

CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE USO EVENTUAL: VULNERABILIDADE DO CONSUMIDOR*

Jane Sara Freitas Lopes**

RESUMO

O estudo, com abordagem metodológica qualitativa, buscou identificar e analisar se a utilização de medicamentos para tratamento da dor, febre, infecções e afecções respiratórias é uma demonstração da vulnerabilidade do consumidor e, em consequência, da mitigação do direito humano à saúde. A revisão integrativa da literatura foi realizada através de levantamento bibliográfico por meio das bases de dados Medline e Lilacs, pesquisando artigos publicados entre 2008 e 2010, que discorrem sobre o uso e políticas públicas no tocante aos medicamentos, utilizando os descritores direitos humanos e medicamentos, foram encontrados 263 textos completos, destes foram selecionados 24 que atenderam critérios de inclusão e exclusão baseados no objeto do estudo. A revisão foi ampliada para atender os dados de pesquisas atuais utilizando dados do IBGE e PNAUM. Conclui-se que o acesso seguro a medicamentos é uma garantia do direito à saúde como direito humano fundamental. Este entendimento não se vincula a interpretação de que o consumo de medicamentos seja um indicador de qualidade dos serviços de saúde. Entretanto considera-se que a ausência de acesso a medicamentos indicados para tratamento de algumas doenças, principalmente aquelas que apresentam episódios agudos, não apenas fragilizam profundamente o usuário no aspecto financeiro, devido ao expressivo gasto com medicamentos, mas também o torna vulnerável ao inseri-lo no mercado de consumo de produtos farmacêuticos.

Palavras-chave: Direitos Humanos. Medicamentos. Consumo. Vulnerabilidade. Participação.

ABSTRACT: The study, with qualitative approach, aimed to identify and analyze the use of drugs to treat pain, fever, infections and respiratory conditions reveals consumer vulnerability and mitigation of the human right to health. The integrative literature review was performed using the Medline and Lilacs, researching articles published between 2008 and 2010, which discussed the use of drugs and public policies related to them, using the terms "human rights" and "drugs" 263 full texts were found, among these were selected 24 that met inclusion and exclusion criteria related to the studied object. The review was expanded to meet the current research data using the IBGE and PNAUM data. It is concluded that safe access to medicines is a guarantee of the right to health as a fundamental human right. This conclusion does not bind the interpretation that the consumption of drugs is an indicator of quality of health services. However, it is considered that the lack of access to medicines for treating some diseases, especially those with acute episodes, not only deeply weakens the user on the financial aspect, due to the significant expenditure on drugs, but also makes it vulnerable when inserted into pharmaceutical products market.

Keywords: Human Rights. Medications. Consumption. Vulnerability. Participation.

* Trabalho desenvolvido para o componente curricular Tópicos Especiais: Direitos Humanos, Saúde e Família; do Programa de Pós-graduação em Família na Sociedade Contemporânea, na Universidade Católica de Salvador, sob orientação da prof. Dra. Isabel Maria Sampaio Oliveira Lima.

** * Professora do Curso de Direito da Universidade do Estado da Bahia – UNEB. Pedagoga, Especialista em projetos Educacionais, Especialista em Ciências Criminais, Advogada OAB-BA 24273. jslopes@uneb.br

INTRODUÇÃO

Há um reconhecimento formal do direito à saúde como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana, tal consenso é expresso nas leis internacionais e nacionais e nas regras consuetudinárias. Desde o avanço da tecnologia com a consequente evolução da medicina, a ideia de saúde traz consigo o uso de medicamentos. Na atualidade, fala-se em medicamentos personalizados, com base no genoma de cada indivíduo. Não diferindo das características destes novos tempos, convivem as soluções futuristas com velhos problemas, no Brasil, o acesso a medicamentos ainda é precário e a auto medicação é prática comum nas mais diversas camadas da população.

Neste contexto, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) verifica que o acesso a medicamentos para doenças crônicas atinge índices de aproximadamente 90%. Em total contraste, mais de 70% dos medicamentos para dor e febre são custeados pelo próprio consumidor.

Diante desta realidade, nasce o problema de pesquisa aqui apresentado: identificar e analisar se o consumo de medicamentos para tratamento da dor, febre, infecções e afecções respiratórias, aqui denominado de medicamentos de uso eventual, é uma demonstração da vulnerabilidade do consumidor e em consequência da mitigação do direito humano à saúde.

