

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

Da Prática da Automedicação ao Direito à Saúde Integral:
vivências de um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS

Rita de Cássia Felkl

Passo Fundo
2011

Rita de Cássia Felkl

Da Prática da Automedicação ao Direito à Saúde Integral:

vivências de um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestre em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof^ª. Dr^ª. Janaína Rigo Santin

Coorientador:

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli

Passo Fundo
2011

CIP – Catalogação na Publicação

- F316d Felkl, Rita de Cássia
Da prática da automedicação ao direito à saúde integral :
vivências de um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS /
Rita de Cássia Felkl. – 2011.
103 f. : il. color. ; 30 cm + 1 CD-ROM.
- Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
Universidade de Passo Fundo, 2011.
Orientação: Prof^a. Dr^a. Janaína Rigo Santin.
Coorientação: Dr. Luiz Antonio Bettinelli.
Acompanha 1 CD-ROM contendo os anexos da Dissertação.
1. Automedicação. 2. Direito à saúde. 3. Envelhecimento.
4. Medicamentos. 5. Idosos - Cuidado e higiene - Passo Fundo
(RS). I. Santin, Janaína Rigo, orientadora. II. Bettinelli, Luiz
Antonio, coorientador. III. Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



ATA DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado DA ALUNA

Rita de Cássia Felkl

Aos vinte dias do mês de junho do ano dois mil e onze, às quatorze horas, realizou-se, na Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, a sessão pública de defesa da Dissertação: “Da Prática da Automedicação ao Direito à Saúde Integral: vivências de um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS”, apresentada pela mestrandia Rita de Cássia Felkl, que concluiu os créditos exigidos para a obtenção do título de Mestre em Envelhecimento Humano. Segundo os encaminhamentos do Conselho de Pós-Graduação (CPG) do Mestrado em Envelhecimento Humano e dos registros existentes nos arquivos da Secretaria do Programa, a aluna preencheu todos os requisitos necessários para a defesa. A banca foi composta pelos professores doutores Janaína Rigo Santin - orientadora e presidente da banca examinadora (UPF), Luiz Antonio Bettinelli (Co-orientador UPF), Flávio Henrique Reginatto e Péricles Saremba Vieira. Após a apresentação e a arguição da dissertação, a banca examinadora considerou a candidata APROVADA, em conformidade com o disposto na Resolução Consun N° 07/2010.

A banca recomenda a consideração dos pareceres, a realização dos ajustes sugeridos e a divulgação do trabalho em eventos científicos e em publicações.

Encerrados os trabalhos de defesa e proclamados os resultados, eu, Prof^a. Dr^a. Janaína Rigo Santin, presidente, dou por encerrada a sessão pela banca.

Passo Fundo, 20 de junho de 2011.

Prof. Dr^a. Janaína Rigo Santin
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

Prof. Dr. Péricles Saremba Vieira
Universidade de Passo Fundo

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Co-orientador UPF

Prof. Dr. Flávio Henrique Reginatto
Banca Externa - UFSC

DEDICATÓRIA

Dedico esta dissertação aos meus familiares.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por mais um sonho realizado, de tantos que ainda virão.

À Universidade de Passo Fundo, pela oportunidade de realizar este curso.

À Professora Iara Salete Caierão, pelo aprendizado, apoio, estímulo, por mostrar que este é o caminho e que serve de exemplo a ser seguido.

Ao Professor Péricles Saremba Vieira, pela amizade e ensinamentos transmitidos.

À Professora Janaína R. Santin, pela orientação, compreensão e paciência.

À Professora Marilene Portella pelo rico material fornecido.

À Professora Branca Severo, sempre prestimosa e disposta a ajudar.

Ao Professor Nolla pelas riquíssimas informações compartilhadas.

Às queridas e preciosas alunas do Dati, que possibilitaram essa enriquecedora troca de conhecimentos, e à amiga Gisele C. Braga que proporcionou o encontro dessas gerações.

Às colegas Kátia e Renata, que foram fundamentais no auxílio de coleta de dados.

Em especial, às amigas Renata e Francieli sempre presentes nos momentos bons e também naqueles que talvez não tenham sido tão bons, ou seja, através de uma palavra, um sorriso, um e-mail, um bar, uma dança.

Aos meus pais, palavras não conseguem dizer o que sinto, mas foram e sempre serão de suma importância na minha vida, embora nem sempre seja dito. Agradecimentos e muito obrigada não é o suficiente, mas o amor que sinto é incondicional.

Ao meu amado filho, João Pedro, que muitas vezes sentou ao meu lado e ajudou a “construir” ideias. Muito enriquecedoras foram as contribuições e, com certeza, serão levadas adiante.

A todos os amigos que direta ou indiretamente me apoiaram.

RESUMO

Felkl, Rita de Cássia. **Da Prática da Automedicação ao Direito à Saúde Integral: vivências de um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS**. 2011. 103 f. + 1 CD-ROM. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

A situação do idoso no Brasil requer estudos multidisciplinares que possam apontar caminhos em termos de construção de melhor qualidade de vida e conseqüente respeito e direito à cidadania. Dentre os fatores preocupantes em relação à saúde do idoso, a automedicação é uma exigência premente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1998), a automedicação é o uso de medicamentos sem prévia indicação médica. Com o objetivo de ampliar a compreensão sobre os determinantes da automedicação vivenciadas por um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS, foi realizada pesquisa com idosos de um grupo de convivência existente há mais de 20 anos, gerido pelo município e pelo fato da Universidade de Passo Fundo realizar inúmeras pesquisas com os idosos. A amostra foi selecionada considerando a indicação da coordenação do DATI, os quais apresentavam as características de não terem sido participantes de nenhuma pesquisa, idade de 60 anos ou mais, ambos os sexos, independentes e não institucionalizados totalizando 20 idosos. A coleta de dados foi realizada por meio de um grupo focal. Os dados obtidos revelam que: a) a automedicação embora não tenha sido admitida pelos idosos, é uma prática usual. b) Os medicamentos mais utilizados foram os analgésicos e anti-inflamatórios, seguidos de relaxantes musculares, polivitamínicos e antigripais. c) O uso de plantas medicinais, na forma de chás, são largamente utilizados com riscos e benefícios aos medicamentos prescritos e não-prescritos. d) A prática da automedicação na perspectiva dos idosos não se constitui problema. e) A influência da mídia é fator relevante de indução à aquisição de medicamentos. f) O farmacêutico, segundo os idosos, tem um papel significativo no esclarecimento sobre o uso de medicamentos. g) A necessidade de incluir nos currículos acadêmicos disciplinas voltadas ao processo de envelhecimento humano. Considera-se que, por meio da análise e discussão crítica da temática, pode-se contribuir para um maior entendimento do processo da automedicação, buscando alternativas para esse problema de saúde pública.

Palavras-chave: **1. Automedicação. 2. Causas e conseqüências da automedicação. 3. Direito à informação e à saúde. 4. Medicamentos. 5. Idoso.**

ABSTRACT

Felkl, Rita de Cássia. **Da Prática da Automedicação ao Direito à Saúde Integral: vivências de um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS.** 2011. 103 f. + 1 CD-ROM. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2011.

The situation of the elderly in Brazil requires multidisciplinary studies that can point some ways in terms of building of a better quality of life and consequent respect and right to citizenship. In order of enlarging the comprehension of the causes of self-medication experienced by a group of elderly in the city of Passo Fundo/RS, a survey was performed with older people in a social group with over 20 years of existence, managed by the municipality and because the University of Passo Fundo do numerous researches with the elderly. The sample was selected considering the indication of the coordination of DATI. The features of the sample participants were: they did not participate of any research before, aged 60 years or older, both sexes, independent and non-institutionalized elderly totaling 20 aged. Data collection was performed through a focus group. Data showed that: a) self-medication, although it was not admitted by the elderly, it is an usual practice. b) The most used medicines were analgesics and antiinflammatories, followed by muscle relaxants, polyvitaminics and drugs for treatment of influenza. c) The use of medicinal plants as tea is widely used with prescribed and non-prescribed medicines. d) The practice of self-medication is not a problem for the elderly. e) The media influence is a relevant factor that induces the purchase of medicines. f) The pharmacist, according to the elderly, has a significant role in the clarification about the use of medicines. g) The need of including, in the academic curriculum, disciplines related to human aging process. It is considered that through the analysis and critical discussion of this subject, it can contribute to a better understanding of the self-medication process seeking, this way, alternatives to this public health problem.

Key words: **1. Self-medication. 2. Causes and consequences of self-medication. 3. Right to information and health. 4. Medicine. 5. Elderly.**

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Identificação do grupo.	56
Tabela 2 - Classes e medicamentos utilizados pelos idosos com prescrição médica.	58
Tabela 3 - Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e faixa etária	61
Tabela 4 - Classes e medicamentos mais frequentes utilizados pelos idosos na automedicação.	65

LISTA DE ABREVIATURAS

ABIFARMA	Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAIS	Centro de Assistência Integrado à Saúde
CAMTI	Grupo de Terceira Idade do Clube Caixeiral Campestre
CDC	Código de Defesa do Consumidor
CIT	Centro de Informação Toxicológica
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
CREATI	Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade
CREJUTI	Grupo de Terceira Idade do Clube Recreativo Juvenil
DATI	Divisão de Apoio à Terceira Idade
DCB	Denominação Comum Brasileira
DCI	Denominação Comum Internacional
DOU	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
FIOCRUZ	Fundação Osvaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MIP	Medicamentos Isentos de Prescrição Médica
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas

OTC	Medicamentos Over-The-Counter
PAM	Posto de Atendimento Médico
PRM	Problemas Relacionados aos Medicamentos
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada da ANVISA
SEMAS	Secretaria Municipal da Assistência Social
SESC	Serviço Social do Comércio
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUS	Sistema Único de Saúde
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
2. PRINCÍPIOS NORTEADORES DA CONDUTA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE	24
2.1. ÉTICA, MORAL E DIREITO	24
2.2. BIOÉTICA E BIODIREITO	27
2.3. BIODIREITO E DIGNIDADE HUMANA	31
2.4. DEONTOLOGIA	33
2.5. A CONDUTA ÉTICA DO FARMACÊUTICO, A BIOÉTICA E A DIGNIDADE HUMANA	36
2.6. RESPONSABILIDADE CIVIL	38
2.6.1. ESPÉCIES DE RESPONSABILIDADE CIVIL	39
2.6.2. A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS FABRICANTES E FORNECEDORES DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS	41
2.6.3. A RESPONSABILIDADE CIVIL E O CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR (CDC)	42
2.6.4. A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS FABRICANTES E FORNECEDORES DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR	43
2.6.5. RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO FARMACÊUTICO	43
2.6.6. EXCLUDENTES DE RESPONSABILIDADE	47
3. METODOLOGIA	48
3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO	48
3.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
3.3. ANÁLISE DOS DADOS	52
3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
4. A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO	54
4.1. PARTICIPAÇÃO NAS SESSÕES E PERFIL DOS SUJEITOS PESQUISADOS	54
4.2. ALOPÁTICOS	59
4.3. PLANTAS MEDICINAIS	67
4.4. REPERCUSSÃO DA PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO	72
4.5. MOTIVAÇÕES DA AUTOMEDICAÇÃO	74
4.6. COMO OS IDOSOS PERCEBEM A RESPONSABILIDADE DO FARMACÊUTICO E FUNCIONÁRIOS NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	84
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	90
APÊNDICES	101
APÊNDICE A. RESOLUÇÕES E OUTROS DOCUMENTOS (CD-ROM)	102

1. INTRODUÇÃO

O aumento da população idosa é uma realidade mundial. Embora tenha acontecido em momentos diferentes, o aumento gradativo de idosos é real graças a inúmeros avanços e inovações na área da saúde, bem como ao desenvolvimento econômico observado nas últimas décadas. Tais avanços contribuíram para a redução das taxas de natalidade e mortalidade, que levaram ao aumento da expectativa de vida da população.

A partir da década de 1960, a taxa de crescimento da população brasileira começa a desacelerar gradativamente, juntamente com a queda da taxa de fecundidade, período também em que se iniciam as políticas públicas de saúde, com a introdução dos métodos contraceptivos no Brasil (IBGE, 2008). A taxa de natalidade caiu de 6,3 filhos em 1960 para 2,0 filhos em 2006, revelando assim um crescimento lento e um rápido envelhecimento da população.

Em 1940, a vida média do brasileiro mal atingia os 50 anos de idade (45,50 anos). Os avanços da medicina e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutiram no sentido de elevar a expectativa de vida ao nascer, tanto que, 68 anos mais tarde, este indicador subiu para 72,78 anos, em 2008. A barreira dos 70 anos de vida média foi desfeita por volta do ano 2000, observando-se uma esperança de vida ao nascimento de 70,40 anos. De acordo com a projeção, o Brasil irá alcançar em 2050, o patamar de 81,29 anos (IBGE, 2008).

O Brasil possui cerca de 19 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, superando a população idosa¹ de vários países europeus, como a França, a Inglaterra e a Itália, de acordo com dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2008).

Estimativas do IBGE indicam que essa população atingirá o número de 32 milhões em 2025 e fará do Brasil o sexto em número de idosos no mundo. “A Organização Mundial da Saúde, em sua 58ª Assembleia sobre Saúde Mundial (maio de

¹Para Organização das Nações Unidas – ONU (1982), o conceito de ser idoso difere para países desenvolvidos e para países em desenvolvimento. Nos primeiros, são considerados idosos com 65 anos e mais; nos segundos, são idosos aqueles com 60 anos e mais. Essa definição foi estabelecida pela ONU, em 1982, através da Resolução 39/125, durante a Primeira Assembléia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento da População.

2005), afirmou nesse encontro que em 2025 o número de idosos chegará a um bilhão de pessoas e que em 2050 esse número duplicará” (NOVAES, 2007, p. 31).

O efeito combinado da redução dos níveis da fecundidade e da mortalidade (descoberta de antibióticos, combate às enfermidades, campanhas de vacinação...) no Brasil tem transformado o padrão etário da população, principalmente a partir dos anos de 1980. O formato tipicamente triangular da pirâmide populacional, com uma base alargada, está cedendo lugar a uma pirâmide populacional característica de uma sociedade em acelerado processo de envelhecimento. O envelhecimento populacional caracteriza-se pela redução da participação relativa de crianças e jovens, acompanhada do aumento do peso proporcional dos adultos e, particularmente, dos idosos.

Com a possibilidade de viver mais, os idosos passam a apresentar, frequentemente, problemas crônicos de saúde, os quais podem afetar a funcionalidade e o bem-estar das pessoas, o que demonstra uma maior busca e utilização dos serviços essenciais de saúde, bem como a um elevado consumo de medicamentos (NOVAES, 2007, p. 20). O desejo de se viver mais traz consequências e exige uma reorganização da sociedade de forma a proporcionar que o envelhecimento venha representar uma real conquista, entre elas o bem-estar do idoso. Nas idades mais longevas², parece impossível não se apresentar nenhuma doença, normalmente crônica, mas é cada vez mais possível morrer com elas e não em decorrência delas ou decorrente de suas consequências.

