

AUTOMEDICAÇÃO EM CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS NO NORDESTE BRASILEIRO: ESTUDO DE BASE POPULACIONAL

SELF-MEDICATION IN CHILDREN IN NORTHEASTERN BRAZIL: A POPULATION-BASED STUDY

João Henrique Almeida Costa¹, Cecília Cláudia Costa Ribeiro¹, Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves¹, Bruno Luciano Carneiro Alves de Oliveira¹, Elisa Santos Magalhães Rodrigues², Isabelle Aguiar Prado², Francenilde Silva de Sousa², Mariana Borges Sodré², Ana Brasília dos Reis Oliveira³, Erika Barbara Abreu Fonseca Thomaz³

Resumo

Introdução: Automedicação em crianças é uma prática pouco conhecida no Nordeste do Brasil. **Objetivo:** Estimar a prevalência e fatores associados à automedicação em menores de cinco anos. **Métodos:** Estudo transversal, de base populacional, com amostragem probabilística mínima de 960 crianças, no Maranhão. Foram entrevistadas 1.214 mães em domicílio e a automedicação e as classes de medicamentos foram associadas às variáveis independentes, distribuídas em cinco níveis hierárquicos. **Resultados:** A automedicação ocorreu em 34,7% das crianças, sendo 10% com antibiótico/psicotrópico. Tiveram maior chance de automedicação filhos de beneficiários (OR= 1,56; IC95%=1,13-2,15), de mães que realizaram menos de cinco consultas pré-natais no Sistema Único de Saúde (OR= 1,58; IC95%=1,17-2,14), sem adoecimento três meses antes à pesquisa (OR= 2,05; IC95%=1,45-2,89) e sem plano de saúde (OR= 1,25; IC95%=1,13-2,15). O uso de antibiótico/psicotrópico foi mais frequente em crianças cujas mães realizaram consultas pré-natais no Sistema Único de Saúde (OR= 0,69; IC95%=0,50-0,95), sem histórico de consulta médica atual (OR= 0,16; IC95%=0,08-0,33) e sem plano de saúde (OR= 3,78; IC95%=1,45-9,81). **Conclusões:** A prevalência de automedicação e o uso de antibióticos e/ou psicotrópicos foi elevada. Tiveram maior chances de automedicação filhos de famílias de menor renda, que receberam benefício social, residentes em área urbana, sem plano de saúde e cujas mães fizeram cinco ou menos consultas pré-natais.

Palavras-chave: Automedicação. Antibacterianos. Psicotrópicos. Criança. Sistemas de Saúde.

Abstract

Introduction: Self-medication in children is a little-known practice in Northeast Brazil. **Objective:** To estimate the prevalence and factors associated with self-medication in children under five years old. **Methods:** Cross-sectional, population-based study, with a minimum probabilistic sample of 960 children, in Maranhão. Thousand two hundred and fourteen mothers were interviewed at home and self-medication and classes of drugs were associated with independent variables, distributed across five hierarchical levels. **Results:** Self-medication occurred in 34.7% of the children, 10% with antibiotic/psychotropic drugs. Children of beneficiaries had greater chance of self-medication (OR = 1.56; 95% CI = 1.13-2.15), of mothers who had less than five prenatal consultations in the Unified Health System (OR = 1.58; 95% CI = 1.17-2.14), without becoming ill three months before the study (OR = 2.05; 95% CI = 1.45-2.89) and without health insurance (OR = 1.25; 95% CI = 1.13-2.15). The use of antibiotic / psychotropic drugs was more frequent in children whose mothers had prenatal consultations in the Unified Health System (OR = 0.69; 95% CI = 0.50-0.95), with no current medical consultation history (OR = 0.16; 95% CI = 0.08-0.33) and without health insurance (OR = 3.78; 95% CI = 1.45-9.81). **Conclusions:** The prevalence of self-medication and the use of antibiotics and / or psychotropic drugs was high. Children from low-income families, who received social benefits, living in an urban area, without health insurance and whose mothers had five or less prenatal consultations were more likely to self-medicate.

Keywords: Self-medication. Antibacterials. Psychotropic Drugs. Kid. Health Systems.

Introdução

Automedicação é a escolha e o uso de medicamentos sem prescrição profissional¹, sendo um problema de saúde pública global. Crianças são mais suscetíveis a esta prática pela ação dos pais^{2,3}. O inapropriado uso de drogas, especialmente antibióticos, está associado ao risco de resistência microbiana, dentre outras complicações^{4,5}.