Para tanto foram coletadas pesquisas desenvolvidas no Brasil e publicadas no período de 2008 a 2010, utilizou-se como metodologia uma revisão integrativa de pesquisas utilizando os descritores direitos humanos e medicamentos. Foi realizada busca na base de dados BVS, a qual apresentou um maior número de publicações na base MEDLINE e LILACS, nestas foram encontradas 263 textos completos, dentre estes foram selecionados 24 que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão previamente determinados, ou seja, as pesquisas deveriam ter como objeto de estudo o uso, consumo ou políticas públicas de medicamentos. Foram delimitados três eixos de interesse: Acesso a medicamentos um direito humano fundamental, Vulnerabilidade do consumidor e Políticas públicas. Da leitura pormenorizada das publicações houve a distribuição das pesquisas entre os eixos.

Com base nos princípios do microsistema jurídico de defesa do consumidor foram avaliados os resultados das pesquisas sobre uso de medicamentos identificando o grau de vulnerabilidade a que estavam expostos os consumidores. Por fim, foram estudadas estratégias capazes de tornar possível a sua proteção no mercado de consumo.

1 ACESSO SEGURO A MEDICAMENTOS, UM DIREITO HUMANO FUNDAMENTAL

A abrangência do tema Direitos Humanos suscita discussões filosóficas, políticas, jurídicas, sociais, econômicas, culturais e técnico-científicas. Apesar disso, há um reconhecimento formal do direito à saúde como um direito humano voltado à preservação da vida e dignidade humana, tal consenso é expresso nas leis internacionais e nacionais e nas regras consuetudinárias. Entretanto, a efetividade de tal direito exige uma série de ações que vão desde políticas públicas para garantia de acesso universal aos bens e serviços de saúde à consequente ampliação do conceito de saúde introduzindo a concepção do direito social, passando ainda pela inclusão do fornecimento gratuito de medicamentos e pela viabilização de acesso seguro aos mesmos para, por fim, garantir o exercício da cidadania.

Inicialmente a Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1948 idealiza o direito à saúde no seu artigo 25: “Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar, a si e a sua família, saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos [...]”. Em 1966, o Pacto Internacional sobre Direitos Econômicos, Sociais e Culturais vincula os Estados-partes ao cumprimento da determinação de “prevenção e o tratamento das doenças epidêmicas, endêmicas, profissionais e outras, bem como a luta contra essas doenças” e a “criação de condições que assegurem a todos assistência médica e serviços médicos em caso de enfermidade”, assim reafirmam no artigo 12 o direito à saúde e a necessidade de todas as pessoas desfrutarem do mais elevado nível de saúde física e mental. (VENTURA, 2010, p. 96)

Complementando o reconhecimento do direito à saúde para todos os seres humanos é fundada a Organização Mundial de Saúde (OMS) ainda em 1948. Quando da constituição da Organização, a saúde é definida como bem-estar físico, mental e social, ou seja, o conceito

transcende a mera ausência de uma enfermidade. Para integrar a abordagem dos direitos humanos no contexto da saúde, a OMS trabalha na incorporação da saúde na agenda externa dos direitos humanos, integrando seus princípios, normas e padrões nas políticas e programas de saúde e na jurisprudência, adequando os problemas da saúde às instâncias do sistema internacional de direitos humanos. (OMS, 2015)

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 traz em seu artigo 1º o valor da dignidade da pessoa humana como fundamento do Estado Democrático de Direito e o consolida através de normas e diretrizes no corpo constitucional. A CF/88 também estabelece dentre os direitos e garantias fundamentais previsto no artigo 6º o direito social a saúde, fixando como direito de todos e dever do Estado a saúde (art. 196) e a previdência social (art. 201). Com esse objetivo, determina uma receita de impostos para desenvolvimento da saúde com a previsão da possibilidade de intervenção federal nos Estados em que não houver observância da aplicação dos recursos.

Introduz a Carta de 1988 um avanço extraordinário na consolidação dos direitos e garantias fundamentais, situando-se como o documento mais avançado, abrangente e pormenorizado sobre a matéria na história constitucional do país. É a primeira Constituição Brasileira a iniciar com capítulos dedicados aos direitos e garantias, para, então, tratar do Estado, de sua organização e do exercício dos poderes. Ineditamente, os direitos e as garantias individuais são elevados a cláusulas pétreas, passando a compor o núcleo material intangível da Constituição (artigo 60, parágrafo 4º). Há a previsão de novos direitos e garantias constitucionais, bem como o reconhecimento da titularidade coletiva de direitos, com alusão à legitimidade de sindicatos, associações e entidades de classe para a defesa de direitos. (PIOVESAN, 2008. p. 40)

O ideário manifesta-se na busca de uma nova configuração para a saúde pública, através do movimento da reforma sanitária que propôs mudanças e transformações fomentadoras das bases para sustentação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) definindo as suas diretrizes: universalização, integralidade, descentralização, participação popular, regionalização e equidade. Para atingir tais finalidades são desenvolvidas inúmeras ações dentre elas a adoção da Política Nacional de Medicamentos (PNM). “Assim, a adoção da PNM propiciou um modelo de gestão descentralizador, com a participação das três esferas de governo, objetivando assegurar o acesso dos usuários do SUS a medicamentos, com segurança, eficácia e qualidade comprovadas.” (BAUMGRATZ, et al., 2009. p. 1118).