Com o aumento dessa população, os desafios são cada vez maiores aos serviços e aos profissionais da saúde, pois, à medida que se envelhece, surgem patologias crônicas, levando a que dependa de tratamento medicamentoso prolongado e contínuo. Nesse sentido, esses indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos e, conseqüentemente, um dos grupos mais medicados na sociedade. Pereira (1998, p.1198) comenta que a farmacoterapia engloba apenas um dos aspectos do tratamento global dos pacientes dessa faixa etária:

² A OMS considera meia-idade sujeitos de 45 a 59 anos, idosos de 60 a 74 anos, anciãos de 75 a 89 anos e velhice extrema, 90 anos ou mais. No Brasil, de acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), são considerados idosos jovens aqueles que têm entre 60 e 70 anos de idade, medianamente idosos a partir de 70 até 80 anos; e muito idosos como aqueles com idade maior ou igual a 80 anos e ainda , maior ou igual a 85 anos. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). Estas informações estão disponíveis em: www.ipea.gov.br. Acesso em: 21 maio 2012.

Na realidade, o tratamento racional do idoso é complexo e abrange a integração terapêutica de clínicos gerais, geriatras, psicogeriatras, enfermagem de saúde pública e assistentes sociais. Trata-se de um objetivo difícil de ser atingido, mas, talvez, no futuro, se possa substituir a atual atitude de desprezo benigno do idoso por outra mais adequada. O problema, além da superação dos tabus sociogênicos, também acarreta grande ônus econômico. Não foi sem razão que Lewis Thomas considerou a manutenção da saúde do idoso como o maior desafio da medicina atual. Não interessará à sociedade, nem aos próprios idosos, prolongar a vida sem um concomitante nível de saúde compatível com a independência física, mental e social daqueles que têm o privilégio de atingir uma idade avançada.

Com o passar dos anos, a farmacologia para os idosos passa a apresentar um aspecto importante, pois acontecem alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento, tais como a diminuição da massa muscular, a alteração do líquido corporal que conseqüentemente altera o metabolismo hepático, a filtração e a excreção dos rins. Disso originam-se a dificuldade em eliminar os metabólitos, o acúmulo de substâncias tóxicas no organismo e a produção de reações desfavoráveis.

Tais problemas de saúde são bem relatados pelo texto abaixo. Ele encontra-se no Egito e foi escrito em 2500 antes de Cristo, por Ptah-hotep, filósofo e poeta:

Como é penoso o fim de um velho! Ele se enfraquece a cada dia; sua vista cansa, seus ouvidos tornam-se surdos; sua força declina; seu coração não tem mais repouso; sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas faculdades intelectuais diminuem, e lhe é impossível lembrar-se hoje do que aconteceu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações que até recentemente causavam prazer só se realizam com dificuldade, e o sentido do paladar desaparece. A velhice é o pior dos infortúnios que pode afligir um homem. O nariz entope, e não se pode mais sentir nenhum odor (apud BEAUVOIR, 1990, p. 114).

O crescimento da automedicação pode ser considerada a maneira mais comum de atenção própria à saúde, sendo praticada de várias formas: compartilhar medicamentos com membros da família, reutilizar sobras de prescrições ou receitas antigas e deixar de cumprir a prescrição médica, alongando ou diminuindo, a concentração, a posologia e o tempo de tratamento, tornando-se assim um problema de saúde pública (NOVAES, 2007).

Na automedicação, o idoso faz uso de medicamentos sem a devida prescrição, estabelecendo qual é o melhor para si. Nessa prática, vários riscos devem ser levados em conta, como utilizar um medicamento que minimize os sintomas, indução de efeitos colaterais³ e/ou adversos⁴, agravamento dos sintomas, ou ainda, desenvolvimento de uma iatrogenia.

³ Efeito colateral - São efeitos não relacionados com o objetivo do tratamento, mas previsíveis por serem inerentes à ação farmacológica de determinados medicamentos. Assim, muitos dos medicamentos utilizados contra alergias são capazes de causar sonolência.

No que se refere ao idoso, deve-se levar em conta o processo cognitivo, a capacidade motora e o nível de escolaridade, em razão de poder receber a informação errada, não entendida ou insuficiente sobre o medicamento. Também há o fato de “cuidadores”⁵(BRASIL, 2006a, p. 43) não estarem qualificados ou ao mesmo tempo sobrecarregados por excesso de trabalho, podendo criar situações de negligência à administração dos medicamentos no que se refere aos idosos.

Hoje, o Ministério da Saúde, dispõe no seu site um guia prático com vistas a preparar os cuidadores dos idosos, dando ênfase aos cuidados com os medicamentos (ANEXO B do CD-ROM). O Sistema Único de Saúde (SUS) tem por objetivo garantir a atenção integral à saúde da população idosa, enfatizando o envelhecimento familiar, saudável e ativo. Relacionada às inúmeras diretrizes, está a diminuição significativa da automedicação, ratificada como um problema de saúde pública. Entre os muitos planos busca-se a diminuição expressiva da automedicação, prevista “No Caderno de Atenção Básica”, n. 19, elaborado pelo Ministério da Saúde em 2006, que relata:

A administração de medicamentos em qualquer faixa etária pode gerar reações indesejadas (não intencionais), entretanto, a incidência dessas aumenta proporcionalmente com a idade. A complexidade do regime terapêutico, o excesso de medicamentos prescritos, a duração do tratamento, o déficit de informações (doenças e medicamentos), os distúrbios (cardiovasculares, hepáticos e renais), são alguns dos fatores que contribuem para a ocorrência de eventos adversos. As interações medicamentosas⁶ (SHENKEL; FRÖDE, 2004, apud SHENKEL; MENGUE; PETROVICK, 2004, p. 47) são causas especiais de reações adversas em que os efeitos farmacológicos de um medicamento podem ser alterados por outro(s), quando administrados concomitantemente. A interação medicamentosa é um fator que afeta o resultado terapêutico, e que muitas vezes pode ser prevenida com reajuste de dose, intervalo de 1 – 2h entre as administrações dos medicamentos e a monitorização cuidadosa da pessoa idosa. É muito frequente a prescrição de medicamentos com a finalidade de corrigir efeitos colaterais provenientes de outros agentes administrados anteriormente, que pode levar a uma cadeia de reações indesejáveis, a chamada cascata iatrogênica (CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 19, 2006, p. 55).

Os profissionais que assistem os idosos necessitam “aprender” a lidar com as limitações decorrentes do processo de envelhecimento, educar e orientar os cuidadores

⁴ Efeitos adversos ou reações adversas a medicamentos - A Organização Mundial da Saúde define reação adversa como sendo qualquer resposta prejudicial ou indesejável, não-intencional, a um medicamento, a qual se manifesta após a administração de doses normalmente utilizadas no homem para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doença ou para modificação de função fisiológica (WHO, 2002).

⁵ Cuidador é a pessoa, da família ou não, que presta cuidados à pessoa idosa que apresenta dependência (em maior ou menor grau). Suas tarefas envolvem o acompanhamento nas atividades diárias, como auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, entre outros, auxiliando na recuperação e na qualidade de vida da pessoa.

⁶ Interações medicamentosas - Um tipo especial de efeito indesejável pode ocorrer quando dois ou mais medicamentos são utilizados concomitantemente. Nessa situação pode acontecer que cada um dos medicamentos exerça seu efeito de modo independente, mas frequentemente acontece a interferência de um medicamento sobre a ação do outro, podendo causar a diminuição ou o aumento do efeito desejado, ou ainda o surgimento de efeitos indesejados.

para o surgimento de uma parceria, bem como adotar esquemas terapêuticos simples e, finalmente, maximizar a eficiência terapêutica do medicamento, reduzindo o surgimento de eventos adversos. O Caderno de Atenção Básica (2006) aponta para a questão de o idoso ser atendido por especialistas diferentes, com a possibilidade de ocorrer possíveis e frequentes duplicações e interações medicamentosas, levando a uma possível iatrogenia⁷(CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, n. 19, 2006, p.31). Nesse sentido, o médico da atenção básica deverá juntar as intervenções realizadas pelos especialistas e, com o **auxílio do farmacêutico** (grifo nosso) elaborar um esquema terapêutico simplificado, com o objetivo de reduzir as duplicações de princípios ativos, bem como as reações adversas e interações medicamentosas, reduzindo assim o número de medicamentos.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) promulgou a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC)⁸nº 138, de 29 de maio de 2003 (ANEXO C do CD-ROM), a qual dispõe sobre os medicamentos de venda sem prescrição médica, identificados como grupos e indicações terapêuticas especificadas (ANEXO D do CD-ROM), cuja dispensação não requer a autorização do prescritor, ou seja, a receita emitida pelo médico ou dentista. Como existe um número elevado de medicamentos isentos de prescrição e uma crescente população de idosos, é preciso ocorrer um controle acerca dessas aquisições. Quem tem a capacidade de fazê-lo é o farmacêutico, não o gerente, nem o proprietário, nem o balconista da drogaria ou da farmácia.

A orientação farmacêutica ao idoso, seja na farmácia, drogaria ou posto de saúde, é imprescindível para garantir o uso seguro do medicamento e o cumprimento dos esquemas terapêuticos, evitando práticas inadequadas frequentes que poderão comprometer o tratamento (NOVAES; LOLAS; SEPÚLVEDA, 2009).

A Anvisa, através da RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009 (ANEXO E do CD-ROM), que dispõe sobre as Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação⁹ (BRASIL, 1973) e da comercialização de produtos e da

⁷Iatrogenia - Problema de saúde induzido por diagnóstico ou tratamento. Podemos considerar dois tipos de iatrogenias: 1) iatrogenia de ação: aquela que ocorre pela ação médica, desde a relação com o paciente, passando pelo diagnóstico, terapêutica, até a prevenção. Caracteriza imprudência ou imperícia médica; 2) iatrogenia de omissão) aquela que ocorre pela falta de ação do médico, quer no diagnóstico, quer no tratamento, portanto, ato negligente.

⁸ RDC – Resolução da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

⁹Dispensação - ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e

prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias entende que o novo regulamento constitui um passo decisivo para a transformação dessas unidades em verdadeiros estabelecimentos de prestação de serviços de saúde, capazes de atender aos anseios da sociedade, no que se refere ao acesso ao uso racional dos medicamentos¹⁰.

Esta agência trava, há muito tempo, uma árdua luta em transformar o modelo nocivo vigente, voltado exclusivamente para os interesses comerciais de alguns, em prejuízo das reais necessidades de saúde do povo brasileiro, não apenas no que se refere ao acesso, mas também à informação qualificada, isenta, técnica e independente, prestada pelo farmacêutico, indispensável à utilização correta dos medicamentos.

Torna-se claro que o resultado positivo e efetivo dessa medida somente será possível, se farmacêuticos, proprietários de farmácias e drogarias, órgãos fiscalizadores e sanitários e, principalmente, a sociedade civil organizada, realmente cumpram os papéis estabelecidos na legislação vigente, com o objetivo de preservar os direitos constitucionais do povo brasileiro.

Dados fornecidos pelo Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul, do ano de 2011, apontam que o Estado do Rio Grande do Sul possui em torno de 5.164 estabelecimentos, entre drogarias (4.313) e farmácias de manipulação (851). A cidade de Passo Fundo/RS dispõe atualmente de 69 drogarias¹¹ (BRASIL, 1973) e 12 farmácias¹² (BRASIL, 1973), totalizando 81 estabelecimentos de saúde. A Organização Mundial de Saúde preconiza que deva existir um estabelecimento de saúde para cada oito a dez mil habitantes. Passo Fundo apresenta uma população de 181.299 habitantes, conforme dados fornecidos pelo censo de 2010 (IBGE, 2010). Hoje há um estabelecimento de saúde para cada 2.238 habitantes, ou seja, muito além das recomendações fornecidas pela OMS. Ferraes e Cordoní Júnior (2002, p. 7) comentam acerca do elevado número de drogarias e farmácias existentes e suas consequências:

É lamentável que no Brasil muitos estabelecimentos de saúde estejam descompromissados com a saúde das pessoas a tal ponto de terem se tornado, exclusivamente, estabelecimentos que

correlatos, a título remunerado ou não.

¹⁰ RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009. Disponível em: <http://www.cfo.org.br/wp-content/uploads/2010/02/180809_rdc_44.pdf>. Acesso em: 12 maio 2011.

¹¹ Drogaria é o estabelecimento de dispensação e comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos em suas embalagens originais.

¹² Farmácia é o estabelecimento de manipulação de fórmulas magistrais e oficinas, de comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, compreendendo o de dispensação e o de atendimento privativo de unidade hospitalar ou de qualquer outra equivalente de assistência médica.

simplesmente comercializam os medicamentos. Parece que o compromisso social com a qualidade de vida da população praticamente inexistente. E, o usuário do medicamento nestes estabelecimentos tornou-se só mais um consumidor, que para ser conquistado é **atraído pelo olhar, propagandas, promoções**, etc, além de vitrines maravilhosas com vidros e espelhos por todos os lados. A indústria farmacêutica tem grande interesse nessas drogarias e farmácias, uma vez que elas acabam funcionando de intermediárias repassando os produtos farmacêuticos ao consumidor. [...] Se quisermos um estabelecimento de saúde de interesse social e não somente um comércio com altos lucros, torna-se claro que o próprio farmacêutico tem uma grande tarefa devendo fazer parte de todo o processo de assistência à saúde. (FERRAES;CORDONI JÚNIOR, 2002, p. 7, grifo nosso).

De fato, é possível concordar com os autores citados, em vista da possibilidade de se observar que o crescimento da automedicação tem sido estimulado pelo aumento de produtos farmacêuticos introduzidos no mercado. Muitas vezes, os funcionários de farmácias e drogarias são incentivados a vender determinados medicamentos, utilizando-se do benefício de comissões:

Nos anos de 2000 foi instaurada uma CPI dos Medicamentos que analisava, entre outras coisas, a prática da “bonificação”, uma manobra acordada entre laboratório e farmácias que permite às lojas lucrar 03 (três) vezes mais que o permitido pelo Ministério da Fazenda. A expressão “remédio bonificado” também pode ser compreendida como a comissão, em espécie ou em agradados, paga ao balconista ou farmacêutico por unidade vendida (ARAÚJO; VIEIRA, 2009, p. 86).

Logo, o fato de não se exigirem receitas médicas muito pode contribuir ao estímulo da automedicação. Da mesma forma, observam-se propagandas na mídia motivando e até instigando as pessoas a praticar a automedicação, sobretudo ao relacionar medicamentos a bem-estar e felicidade do indivíduo. O lobby¹³ e o poder de persuasão da indústria farmacêutica podem ser muito bem exemplificados através do filme “O Jardineiro Fiel”, 2005, do diretor Fernando Meirelles. Trata-se de uma investigação internacional que envolve governos, multinacionais farmacêuticas e testes de medicamentos em seres humanos sem o consentimento destes. Sob o pretexto de prevenir o alastramento da SIDA¹⁴ e distribuir medicamentos gratuitos para o seu tratamento no Quênia, África, estava para ser testado um novo medicamento contra a tuberculose, cujos graves efeitos secundários eram ocultados. Outro filme que traz à

¹³A palavra *lobby* designa uma atividade inevitavelmente exercida em qualquer grupo social: família, escola, sindicato, igreja, governo. Fazer *lobby* é basicamente tentar influir sobre alguém que toma decisões para que uma decisão específica seja a mais favorável possível a uma parte interessada: o filho que argumenta com o pai (e às vezes usa a influência da mãe) para que a sua mesada aumente, o sindicato que discute com a empresa (e às vezes faz greve) para melhorar as condições de trabalho, a ONG que mostra estudos técnicos ao parlamentar (e às vezes organiza manifestações de rua) para que uma lei seja aprovada, a empresa que reivindica diminuição de impostos para seu produto por considerá-lo socialmente relevante (e às vezes mobiliza seus consumidores para se manifestarem), o país que tenta convencer os demais que deve ser membro permanente do Conselho de Segurança da ONU por ter a maior importância geopolítica na sua região (e às vezes faz concessões econômicas para agradar a um eleitor indeciso).

