe epidemiologia**. Campo Grande: Grupo de Pesquisa em Uso Racional de Medicamentos - GRUPURAM, 2001. p. 19–36.

MIGUELOTE, V.R.S. **A indústria do conhecimento, o médico e a indústria farmacêutica:** uma coprodução de técnicos e técnicas de poder. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, (Dissertação de Mestrado), Rio de Janeiro, 2008.

MOSEQUI, G.B.G. *et al.* Avaliação da qualidade do uso de medicamentos em idosos. São Paulo: **Revista de Saúde Pública**, v. 33, n. 5, p. 437-444, 1999.

NÓBREGA, O.T.; KARNIKOWSKI, M.G.O. A terapia medicamentosa no idoso. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 2, p. 303-313, 2005.

OLIVEIRA, M.A *et al.* **Assistência farmacêutica e acesso a medicamentos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International drug monitoring: the role of national centers.** Genebra: 1972.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil:** estrutura, processo e resultados; Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

ROZENFELD, S. Avaliação do uso dos medicamentos como estratégia para a reorientação da política de insumos em saúde. Rio de Janeiro: **Caderno de Saúde Pública**, v. 5, n. 4, p. 388-402, 1985.

ROZENFELD, S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. Rio de Janeiro: **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, suplemento, p. 561-68, 2008.

SANTOS, V.; NITRINI, S.M.O.O. Indicadores do uso de medicamentos prescritos e de assistência ao paciente de serviços de saúde. São Paulo: **Revista de Saúde Pública, USP**, v. 38, n. 6, p. 819-826, 2004.

SAYD, J.D. **Mediar, medicar, remediar:** aspectos da terapêutica na medicina ocidental. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

SINITOX – SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TÓXICO-FARMACOLÓGICAS. 2006. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/sinitox/2006/umaanalise2006.htm>, acesso em agosto de 2008.

VIEIRA, R.C.P.A. **Propagandas de medicamentos distribuídas aos médicos:** aspectos legais, farmacológicos e de mercadização. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, 2004.