Numa rápida análise pode-se observar que o setor de medicamentos brasileiro passou por várias mudanças, destacando-se entre elas: a criação da Central de Medicamentos (CEME), regulamentada em 1971; a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com a previsão na Constituição Federal de 1988 que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população; aprovação da Lei Orgânica da Saúde em 1990 pelo Congresso Nacional, que detalha o funcionamento do Sistema; aprovação da Política Nacional de Medicamentos (PNM) através da Portaria GM nº 3.916/98; criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) através da Lei nº 9.782 de 1999; edição da Lei dos Genéricos (Lei nº 9.787, de 1999); mais recentemente, a realização da Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica, a criação do Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos (DAF) e a aprovação da Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Pnaf). (Portela, 2010, p. 1115).

A série de ações antes descritas levaram a avanços nas orientações adotadas pelo Ministério da Saúde para definição das diretrizes e prioridades da PNM, visando atender às determinações da OMS. A PNM se propõe a priorizar o acesso universal aos medicamentos considerados essenciais, principalmente àqueles orientados para o atendimento de agravos à saúde da população, garantir a qualidade, eficácia e segurança dos medicamentos e promover seu uso racional.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e, no Brasil, a política nacional de medicamentos preconizam que o uso racional de medicamentos se dá quando os pacientes recebem a medicação adequada às suas necessidades clínicas, nas doses correspondentes aos seus requisitos individuais, durante um período de tempo adequado e ao menor custo possível para si e para a comunidade. Já a automedicação é definida como o uso de medicamento sem prescrição, orientação ou acompanhamento do médico ou do dentista. Considerando-se que 35% dos medicamentos são adquiridos no Brasil para automedicação e que, desses, 44,1% necessitam da apresentação da prescrição médica para aquisição, observa-se que a automedicação, na maioria das vezes, é inadequada, podendo trazer prejuízo ao usuário. (Mastroianni et al. 2011, p. 358)

Verifica-se nos dados acima listados que o acesso a medicamentos é uma condição para garantia do direito à saúde como direito humano fundamental, e que o acesso seguro ao medicamento exige o controle da prescrição médica e do ciclo da assistência farmacêutica constituído pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação,

com suas interfaces nas ações da atenção à saúde. Partindo deste entendimento estudos foram desenvolvidos para identificar o acesso à medicamentos no Brasil.

O acesso aos medicamentos é, sem dúvida, um problema grave do sistema de saúde brasileiro. Rozenfeld (1989) avaliou que 40 milhões de brasileiros não têm acesso à assistência farmacêutica, fato que continua praticamente inalterado, segundo dados do sindicato da Indústria Farmacêutica (SINDUSFARMA) citado por Cosendey et al. (2000). Esta carência já seria em si um fato negativo, mas ele se torna escandaloso em um país que figura no ranking mundial de vendas farmacêuticas como o oitavo no mercado mundial. (KORNIS, 2008, p. 97)

Na análise dos dados acima, referentes aos anos de 1989 e 2000, em conjunto com os resultados preliminares da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) no Brasil 2014 é possível verificar que o investimento federal em medicamentos no ano de 2003 foi de 1,91 milhões de reais, com aumentos sucessivos ano após ano até atingir o valor de 11,46 milhões de reais em 2013. A mesma pesquisa aponta que em 2014 o acesso global a medicamentos para doenças crônicas referidas (hipertensão, diabetes e doença pulmonar crônica) atinge índices de 88% a 93,8%. Assim, os resultados mostram um acesso elevado aos medicamentos para o tratamento das doenças crônicas mais prevalentes, o que representa um resultado positivo, visto que resta atendida a recomendação da OMS sobre acesso como meio para atingir o uso racional de medicamentos.

O mesmo não ocorre no que se refere a medicamentos para episódios e afecções agudas (dor, febre, infecção, gripe, resfriado, rinite, afecções de estômago e intestino). Os dados da PNAUM 2014, demonstram que o acesso gratuito ainda é muito baixo: 81,2% dos medicamentos para afecções respiratórias agudas são pagos pelo paciente; 77,9% daqueles voltados para dor; 70,9% para febre; 63,1% para infecção; e 54,8% para afecções gastrointestinais.