¹⁴Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

tona a influência das indústrias é o filme “Obrigado por Fumar”, 2006, numa crítica sagaz sobre o trabalho das multinacionais e seus lobistas que manipulam as informações e as expõe de forma a tentar salvaguardar a imagem, em especial a do fumo que gera maior polêmica e malefícios comprovados. Na trama, o lobista trava mais uma batalha contra os antitabagistas. O senador democrata Ortolan Finistire quer instituir nos maços de cigarro a imagem de uma caveira para mostrar às pessoas que o fumo faz mal à saúde. Na defesa dos interesses de seu patrão, Nick contesta o senador com base na teoria universal do ser liberal. Diz que só fuma quem quer, que todo mundo sabe que cigarro mata (inclusive todo fumante), e que os fumantes não querem a imagem de uma caveira lhes encarando a toda hora. É a liberdade de escolher. O filme basicamente baseia-se na seguinte frase: Liberdade de escolha em um mundo dominado pela propaganda é liberdade de verdade? Assim, ocorre uma forte apelação por parte das propagandas, onde o ser humano tem o livre arbítrio de aceitar ou não (YAMEY, 2006).

A autora entende que o restrito conhecimento das pessoas em relação aos medicamentos, sobretudo dos idosos, bem como a indicação de familiares e vizinhos, os obstáculos e o difícil acesso aos serviços essenciais de saúde são fatores que facilitam a automedicação. Ir durante a madrugada em busca do, por vezes superficial e aligeirado, atendimento médico, num distante posto de saúde é, sem dúvida, um fator que motiva a automedicação. Como se não bastassem esses fatores, ainda o idoso enfrenta o alto custo de uma consulta para conseguir a receita cujo medicamento é de uso contínuo. E o que dizer daqueles idosos que não contam com o necessário apoio de familiares e/ou cuidadores para serem orientados em relação ao uso de medicamentos e às possíveis implicações quando não administrados de forma correta? Como se vê, são muitos os fatores que levam o idoso a buscar numa farmácia/drogaria não apenas um medicamento, mas uma orientação, uma palavra. Daí por que a importância do profissional farmacêutico estar mais próximo dos que o buscam, em especial dos idosos.

Em outras situações o atendente (balconista) de drogaria e/ou farmácia é o sujeito que ouve as queixas do idoso e torna-se o “prescritor”, sugerindo medicamentos não adequados. A fiscalização, por vezes limitada, para a aquisição de medicamentos sem a prescrição médica pode levar à venda desenfreada, trazendo consequências para o idoso e para o sistema de saúde.

Algumas doenças decorrentes do processo de envelhecimento podem levar à perda da audição, confusão mental, esquecimento, comprometimento dos rins, etc. Dispensar medicamentos para essas pessoas torna-se um sério risco, pois existe a possibilidade de utilizarem doses excessivas ou insuficientes, em horários inadequados, favorecendo ao sinergismo¹⁵, antagonismo¹⁶ ou até mesmo potencialização dos efeitos dos medicamentos devido a sua interação (NASCIMENTO, 2002, p. 620). Tudo isso pode levar a graves consequências à saúde do idoso. Ainda ocorre o fato de os idosos não aceitarem que os medicamentos e plantas medicinais, mais conhecidos como chás, possam fazer mal à saúde, por falta de conhecimento, influência de outras pessoas e até mesmo resistência em procurar profissionais qualificados.

A facilidade em adquirir medicamentos e seu uso indiscriminado transformaram as drogarias e farmácias em simples prestadoras de serviços ou em comércio ao invés de estabelecimentos de saúde¹⁷. O profissional farmacêutico, com sua qualificação, está apto a conter esse comércio, bem como a orientar as pessoas a respeito do uso apropriado dos medicamentos, do perigo da automedicação e da legislação que regulamenta o tema. Vieira (2007, p. 215), nas suas entrelinhas, comenta a desvalorização do profissional farmacêutico:

[...] As atividades farmacêuticas tomaram um enfoque mercantilista. Qualquer empreendedor pode ser proprietário de uma farmácia ou drogaria, desde que conte com um profissional

¹⁵ Sinergismo – Há sinergismo quando se administra drogas com efeitos semelhantes, quando suas ações são sinérgicas, ou ainda quando estas ações se processam no mesmo sentido. O sinergismo pode ser por:

- por adição – ocorre quando duas drogas administradas agem por mecanismos de ações semelhantes;
- por somação – ocorre quando o efeito farmacológico resulta da soma dos efeitos de cada droga, cada uma atuando por mecanismos de ação diferentes;

por potenciação – ocorre quando uma droga potencializa a ação de outra. O efeito resultante é maior que a soma dos efeitos de cada uma isoladamente.

¹⁶ Antagonismo – Há antagonismo quando se diminui ou se anula o efeito de outra droga, quando administradas de forma associada. O antagonismo pode ser:

1. Farmacológico: quando há interferência de uma droga com outra, ao nível de receptor.

Este tipo de antagonismo pode ser:

- a. competitivo – quando a droga antagonista ocupa o receptor do agonista, impedindo sua ação farmacológica;
- b. não-competitivo – quando a droga antagonista impede a ação da agonista atuando em locais próximos do receptor. Há, pois, dificuldade do agonista se ligar ao seu receptor específico.

Fisiológico: ocorre quando duas drogas, através de mecanismos de ação diferentes, interagem resultando em efeitos opostos. Por exemplo, a ação vasoconstritora da adrenalina se contrapõe à ação vasodilatadora da acetilcolina. Elas agem como agonistas em seus próprios receptores, porém exercem ações antagônicas. De acordo com a Lei nº 5.991 de 17 de dezembro de 1973, a designação da palavra “droga” diz respeito à substância ou matéria-prima que tenha a finalidade medicamentosa ou sanitária.

¹⁷ A autora entende que o estabelecimento farmácia/drogaria deva ser compreendido como estabelecimento de saúde onde são transmitidas informações corretas através do responsável técnico, buscando-se a adesão do tratamento e conseqüentemente o bem-estar físico e mental das pessoas. Ao invés de ser entendido como um comércio de cápsulas, de comprimidos, de xaropes, de drágeas, etc.

farmacêutico que se responsabilize tecnicamente pelo estabelecimento. Este é o marco da perda do papel social desenvolvido pela farmácia. O estabelecimento comercial farmacêutico voltou-se para o lucro e o farmacêutico começou a perder autonomia para o desempenho de suas atividades. O profissional passou a atuar como mero empregado da farmácia ou drogaria, perdeu o respeito da sociedade e refugiou-se em outras atividades, distanciando-se de seu papel de agente de saúde. Com isto, ampliaram-se os espaços para a obtenção de lucros desenfreados através da “empurroterapia” e da propaganda desmedidas.

Com o desenvolvimento da indústria farmacêutica, a atuação direta do farmacêutico junto à população foi diminuindo gradativamente. A Lei 5.991/73, no art. 16, §.§. 1 e 2, determinava que qualquer pessoa poderia ser proprietária de uma drogaria ou farmácia desde que tivesse um responsável técnico pela mesma, no caso, o farmacêutico. Para a autora, com o afastamento desse profissional, criou-se um espaço para que pessoas pouco qualificadas e comerciantes inescrupulosos assumissem o seu lugar, estimulando, dessa forma, o consumo inadequado de medicamentos e colocando em risco a saúde da população em geral. Silva e Vieira (2004, p. 431) validam com a seguinte colocação:

Como o medicamento adquiriu uma característica extremamente mercadológica, torna-se difícil para o farmacêutico impor-se pelos seus conhecimentos técnicos, o que o afasta ainda mais de sua verdadeira função: a de promover o uso racional de medicamentos. Assim como outros profissionais da saúde, os farmacêuticos estão inseridos num mercado de trabalho, muitas vezes, impõem-lhes a decisão de escolher entre a manutenção do emprego ou à infração às leis sanitárias e ao código de ética (SILVA; VIEIRA, 2004, p. 431).

Os idosos, nos seus diferentes graus de fragilidades, apresentam limitações fisiológicas. Por isso, a farmacocinética¹⁸(SILVA, 1998) desta população sofre alterações que interferem diretamente nos processos de absorção, distribuição, metabolização e eliminação dos medicamentos, os quais podem, em doses terapêuticas, produzir efeitos tóxicos e reações medicamentosas adversas e indesejáveis (SILVA, 2002).

A crescente prática da automedicação, sobretudo por parte dos idosos, nos quais as consequências podem ir desde uma possível reação alérgica à hipersensibilidade ou intoxicação. Dados apontam que os medicamentos são os grandes responsáveis por casos de intoxicação humana no país, sobrecarregando e onerando os serviços essenciais de saúde (FIOCRUZ, 2009).

¹⁸ A função da farmacocinética é “descrever o movimento da droga no organismo. Estuda quantitativamente a cronologia dos processos metabólicos de absorção, distribuição, biotransformação e eliminação das drogas.” (SILVA, 1998, p. 416)

O Farmacêutico exerce papel fundamental dentro de um estabelecimento de saúde e, ao mesmo tempo em que é o responsável técnico no sentido de ter um conhecimento específico sobre medicamentos, também tem conhecimentos que possibilitam entender o paciente em sua complexidade contextual. Além disso, assume o risco de incorrer às penalidades da lei, seja civil e/ou penal.

Diante dos aspectos acima apontados como elementos de sustentação de realização do estudo proposto, o objetivo foi ampliar a compreensão sobre os determinantes da automedicação vivenciada por um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS.

Para concretização do objetivo, esta dissertação está estruturada a partir desta introdução, que apresenta a temática e os motivos para a sua escolha. O capítulo seguinte aborda os princípios norteadores do profissional da saúde, neste trabalho, o Farmacêutico, bem como o papel relevante na sociedade. Discute-se sobre a ética, a moral, o direito, os princípios da bioética, a deontologia, enfim, como o farmacêutico está inserido dentro deste contexto. O capítulo empenha-se em demonstrar quais as implicações civis e penais a que o profissional farmacêutico fica submetido e quais os possíveis desvelamentos para a problemática.

2. PRINCÍPIOS NORTEADORES DA CONDUTA DO PROFISSIONAL DA SAÚDE

A partir do momento em que o ser humano passa a viver em sociedade torna-se necessário subordinar-se a um conjunto de normas para a boa convivência em grupo. Princípios como a ética, a moral, o direito, a bioética, o biodireito e a deontologia estão voltados aos profissionais da área da saúde, e neste trabalho, mais precisamente ao profissional farmacêutico, uma vez que tais princípios são responsáveis pela normatização da conduta humana. Assim, o farmacêutico exerce um papel de extrema relevância na sociedade, sendo muitas vezes penalizado dentro do estabelecimento de saúde. O presente capítulo procura demonstrar quais as implicações civis e penais às quais o referido profissional fica submetido e quais os desvelamentos para a problemática.

2.1. ÉTICA, MORAL E DIREITO

A distinção entre Ética e Moral apareceu a partir de 1700-1800, com o Iluminismo. De acordo com Marchionni (2008, p. 29):

o movimento surgiu em 1700 na França, na Inglaterra e na Alemanha. Em termos sociais e jurídicos ele trouxe a ideia de república, dos três poderes e dos direitos individuais. Em termos científicos e econômicos, ele impulsionou a revolução industrial e tecnológica. Em termos religiosos, ele se dividiu: uma parte afirmou o ateísmo, outra parte a fé no Deus dos Filósofos (deísmo).

A palavra ética provém do grego “ethos” e quer dizer “modo de ser”, caráter. Avalia o comportamento individual e social do homem. A ética estuda o comportamento e problematiza uma situação prática. A razão humana vai ser a responsável em dizer o que é ou não ético. Vale lembrar ainda que a ética não impõe sanções, mas cabe a ela dizer o que é certo ou não. A ética vincula-se a três pré-requisitos: percepção dos conflitos (consciência das contradições humanas), autonomia para escolher (competência para se posicionar entre os sentimentos e a razão) e a coerência na decisão (lógica entre o pensamento e a ação) (COHEN, 2008, p. 473).

A ética estuda o comportamento, não julga e nem impõe sanções. Problematiza uma situação prática. Ser ético é ter a liberdade para escolher qual a melhor decisão e com que valor ela vai ser tomada, bem como até que ponto vai a liberdade de agir.

Marchionni (2008, p.17) faz menção “à ética como a arte do bom para simplesmente sermos felizes ou, no mínimo, menos infelizes”. Aqui ele se refere ao bom na intenção de nos tornarmos pessoas felizes, ou no mínimo menos infelizes. Faz também uma relação da ética com a arte, sendo a expressão física do pensar. “A ética é uma investigação acerca do bom e uma observância daquilo que foi entendido” (MARCHIONNI, 2008, p. 17).

Goldim (2000) menciona que um dos objetivos da ética é a busca da justificativa para as regras propostas pela moral e pelo direito. É diferente de ambos porque não estabelece regras. Já a palavra moral vem do latim “mos”, e plural “mores”, e refere-se ao agir humano, ligada à convicção íntima, aos costumes e ao comportamento social de um grupo. Marchionni (2008) exprime a palavra como costume, valores e virtudes, legado da tradição e que tem a ver com o conjunto de normas ou regras adquiridas com o tempo e por hábitos. Para ele, a moral se constitui em um processo de formação do caráter humano, levando-se em conta os princípios que ela traz consigo.

Cohen (2008, p.473) descreve que moral está “condicionada a três pressupostos: valores absolutos (são acolhidos pela sociedade), impostos (por uma determinada cultura) e sua transgressão implica em castigo”. Trata-se de uma norma não escrita que tem por objetivo estabelecer as linhas do comportamento para o homem em suas relações sociais, tendo por fundamento o histórico da comunidade, ou seja, “medida de virtude que trata das ações humanas quanto a sua bondade ou malícia, ao conhecimento interno ou consciência, ao modo de proceder. Por isso, a virtude dos homens não se chama ética, mas moralidade” (SAPAG-HAGAR, 2009, p. 32).

Assim determina Vásquez (1998), ao referir moral como um conjunto de regras, preceitos e valores, segundo o qual são regularizadas as relações recíprocas entre os sujeitos ou entre estes e a sociedade, de tal maneira que estas regras, munidas de uma índole histórica e social, sejam obedecidas livre e conscientemente, por uma certeza íntima, e não de uma forma mecânica, alheia ou não pessoal. Para o autor, a “ética é teórica e reflexiva, enquanto a moral é eminentemente prática” (VÁSQUEZ, 1998).

A ética é o dispositivo da liberdade humana em que o indivíduo possui a capacidade de julgar dentro de suas implicações morais o que é certo e o que é errado. A

ética é persistente, enquanto a moral é temporária. A ética é universal, a moral é cultural. Ética é teoria, enquanto a moral é o conjunto de regras concretas. Dessa forma a ética é regra pensada e a moral é a conduta da regra.

Por sua vez, a palavra direito vem do latim “directum” e sugere a ideia de regra, do que é justo. Poletti (1996, p.123) define o direito “como uma ciência e também como um sistema ordenado de normas que disciplinam a conduta humana, logo estuda o fato e as normas”. São normas de conduta impostas pelo Estado em uma determinada sociedade, sendo que a sua transgressão acarretará uma sanção ao infrator e por isso apresenta um caráter coercitivo.