Em Portugal, a prevalência da automedicação em crianças chega a 73%² e taxas maiores afetam países de média e baixa renda, pois a população infantil é mais numerosa e socialmente vulnerável⁵⁻⁸. No Brasil, a prevalência entre crianças varia de 11% a 80%². Entretanto, há poucos estudos sobre a prevalência e características associadas ao uso e escolha da automedicação infantil, em cidades nordestinas e de grande porte, no Brasil. A maioria ocorreu nas regiões sul e sudeste, ou com análi-

ses em diferentes grupos etários e amostras não probabilísticas sendo que no Nordeste, identificou-se apenas um estudo em município de pequeno porte^{9-12,14-16}.

Os fatores associados à automedicação entre as crianças precisam de melhor investigação. Muitos dos estudos disponíveis não se baseiam em modelos teóricos com diferentes níveis de determinação⁸⁻¹⁶. É necessário identificar variáveis socioeconômica, familiar, contextual e de acesso aos serviços de saúde definem o uso e escolha da automedicação^{8,17}. Assim, objetivou-se estimar a prevalência e fatores associados à automedicação e à classe de medicamentos usada por menores de cinco anos, em municípios de grande porte do Maranhão, nordeste, Brasil.

Método

Estudo transversal, de base populacional, reali-

¹ Docente. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

² Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

³ Curso de Especialização em Educação Especial. Universidade Federal do Maranhão - UFMA.

Contato: Elisa Santos Magalhães Rodrigues. E-mail: elisasmr@gmail.com

zado nos seis municípios mais populosos e de grande porte no estado do Maranhão em 2007: São Luís, Imperatriz, São José de Ribamar, Timon, Caxias e Codó.

Realizou-se amostragem estratificada e por conglomerados em dois estágios. No primeiro, foram selecionados os 100 setores censitários, com probabilidade proporcional à população recenseada em 2000. No segundo, foi sorteado o quarteirão inicial dentro de cada setor e em seguida, sorteado um ponto inicial em cada um deles, que foi percorrido em sentido horário até que se 12 mães ou responsáveis pelas crianças em cada setor censitário fossem entrevistadas, não se limitando o número de pessoas incluídas por domicílio.

Nesse estágio, a unidade de amostragem foi o indivíduo, mas o processo de amostragem foi realizado em nível de domicílio. Se na última casa houvesse mais crianças do que o necessário para se completar 12 pessoas por setor, todas as crianças eram incluídas e, nestes casos, o número de crianças amostradas por setor ultrapassou 12. Como os domicílios foram selecionados com aproximadamente a mesma probabilidade, não houve necessidade de se realizar ponderação¹⁸.

Para esta pesquisa estimou-se que amostra de 960 crianças teria poder de 90% para detectar diferenças de 15% nas prevalências de uso de medicação, entre expostos e não expostos (*Odds Ratio* (OR) de 1,85), admitindo-se prevalência de 50,0% do desfecho entre os não expostos, intervalo de confiança de 95% e razão de 1:1 entre expostos e não expostos.

Foram visitados 1.280 domicílios, entrevistando-se 1.214 mães ou responsáveis de menores de cinco anos de idade. Foram utilizados dois questionários para coleta de dados dos indivíduos residentes há mais de seis meses no domicílio: 1) censo da casa e 2) saúde da criança. Para este estudo, foram adotadas duas diferentes variáveis dependentes: *automedicação e classe farmacológica dos medicamentos consumidos por meio de automedicação*.

A variável automedicação considerou a utilização, pela criança, de algum medicamento sem prescrição por médico ou dentista nos três meses anteriores à entrevista. Esta variável foi trabalhada de maneira dicotômica (*Sim vs Não*).

A variável classe do medicamento foi elaborada a partir do grupo farmacológico do medicamento consumido. Sua categorização foi: *não se automedicou, utilizou por meio de automedicação antibióticos e/ou psicotrópico e outros*. Esta última categoria incluiu os analgésicos, antipiréticos, anti-inflamatórios, antifúngicos, antiparasitários, antialérgicos, antidiabéticos, antianêmicos, vitaminas, suplementos alimentares e medicamentos para o aparelho respiratório e circulatório.

As variáveis independentes foram distribuídas em cinco níveis hierárquicos, em um modelo teórico adaptado do estudo de Santos *et al.*,¹⁹ (Quadro 1). No modelo, estabeleceu-se que o uso de medicamentos é influenciado pelas condições socioeconômicas, demográficas, estado de saúde da criança e utilização dos serviços de saúde.