Verifica-se pelos estudos até aqui apresentados que há uma operacionalização da política pública focada na efetivação do direito à saúde consignado como direito fundamental e de aplicabilidade imediata. Os números positivos em relação ao montante investido em determinados medicamentos que contemplem a população de maneira satisfatória lhe oferece melhor qualidade de vida e buscam garantir a efetividade do direito fundamental à saúde.

Vale ressaltar que a ausência de acesso a medicamentos indicados para tratamento de algumas doenças, principalmente aquelas que apresentam episódios agudos, não apenas fragilizam profundamente o usuário no aspecto financeiro, devido ao expressivo gasto com medicamentos, mas também o torna vulnerável ao inseri-lo no mercado de consumo de produtos farmacêuticos. Os dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009, do IBGE, apontam que na participação relativa os remédios tiveram o maior peso pois representam 48,6% da despesa média mensal familiar em assistência à saúde e os gastos com o grupo assistência à saúde tiveram peso de 7,2% na despesa média mensal das famílias.

2 A VULNERABILIDADE DO CONSUMIDOR NO MERCADO DE MEDICAMENTOS

Na etapa anterior do estudo ora apresentado demonstrou-se que ainda é insuficiente o fornecimento gratuito de medicamentos pelos órgãos públicos, tendo como consequência a obrigatoriedade de aquisição através de gastos pessoais. Desta forma a pessoa é impelida a adquirir os medicamentos no mercado fornecedor. Então, de forma inevitável, passa a participar da sociedade de consumo de massa caracterizada por uma produção ampla e diferenciada de produtos.

A sociedade de consumo possibilita o maior acesso a produtos de consumo mas, em contrapartida, reorganiza de forma desigual as relações entre consumidores e fornecedores. Os fornecedores detentores do poder econômico e técnico determinam as regras do mercado de consumo, o que resulta na vulnerabilidade do consumidor. Assim o usuário de medicamentos vê-se inserido na sociedade de consumo “caracterizada por um número crescente de produtos e serviços, pelo domínio do crédito e do marketing, assim como pelas dificuldades de acesso à justiça.” (GRINOVER, 2007, p. 6).

O direito não fica alheio a tais acontecimentos e elabora uma legislação protetiva para amenizar essa vulnerabilidade e reduzir os danos causados pela exploração de recursos naturais. Desta maneira é elaborado o Código de Defesa do Consumidor (CDC) através da Lei 8.078 de 1990 como determinado na Constituição Brasileira de 1988.

O conhecimento desta legislação representa um caminho para o consumidor se proteger dos efeitos danosos e usufruir dos benefícios da sociedade de consumo. Nesse contexto, embora o discurso da sociedade de massa seja pelo pleno acesso de todos os cidadãos, diferenças no poder aquisitivo determinam de maneira seletiva produto/consumidor. Assim, a interpretação da realidade econômico-social leva a conclusão de que as relações de consumo carregam na sua essência a nota desigualdade.

Participando inevitavelmente da sociedade de consumo, faz-se necessário que o consumidor compreenda o seu funcionamento para traçar estratégias que o fortaleçam, possibilitando não apenas a sua adaptação ao meio mas a capacidade de decidir sobre o que deve ser consumido e o controle sobre o que é ofertado.

A participação pode ser vista como um meio para algo mais amplo: educação e poder. É simultaneamente um dispositivo pedagógico e um processo político, que corporifica a orientação de formação cívica pela prática do desempenho democrático em um contexto formativo. Tem no processo participativo a condição de lócus de autoagência e de co-construção de significados, valores e práticas, propiciando aos jovens encetar um processo de reconstrução de espaços públicos e de seu papel social. (GUIMARÃES, 2011, p. 865).

O CDC, como microsistema jurídico, possui uma base principiológica que garante a igualdade formal entre os consumidores. Vale ressaltar que a igualdade substancial não poderá ser garantida e só será atingida com a superação da desigualdade social e da pobreza vivenciadas, a vasta legislação de proteção ao consumidor, ainda que reduza esse hiato, não é suficiente para garantir tal igualdade. Os dados da POF 2008-2009, do IBGE, confirmam tal afirmação quando demonstram que na participação relativa das despesas, com relação ao total de despesas com assistência à saúde, os remédios representam 33,6% para as famílias 10% com maiores renda, enquanto para as famílias 40% com menores renda representam 74,2%. Assim, fica configurado claramente um maior acesso aos medicamentos por uma determinada camada da população.