Parece que o Direito, a Moral e a Ética andam juntas e em muitas situações confundem-se entre si. As regras jurídicas criam direitos e deveres entre as pessoas, sendo delimitadas pelas fronteiras geográficas. Já as regras morais determinam um dever do indivíduo frente a si mesmo, sendo despidas da coercibilidade. Como exemplo, destaca-se o dever de solidariedade ante as necessidades, não sendo coercitivo. Já o dever de pagar o tributo sim, visto que o filho (maior) que passa por dificuldades financeiras e que não recebe ajuda do seu pai. O filho (maior) poderá ficar magoado, mas não poderá obrigar o pai a lhe ajudar. Se o mesmo filho for incapaz, por uma doença mental, e seu pai tiver condições financeiras, poderá requerer ajuda mesmo na maioridade. O Direito e a Ética são bilaterais, porém somente ao Direito cabe a coercibilidade, ou seja, impõe a aplicação das suas leis, estendendo-se naturalmente ao campo de hermenêutica jurídica.

Marchionni (2008, p. 267) questiona se o Direito pode obrigar um marido a amar a esposa ou se pode forçar um cidadão a recolher as crianças nas ruas de Calcutá, como fez Madre Teresa. Nas palavras dele, o Direito não pode, mas a Ética sim. Ainda para o autor:

A Ética tem como um juiz a consciência da pessoa, o Direito um funcionário público; a Ética traça metas, o Direito apenas proíbe empecilhos para algumas daquelas metas; a Ética obriga a amar, o Direito obriga a não prejudicar; a Ética crê na bondade do homem, o Direito crê na bondade da norma; a Ética vem de dentro e tem sua força no amor, o Direito vem de fora e tem sua força na punição; a Ética se funda na Espiritualidade, o Direito se funda na funcionalidade (MARCHIONNI, 2008, p. 267).

A Ética, a Moral e o Direito estão interligados. A Ética determina os valores fundamentais do comportamento humano, ou seja, o conjunto de princípios morais. A

Moral consiste em um conjunto de regras, atuando de forma interna, isto é, só tem valor dentro da pessoa, na sua consciência. Não existe sanção para a Moral, mas existe uma consciência dizendo o que está certo ou errado. O Direito tem uma relação com a sociedade, ao contrário da Moral. Diz respeito à conduta externa do indivíduo e existe uma sanção pré-fixada. Deve corresponder àquilo que é justo e está previsto na lei e na justiça. O direito dá coercibilidade e força obrigatória à ética e à moral.

2.2. BIOÉTICA E BIODIREITO

A bioética nasce das várias interrogações que o homem faz decorrentes das novas descobertas relacionadas a pesquisas científicas envolvendo seres vivos. Aponta o comportamento humano nas ciências da vida. É uma parte da Ética. Já o Biodireito surge para proteger o homem, como ser biológico, como norma reguladora frente às novas descobertas da medicina, preservando a dignidade humana. Santin e Betinelli (2010, p. 28) comentam que “a essência da bioética é a liberdade, devendo vir acompanhada de responsabilidade e compromisso verdadeiro dos profissionais e pesquisadores.”

A bioética surgiu em 1927, num artigo publicado no periódico alemão *Kosmos*, onde Fritz Jahr utilizou pela primeira vez a palavra bioética (bio + ethik). O autor definiu a Bioética como “sendo o reconhecimento de obrigações éticas, com a proposta da integração do ser humano à natureza” (GOLDIM, 2006, p.86).

Aflorou nos anos 60 e ganhou força nos anos 70 com um movimento provocado principalmente por médicos e cientistas, os quais buscavam alertar toda a sociedade, inteirando e discutindo os progressos científicos com as classes mais variadas e o público em geral. Tinha por objetivo encontrar alternativas e esclarecer sobre as tecnologias utilizadas, bem como classificá-las em construtivas ou destrutivas, voltadas ao desenvolvimento humano ou não.

O surgimento da bioética em razão do avanço da ciência e do conceito de autonomia guiou a uma revolução social além dos limites da medicina, tornando-se um evento cultural, pois fez com que filósofos, cientistas, religiosos, profissionais, enfim, a sociedade como um todo pudesse meditar e reconsiderar sobre os valores humanos.

Carlin (1996, p.34) entende a bioética como “a maneira de regulamentação das novas práticas biomédicas, atingindo três categorias de normas: deontológicas, jurídicas e éticas, que exigem comportamento ético nas relações da biologia com a medicina.”

Já para Segre (1995, p.27) “é a parte da Ética, ramo da filosofia, que enfoca as questões referentes à vida humana (e, portanto à saúde). A bioética, tendo a vida como objeto de estudo, trata também da morte (inerente à vida).”

Barboza (2000, p.211) menciona que “a bioética abrange o bem-estar dos animais em experimentos e a preocupação voltada ao meio ambiente e, através do Informe de Belmont, promulgado em 1978, criaram-se os princípios bioéticos: beneficência, autonomia e justiça”. Dessa forma, o conceito de bioética parece ser muito complexo, pois ela vai além da ética, ou seja, estuda a conduta humana na área das ciências da vida e saúde, à medida que esta conduta é examinada à luz dos valores e princípios morais.

De certa forma, a Bioética não deixa de ser uma ética profissional que contém normas reguladoras para profissionais da área da saúde e pesquisadores, na tentativa de equilibrar suas relações com os pacientes e com os próprios sujeitos de pesquisa.

Os chamados princípios da bioética foram articulados, em 1978, pela “Comissão norte-americana para o amparo da pessoa humana na pesquisa biomédica e comportamental”, o chamado Relatório Belmont. Este texto referia quatro princípios: o princípio da beneficência com sua contrapartida do princípio da não-maleficência, o princípio da autonomia e o princípio da justiça. Autores como Childress, Beauchamp, Pessini, Barchifontaine, Kovacs, aceitam essa classificação.

O princípio da beneficência “do latim ‘bonumfacere’, i.e., fazer o bem, fruto de uma cultura paternalista, encontra sua raiz no Juramento de Hipócrates” (LIGIERA, 2005, p.410). Traduz-se na obrigação de não causar dano e de extremar os benefícios e minimizar os riscos. A beneficência sempre foi acompanhada de uma restrição da autonomia dos enfermos. Esperava-se que o enfermo se entregasse por inteiro aos cuidados do médico. À medida que os direitos humanos se solidificam, muito importante se torna a necessidade de o médico respeitar a opinião do paciente. Por isso, a ligação da beneficência com o princípio da autonomia.

Ligiera (2005, p. 411) explica que “a palavra autonomia provém de ‘auto’, do grego autos (por si mesmo), e ‘nomia’, do grego ‘nómos’ (lei). Significa “lei para si mesmo” e expressa o direito que cada ser humano possui de se autogovernar, de acordo com suas próprias leis”. O princípio da autonomia refere-se ao respeito às pessoas por suas opiniões e escolhas, segundo valores e crenças pessoais; estando mais relacionado ao profissional e ao paciente. O termo de consentimento informado e assinado pelo paciente representa o respeito da autonomia do paciente. Em seu artigo, Santin e Bettinelli (2009) comentam a respeito da diminuição da autonomia no processo de envelhecimento. Nem sempre é possível ter um envelhecimento saudável e assim o idoso traz consigo as doenças crônicas decorrentes desse processo.

A necessidade de medicamentos de uso contínuo, bem como a ajuda de um cuidador ou mesmo a internação numa instituição de longa permanência modificam completamente a vida desse sujeito. Ao mesmo tempo em que deixa de ser produtivo também é estigmatizado por uma sociedade preconceituosa que valoriza o bonito e o jovem, tornando-se um peso para todos (SANTIN; BETTINELLI, 2009).

Por sua vez, o princípio da justiça afirma a necessária imparcialidade na distribuição dos riscos e dos benefícios, não podendo uma pessoa ser tratada de maneira distinta de outra, salvo haja entre ambas alguma diferença relevante. Ou seja, “o tratamento deve ser igual para todos, não devendo haver desigualdade nos benefícios dos serviços de saúde” (LIGIERA, 2005, p. 417).

A esses três princípios Beauchamp e Childress (apud BARBOZA, 2000, p. 211) acrescentaram outro, em obra publicada em 1979, o da “não- maleficência”, segundo o qual não se deve causar mal a outro e diferencia, assim, do princípio da beneficência que envolve ações de tipo positivo: prevenir ou eliminar o dano e promover o bem, mas se trata de um bem contínuo, de modo que não há uma separação significativa entre um e outro princípio.

Muitos autores incluem o princípio da não-maleficência ao princípio da beneficência. Demonstram essa situação por entenderem que ao impedir o prejuízo intencional o sujeito já está, na verdade, buscando o bem do outro. A bem da verdade, de acordo com este princípio, o profissional da área da saúde tem o dever de não causar mal e ou prejuízo ao seu paciente, seguindo a tradição de Hipócrates. Loch (2002, p. 13)

comenta que o risco de causar prejuízo é inerente de uma ação ou procedimento que está moralmente correto:

[...] Uma simples retirada de sangue para realizar um teste diagnóstico tem um risco de causar hemorragia no local puncionado. Do ponto de vista ético, este dano pode estar justificado se o benefício esperado com o resultado deste exame for maior que o risco de hemorragia. A intenção do procedimento é beneficiar o paciente e não causar-lhe o sangramento. No exemplo anterior, as consequências de dano são pequenas e certamente não há risco de vida. Porém, se o paciente tiver problemas de hemostasia¹⁹, este risco ficará aumentado. Quanto maior o risco de causar dano, maior e mais justificado deve ser o objetivo do procedimento para que este possa ser considerado um ato eticamente correto.

Esses princípios devem ser administrados desde o primeiro momento do experimento com seres humanos até o exercício da medicina.

Inúmeras são as questões relativas à Bioética e elas aumentam mais ainda quando há referência ao Biodireito. Barboza (2000, p.212) percebe o Biodireito como o “ramo do Direito que trata da legislação e da jurisprudência relativa às normas reguladoras da conduta humana em face aos avanços da Biotecnologia e da Medicina.”

De acordo com Mateo (apud BARBOZA, 2000, p. 212):

Ao discorrer sobre a dimensão moral das ciências da vida, esclarece que embora pareça que as ciências em geral, não devam ter restrições intrínsecas, sempre se vetaram determinadas práticas, por razões religiosas, éticas ou culturais, havendo na atualidade uma série de regras que, se não condicionam o exercício da inteligência, ao menos restringem alguns experimentos e certas aplicações práticas na Medicina.

Brandão, Saldanha e Fernandes (1998, p.98) comentam que:

com os novos alcances biotecnológicos, envolvendo questões como manipulação genética, reprodução assistida, transexualidade, eutanásia, somente o campo de problemas Delas já é suficiente para impor ao Direito uma modificação substancial.

Com o desdobramento dos novos acontecimentos, árdua é a tarefa do jurista para adaptar-se às novas situações e procurar ajustar as normas existentes aos casos novos, devido ao rápido crescimento tecnológico e biomédico, visto que não basta apenas haver regras. O Direito não é apenas composto por um conjunto de normas, de classes, de técnicas: ele transmite também valores. Se o Direito é capaz de se adequar

¹⁹ Consta no Manual Merck (2002) que a homeostasia é a forma com que o corpo impede os vasos sanguíneos lesados de sangrarem. Ela envolve três processos principais: (1) constrição dos vasos sanguíneos, (2) atividade plaquetária (partículas de forma irregular, semelhante às células, presentes no sangue e que estão envolvidas na coagulação) e (3) atividade dos fatores de coagulação (proteínas dissolvidas no plasma, a parte líquida do sangue). Anormalidades desses processos podem acarretar sangramento excessivo ou coagulação excessiva, ambos podendo ser perigosos.

aos novos avanços da Medicina, tornando possível mudar a vida e não apenas adiar, então precisa ordenar essas intervenções sobre o ser humano.

Por outro lado, não se pode apenas e simplesmente substituir os direitos do homem em razão de uma vocação genética. Barboza (2000, p.214) ratifica “que o objeto do Biodireito é matéria complexa, heterogênea e que confronta normas existentes que na maioria das vezes lhe são estranhas.”

As normas do Biodireito não poderão a qualquer custo desprezar os valores fundamentais encontrados na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2008), tais como a vida, a dignidade humana, a liberdade e a solidariedade e sua proteção enquanto direitos. A Bioética possui preceitos que lhes são pertinentes, mas o resultado e a normatização dos problemas biológicos devem ser regulamentados pelo Direito, respeitando o princípio da dignidade humana.

O Biodireito e Bioética necessitam andar de mãos dadas, com o objetivo único de defender a vida, frente aos novos avanços médicos-científicos adaptando-se às novas transformações da sociedade.

2.3. BIODIREITO E DIGNIDADE HUMANA

Com o surgimento do Biodireito estabelece-se uma ponte entre o Direito e a Bioética, respeitando-se os princípios voltados para a preservação da vida, no seu mais amplo sentido, bem como o respeito do homem como pessoa.

A palavra dignidade, substantivo feminino, segundo Houaiss, Villar e Franco (2008, p. 250) é “a consciência do próprio valor; honra; modo de proceder que inspira respeito; distinção.” Já para Sarlet (2001, p. 61):

A dignidade humana é a qualidade intrínseca e distintiva de cada ser humano que o faz merecedor do mesmo respeito e consideração por parte do Estado e da comunidade, implicando, neste sentido, um complexo de direitos e deveres fundamentais que asseguram a pessoa tanto contra todo e qualquer ato de cunho degradante e desumano, como venham a lhe garantir as condições existenciais mínimas para a vida saudável, além de propiciar e promover sua participação ativa e co-responsável nos destinos da própria existência e da vida em comunhão com os demais seres humanos.

Porém, nem sempre foi respeitada em todo o seu significado. Um dos fatos históricos que lembrará para sempre a humanidade foram as atrocidades que os ideais

nazistas cometeram contra os judeus, negros, homossexuais, ciganos, ou seja, aqueles que não se enquadravam nos conceitos pertinentes à chamada raça pura. Foram estigmatizados de forma a receber um sinal ou uma marca, portanto, discriminados. Em uma das passagens do livro “O menino do pijama listrado”, escrito por John Boyne, em 2007, o filho de um oficial alemão pergunta ao pai quem eram aquelas pessoas que usavam a mesma roupa e viviam num lugar fechado. O pai calmo e levemente sorridente respondeu: “Aquelas pessoas... Bem, na verdade elas não são pessoas [...]” (BOYNE, 2007, p.52).

Com o fim das guerras, o mundo passa a se preocupar em proteger os direitos humanos fundamentais e inerentes ao homem, e assim em 1948 foi proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU) a Declaração dos Direitos Humanos, onde o princípio da dignidade humana passa a ser reconhecido, bem como a valorização da pessoa humana e a busca pela igualdade entre homens e mulheres.

A Constituição Federal de 1988, no artigo 1º, inc. III trata e tem como fundamento a dignidade da pessoa humana. Santin (2005, p. 78) explica que:

a afirmação da dignidade da pessoa humana no Direito brasileiro tem o condão de repelir quaisquer providências, diretas ou indiretas, que esvaziem a força normativa desta noção fundamental, tanto pelo seu enfraquecimento na motivação das atividades estatais, quanto pela sua pura e simples desconsideração.

O artigo 3º, inciso IV, constitui um objetivo essencial da República Federativa do Brasil, “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.” Já o artigo 196 menciona que a saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.”