Foi realizada análise descritiva das variáveis, estimando-se prevalências e respectivos intervalos de confiança a 95% (IC 95%). Realizaram-se testes para avaliar diferenças nas distribuições (Qui-quadrado de *Pearson e Kruskal-Wallis*) e de tendência linear (Qui-

Quadro 1 - Modelo teórico dos fatores associados à automedicação em crianças, em cinco níveis hierárquicos.

	Bloco socioeconômico (chefe de família)	Bloco socioeconômico (mãe e criança)
Nível 1	Renda Escolaridade Cor Benefício social Situação conjugal	Idade da mãe Número de filhos Cor da criança
	Bloco do domicílio/território	
Nível 2	Município Área Cobertura pela ESF Tipo de casa Saneamento básico	
	Bloco de condições ao nascimento/puerpério	
Nível 3	Peso da criança ao nascer Amamentação	Número de consultas pré-natal Consultas puerpério Local do pré-natal Tipo de parto
	Bloco da situação de saúde da criança	
Nível 4	Amamentação exclusiva com leite materno até seis meses de idade Doença na criança nos últimos três meses	
	Bloco de utilização atual dos serviços de saúde	
Nível 5	Consulta médica da criança Internação da criança Plano de saúde da criança	Sexo da criança Idade da criança
	Auto medicação e classes de medicamentos usados por menores de 5 anos	

Adaptado de Santos *et al.*²⁰

quadrado de tendência e Teste de *Wald*). Na abordagem hierarquizada, as variáveis foram inseridas segundo os blocos aos quais pertenciam. Após análise univariada, variáveis explicativas com valor de $p < 0,20$ para a associação com automedicação e classe de medicamento foram selecionadas para compor o modelo multivariável de regressão logística (Modelo 1, cujo desfecho era a automedicação) e regressão multinomial (Modelo 2, cujo desfecho era a classe de medicamentos utilizada).

Nas etapas subsequentes, para cada nível, mantiveram-se aquelas variáveis que permaneceram associadas à prática da automedicação e classe de medicamentos, após ajuste para as variáveis de confusão do mesmo bloco e para aquelas hierarquicamente superiores. Calcularam-se os OR não ajustados e ajustados e respectivos IC 95%. Adotou-se $\alpha = 5\%$ para a permanência das variáveis no modelo. Todas as análises foram realizadas no *software Stata*® v14.0 (*Stata Corp. College Station, TX*), incorporando-se os efeitos do plano amostral complexo em todas as etapas das análises.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão com parecer nº 275/06). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados

Entre as 1.214 mães/responsáveis entrevistadas, 74,0% responderam o item sobre automedicação, cuja prevalência foi 34,7% entre as crianças. As medicações auto prescritas mais frequentes foram: vitaminas (10,9%) antibiótico/antifúngico/antiparasitário (10,8%), fármacos para o aparelho respiratório/circulatório/antidiabéticos (10,7%) e analgésicos/antipiréticos/anti-inflamatórios (5,4%). As menos usadas foram: psicotrópico (0,8%), antialérgico (0,3%) e outras (3,1%) (Figura 1).

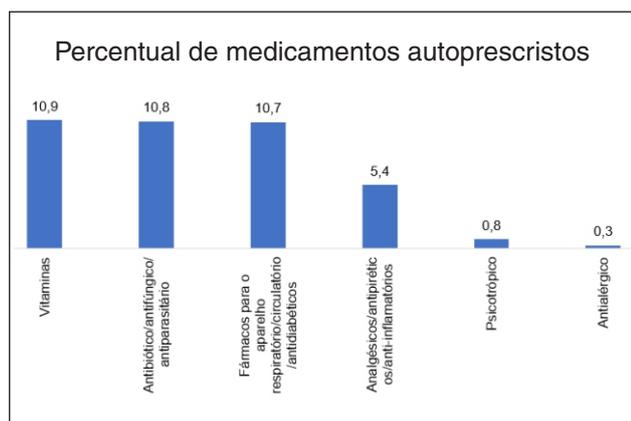


Figura 1 - Proporção de medicamentos na automedicação em menores de cinco anos. Maranhão, Brasil, 2006/2007.

A automedicação em crianças associou-se ($p < 0,05$) ao chefe de família ter renda menor que um salário mínimo (46%), receber benefícios sociais (43,5%), residir em área urbana (35,1%) e em casa sem alvenaria (46,9%), esta última também se relacionou com maior frequência de uso de antibióticos (10,5%), assim como ser filho de beneficiários (10,8%) (Tabela 1).