Quanto a relação jurídica entre consumidores e fornecedores, são definidas uma série de normas protetivas do consumidor, visando reduzir o desequilíbrio entre agentes econômicos e o consumidor. A vulnerabilidade do consumidor no mercado de consumo

constitui presunção absoluta, explícita no art. 4º, I, do CDC, seja na dimensão técnica, jurídica ou econômica.

No presente estudo foram selecionados 24 textos para subsidiar e fundamentar as pesquisas, sendo que 12 deles referem-se especificamente ao consumo de medicamentos. Nesta etapa de análise das pesquisas selecionadas busca-se verificar se há fornecimento de medicamentos através de políticas públicas; se o fornecimento garante o uso racional de medicamentos; se há automedicação; quais os medicamentos com maior incidência de automedicação e finalmente se medicamentos para tratamento da dor, febre, infecções e afecções respiratórias são adquiridos no mercado de consumo.

Na pesquisa de consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil de 2009 a 2010, as variáveis estudadas foram: número de medicamentos consumidos, sexo, estado civil, escolaridade, tipo de moradia, idade, renda e autopercepção de saúde. Os idosos consumiam 3,63 medicamentos/idoso. Os medicamentos mais ingeridos por automedicação foram os analgésicos (30,8%); 24,6% dos idosos consumia medicamento considerado impróprio. A maior prática da automedicação esteve associada com menor escolaridade e pior autopercepção de saúde. E a conclusão traz que o padrão do consumo de medicamentos por idosos foi semelhante ao encontrado em idosos de outras regiões do Brasil. O número de medicamentos usados, a prevalência das práticas da polifarmácia e automedicação e consumo de medicamentos impróprios estiveram dentro da média nacional. (SANTOS, et al., 2013, p. 100)

Vale destacar a confirmação da automedicação e a utilização de medicamentos de uso eventual (para tratamento da dor, febre, infecções e afecções respiratórias).

Os analgésicos usados por automedicação são os mais frequentes, o mesmo observado em outros estudos brasileiros. O consumo de analgésicos por automedicação costuma ocupar efetivamente um lugar de destaque entre os idosos, considerando que o seu consumo está relacionado ao tratamento da dor e inflamação, sintomas comuns nessa fase. (SANTOS, et al., 2013, p. 101).

Já na pesquisa de Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos, de 60 anos residentes em área urbana, área de abrangência da Estratégia Saúde da Família, em Recife/PE, em 2009, os resultados apresentaram que a prevalência de uso de medicamentos foi de 85,5%.

A polifarmácia (mais de 5 medicamentos) ocorreu em 11% dos casos. Sendo que dos 951 medicamentos relatados, 98,2% foram por prescrição médica e 21,6% foram considerados inseguros para idosos.

Tais dados confirmam as conclusões anteriores quanto a proporção de uso de medicamentos ser elevada entre idosos, inclusive daqueles considerados inadequados. Mas, há uma novidade quanto aos medicamentos mais utilizados, foram os medicamentos de uso nos sistemas cardiovascular (42,9%), nervoso central (20,2%), digestório e no metabolismo orgânico (17,3%).

Mas encontramos explicação para estas diferenças nas próprias conclusões do grupo de pesquisa quando afirmam que:

A prática vigente de padronização de medicamentos no SUS e da dispensação de medicamentos vinculada à prescrição pode estar relacionada ao aumento do uso de medicamentos prescritos e à redução de prescrições de medicamentos inseguros para idosos e do uso de medicamentos não prescritos. Essa prática vigente na ESF parece atuar de forma positiva, dada a baixa prevalência de idosos usando medicamentos inseguros e não prescritos, o que reduz o risco de sofrerem com iatrogenias, reações adversas e interações medicamentosas. (NEVES, et al., 2013, p. 765)

Demonstra-se, portanto, que o uso racional do medicamento está diretamente relacionado à interferência do poder público no controle da prescrição médica e o consequente ciclo da assistência farmacêutica constituído pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação. Demonstra-se, ainda, que a população pesquisada possui vulnerabilidade técnica, e não está preparada para ser inserida no mercado de consumo de medicamentos, necessitando dos conhecimentos técnicos da equipe de saúde para garantir a sua segurança.