Embora a sociedade atual passe por uma “crise de valores morais”, em razão dos governantes terem perdido o rumo da ética e da governabilidade, bem como a desvalorização do ser humano, cabe ao Estado, ratificado pela Constituição Federal, garantir o direito à vida, a um lar, ao alimento, ao emprego, à saúde, à educação, ao salário digno, através da efetivação de políticas adequadas.

A dignidade humana é uma qualidade única ao ser humano, sendo que a autonomia, para Kant (1995, p.79), é, pois “o fundamento da dignidade da natureza humana e de toda a natureza racional.” Prosseguindo, o autor afirma que:

tudo tem ou um preço ou uma dignidade. Quando uma coisa tem um preço, pode-se pôr em vez dela qualquer outra como equivalente; mas quando uma coisa está acima de todo o preço, e portando não permite equivalente, então tem ela dignidade. (KANT, 1995, p.77).

Ainda em relação à dignidade humana, Santin (2005, p.79) conclui que “esta não depende de suas características externas, da classe social, do seu gênero, das suas roupas, que é mais popular que outra pessoa. Enfim, não se pode pensar que uma pessoa é mais digna que a outra.” Dessa forma, as inovações apresentadas pela medicina e desenvolvidas pela biotecnologia provocam o surgimento do Biodireito para regulamentar a conduta do homem frente a novos desafios e evitar que o ser humano seja tratado como um objeto manipulável, atingindo a sua dignidade humana.

Como já dizia Aristóteles, o ser humano é um ser social e devido ao poder da razão está condenado a eterna liberdade, o que conseqüentemente leva à necessidade da ética. Esta só emerge no caráter humano perante preceitos de justiça, igualdade e respeito. Por mais que esteja sujeita à disposição inata, confere a mesma um caráter social variável. Sendo assim, destaca-se o Código de Ética do Profissional que surge para regulamentar as ações dos profissionais e que será tratado a seguir.

2.4. DEONTOLOGIA

O conceito de deontologia foi inserido em 1834, pelo filósofo inglês Jeremy Bentham para referir-se ao ramo da ética, a qual está inserida na Filosofia, que cuida dos deveres e trata das obrigações morais que regulam o exercício profissional, na qual somente a sua consciência é o seu próprio julgador. A Deontologia Profissional diz respeito ao conjunto de princípios e regras que disciplina determinada atividade profissional. Nas palavras de Bittar (2007, p. 429) a Deontologia refere-se à Ética Profissional, “que corresponde a parte da ética aplicada (ética ecológica, ética familiar, ética profissional...) debruçando-se sobre um conjunto de atividades humanamente engajadas e socialmente produtivas.”

O farmacêutico, no balcão da farmácia e/ou drogaria, não dispensa apenas os medicamentos. Informa a posologia, a concentração, horários da administração, possíveis interações medicamentosas, agindo reciprocamente com o paciente.

De acordo com Sapag-Hagar (2009, p. 35):

O medicamento leva em si um valor agregado: o do saber profissional, o do conselho ético, científico e generoso. Não por ser coisa, mas pelo processo. A saúde não pode ser oferecida como comodidade comprável, vendível ou hipotecável: é qualidade de vida.

E continua o autor a mencionar que a drogaria/farmácia não é uma loja qualquer, não limitando a profissionalidade entre quatro paredes e pretendendo que o seu centro seja a caixa registradora. Nesses momentos questiona-se se proprietários de drogarias/farmácias não deveriam ser os profissionais farmacêuticos (SAPAG-HAGAR, 2009, p. 35).

Em 1960, o então Presidente Juscelino Kubitschek, sancionou a Lei nº 3.820, de 11 de novembro de 1960, que cria o Conselho Federal de Farmácia e os Conselhos Regionais. Nas palavras de Chaib (2005, p. 47), os Conselhos Federais e Regionais de Farmácia,

exercem papel fundamental de zelo pela classe dos que exercem atividades profissionais farmacêuticas no Brasil, cuidando da saúde da população através de seus membros responsáveis, intervindo sempre que necessário, nas questões relacionadas, organizando, fiscalizando ou legislando sobre necessárias mudanças a essa classe de profissionais liberais.

O Conselho Federal de Farmácia, no exercício de suas atribuições que lhe confere o artigo 6º, alínea “g”, (expedir as resoluções que se tornarem necessárias para a fiel interpretação e execução da presente lei), da Lei nº 3.820, através da Resolução²⁰ nº 417, de novembro de 2004, aprova o Código de Ética da Profissão Farmacêutica (ANEXO A do CD-ROM).

O Código de Ética da Profissão Farmacêutica é o pacto explícito entre os componentes da classe profissional, cujo objetivo é anunciar para a sociedade em geral

²⁰ Resolução – Ato pelo qual a autoridade pública ou o poder público toma uma decisão, impõe uma ordem ou estabelece uma medida. Tem significação genérica porque, pois que atinge qualquer espécie de deliberação ou de determinação, baixada para ser obrigatoriamente cumprida ou geralmente acatada. As resoluções são tomadas dentro da autoridade que se outorga ao poder, pelo que não estão subordinadas nem sujeitas à aprovação ou referenda de qualquer outro poder. É ato que se funda na própria atribuição conferida ao órgão ou representante do poder público. Nesta razão, as resoluções entendem-se sempre atos de autoridades.

como o farmacêutico decide, através de seus direitos e deveres, sua identidade, comportamento político e social, de acordo com os princípios universais da ética.

O Código de Ética está dividido em títulos que trata do exercício profissional, das relações profissionais, das relações com os conselhos, das infrações e sanções disciplinares e das disposições gerais. Os capítulos fazem referência aos princípios fundamentais, dos deveres, das proibições, da publicidade dos trabalhos científicos, dos direitos, das relações profissionais, das relações com os conselhos, das infrações e sanções disciplinares e das disposições gerais.

A Resolução nº 431, de 17 de fevereiro de 2005 foi revogada pela Resolução nº 461, de 02 de maio de 2007 que dispõe sobre as infrações e sanções éticas e disciplinares aplicáveis ao farmacêutico, tais como: advertência, advertência com emprego da palavra “censura”, multa, suspensão e eliminação.

Já a Resolução nº 418, de 29 de setembro de 2004, aprova o Código de Processo Ético da Profissão Farmacêutica que passa por diferentes fases, devendo obedecer cronologicamente os seguintes passos para a sua tramitação: recebimento da denúncia, instauração ou arquivamento, montagem do processo ético-disciplinar, instalação dos trabalhos, conclusão da comissão de ética, julgamento, recursos e revisões e execução.

Os princípios da bioética (não-maleficência, justiça, autonomia e beneficência) estão presentes no Código de Ética do Farmacêutico e a profissão farmacêutica deve ser exercida não só por aqueles que detêm o saber, mas por aqueles que convertam seu saber em benefícios para toda a coletividade e o façam com ética.

O Código de Ética refere que “o farmacêutico é um profissional da saúde, cumprindo-lhe executar todas as atividades inerentes ao âmbito profissional farmacêutico de modo a contribuir para a salvaguarda da saúde pública e, ainda, todas as ações de educação dirigidas à comunidade na promoção da saúde.” E, isso pode acontecer através de campanhas voltadas para o esclarecimento da população a respeito dos cuidados com a saúde.

2.5. A CONDUTA ÉTICA DO FARMACÊUTICO, A BIOÉTICA E A DIGNIDADE HUMANA

O profissional farmacêutico deve exercer sua profissão, acima de tudo, com ética e caso infrinja os preceitos, estabelecido pelo código, fica sujeito às penas disciplinares previstas no mesmo e analisadas pela comissão do Conselho de Ética. No art. 1º refere:

O exercício da profissão farmacêutica, como todo exercício profissional, tem uma dimensão ética que é regulada por este código e pelos diplomas legais em vigor, cuja transgressão resultará em sanções disciplinares por parte do Conselho Regional de Farmácia, após apuração pelas suas Comissões de Ética, independentemente das penalidades estabelecidas pelas leis do País (Conselho Federal de Farmácia, 2004, p. 36).

A Bioética está presente no Código de Ética do Farmacêutico, no art. 2º, afirmando que o “farmacêutico atuará com o maior respeito à vida humana, ao meio ambiente e à liberdade de consciência nas situações de conflito entre a ciência e os direitos fundamentais do homem”, amparada nos direitos fundamentais do homem que estão previstos na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 que trata no TÍTULO II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais, e no CAPÍTULO I - DOS DIREITOS E DEVERES INDIVIDUAIS E COLETIVOS, artigo 5º:

Todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade, nos termos seguintes: Em relação ao Meio ambiente deve haver um conjunto de condições, leis, influências e interações de ordem física, química e biológica, que permite, abriga e rege a vida em todas as suas formas.

O profissional farmacêutico deverá ser ético em todas as suas atitudes buscando beneficiar à coletividade em que o homem está inserido e ao meio ambiente, sem praticar nenhum tipo de discriminação utilizando-se do Princípio da Beneficência, ou seja, a obrigação moral de agir para o benefício do outro. Assim, conforme o art. 3º “a dimensão ética da profissão farmacêutica é determinada, em todos os seus atos, pelo benefício ao ser humano, à coletividade e ao meio ambiente, sem qualquer discriminação.”

A reputação do profissional farmacêutico será concebida ao longo da sua caminhada através do bom juízo atribuído pela sociedade à profissão e ao profissional, cabendo a este respeito, influência e autoridade no exercício de tão importante ofício,

ratificada pelo art. 6º que menciona a necessidade do “farmacêutico zelar pelo perfeito desempenho ético da Farmácia, pelo prestígio e bom conceito da profissão.”

O próprio juramento do Farmacêutico, nas suas entrelinhas, faz menção ao compromisso ético do profissional:

Prometo, em minhas funções de farmacêutico, orientar sempre, sem **nunca me impor**, auxiliar no que for possível, **não pensando em gratificações** e agradecimentos. Juro não oferecer **drogas que, conscientemente, saiba eu serem nocivas à saúde**. Evitarei qualquer ato de maldade ou que **favoreça o crime e a corrupção**. Prometo ainda ser um amigo leal, que **mereça a confiança das pessoas em seus momentos mais difíceis**. E espero a graça divina do amparo para que eu saiba **cumprir com dignidade a minha profissão**. (Grifo nosso).

A profissão farmacêutica só poderá ser exercida pelo profissional devidamente habilitado por lei (diploma), acompanhado de registro no Conselho Regional de Farmácia (CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO RIO DE JANEIRO, 2004). De acordo com o art. 4º, “os farmacêuticos respondem pelos atos que praticarem ou pelos que autorizarem no exercício da profissão.” Assim, o farmacêutico responde solidariamente não só pelos seus atos técnicos, como também solidariamente por atos de terceiros sob sua responsabilidade. Nesse sentido, fica sujeito a implicações éticas, civis e criminais, bem como às leis sanitárias.

O profissional farmacêutico tem o dever de manter-se constantemente atualizado, conforme menciona o art. 7º “[...] com o objetivo de aperfeiçoar, de forma contínua, o desempenho de sua atividade profissional.” Assim como em qualquer outra profissão, a qualificação ininterrupta pode ser feita através da leitura de revistas especializadas, revistas técnicas e do estudo de literatura científica especializada, bem como da participação em cursos de extensão, de especialização, pós-graduação, seminários e congressos. A educação continuada agrega o conhecimento do profissional à população em geral, valorizando o profissional bem como a respectiva profissão.

O art. 5º comenta “para que possa exercer a profissão farmacêutica com honra e dignidade, o farmacêutico deve dispor de boas condições de trabalho e receber justa remuneração por seu desempenho.” Ora, boas condições de trabalho são aquelas que oferecem os recursos necessários para o adequado exercício das atividades do profissional farmacêutico. Nesses recursos incluem-se os ambientes de trabalho, as instalações, os insumos, as utilidades, as máquinas, os equipamentos, os utensílios, os

acessórios de higiene, de segurança individual e coletiva e os sistemas computadorizados, quando necessários.

Em relação à remuneração existe como referência mínima e justa aquela que é aceita pelo Sindicato dos Farmacêuticos, podendo variar de um estado para outro. O Farmacêutico é, antes de tudo, um profissional da saúde e por isso o art. 8º do capítulo 1 do Código de Ética desse profissional²¹ salienta que “a profissão farmacêutica, em qualquer circunstância ou de qualquer forma, não pode ser exercida exclusivamente com objetivo comercial.” Segundo a definição do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro (2006),

o profissional da saúde por sua formação acadêmica, por sua atitude profissional e em todos os seus campos de atuação, está eticamente compromissado com a defesa da saúde, da segurança e do bem-estar da coletividade, agindo de forma crítica e efetiva em prol de uma política de saúde plena.

O Farmacêutico não poderá permitir de forma alguma ser explorado ou enganado, de maneira que contrarie seus princípios éticos e morais. Assim o art. 9º salienta que “em seu trabalho, o farmacêutico não pode se deixar explorar por terceiros, seja com objetivo de lucro, seja com finalidade política ou religiosa.” À medida que toma decisões, busca pela saúde da população, bem como o respeito à dignidade profissional colocando como meta essencial a ética e a imparcialidade em todas as suas ações.

2.6. RESPONSABILIDADE CIVIL

A responsabilidade civil é uma condição jurídica de quem, sendo considerado capaz de conhecer e entender as regras e leis e de determinar a própria vontade e ações, pode ser julgado e punido por algum ato que cometeu. Stoco (2001, p. 89) comenta que “a noção da responsabilidade pode ser haurida da própria origem da palavra, que vem do latim *respondere*, responder a alguma coisa, ou seja, a necessidade que existe de responsabilizar alguém por seus atos danosos.”

Da prática do ato ilícito decorre a responsabilidade do sujeito ou daquele que o produziu. Diniz (2003, p.36), define como:

²¹ CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Legislação*. 2004. Disponível em: <www.crf-rj.org.br/crf/legislacao/leis/Legis_res_cff_417_de_2004.asp>. Acesso em: 15 nov. 2010.

a aplicação de medidas que obriguem uma pessoa a reparar dano moral ou patrimonial causado a terceiros, em razão de ato por ela mesmo praticado, por pessoa por quem ela responde, por alguma coisa a ela pertencente ou de simples imposição legal.

Cavaliere Filho (2010, p.13) explica que “no anseio de obrigar o agente, causador do dano, a repará-lo inspira-se no mais elementar sentimento de justiça. O dano causado pelo ato ilícito rompe o equilíbrio jurídico-econômico anteriormente existente entre o agente e a vítima.” Já Coelho (2004, p. 254) define como:

a obrigação em que o sujeito ativo pode exigir o pagamento de indenização do passivo por ter sofrido prejuízo imputado a este último. Constitui-se vínculo obrigacional em decorrência de ato ilícito do devedor ou de fato jurídico que o envolva.

Em consenso com os autores citados, pode-se afirmar que a responsabilidade civil é atribuída ao sujeito que pratica ato ilícito e a necessidade de responsabilizar o mesmo por danos causados a outrem, ou seja, a idéia de culpa está ligada à responsabilidade, isto é, é relevante reconhecer se aquela conduta irá refletir na obrigação de indenizar.