Fatores maternos como a realização de menos de cinco consultas pré-natais, sendo estas na rede SUS e ter recebido consulta médica no puerpério associaram-se tanto com maiores prevalências de automedicação, quanto com maior uso de antibióticos. Crianças nascidas de parto normal (38,7%) e, que nos últimos três meses, não adoeceram (42,7%), não sofreram internação (35,8%) e foram consultadas no SUS (15,7%), foram mais automedicadas. Já o uso de antibióticos foi prevalente em crianças sem plano de saúde (9,8%) e que realizaram consultas médicas na rede privada (6,0%) (Tabela 2).

A chance de automedicação foi maior entre filhos de chefes de família que recebiam benefícios sociais do governo federal (OR=1,56; IC95%: 1,13-2,15), de mães que realizaram menos do que seis consultas durante o pré-natal (OR=1,58; IC95%: 1,17-2,14), de mães que relataram que as crianças não haviam ficado doentes nos meses anteriores à entrevista (OR=2,05; IC95%: 1,45-2,89) e naquelas sem plano de saúde (OR=2,00; IC95%: 1,01-4,04) (Tabela 3).

Não ter plano de saúde (OR=3,78; IC95%: 1,45-9,81) elevou a chance de uso de antibióticos/psicotrópicos. No entanto, usar o SUS três meses antes da entrevista (OR=0,16; IC95%: 0,08-0,33) e a mãe ter feito pré-natal na rede privada (OR=0,69; IC95%: 0,50-0,95) relacionou-se a menores chances (Tabela 4).

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas associadas à automedicação em menores de cinco anos. Maranhão, Brasil. 2006/2007.

Nível / Variáveis explicativas ¹	n	Automedicação		p-valor	Classe de Medicamento			p-valor
		Não %	Sim %		Não %	A/P %	Outro %	
Nível 1								
RCF								
<1 salário mínimo	126	54,0	46,0		181	68,5	9,9	21,6
1 - 2 salários mínimos	378	63,0	37,0	0,004	505	72,7	9,1	18,2
>2 salários mínimos	374	71,4	28,6		460	77,0	8,2	14,8
Não informado	336	-	-		068	-	-	-
BSCF								
Sim	262	56,5	43,5		344	67,7	10,8	21,5
Não	634	69,1	30,9	<0,001	830	76,5	08,0	15,7
Não informado	318	-	-		040	-	-	-
Nível 2								
Área								
Urbana	880	64,9	35,1	*	73,3	08,9	17,7	
Rural	011	81,8	18,2	0,03-	019	89,5	05,3	0,178
Não informado	323	-	-		051	-	-	-
Tipo de casa								
Tijolo	786	67,0	33,0	**	75,2	08,6	16,3	
Outro	113	53,1	46,9	0,004	153	65,4	10,5	0,032
Não informado	315	-	-		035	-	-	-

¹Foram mantidas apenas as variáveis com valor de $p < 0,05$. A/P: Antibiótico e/ou Psicotrópico. RCF: Renda do chefe da família. BSCF: Benefício social do chefe da família. *1.144. **1.026.

Tabela 2 - Variáveis de uso dos serviços de saúde público e privado associadas à automedicação em menores de cinco anos. Maranhão, Brasil. 2006/2007.

Variáveis explicativas ¹	n	Automedicação		p-valor	n	Classe de Medicamento			p-valor
		Não %	Sim %			Não %	A/P %	Outro %	
Nível 3									
Consultas pré-natais									
≥6	660	68,9	31,1	<0,001	851	76,4	8,2	15,4	
Nenhuma a 5	239	55,2	44,8		328	67,4	10,4	22,3	0,006
Não informado	315	-	-		035	-	-	-	
Consulta de puerpério									
Sim	455	69,5	30,5	0,015	588	76,5	9,5	14,0	
Não	411	60,4	39,6		552	71,0	8,3	20,7	0,044
Não informado	348	-	-		074	-	-	-	
Local do pré-natal									
SUS*	696	62,2	37,8	<0,001	922	71,9	9,9	18,2	
Não SUS	153	81,1	18,9		187	84,5	5,4	10,2	<0,001
Não informado	365	-	-		105	-	-	-	
Tipo de parto									
Normal	532	61,3	38,7	0,002	726	72,2	9,8	18,0	
Cesáreo	360	71,7	28,3		443	77,0	7,5	15,6	0,199
Não informado	322	-	-		045	-	-	-	
Nível 4									
Doença 3 meses antes									
Sim	636	68,7	31,3	0,001	695	71,8	8,9	19,3	
Não	260	57,3	42,7		481	77,1	8,3	14,6	0,173
Não informado	318	-	-		038	-	-	-	
Nível 5									
Consultas 3 meses antes									
Não	442	44,3	55,7	<0,001	683	64,3	12,2	23,6	
Sim, não SUS	111	89,2	10,8		116	89,7	6,0	4,3	<0,001
Sim, no SUS	345	84,4	15,7		379	86,3	3,7	10,0	
Não informado	316	-	-		036	-	-	-	
Internação 3 meses antes									
Sim	073	78,1	21,9	0,030	81	80,3	4,9	14,8	
Não	826	64,2	35,8	*	73,4	9,1	17,5	0,402	
Não informado	315	-	-		036	-	-	-	
Tem plano de saúde									
Sim	169	84,6	15,4	<0,001	204	87,8	3,9	8,3	
Não	730	60,8	39,2		974	70,9	9,8	19,2	<0,001
Não informado	315	-	-		036	-	-	-	