O fato de cerca de 11,0% da população fazer uso da polifarmácia associado ao envelhecimento populacional brasileiro é um fator preocupante, considerando os riscos potenciais do uso de medicamentos entre os idosos. É necessária ampla discussão sobre a necessidade de adoção de medidas para a promoção do uso racional de medicamentos entre essa parcela da população, educação continuada dos profissionais prescritores, qualificação dos sistemas de saúde para oferecer educação permanente e acesso a informações adequadas em momento oportuno, e adoção de medidas no âmbito da assistência farmacêutica por meio da elaboração e implementação de listas de medicamentos e protocolos clínicos adequados às necessidades da população idosa. (NEVES, et al., 2013, p. 766)

No caso específico dos idosos, a sua vulnerabilidade é agravada pela hipossuficiência, que é tratada de forma específica no art. 6º, III, do CDC ao garantir a facilitação da defesa dos direitos do hipossuficiente, inclusive com a inversão do ônus da prova pelo Juiz. Mas, com certeza, a melhor atitude é proteger os idosos antes e evitar sua exposição aos riscos do uso inadequado de medicamentos. Garantindo-lhe plenamente o seu direito humano ao acesso seguro ao medicamento.

A vulnerabilidade do Consumidor idoso é demonstrada a partir de dois aspectos principais: a) a diminuição ou perda de determinadas aptidões físicas ou intelectuais que o torna mais suscetível e débil em relação à atuação negocial dos fornecedores; b) a necessidade e catividade em relação a determinados produtos ou serviços no mercado de consumo, que o coloca numa relação de dependência em relação os fornecedores. (MIRAGEM, 2012, p. 104).

A proteção ao idoso é prevista no CDC no artigo 39, IV. Assim como pela Lei 10741/2003, Estatuto do Idoso, que no seu artigo 1º, considera idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta anos). A existência de legislação protetiva apenas atenua os efeitos do descumprimento dos direitos do idoso, pois a violação, principalmente do direito à saúde, pode gerar danos de todos os graus.

A escolha da próxima pesquisa apresentada para análise foi motivada por tratar do uso de medicamentos por crianças, e mesmo nesta população vai-se confirmar que o medicamentos “mais utilizados foram os analgésicos/antitérmicos (25,5%), antibacterianos sistêmicos (6,5%)”. Ou seja se enquadra naqueles selecionados como objeto do estudo ora apresentado “analisar se a utilização de medicamentos para tratamento da dor, febre, infecções e afecções respiratórias, é uma demonstração da vulnerabilidade do consumidor e em consequência da mitigação do direito humano à saúde”.

A vulnerabilidade da criança é agravada em função da sua incapacidade jurídica, da sua fragilidade psicológica e da sua deficiência de julgamento. A proteção à criança é prevista no CDC no artigo 39, IV, e encontra fundamento no artigo 227 da Constituição Federal.

A pesquisa de Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres teve como objetivo descrever o perfil de uso de medicamentos por estas crianças e fatores associados. O estudo incluiu 1.382 crianças entre quatro e 11 anos de idade, selecionadas por amostragem aleatória de 24 micro-áreas representativas das zonas

mais pobres da população residente no município de Salvador, BA, em 2006. A variável dependente foi o consumo de medicamentos nos 15 dias anteriores à realização dos inquéritos. Foram considerados três grupos de variáveis explanatórias: socioeconômicas, estado de saúde da criança e utilização dos serviços de saúde. (BARRETO, et al., 2009, p. 768)

Verifica-se na análise dos pesquisadores descrita abaixo um posicionamento comum com outras pesquisas que consideram o consumo de medicamentos como indicador de qualidade do serviço de saúde.

Nos países em desenvolvimento, as crianças são os principais usuários dos serviços de saúde e os primeiros a sofrerem os impactos das mudanças no processo saúde-doença na comunidade e seu padrão de adoecimento se reflete no consumo de medicamentos. Tal consumo, por sua vez, pode ser considerado um indicador indireto de qualidade dos serviços de saúde, e espera-se que contribua para a efetividade do serviço ou do tratamento. (BARRETO, et al., 2009, p.769).

Destaca-se que a interpretação de que o consumo de medicamentos seja um indicador de qualidade dos serviços de saúde encontra oposição.

Os presentes dados confirmam a importância do estudo da automedicação e apoiam a hipótese da ingênua e excessiva crença da sociedade atual no poder dos medicamentos, o que contribui para a crescente demanda de produtos farmacêuticos para qualquer tipo de transtorno, por mais banal e autolimitado que seja. (VITOR, et al., 2008, p. 741).

Observa-se que 26% dos produtos eram inadequados para uso em crianças, o que confirma mais uma vez a relação direta de uso racional de medicamentos com políticas públicas de controle e distribuição gratuita de medicamentos.

Conforme informado pelas mães, 50,2% dos medicamentos consumidos havia sido indicados por médicos e 45,7% por decisão delas próprias, sendo 67% adquiridos em farmácias comerciais e 14% recebidos em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). Do total de produtos, 70 (26%) eram inadequados para uso em crianças, refletindo o limitado impacto das políticas de assistência farmacêutica em curso no País sobre os hábitos culturais de utilização de medicamentos. Os dez medicamentos mais utilizados constituíram 54% do total, com a predominância de analgésicos/antitérmicos, descongestionantes, xaropes iodados, expectorantes e mucolíticos. (BARRETO, et al., 2009, p.744).