2.6.1. ESPÉCIES DE RESPONSABILIDADE CIVIL

São espécies de responsabilidade civil: a subjetiva e a objetiva. Na primeira, o sujeito passivo do dever pratica ato ilícito e esta é a causa de sua responsabilização; a culpa, ou seja, incluindo o dolo, é o pressuposto principal; na segunda, também conhecida como teoria do risco, ele só realiza ato ou atos lícitos, mas se realiza em relação a ele o fato jurídico exposto na lei como ensejador da responsabilidade; aqui a reparação do dano só é obrigatória quando houver uma ação, um dano e um nexo de causalidade. Nesta, elemento culpa não é utilizado.

Quem responde subjetivamente fez algo que não deveria ter feito; quem responde objetivamente fez só o que deveria fazer. A ilicitude ou licitude do comportamento do sujeito a quem se atribui a responsabilidade civil é que decide, respectivamente, a espécie subjetiva ou objetiva (COELHO, 2004).

Coelho (2004, p. 255) cita alguns exemplos:

Quando o motorista desobediente às leis de trânsito é obrigado a indenizar os danos do acidente que provocou, sua responsabilidade é subjetiva. Se imprimiu velocidade ao veículo superior à permitida no local, ultrapassou o semáforo fechado, negou preferência, se descumpriu, enfim, o Código de Trânsito Brasileiro, ele não agiu como deveria ter agido; incorre em ilícito. Desta sua falta surge a obrigação de ressarcir os prejuízos sofridos pelas

vítimas do acidente. Por outro lado, quando o fabricante de refrigerantes é obrigado a ressarcir os danos causados pela quebra de garrafa em que se havia concentrado maior quantidade de gás que a suportável, a responsabilidade é objetiva. O fornecedor agiu exatamente como deveria ter agido: empregou os mais desenvolvidos equipamentos e processos de produção, bem assim os mais aprimorados controles de qualidade, treinou adequadamente seus funcionários e fez todos os investimentos para evitar que produtos defeituosos fossem oferecidos ao mercado. Em razão da falibilidade humana, porém, algumas garrafas com defeito acabaram provocando lesões nos consumidores. Não houve nenhum ilícito imputável ao fabricante; ao contrário, é plenamente lícito oferecer bebidas refrigerantes ao mercado. Mesmo assim ele é responsável civilmente pelos prejuízos. Sua responsabilidade se origina do simples fato jurídico de oferecer produtos ao mercado.

Para Rodrigues (2003, p. 11) não se pode sustentar que há espécies diferentes de responsabilidade, mas sim formas diferentes de analisar o dever de corrigir o prejuízo. O autor esclarece que “se diz ser subjetiva a responsabilidade quando se inspira na ideia de culpa, e objetiva quando amparada na teoria do risco.”

Na responsabilidade subjetiva é responsabilizado por ato ilícito quem agiu como não deveria ter agido e torna-se necessária a comprovação da culpa. Foi negligente naquilo em que deveria ter sido atento, ou seja, aquele que não faz quando tem que fazer. Como exemplo pode-se citar o caso do dono de farmácia que faz aplicação de injetáveis (sem ter sala específica) e o farmacêutico nada faz para impedir e acaba concordando com tal situação. Imperito quando tudo resultava da sua capacidade, isto é, não possui capacidade técnica.

No exemplo anterior, o dono da farmácia que aplica injetáveis não apresenta capacidade técnica, não estando qualificado para tal evento. Imprudente quando se necessita de precaução, o sujeito faz algo quando não deveria fazer. Pode-se citar como exemplo na imprudência, o próprio farmacêutico que aplica injetáveis na farmácia sem ter a prescrição médica e sem possuir a sala adequada para a aplicação.

Na responsabilidade objetiva, a atribuição do dever de ressarcir prejuízo a quem praticou exatamente como deveria ter agido está voltada para a socialização dos gastos. Aqui não se questiona se houve culpa ou não, mas sim leva-se em consideração sua capacidade econômica para socializar os custos da atividade entre os beneficiados por ela. Os art. 932 do Código Civil Brasileiro dispõe, *in verbis*, quem são os responsáveis pela reparação civil:

Art. 932. São também responsáveis pela reparação civil: I- os pais, pelos filhos menores que estiverem sob seu poder e em sua companhia; II- o tutor e o curador, pelos pupilos e curatelados, que se acharem nas mesmas condições; III- o patrão, amo ou comitente, por seus empregados, serviçais e prepostos, no exercício do trabalho que lhes competir, ou por ocasião

dele; IV- os donos de hotéis, hospedarias, casas ou estabelecimentos, onde se albergue por dinheiro, mesmo para fins de educação, pelos seus hóspedes, moradores e educandos; V- os que gratuitamente houverem participado nos produtos do crime, até a concorrente quantia.

Assim, o filho menor que toma o carro emprestado do pai (ou seu responsável) e acaba por causar acidente com vítimas, o pai (ou seu responsável) será responsabilizado pelo delito.

O fato do empregador responder civilmente pelos danos ao terceiro não exime o empregado, ou preposto, de responder criminalmente pelo dano. O motorista de caminhão que causa acidente de trânsito com vítima; verifica-se que, nos termos do art. 302, do Código de Trânsito Brasileiro, o empregado cometeu crime culposos. Ainda que o empregador responda civilmente pelos danos causados à vítima do acidente, o empregado responderá criminalmente, não sendo eximido de sua responsabilidade. O mesmo acontece em relação aos donos dos hotéis, que também respondem civilmente por danos a terceiros, no caso os hóspedes, provocados pelos empregados ou prepostos.

2.6.2. A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS FABRICANTES E FORNECEDORES DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS

A melhoria das técnicas para o desenvolvimento dos medicamentos na busca de melhor saúde para a população encoberta uma outra realidade, a ganância pelo lucro dos produtores (fabricantes e fornecedores). A substituição de matéria-prima, mão-de-obra barata e profissionais inescrupulosos colocam em risco o bem mais precioso do ser humano que é a vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) prevê que 25% dos medicamentos consumidos nos países em desenvolvimento (e entre eles está o Brasil) são falsos ou não respeitam as leis de controle de qualidade. Em países pobres os medicamentos mais adulterados são os utilizados para a malária e os antibióticos. Em contrapartida, nos países ricos, um dos medicamentos mais falsificados é o Viagra®, utilizado para disfunção erétil e que pode ser comprado inclusive pela internet (CHAIB, 2005, p.2).

Dessa forma a responsabilidade sem culpa é uma das principais características da responsabilidade civil dos fabricantes, dos fornecedores e dos produtos farmacêuticos e pela qual é embasada legalmente no art. 927, parágrafo único do Código Civil (2002):

Art. 927: [...] Parágrafo único – Haverá obrigação de reparar o dano, independentemente de culpa, nos casos especificados em lei, ou quando a atividade normalmente desenvolvida pelo autor do dano implicar, por sua natureza, risco, para os direitos de outrem.

Além das complexidades sociais que determinam ou não a automedicação, aponta-se também a produção informal e a falta de fiscalização na venda dos medicamentos, sendo eles falsificados ou não.

2.6.3. A RESPONSABILIDADE CIVIL E O CÓDIGO DE PROTEÇÃO E DEFESA DO CONSUMIDOR (CDC)

Com a promulgação da Constituição de 1988, em seu art. 48, das Disposições Constitucionais Transitórias, ficou estabelecido que o Congresso Nacional deveria organizar um código que defendesse o consumidor. O Código de Defesa do Consumidor (CDC) é criado em 11 de setembro de 1990, através da Lei nº 8.078 e surgiu como um dos maiores marcos jurídicos. Despontou para regular as relações de consumo, bem como a maneira de pensar em relação ao consumidor brasileiro. Os comerciantes são os fornecedores que possuem maior contato com o consumidor, tornando-se peça fundamental na responsabilidade civil nas relações de consumo.

A responsabilidade civil no CDC possui natureza objetiva, onde a conduta dolosa ou culposa do agente não é relevante; devendo haver o dever de indenizar quando for verificada a relação de causalidade entre o dano e a conduta (art. 927, parágrafo único CC), primando a figura do lesado.

A responsabilidade civil no Código de Defesa do Consumidor possui a característica de obrigação de meio, pois os “fornecedores e os fabricantes possuem o dever de agir com prudência, seja na fabricação, na venda, ou mesmo no fornecimento de seus produtos e serviços aos consumidores, não sendo obrigado a que o resultado dessas ações seja determinado” (CHAIB, 2005, p. 44). Por conseguinte, a prova das atitudes desonestas deverão ser demonstradas pelo consumidor, amparadas pelo Código de Defesa do Consumidor.

2.6.4. A RESPONSABILIDADE CIVIL DOS FABRICANTES E FORNECEDORES DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS E O CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR

De acordo com a ANVISA²², os medicamentos são produtos farmacêuticos, tecnicamente obtidos ou elaborados, com finalidade profilática, curativa, paliativa ou para fins de diagnósticos e que surgiram para melhorar a qualidade de vida das pessoas. Porém, há casos em que são falsificados ou mal elaborados e acabam prejudicando a saúde dos indivíduos.

Assim, com a publicação do Código do Consumidor, surge para os fornecedores a obrigação de responder por eventuais vícios e defeitos causados por produtos defeituosos, no caso aqui os medicamentos. No que diz respeito aos fabricantes e fornecedores de produtos farmacêuticos, existe a obrigação de indenizar pelo fato da presunção da culpabilidade, ou melhor, pela simples ocorrência de um risco em razão de sua conduta, não sendo necessária a comprovação de negligência, imprudência ou imperícia do sujeito.

2.6.5. RESPONSABILIDADE CIVIL E PENAL DO FARMACÊUTICO

Ao farmacêutico são atribuídas diferentes funções pela resolução normativa nº 357, de 20 de abril de 2001, alterada pela resolução nº 416 de 2004, do Conselho Federal de Farmácia.

No artigo 2º, é permitido ao farmacêutico, quando no exercício da assistência e direção técnica em farmácia:

I) manipular e dispensar fórmulas alopáticas e homeopáticas, com finalidade profilática, curativa, paliativa, estética ou para fins de diagnóstico; II) dispensar medicamentos alopáticos; III) dispensar medicamentos homeopáticos; IV) dispensar e fracionar plantas de aplicações terapêuticas e medicamentos fitoterápicos, observados o acondicionamento adequado e a classificação botânica; V) executar o fracionamento; VI) dispensar drogas (matérias-primas), insumos farmacêuticos (matérias-primas aditivas), correlatos e alimentos para fins especiais; VII) dispensar produtos dietéticos; VIII) prestar serviços farmacêuticos de acordo com a legislação sanitária; IX) promover ações de informação e educação sanitária; X) prestar serviço de aplicação de injeção; XI) desempenhar serviços e funções não especificadas no âmbito desta resolução que se situem no domínio de capacitação técnico - científica profissional.

No artigo 19, são atribuições dos farmacêuticos que respondem pela direção técnica da farmácia ou drogaria, respeitada as suas peculiaridades:

²² ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

I) assumir a responsabilidade pela execução de todos os atos farmacêuticos praticados na farmácia, cumprindo-lhe respeitar e fazer respeitar as normas referentes ao exercício da profissão farmacêutica; II) fazer com que sejam prestados ao público esclarecimentos quanto ao modo de utilização dos medicamentos, nomeadamente de medicamentos que tenham efeitos colaterais indesejáveis ou alterem as funções nervosas superiores; III) manter os medicamentos e substâncias medicamentosas em bom estado de conservação, de modo a serem fornecidos nas devidas condições de pureza e eficiência; IV) garantir que na farmácia sejam mantidas boas condições de higiene e segurança; V) manter e fazer cumprir o sigilo profissional; VI) manter os livros de substâncias sujeitas a regime de controle especial em ordem e assinados, demais livros e documentos previstos na legislação vigente; VII) garantir a seleção de produtos farmacêuticos na intercambialidade, no caso de prescrição pelo nome genérico do medicamento; VIII) assegurar condições para o cumprimento das atribuições gerais de todos envolvidos, visando prioritariamente a qualidade, eficácia e segurança do produto; IX) favorecer e incentivar programas de educação continuada para todos os envolvidos nas atividades realizadas na farmácia; XII) gerenciar aspectos técnico-administrativos de todas atividades; XIII) assegurar a atualização dos conhecimentos técnico-científicos e sua aplicação; XII) garantir a qualidade dos procedimentos de manipulação . XIII) prestar a sua colaboração ao Conselho Federal e Conselho Regional de Farmácia de sua jurisdição e autoridades sanitárias; XII) informar as autoridades sanitárias e o Conselho Regional de Farmácia sobre as irregularidades detectadas em medicamentos no estabelecimento sob sua direção técnica; XIII) manter os medicamentos e demais produtos sob sua guarda com controle de estoque que garanta no mínimo o reconhecimento do lote e do distribuidor; XIV) realizar treinamento aos auxiliares onde constem por escrito suas atividades, direitos e deveres compatíveis com a hierarquia técnica. Parágrafo único - Todos os farmacêuticos respondem solidariamente pelos itens constantes neste artigo.

A não observância dessas prerrogativas remete a implicações éticas, civis e criminais. Em relação à responsabilidade do farmacêutico, deve-se observar se atua como comerciante ou como auxiliar do médico e executor de suas prescrições. Na “esfera de comerciante, o farmacêutico, que faz circular os medicamentos através da venda, fica submetido às normas respectivas, principalmente no que concerne à concorrência desleal” (DINIZ, 2003, p. 271). Fica subordinado também ao Código de Defesa do Consumidor, tendo em vista ser fornecedor de produtos.

Diniz (2003) ainda comenta que haverá responsabilidade do farmacêutico se o mesmo não cumprir as prescrições médicas, desobedecendo-as ou executando-as erroneamente e, exercer ilegalmente a medicina. Assim sendo haverá responsabilidade do farmacêutico se o mesmo causar danos ao paciente e comprovado que houve culpa por negligência, imprudência e imperícia. Outrossim, o art. 951 do Código Civil estende a responsabilidade àquele que, “no exercício de atividade profissional, por negligência, imprudência ou imperícia, causar a morte do paciente, agravar-lhe o mal, causar-lhe lesão, ou inabilitá-lo para o Trabalho.”

Segundo Diniz (2003, p.272) haverá responsabilidade do farmacêutico se ele:

a) infringir as normas de sua profissão; b) não observar as regras de prudência a que está submetido o exercício de qualquer profissão; c) vender substâncias tóxicas sem receita médica;

d) revelar segredo profissional, divulgando conteúdo de receitas, a respeito do qual deveria silenciar, no interesse da saúde do doente e por razões morais relevantes; e) não cumprir as prescrições médicas., se não tem o remédio indicado, sugere outro ao freguês; f) preparar mal uma receita, devido a sua imperícia.

Rizzardo (2007, p. 321) confirma as colocações de Diniz, ainda que mais grave é a situação quando o farmacêutico faz a venda de substâncias proibidas ou de medicamentos vencidos. Vende medicamentos controlados sem exigir a devida receita e muitas vezes faz a substituição do medicamento prescrito sem a devida autorização do cliente.

O farmacêutico, como profissional qualificado que exerce uma atividade regulamentada por lei, não responde só pelos seus atos técnicos, como também solidariamente por atos de terceiros sob sua responsabilidade. Sendo assim, está sujeito a implicações éticas, civis e criminais, bem como às leis sanitárias e sua regulamentação. Como resultado de seus atos, pode ser rigorosamente penalizado caso se comprove sua culpa por negligência (falta de cuidado), imprudência (despreza os riscos) e imperícia (falta de capacidade técnica). Deve-se considerar o disposto nos arts. 932, III, 933 e 942, parágrafo único do Código Civil, que impõem a responsabilidade solidária do farmacêutico por erros e enganos de seus empregados ou prepostos, como no caso de entregar medicamento trocado, vender medicamento sem receita médica, etc.