¹Foram mantidas apenas as variáveis com valor de $p < 0,05$. *SUS: Sistema único de Saúde. A/P: Antibiótico e/ou Psicotrópico. *1.0907.

Tabela 3 - Análise não ajustada e ajustada dos fatores associados à automedicação em menores de cinco anos. Maranhão, Brasil, 2006/2007.

Variáveis explicativas ¹	Análise não ajustada		Análise ajustada ³	
	OR ²	IC95% ²	OR	IC95%
Renda do chefe da família				
<1 salário mínimo	Ref. ²		Ref.	
1 - 2 salários mínimos	0,68	0,45-1,02	0,67	0,44-1,02
>2 salários mínimos	0,47	0,30-0,72	0,51	0,33-0,81
Benefício social do chefe da família				
Não	Ref.		Ref.	
Sim	1,71	1,27-2,31	1,56	1,13-2,15
Área				
Urbana	Ref.		Ref.	
Rural	0,40	0,17-0,94	0,31	0,13-0,73
Tipo de casa				
Tijolo	Ref.		Ref.	
Outros	1,91	1,22-2,99	1,46	0,89-2,40
Número de consultas pré-natal				
≥6	Ref.		Ref.	
Nenhum a 5	1,79	1,31-2,45	1,58	1,17-2,14
Local do pré-natal				
SUS	Ref.		Ref.	
Não SUS	0,61	0,48-0,77	0,72	0,57-0,91
Doença 3 meses antes				
Sim	Ref.		Ref.	
Não	1,70	1,23-2,35	2,05	1,45-2,89
Consulta 3 meses antes				
Não	Ref.		Ref.	
Sim, em estabelecimento não SUS	0,09	0,04-0,18	0,12	0,05-0,29
Sim, em estabelecimento SUS	0,14	0,09-0,22	0,06	0,03-0,11
Tem plano de saúde				
Sim	Ref.		Ref.	
Não	3,54	2,10-5,97	2,00	1,01-4,04

¹Foram mantidas na Tabela apenas as variáveis que permaneceram com $p < 0,10$, nas análises ajustadas. ²OR: *odds ratio*. IC95%: Intervalo de Confiança a 95%. Ref.: Categoria de Referência. ³Razão de chances ajustada para variáveis do mesmo nível, dos níveis hierarquicamente superiores e demográficas (idade e sexo da criança).

Tabela 4 - Fatores associados à classe do medicamento utilizado na automedicação em menores de cinco anos. Maranhão, Brasil, 2006/2007.

Variáveis explicativas ¹	Análise não ajustada				Análise ajustada ³			
	Antibiótico e/ou Psicotrópico		Outros		Antibiótico e/ou Psicotrópico		Outros	
	OR ²	(IC95%) ²	OR	(IC95%)	OR	(IC95%)	OR	(IC95%)
Renda do chefe da família								
<1 salário mínimo	Ref. ²		Ref.		Ref.		Ref.	
1 - 2 salários mínimos	0,84	0,41-1,71	0,79	0,51-1,24	0,85	0,42-1,71	0,81	0,51-1,27
>2 salários mínimos	0,73	0,35-1,54	0,61	0,39-0,96	0,81	0,38-1,70	0,68	0,41-1,10
Benefício social do chefe da família								
Não	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Sim	1,54	0,98-2,42	1,54	1,12-2,12	1,48	0,93-2,33	1,45	1,03-2,04
Tipo de casa								
Tijolo	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Outro	1,44	0,77-2,69	1,84	1,11-3,05	1,42	0,74-2,72	1,59	0,95-2,64
Número de consultas pré-natal								
≥6	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Nenhum a 5	1,41	0,91-2,19	1,63	1,17-2,28	1,40	0,90-2,16	1,53	1,09-2,15
Local do pré-natal								
SUS	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Não SUS	0,66	0,48-0,90	0,68	0,52-0,88	0,69	0,50-0,95	0,80	0,60-1,06
Consulta 3 meses antes								
Não	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Sim, em estabelecimento não SUS	0,36	0,15-0,88	0,13	0,05-0,32	0,97	0,36-2,62	0,23	0,09-0,59
Sim, em estabelecimento SUS	0,23	0,11-0,45	0,31	0,20-0,48	0,16	0,08-0,33	0,28	0,17-0,45
Tem plano de saúde								
Sim	Ref.		Ref.		Ref.		Ref.	
Não	3,39	1,45-7,88	2,76	1,56-4,86	3,78	1,45-9,81	1,63	0,78-3,40