Os dados acima listados também servem para demonstrar a vulnerabilidade do consumidor de medicamentos de uso eventual diante do mercado fornecedor pois foram adquiridos 45,7% dos medicamentos em farmácias comerciais tendo predominância os analgésicos/antitérmicos, descongestionantes, xaropes iodados, expectorantes e mucolítico e uma margem expressiva de produtos inadequados.

O estudo de estoque doméstico de medicamentos analisa uma população entre 18 e 40 anos. Objetiva identificar domicílios atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF) que possuíam estoque de medicamentos, avaliar as condições de armazenamento e conhecer o modo de uso dos medicamentos.

Os medicamentos utilizados na automedicação foram analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais, antiulcerosos, antitérmicos, antiespasmódicos, relaxantes musculares e diuréticos tiazídicos. A aquisição de medicamentos para automedicação ocorreu principalmente em farmácias e drogarias (19 casos, ou 79,2%) sem apresentação da prescrição médica; os medicamentos para automedicação adquiridos na ESF foram por meio de prescrição médica, porém no momento da entrevista a prescrição estava vencida. (MASTROIANNI, et al., 2011, p. 361).

Os dados apresentados confirmam a prática de automedicação e o tipo de medicamento utilizado se repete mas há a inclusão de novos medicamentos (analgésicos, anti-inflamatórios não esteroidais, antiulcerosos, antitérmicos, antiespasmódicos, relaxantes musculares e diuréticos). A novidade aqui identificada é o fato de haver prescrição médica nos domicílios atendidos pela Estratégia Saúde da Família (ESF), mas estavam vencidas. Ou seja é necessário que a assistência farmacêutica complete o ciclo desde a seleção à dispensação para garantir o uso racional de medicamentos.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo selecionou 18 pesquisas sobre uso de medicamentos objetivando identificar e analisar se o consumo de medicamentos para tratamento da dor, febre, infecções e afecções respiratórias (medicamentos de uso eventual), resultaria na demonstração da

vulnerabilidade do consumidor e em consequência na mitigação do direito humano à saúde.

Os estudos apresentaram os seguintes resultados:

- O hábito de automedicação foi identificado em todas as regiões estudadas e se manifestou nas diversas populações (crianças, adultos e idosos).
- Os medicamentos mais utilizados foram para tratamento de dor e febre; das pesquisas selecionadas apenas uma demonstrou que os mais utilizados foram os medicamentos de uso nos sistemas cardiovascular, nervoso central, digestório e no metabolismo orgânico. A explicação para o fato é dada pelos pesquisadores que consideram que a prática vigente de padronização de medicamentos no SUS e da dispensação de medicamentos vinculada à prescrição pode estar relacionada ao aumento do uso de medicamentos prescritos e à redução de prescrições de medicamentos inseguros para idosos e do uso de medicamentos não prescritos.
- Quanto aos medicamentos mais utilizados em automedicação, encontram sustentação na PNAUM 2014, que identificou: 81,2% dos medicamentos para afecções respiratórias agudas são pagos pelo paciente; 77,9% daqueles voltados para dor; 70,9% para febre; 63,1% para infecção; e 54,8% para afecções gastrointestinais.
- A Vulnerabilidade é reduzida sob o controle da Estratégia Saúde da Família demonstrada na pesquisa entre idosos - Essa prática vigente na ESF parece atuar de forma positiva, dada a baixa prevalência de idosos usando medicamentos inseguros e não prescritos.
- O controle da prescrição médica e do ciclo da assistência farmacêutica constituído pela seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação, com suas interfaces nas ações da atenção à saúde eleva o uso racional de medicamentos

Conclui-se que o acesso seguro a medicamentos é uma garantia do direito à saúde como direito humano fundamental. Este entendimento não se vincula a interpretação de que o consumo de medicamentos seja um indicador de qualidade dos serviços de saúde. Entretanto considera-se que a ausência de acesso a medicamentos indicados para tratamento de algumas doenças, principalmente aquelas que apresentam episódios agudos, não apenas fragilizam profundamente o usuário no aspecto financeiro, devido ao expressivo gasto com medicamentos, mas também o torna vulnerável ao inseri-lo no mercado de consumo de produtos farmacêuticos.