Para Rizzardo (2007, p. 321) “não se questiona a respeito da culpa do empregador ou do dono da farmácia pelos danos decorrentes de indevido aconselhamento na compra ou ingestão de medicamentos.” O Código de Defesa do Consumidor, no seu art. 34, ratifica o art. 932 do Código Civil, confirma que “o fornecedor do produto ou serviço é solidariamente responsável pelos atos de seus prepostos ou representantes autônomos.”

Diniz (2003, p.272) argumenta que se trata “de responsabilidade por fato de terceiro, ou melhor, responsabilidade objetiva do preponente por ato de preposto.” Tem-se por objetivo buscar uma atenção maior e cuidado, garantir ao lesado a reparação do dano sofrido e o fato de que o empregado não teria condições de indenizar devido ao seu escasso recurso.

A velha e costumeira prática de receitar ou “sugerir” este ou aquele medicamento por parte do farmacêutico ou seu empregado, bem como a aplicação no

paciente por qualquer via de administração no organismo, além de infração prevista na lei penal, acarretará responsabilidade civil se dessa prática resultar danos à pessoa (STOCO, 2001).

O art. 282 do Código Penal assim está redigido: “Exercer, ainda que a título gratuito, a profissão de médico, dentista ou farmacêutico, sem autorização legal ou excedendo-lhe os limites.” A pena é de detenção de seis meses a dois anos. O parágrafo único refere que, “se o crime é praticado com o fim de lucro, aplica-se também multa.” Este artigo poderia se aplicar, em muitas situações, aos donos de farmácias/drogarias, gerentes e aos próprios balconistas, que muitas vezes passam “por cima” da autoridade do profissional no intuito de realizar maiores venda e, assim, garantir possíveis comissões, ou seja, o lucro.

Em relação à venda de medicamentos falsificados, Rizzardo (2007, p. 321) entende “ser necessária a averiguação na participação do farmacêutico, com a ciência do ilícito ou a omissão de recomendações nos exames dos produtos, inclusive quanto à procedência e a origem do fornecimento.”

No que se refere a medicamentos genéricos²³(BRASIL, 1999), são aqueles que apresentam o mesmo princípio ativo, a mesma concentração e a mesma eficácia terapêutica dos medicamentos de referência²⁴. A intercambialidade²⁵deverá ocorrer entre o medicamento genérico e o de referência, não incluindo o similar. Quando o médico prescrever na receita médica a não intercambialidade, o farmacêutico e nenhuma outra pessoa poderá realizar a troca; caso o fizer, responderá por dano causado ao consumidor.

²³Medicamento Genérico – medicamento similar a um produto de referência ou inovador, que se pretende ser com este intercambiável, geralmente produzido após a expiração ou renúncia da proteção patentária ou de outros direitos de exclusividade, comprovada a sua eficácia, segurança e qualidade, e designado pela DCB (Denominação Comum Brasileira) ou, na sua ausência, pela DCI (Denominação Comum Internacional). (BRASIL, 1999).

²⁴Medicamento de Referência – produto inovador registrado no órgão federal responsável pela vigilância sanitária e comercializado no País, cuja eficácia, segurança e qualidade foram comprovadas cientificamente junto ao órgão federal competente, por ocasião do registro. (BRASIL, 1999).

²⁵Intercambialidade: Consiste na prerrogativa dos medicamentos genéricos em substituir os medicamentos de referência/inovadores prescritos. Segundo determina a legislação, essa troca pode ser recomendada pelo profissional farmacêutico, no momento da venda. No Brasil, a intercambialidade dos genéricos foi definida pela Anvisa na Resolução 391, de 9 de agosto de 1999, posteriormente republicada como a Resolução RDC 135, de 29 de maio de 2003. Ali estão descritos os requisitos e critérios técnicos para registro de genéricos, incluindo os procedimentos referentes à intercambialidade.

2.6.6. EXCLUDENTES DE RESPONSABILIDADE

Até então, comentou-se a respeito da responsabilidade do farmacêutico. Porém, há casos em que o profissional fica isento de responsabilidade, em consideração à distribuição correta da justiça, atenuando a teoria do risco.

Assim, tanto o farmacêutico, na qualidade de comerciante, ou seja, como mero fornecedor de produtos, quanto na qualidade de profissional liberal, atuando como auxiliar do médico ou executor de prescrições médicas exonera-se da obrigação de indenizar nos seguintes casos:

- a) o comerciante/fornecedor provar que o defeito não existe (art. 12, §3º, II, CDC);
- b) o comerciante/fornecedor provar que não colocou o medicamento em circulação no mercado (art. 12, § 3º, I, CDC), não tendo nenhuma responsabilidade pelo medicamento;
- c) de culpa exclusiva da vítima ou de terceiros ou inexistência de nexo de causalidade.

Por exemplo, quando o profissional liberal provar que não se houve com culpa, nos casos de delegação de responsabilidade subjetiva, quando há inversão do ônus da prova, quando a vítima administra por sua vontade e risco quantidade excessiva de medicamentos ou não adota as orientações do profissional.

Nesse contexto, o uso de medicamentos está inserido no dia-a-dia dos idosos, podendo se tornar extremamente prejudicial quando utilizado sem a devida orientação, seja ele médico, dentista, farmacêutico. O direito à informação e à saúde, em se tratando de idosos, nem sempre é respeitada, e a não observância dos preceitos éticos por parte do profissional poderá levá-lo, às penalidades da lei civil e da lei penal.

3. METODOLOGIA

3.1. DELINEAMENTO GERAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa que utilizou o método focal. A pesquisa qualitativa tem como objetivo a observação, a descrição, a compreensão e/ou a interpretação de uma realidade social. No entendimento de Bauer, Gaskell e Allum (2002), esta abordagem evita números; desse modo, os dados formais reconstroem a interpretação por um grupo social à sua realidade. Para Minayo (2004b), trata-se de uma realidade que não é possível quantificar, tendo em vista que se trabalha com valores, sentimentos e sensações aos quais não se pode atribuir um valor. Turato (2003, p. 572), dentro da grande área das ciências da saúde, confirma que a farmácia deve se ocupar da análise qualitativa,

haja vista as fortes questões simbólicas ligadas ao medicamento para o doente: conhecimentos úteis sobre produção e apresentação da droga ao consumidor. É uma área em que urge construir-se uma metodologia de pesquisa a par de seus convencionais métodos experimentais, pois não basta desenvolver a farmacologia mas também é necessário saber como o consumidor de sua elaboração tecnológica relaciona-se com seus produtos.

Nesse sentido, o autor ressalta que na área das ciências da saúde, entre elas a farmácia, há elementos favoráveis para o desenvolvimento de pesquisa qualitativa, principalmente a partir da experiência profissional do trabalho diário envolvendo a saúde e a doença.

O método do grupo focal, também conhecido como “método focal”, é uma técnica empregada há muito tempo, sendo utilizada como pesquisa em marketing nos anos 1920 e usada por Robert Merton na década de 1950, para estudar como as pessoas reagem em relação às propagandas de guerra (GATTI, 2005). Powell e Single (1996, p. 449) definem um grupo focal como “um conjunto de pessoas selecionadas e reunidas por pesquisadores para discutir e comentar um determinado tema, que é objeto de pesquisa, a partir de sua experiência pessoal.”

Gatti (2005, p.13) explica “que é uma técnica de levantamento de dados muito rica para capturar formas de linguagem, expressões e tipos de comentários de determinado segmento.” Nesse sentido, a pesquisa com grupos focais, além de ajudar a alcançar expectativas diferentes sobre uma mesma questão, permite a percepção de

ideias partilhadas por pessoas no dia a dia e de maneiras pelas quais estas são influenciadas umas pelas outras (GATTI, 2005).

O método, segundo Minayo (2004a), é utilizado quando se deseja salientar a pesquisa e articular questões mais exatas; obter informações sobre determinados assuntos particulares a um grupo, envolvendo valores, convicções, compreensões e gerar hipóteses de pesquisa para estudos futuros. O que se percebe nos grupos focais é a oportunidade de fazer com que um integrante que não esteja opinando sobre um determinado assunto no momento, estimulado pela verbalização de outra pessoa, venha a pronunciar sua concordância ou discordância em relação a ele, acrescentando, inclusive, novas informações, que lembrem outras situações (GONDIM, 2003).

3.2. PARTICIPANTES DO ESTUDO

No município de Passo Fundo há cinco entidades que realizam atividades com idosos. São eles: Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade (CREATI), Divisão de Apoio à Terceira Idade (DATI), Grupo de Terceira Idade do Clube Recreativo Juvenil (CREJUTI), Grupo de Terceira Idade do Clube Caixeiral Campestre (CAMTI) e o Grupo Maturidade Ativa (SESC). Estão localizados no centro, nos bairros e na zona rural do município, atuando numa população idosa de aproximadamente cinco mil inscritos (SEMAS, 2010).

Quanto ao DATI, é uma entidade ligada à Secretaria Municipal da Assistência Social (SEMAS), criada em 1996, que conta também com a participação de mais de cinco mil idosos inscritos, divididos em 49 grupos de Terceira Idade entre a zona urbana e rural. São desenvolvidas/oferecidas atividades físicas, de lazer e recreação, dança de salão, artesanato, dança artística, oficina literária, grupo musical e neurocerebral, além disso é oferecida ainda e oficina específica de Umbanda (SEMAS, 2001).

A escolha pelo DATI deu-se pelo fato da Universidade de Passo Fundo realizar inúmeras pesquisas com os idosos.

Num primeiro momento houve contato com um grupo que não demonstrou interesse em participar da pesquisa, mesmo após terem sido explicitados os objetivos e as razões que levariam à realização do trabalho.

Diante disso foi realizada nova solicitação à coordenação do DATI no sentido de apresentar proposta de estudo para outro grupo de convivência. A receptividade foi muito boa e os critérios para escolha de outro grupo se deve: a) ao fato de ser formado por um grupo menos numeroso; b) pelo fato dos idosos não terem participado em nenhum tipo de pesquisa; c) em razão dos idosos possuírem idade igual ou superior a 60 anos.

Nessa perspectiva, foi feito contato com a Educadora Física, responsável pelo grupo, para verificar as possibilidades de desenvolvimento do estudo nas dependências da unidade e marcado encontro para formalizar o convite aos prováveis participantes. No dia 06 de julho de 2010 foi realizado o convite formal ao grupo. Ficou determinado o local, a hora e os dias definidos pelo próprio grupo.

Para Gatti (2005) o lugar da realização do grupo focal deve ser tranquilo e harmonioso, a fim de haver interação por parte do grupo. O trabalho com o grupo pode ser feito em cadeiras individuais, em forma de círculo, ou em torno de uma mesa. Os participantes devem ficar frente a frente para que suas conversas sejam diretas. Gaskell (2002) tem a mesma opinião a respeito do trabalho em círculo, a fim de que os participantes tenham uma visão geral de todos. O espaço físico onde seria realizada a pesquisa era muito grande, sendo constituído por três andares. Em comum acordo as participantes decidiram que os encontros seriam no térreo. Foram colocadas quatro mesas e as cadeiras foram dispostas ao redor. O ambiente era calmo e assim as gravações puderam ser realizadas sem maiores interferências do meio externo.

Na abertura do encontro foi feita uma breve apresentação da pesquisadora e das observadoras e solicitado que o grupo se apresentasse. Após foi explicada a razão da pesquisa, o motivo da escolha do grupo, o desenvolvimento das reuniões, tempo médio de duração dos encontros e como seria feito o registro do trabalho. Foi garantido aos participantes o sigilo sobre os assuntos tratados nos encontros, como também os respectivos nomes. Iniciou-se o processo de formalização do consentimento livre e esclarecido que culminou com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os participantes da pesquisa receberam uma segunda via do documento que continha os dados da pesquisadora, bem como de sua orientadora e o endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo para dirimir qualquer dúvida.

O método focal prevê que o número de sessões deve estar de acordo com as discussões do objetivo do estudo. Para esta pesquisa foram realizadas cinco sessões, embora Minayo (2004b) entende que a abrangência dos encontros possa ser de uma ou várias sessões de discussão.

Durante a elaboração do projeto o tempo médio calculado de cada sessão foi de uma hora e meia a duas horas, ainda que Gatti (2005) admita a duração de até três horas. Já Gaskell (2002) entende que o tempo das sessões deva ficar entre uma a duas horas e que os participantes não devam ser conhecidos entre si. A pedido da Professora do grupo, ficou estabelecido que a duração dos encontros não ultrapassaria uma hora em razão de o grupo poder desconcentrar, necessidade de ir ao banheiro e até mesmo pelo intenso frio daqueles dias. Segundo Gatti (2005), o grupo a ser formado deveria ter alguma característica em comum, podendo ser o gênero, a idade, as condições socioeconômicas, o lugar de residência, a escolaridade, o tipo de lazer, entre outras. O grupo da pesquisa era constituído por idosos com mais de sessenta anos, predomínio de mulheres, sendo que a maioria fazia uso de medicamentos.

Quanto aos integrantes, o grupo focal é composto pelo moderador e pelo observador. Alguns autores sugerem o uso de mais de um observador. Nessa pesquisa foram utilizadas duas observadoras em razão do número maior de participantes sugeridos pelos autores. Também para auxiliarem nas gravações e pela dimensão do espaço físico. Na condução do grupo, o moderador “deve fazer encaminhamentos quanto ao tema e fazer intervenções que facilitem as trocas, como também procurar manter os objetivos de trabalho do grupo” (GATTI, 2005, p. 9). O observador deve auxiliar o moderador na condução do grupo, bem como registrar as impressões verbais e não verbais num diário de campo.

Na concepção de Gaskell (2002), o grupo focal deve ser constituído de seis a oito pessoas. Sobre o tamanho da amostra Gatti (2005) entende que o grupo não pode ser nem muito pequeno, mas também não muito grande, devendo ficar entre seis a doze pessoas. Esse número de participantes é também recomendado por Minayo (2004), a qual utiliza como argumento que o grupo procura aprofundar o tema em questão; assim, um número maior poderia dificultar a interação, a participação, as anotações e as trocas de ideias entre os participantes. Com isso pode-se evitar a perda do foco em questão (GATTI, 2005). Embora para o Grupo Focal seja recomendado um número menor de

participantes, neste estudo participaram entre 14 e 20 pessoas. Mesmo após explicação da necessidade da redução do grupo, todos manifestaram o desejo de participar da pesquisa e também pelo fato de ocorrer possíveis desistências. Não houve alternativa de trabalhar com dois grupos em virtude da carga e horário reduzidos, final de semestre e estação de inverno.

Sobre o registro dos dados, Gatti (2005) defende que o meio mais usado para se registrar o trabalho com um grupo focal é a gravação em áudio; por isso, a escolha do lugar onde os encontros irão ocorrer deve ser feita de maneira cuidadosa, de forma que possibilite o sucesso das gravações. Neste trabalho as falas foram gravadas em áudio (dois gravadores) através do auxílio das observadoras e posteriormente transcritas pela pesquisadora (moderadora).

Turato (2003) também concorda que o registro das entrevistas deve ser feito com gravadores, permitindo que o moderador fique livre para prestar atenção ao bom andamento dos diálogos. Contudo, há autores que relativizam o uso de áudio ou vídeo, justificando que esses instrumentos podem inibir o grupo, devendo-se priorizar a presença de dois ou mais observadores que registrarão a dinâmica do grupo.