¹Foram mantidas na Tabela apenas as variáveis que permaneceram com $p < 0,10$, nas análises ajustadas. ²OR: *odds ratio*. IC95%: Intervalo de Confiança a 95%. Ref.: Categoria de Referência. ³Razão de chances ajustada para variáveis do mesmo nível, dos níveis hierarquicamente superiores e demográficas (idade e sexo da criança).

Discussão

A prevalência de automedicação, entre crianças menores de cinco anos nos municípios mais populosos do Maranhão, foi elevada, com maior uso de antibióticos e/ou psicotrópicos.

No Brasil, a automedicação em crianças menores de cinco anos apresenta prevalências variadas^{11,13,20-23} e tende a aumentar com a idade^{10,11}. Diferenças metodológicas na coleta dos dados, disponibilidade de medicamentos gratuitos, baixa preocupação dos pais com a segurança dos medicamentos, altos custos dos cuidados médicos e desorganização dos serviços públicos de saúde são fatores explicativos⁶.

Estudos apontam que os analgésicos (23,0%) e anti-inflamatórios (9,8%) são os fármacos mais utilizados por automedicação^{1,12}. Em crianças, o uso de anti-inflamatórios não esteroidais, analgésicos e antibióticos é mais comum, para aliviar sintomas como febre (50,0%), gripe (25,0%), resfriado (13,0%) e infecções de garganta (12,0%), pelos pais^{7,23,24}.

Outro estudo aponta as vitaminas, os antimicrobianos e os fármacos para o aparelho respiratório como as classes mais utilizadas na automedicação^{7,9}. O elevado uso indevido de antibióticos é preocupante. Ocorre em razão da falta de conhecimento dos pais/responsáveis sobre seus riscos, como a resistência antimicrobiana⁶.

Prevalências da automedicação com antibióticos variam entre crianças de diferentes localidades. No Brasil, há oscilações entre 47,0% em São José do Rio Preto²⁵ e 9,9% em Tubarão (SC)²⁶. Em outros países estimativas apontam para prevalências de 6,7% em Portugal³, 18,0% na Espanha, 22,8% no Kuwait e 77% na Grécia. Países como a Indonésia, Sri Lanka, Nigéria, Sudão, Guatemala e Grécia também apresentam elevadas frequências⁷.

A automedicação com psicotrópicos foi pouco prevalente entre as crianças. No entanto, outras pesquisas apontam aumento significativo do consumo de psicotrópicos em todo o mundo, em razão da falsificação de Notificações de Receita, além de falta de preparo dos profissionais de saúde^{27,28}.

A maior frequência de automedicação em crianças de baixa renda e beneficiárias reflete condições financeiras desfavoráveis e é sustentada por resultados de outros estudos^{6,8,29,30}. Estas populações podem comprometer parte dos rendimentos com medicação²⁸ e enfrentar maior dificuldade de acesso ao sistema saúde. Assim são mais propensas a automedicação como recurso alternativo para atender à demanda por saúde⁸.

Já a maior frequência em crianças residentes em área urbana pode ser justificada pelo acesso mais fácil ao medicamento. A facilidade de aquisição de medicamentos na área urbana é maior devido à existência de maior número de farmácias, além da proximidade dos vizinhos, amigos e familiares, diferentemente da população da zona rural, onde as distâncias geográficas representam uma barreira ao uso de medicação^{3,5-8}.

No Piauí e Pará¹⁷, não foi observada associação entre o número de consultas pré-natais e a prática da automedicação, em crianças de cidades de pequeno porte, o que contrasta com o presente estudo. No entanto, é possível que características do pré-natal

sejam diferentes nestas cidades, em decorrência da organização da rede assistencial.

Estes achados apontam para a necessidade de que as mães sejam bem orientadas, desde o pré-natal até o puerpério, sobre os perigos relacionados à automedicação em crianças. Também é possível que essa deficiência de orientação seja maior nos estabelecimentos da rede pública em relação à privada⁷.