Os dados da POF, do IBGE unidos aos relatório preliminar do PNAUM apontam que houve um acesso elevado aos medicamentos para o tratamento das doenças crônicas mais prevalentes (hipertensão, diabetes e doença pulmonar crônica), o que representa um resultado positivo, visto que resta atendida a recomendação da OMS sobre acesso como meio para atingir o uso racional de medicamentos. Em contrapartida o mesmo não ocorre no que se refere a medicamentos para episódios e afecções agudas (dor, febre, infecção, gripe, resfriado, rinite, afecções de estômago e intestino) com acesso gratuito muito baixo sendo pagos pelos pacientes, tornando-o suscetível ao mercado de medicamentos.

O medicamento foi incorporado à dinâmica da sociedade de consumo e, portanto, está sujeito às mesmas tensões, interesses e dura competição de qualquer setor do mercado, afastando-se de sua finalidade precípua na prevenção, diagnóstico e tratamento das enfermidades. Tais resultados reforçam a necessidade de se informar a população sobre o uso adequado de medicamentos, além de medidas cabíveis que garantam a oferta de produtos necessários, eficazes, seguros e de preço acessível. (VITOR, et al., 2008, p. 742)

Mais que informação é necessária a educação do consumidor, “de caráter reflexivo, implica um constante ato de desvelar a realidade para a inserção e a intervenção transformadora. Um modelo de aprendizagem cuja troca de saberes e experiências resulta em competências que geram e organizam práticas estruturantes de um sujeito autônomo e responsável”. (GUIMARÃES, 2011, p.861)

Conhecer a legislação protetiva instrumentaliza o consumidor para interferir nas relações de consumo, mas é a efetiva participação do consumidor como mediador da mudança atitudinal para o autocuidado, individualmente e no coletivo que permitirá a efetiva proteção dos efeitos danosos da sociedade de consumo.

REFERÊNCIAS

AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup):733-736, 2008



BARRETO, Mauricio Lima; SANTOS, Djanilson Barbosa; COELHO, Helena Lutescia Luna. Utilização de medicamentos e fatores associados entre crianças residentes em áreas pobres. **Rev Saúde Pública**, 43(5):768-78, 2009.

BAUMGRATZ, P.A.P.; NOEMIDES, T.P.A.; PADULA, R.C.A.V. Política de medicamentos: da universalidade de direitos aos limites da operacionalidade. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 [4]:1111-1125, 2009.

FLEISCHER, Soraya. Uso e Circulação de Medicamentos em um Bairro Popular Urbano na Ceilândia, DF. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 410-423, 2012

GALVÃO, C.M.; SAWADA, N.O.; TREVIZAN, M.A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem** 2004 maio-junho; 12(3):549-56.

GRINOVER, Ada Pellegrini; et al. **Código brasileiro de defesa do consumidor**: comentado pelos autores do anteprojeto. 9. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007.

GUIMARÃES JS, Lima IMSO. Youth participation and health promotion: strategy for human development. **Journal of Human Growth and Development** 2011; 21(3): 859-866.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa de Orçamentos Familiares. Disponível em: <http://ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_perfil_despesas/default.shtm>. Acesso em: maio de 2015.

KORNIS, George E. M.; BRAGA, Maria Helena; ZAIRE, Carla Edialla F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista APS**, v. 11, n. 1, jan-mar 2008. p. 85-99.

MASTROIANNI, P.C.; et al. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, 2011; 29(5):358-64.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2008 out-dez, 17(4): 758-64.

MIRAGEM, Bruno. **Curso de direito do consumidor**. 3ª ed., ver. Atual. e ampl. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2012.

NEVES, Sabrina Joany Felizardo; et al. Epidemiologia do uso de medicamentos entre idosos em área urbana do Nordeste do Brasil. **Revista Saúde Pública**, 47(4):759-68, 2013.



ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: abril de 2015.

PIOVESAN, Flávia; CARVALHO, Patrícia Luciane de. **Políticas para a implementação do direito ao acesso a medicamentos no Brasil**. NEJ. Vol. 13 - n. 2, jul-dez, 2008. p. 39-59.

PORTAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em: abril de 2015.

PORTELA, A.S.; et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicadas**, 31(1):09-14, 2010.

SANTOS, Thalyta Renata Araújo; et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista Saúde Pública**, 47(1):94-103, 2013.

VENTURA, Miriam. **Direitos Humanos e Saúde**: Possibilidades e desafios. Saúde e direitos humanos/Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Grupo Direitos Humanos e Saúde Helena Besserman. Ano 7, n. 7, 2010. p. 87-100.

VITOR, Ricardo Sozo; LOPES, Caroline Panone; MENEZES, Honório Sampaio; KERKHOFF, Carlos Eduardo. Padrão de consumo de medicamentos sem prescrição médica na cidade de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup):737-743, 2008.