A maior chance de automedicação em crianças que não adoeceram três meses antes da entrevista, diferiu de Haseeb *et al.*,¹⁵ no Paquistão. Porém, pesquisas nacionais^{1,17,22} e no exterior^{6,8,29}, mostram associação com a presença de sinais e sintomas menores; uma vez que doenças ou condições crônicas mais graves levam ao uso de medicamentos prescritos.

A maior chance de automedicação em crianças sem histórico de consulta médica três meses antes à entrevista, é reforçado por outra pesquisa¹⁷, ao observar que a forte associação da automedicação com a impossibilidade de o filho receber atendimento médico nos últimos 15 dias.

A automedicação está associada à dificuldade de conseguir consulta médica e ao seu alto custo, o que contribui para essa prática em crianças²¹. Soma-se a isto razões culturais, facilidade na aquisição de medicamentos, repetição de uma receita e falta de medicamentos adequados disponíveis nos serviços⁶⁻¹¹.

Ter planos de saúde é um indicador da facilidade de acesso aos serviços de saúde e de uso prescrito de medicação⁷⁻⁹. No Brasil, a implantação do SUS foi acompanhada pelo crescimento expressivo dos planos de saúde, à medida que há aumento da renda. Além disso, o acesso à assistência médica pública é difícil e grande parte da população brasileira, além de estar na faixa da pobreza, não tem condições econômicas para pagar um plano de saúde^{31,32}.

Limitações como o desenho transversal, dada as questões éticas e natureza da intervenção, não permite inferir causalidade. Além da impossibilidade logística de realizar o seguimento longitudinal desta amostra de base populacional em diferentes municípios, o estudo transversal foi o mais adequado. Além disso, os potenciais vieses de memória e de informação relacionados ao uso e à classe de medicamento realizada.

A coleta dos dados ocorreu antes da implementação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 44³³, na qual vincula-se a venda de antibióticos à apresentação da receita médica. Assim, esses resultados podem comparados com estudos posteriores a resolução, no intuito de avaliar o impacto desta medida.

Conclui-se que crianças pertencentes a famílias em situação de vulnerabilidade social e usuárias do SUS foi um grupo com maior frequência de automedicação, inclusive com antibióticos e psicotrópicos. Portanto, torna-se necessário promover iniciativas para maior conscientização da população sobre os riscos relacionados à automedicação.

Fonte de Financiamento

A pesquisa recebeu financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão - FAPEMA (PPSUS/4.06-1189/05)

Referências

1. Beckhauser GC, Souza JM, Valgas C, Piovezan AP, Galato D. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. *Rev Paul Pediatr*, 2010; 28(3): 262-268.
2. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). Uso Indiscriminado de Medicamentos. Acesso em: 3 mar. 2013. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/folder/uso-indiscriminado.pdf>.
3. Belo N, Maio P, Gomes S. Automedicação em idade pediátrica. *Birth and Growth Medical Journal*, 2017; 26(4): 234-239.
4. Escourrou B, Bouville B, Bismuto H, Durrieu L, Oustric S. Self-medication in children by parentes: A real risk? A cross-sectional descriptive study. *Rev Prat*, 2010; 60 (6 Suppl): 27-34.
5. Ocan M, Bwanga F, Bbosa GS, Bagenda D, Waako P, Ogwal-Okeng J *et al.* Patterns and Predictors of Self-Medication in Northern Uganda. *PLoS ONE*, 2014; 9(3): e92323.
6. Gohar UF, Khubaib S, Mehmood A. Self-Medication Trends in Children by their Parents. *J Develop Drugs*, 2017; 6(2): 1000173.
7. Limaye D, Limaye V, Krause G, Fortwengel G. A Systematic Review of the Literature to Assess Self-medication Practices. *Ann Med Health Sci Res*, 2017; 7(1): 1-15.
8. Shafie M, Eyasu M, Muzeyin K, Worku Y, Martín-Aragón S. Prevalence and determinants of self-medication practice among selected households in Addis Ababa community. *PLoS ONE*, 2018; 13(3): 1-20.
9. Cruz MJ, Dourado LF, Bodevan EC, Andrade RA, Santos DF. Medication use among children 0-14 years old: population baseline study. *J Pediatr (Rio J)*, 2014; 90(6): 608-615.
10. Oliveira EA, Bertoldi AD, Domingues MR, Santos IS, Barros AJD. Uso de medicamentos do nascimento aos dois anos: coorte de nascimentos de Pelotas, RS, 2004. *Rev Saúde Pública*, 2010; 44(4): 591-600.
11. Bertoldi AD, Silveira MP, Menezes AM, 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 Health* 2012; 51 (6 Suppl): S11-S15.
12. Pereira FSVT, Bucarety F, Stephan C, Cordeiro R. Automedicação em crianças e adolescentes. *J Pediatr*, 2007; 83(5): 453-458.
13. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra Jdos R, Galduróz JC. Household storage and use of medications in a population served by the family health strategy in Brazil. *Panam Salud Publica*, 2011; 29(5): 358-364.
14. Tourinho FS, Bucarety F, Stephan C, Cordeiro R. Home medicine chests and their relationship with self-medication in children and adolescents. *J Pediatr*, 2008; 84(5): 416-422.
15. Haseeb A, Bilal M. Prevalence of using non prescribed medications in economically deprived rural population of Pakistan. *Archives of Public Health*, 2016; 74(1): 1-7.
16. Ernesto AS, Lemos RM, Huehara MI, Morcillo AM, Vilela MMS, Silva MT. Usefulness of pharmacy dispensing records in the evaluation of adherence to antiretroviral therapy in Brazilian children and adolescents. *Braz J Infect Dis*, 2012; 16(4): 315-320.
17. Goulart IC, Cesar JA, Gonzalez-Chica DA, Neumann NA. Automedicação em menores de cinco anos em municípios do Pará e Piauí: prevalência e fatores associados. *Rev Bras Saúde Materno Infantil* 2012; 12:165-172.
18. Veiga JE. *Cidades imaginárias: o Brasil é menos urbano do que se calcula*. Campinas (SP): Autores Associados; 2002.
19. Veloso HJF, Silva, AAM. Prevalência e fatores associados à obesidade abdominal e ao excesso de peso em adultos maranhenses. *Rev Bras Epidemiol*, 2010; 13(3): 400-412.
20. Santos DB, Barreto ML, Coelho HLLL. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. *Rev Saúde Pública*, 2009; 43(5): 768-778.
21. Ribeiro JM, Siqueira SAV, Pinto LFS. Avaliação da atenção à saúde da criança (0-5 anos) no PSF de Teresópolis (RJ) segundo a percepção dos usuários. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2010; 15(2): 517-527.
22. Loyola Filho AI, Uchoa E, Guerra HL, Araújo FJO, Lima FMC. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. *Rev Saúde Pública*, 2002; 36(1): 55-62.
23. Medeiros RA, Pereira VG, Medeiros SM. Vigilância em saúde na enfermagem: o caso das medicações sem prescrição em crianças. *Esc Anna Nery* 2011; 15(2): 233-237.
24. Pfaffenbach G. Automedicação em crianças: um problema de saúde pública. *Rev Paul Pediatr*, 2010; 28(3): 260-261.
25. Furini AAC, Lima ALZ, Atique TSC. Análise de indicadores de prescrições em crianças de 0-12 anos em São José do Rio Preto. *Rev Bras Farm*, 2009; 90(3): 175-179.
26. Cancelier ACL, Kubo TK, Pizzol FD. Automedicação em crianças com rinofaringite aguda. *Arq Catarin Med*, 2006; 35(2): 35-40.
27. World Health Organization. Medicines: rational use of medicines. Suécia, 2010 [capturado 2018 mar 6]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs338/en/>.
28. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report, 2013. New York: United Nations; 2013 [capturado 2014 mar 5]. Disponível em: http://www.unodc.org/unodc/secured/wdr/wdr2013/World_Drug_Report_2013.pdf.
29. Ekambi EGA, Ebongue CO, Penda IC, Nga NE, Mpondo EM, Moukoko CEE. Knowledge, practices and attitudes on antibiotics use in Cameroon: Self-medication and prescription survey among children, adolescents and adults in private pharmacies. *PLoS ONE*, 2019; 14(2): 1-17.
30. Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nobrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2008; 13(4): 1219-1226.
31. Marcia CC, Adriano MGA, Naercio AMF, Monica VA, Quênia VMSN, Noronha KVMS *et al.* Sistema Unificado de Saúde no Brasil: os primeiros 30 anos e as perspectivas para o futuro. *Política de Saúde*, 2019; 394(10195): 345-356.
32. Cunha CLF, Moreira JPL, Oliveira BLCA, Bahia L, Luiz RR. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. *Ciênc Saúde Coletiva*, 2019; 24(5): 1959-1972.
33. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). *Resolução da diretoria colegiada - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009* [capturado 2020 abr 7]. Disponível em: <https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-44-2009>.