Ainda em relação à dinâmica, Gondim (2003) sugere que seja informado ao grupo que uma pessoa falará por vez, permitindo a todos a palavra; logo, discussões paralelas devem ser evitadas, bem como impedir que alguém do grupo tente dominar a discussão, fugindo do foco da pesquisa. Todos os participantes têm o direito de dizer o que pensam, não existindo resposta certa ou errada, pois o que trouxeram para a pesquisa será de grande valor, o foi devidamente detalhado para o grupo.

3.3. ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados obtidos com o grupo focal é baseada na construção de um plano descritivo das falas, pelo qual foram analisados os conteúdos apresentados pelos participantes. Segundo Gatti (2005, p. 43) deve-se retomar os objetivos, “uma vez que serão os guias tanto para o processo escolhido da análise material coletado, como para as interpretações subsequentes.”

Para a melhor análise, Gomes (apud Minayo, 2004a) sugere trabalhar com categorias, isto é, “estabelecer classificações, [...] agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito” que se pretende trabalhar. O autor sugere que sejam estabelecidas categorias antes e depois da pesquisa, associadas ao embasamento teórico do pesquisador e os resultados por ele investigado.

Já Minayo (2004b), motivada numa “proposta dialética para a análise de dados” sugere dois níveis de interpretação: o primeiro diz respeito ao contexto sócio-histórico, isto é, onde esse grupo está inserido; o segundo diz respeito “as comunicações individuais, as observações de condutas e costumes, a análise das instituições [...]”. A autora sugere três passos a serem seguidos: 1) Ordenação dos dados: levantamento de todos os dados obtidos no trabalho de campo, como as gravações transcritas, as anotações no diário de campo, dados das observações do(s) observador(es); 2) Classificação dos dados: deve ser feito com base na leitura do material obtido no item anterior, bem como leitura exaustiva e repetida dos textos para identificar o que surge de relevância; agrupando elementos através das categorias; 3) Análise final: é o momento de formular os dados obtidos com o referencial teórico, devendo responder às questões da pesquisa baseada em seus objetivos.

3.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo-RS, atendendo às exigências da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre a participação das pessoas em pesquisa, de 10 de outubro de 1996 e recebeu parecer favorável sob o nº 138/2010.

4. A PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO

4.1. PARTICIPAÇÃO NAS SESSÕES E PERFIL DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Quanto às sessões, na **primeira sessão**, estiveram presentes quatorze idosos. Após as informações necessárias, foi oferecido um crachá onde cada participante escreveu um codinome pelo qual gostaria ser chamado. A pesquisadora e as observadoras também usaram o crachá. Em comum acordo optaram por serem chamadas por nomes de flores. Passado esse momento, a pesquisadora convidou cada participante a se apresentar, informando nome, idade, profissão, endereço, bairro, nível escolar e estado civil, a fim de conhecer melhor os integrantes da pesquisa. O primeiro momento teve como objetivo fazer com que as pessoas se sentissem à vontade para conversar num ambiente não tão formal. Todas estavam sentadas ao redor de uma mesa, em forma de círculo, onde foi servido chá. Num segundo momento foi entregue um questionário a ser preenchido para saber quais eram os medicamentos utilizados pelo grupo, dando a oportunidade de cada uma falar. Os medicamentos eram utilizados por prescrição médica, odontológica ou indicados por outra pessoa? Quem: vizinha, mídia, balconista da farmácia, farmacêutico? Costumavam utilizar prescrições médicas antigas? Para o encontro seguinte foi solicitado que o grupo trouxesse os medicamentos que estavam utilizando, bem como as prescrições médicas e odontológicas.

Na **segunda sessão** compareceram vinte participantes, incluindo o primeiro homem do grupo a qual optou ser chamado de “Cravo”. Trouxeram as receitas e bulas dos medicamentos. Apresentaram muitas dúvidas e ficou acordado que oportunamente poderiam levantar tais questões, mas que naquele momento não poderia responder em razão da pesquisa adotada. Optou-se por substituir a palavra “medicamento” por “remédio”, embora esse termo seja mais amplo, a fim de usar a mesma linguagem do grupo. Falaram sobre os medicamentos que estavam utilizando e no meio do assunto surgiu o uso dos chás como terapia alternativa. Cada uma comentava qual planta medicinal utilizava e para qual finalidade. Conversaram sobre a validade das plantas, como eram armazenadas, de onde obtinham as informações e, principalmente, utilizavam paralelamente as plantas medicinais, na forma de chá, junto com os medicamentos.

Na terceira sessão compareceram dezenove participantes e o segundo homem. Inicialmente foi retomado o assunto do encontro anterior, principalmente sobre as plantas medicinais. O objetivo desse encontro foi ouvir das participantes quando tinham algum problema de saúde corriqueiro (diarréia, dor nas pernas, tontura, dor de cabeça, queda de pressão) como procuravam resolvê-lo.

Na quarta sessão estiveram presentes quinze pessoas e inicialmente foi retomado o assunto do encontro anterior. Conversaram a respeito do profissional farmacêutico. Quem é ele, o que faz dentro de um estabelecimento de saúde. Qual o papel do farmacêutico perante a sociedade. Qual a responsabilidade desse profissional perante a lei? Têm o costume de pedir ajuda ao profissional?

Na quinta sessão estiveram presentes dezoito pessoas e iniciou-se a sessão retomando o assunto do último encontro. A partir daí retomaram os assuntos desde o primeiro encontro.

A população entrevistada foi composta, em sua maioria, por mulheres. No decorrer dos encontros surgiram dois homens. A distribuição por idade entre as mulheres foi de 60 a 83 anos e nos homens foi de 60 a 73 anos (que surgem no decorrer dos encontros). A maioria da população possui o ensino fundamental incompleto. Das entrevistadas apenas uma concluiu o ensino médio e a outra o nível superior completo. Em relação aos homens não houve conclusão do ensino fundamental. Do grupo apresentado no primeiro encontro, seis são “do lar”, duas realizam algum trabalho remunerado e os demais são aposentados. Os homens também são aposentados. Metade do grupo era formado por viúvas, sendo o restante por solteiras, casadas e divorciadas. A média de filhos ficou entre 2 e 8. Em relação aos homens ambos são viúvos e a média de filhos ficou entre 2 e 4. Na Tabela 1 é possível visualizar os dados acerca de cada participante em relação à idade, profissão, escolaridade, estado civil, os problemas de saúde referidos, bem como a quantidade e o nome das medicações prescritas.

Tabela 1 - Identificação do grupo.

Código	Idade	Profissão	Escolaridade	Estado Civil	Problemas de saúde auto referidos	Número de medicamentos prescritos
Boca de Leão	70 anos	Professora Universitária	Superior Completo	Divorciada	Redução de risco de AVC, bem como prevenção de acidentes isquêmicos	02 Cloridrato de ticlopidina Pantoprazol 40 mg
Palma	80 anos	Doméstica	Primário	Casada	Diabética, Hipertensa e Hipercolesterolêmica	04 Crestor 20 mg Maleato de enalapril 20 mg Hidroclorotiazida 25 mg Metformina 850 mg
Begônia	80 anos	Doméstica	Primário	Viúva	Estômago, Fígado e Sinusite	Terapia Alternativa (holística)
Amor-Perfeito	62 anos	Vendedora	Primário	Divorciada	Hipertensa	04 AAS 100 mg Captopril 25 mg Cloridrato de ranitidina 150 mg Cetoconazol creme
Rosa	71 anos	Costureira	Primeiro Grau	Viúva	Hipercolesterolêmica	02 Cloridrato de ranitidina 150 mg Sinvastatina 20 mg
Copo de Leite	67 anos	Doméstica	Estudou até a 5ª série	Viúva	Hipertensa Tontura	04 Clorana 25 mg Dramincp Seloken 100 mg Vertex 10 mg
Vitória-Regia	62 anos	Do lar	Estudou até a 5ª série	Casada	Tontura, Hipertensa, Angina de peito	07 AAS 100 mg Captopril 50 mg Espironolactona 25 mg Furosemida 40 mg Nifedipino 20 mg Propranolol 40 mg Stugeron 75 mg
Rosa Branca	75 anos	Do lar	Primário	Casada	Queda de cabelo, Hipertensa, Isquemia do Miocárdio	05 Besilato de anlodipino 5mg Dermavite Loceryl Esmalte Pilexil Loção Torlós H 50/12,5mg
Orquídea	72 anos	Cozinheira	Estudou até a 4ª série	Casada	Diabética, Hipertensa, Hipercolesterolêmica, Insônia	05 Glimepirida 1mg Metformina 850mg Rivotril 2mg Sinvastatina 20mg Zanidip 10mg
Hortênsia	81 anos	Costureira	Estudou até a 5ª série	Viúva	Arritmia cardíaca, Hipertensa	03 AAS 100mg Hidroclorotiazida 25mg Propranolol 40 mg
Azaléia	81 anos	Do Lar	Estudou até a 5ª série	Viúva	Hipertensa, Diabética, Hipercolesterolêmica	05 Amaryl 2mg

Tabela 1 - Identificação do grupo.

Código	Idade	Profissão	Escolaridade	Estado Civil	Problemas de saúde auto referidos	Número de medicamentos prescritos
						Malena HCT 20/12,5mg Metformina 850mg Roxflan 10mg Sinvastatina 20mg
Gerânio	76 anos	Do Lar	Estudou até a 5ª série	Viúva	Hipertensa	01 Valtrian 100/25mg
Margarida	60 anos	Do Lar	Estudou até a 5ª série	Casada	Não tem nenhum problema de saúde	Até o encerramento da pesquisa não estava fazendo uso de medicamentos
Flor de Liz	83 anos	Do Lar	Estudou até a 3ª série	Viúva	Hipertensa, Diabética, Hipercolesterolêmica, Ansiedade, Dores nas articulações, Estafa físico-mental, Depressiva	09 Alprazolam 0,5mg Artrolive Atenolol 25mg Gaballon Glimepirida 2mg IndapenSR1,5mg Losartana potássica 50mg Cloridrato de nortriptilina 25mg Sinvastatina 20mg

A percepção da morbidade demonstra o que se poderia presumir de uma população idosa: praticamente todos, com exceção de um caso, referem ter algum tipo de perturbação orgânica ou doença crônica. Do grupo, apenas uma pessoa alude não fazer uso de nenhum tipo de medicamento, sendo que o número prescrito ficou entre 1 e 9. Uma das idosas optou pela terapia alternativa (homeopatia).

Os medicamentos utilizados pelo grupo foram categorizados de acordo com o sistema de classificação AnatomicalTherapeuticChemical (WHO, 2008). Nesta classificação os medicamentos foram divididos em grupos de acordo com o órgão ou sistema em que atuam e suas propriedades químicas, terapêuticas e farmacológicas, a qual pode ser visualizada na Tabela 2.

Tabela 2 - Classes e medicamentos utilizados pelos idosos com prescrição médica.

Classes	Medicamentos prescritos
Trato alimentar e metabolismo	Amaryl® 2mg (glimepirida), glimepirida 2mg, metformina 850mg, pantoprazol 40mg, omeprazol 20mg, cloridrato de ranitidina 150mg.
Sangue e órgãos formadores de sangue	AAS® 100mg (ácido acetil salicílico), Gaballon® (ácido gama-aminobutírico 0,050 g; monoclórato de l-lisina 0,050 g; cloridrato de tiamina (vit. B1) 0,002 g; cloridrato de piridoxina (vit. B6) 0,004 g; pantotenato de cálcio 0,004 g;), ácido fólico 2mg, ácido fólico 5mg, sulfato ferroso 300mg, Plaketar® 250mg (cloridrato de ticlopidina).
Sistema cardiovascular	Maleato de enalapril 20mg, captopril 25mg, captopril 50mg, nifedipino 20mg, clorana® 25mg (hidroclorotiazida), hidroclorotiazida 25mg, hidroclorotiazida 50mg, furosemida 40mg, propranolol® 40mg, propranolol 40mg, atenolol 25mg, espironolactona 25mg, Seloken® 100mg (tartarato de metoprolol), Roxflan® 10mg (besilato de anlodipino), besilato de anlodipino 5mg, Torlós H® 50/12,5mg (losartana potássica – 50mg e hidroclorotiazida – 12,5mg), Zanidip® 10mg (lercanidipina), Valtrian HCT® 100/25mg (losartana potássica – 100mg e hidroclorotiazida – 25mg), Malena HCT® 20/12,5mg (maleato de enalapril – 20mg e hidroclorotiazida – 12,5mg), Indapen SR® 1,5mg (indapamida), Crestor® 20mg (sinvastatina), sinvastatina 20mg, Duomo® 2mg (doxazosina), metildopa 250mg, Aradois H® 50/12,5mg (losartana potássica - 50mg e hidroclorotiazida – 12,5mg), losartana potássica 50mg.
Dermatológicos	Cetoconazol creme 2% (20mg/g), Dermavite® (vitamina A (acetato de retinol) 2.500 UI, beta-caroteno 1.000 UI, vitamina C (ácido ascórbico) 120,0 mg , vitamina E (acetato de tocoferol) 60 UI, vitamina B2 (riboflavina) 8,5 mg, vitamina B6 (cloridrato de piridoxina) 10,0 mg, ácido fólico 400,0 mcg, biotina 600,0 mcg, cálcio (carbonato de cálcio) 270,0 mg, zinco (óxido de zinco) 45,0 mg, selênio (selenato de sódio)50,0 mcg, cobre (óxido cúprico) 2,0 mg, manganês (sulfato de manganês) 5,0 mg, cromo (cloreto de cromo) 200,0 mcg, licopeno 5,0 mg silício (dióxido de silício) 20,0 mg), Loceryl Esmalte® (cloridrato de amorolfina 50mg), Pilexil Loção® (extrato de serenoaserrulata, nicotinato de tocoferol, zinco, vitaminas), Vitalux Plus (Vitamina C 45 mg, Vitamina E 10 mg, Riboflavina (Vitamina B2) 1,3 mg, Zinco 7,0 mg 100, Cobre 900 mcg).
Sistema músculo-esquelético	Artrolive® (sulfato de glicosamina 500mg e sulfato de condroitina 400mg), OSCAL® 500 (carbonato de cálcio de concha de ostras – 500mg), Vitamina D3 400 UI.
Sistema nervoso	Alprazolam 0,5mg, cloridrato de nortriptilina 25mg, Rivotril® gotas 2,5mg/mL (clonazepam), clonazepam gotas 2,5mg/mL, Rivotril® 2mg (clonazepam), Vertix® 10mg (flunarizina), Stugeron® 75mg (cinarizina), Dramin® 100mg (dimenidrinato), Tofranil® 25mg (imipramina), Depakene® 250mg (ácido valproílico e valproato de sódio).
Sistema genito-urinário e hormônios sexuais	Finastil® 5mg (finasterida).
Antineoplásicos e imunomoduladores	Metotrexato 2,5mg.
Vários	Paracetamol 500mg, Biofenac® 50mg (diclofenaco sódico), prednisona 5mg, Cefaliv® (mesilato de diidroergotamina – 1mg, dipirona sódica – 350mg, cafeína 100mg).

Fonte: World Health Organization- WHO. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD Assignment 2009. Oslo: World Health Organization, 2008. Disponível em: <www.whocc.no/atcddd>. Acesso em: 17 mar. 2011.

Os medicamentos acima relacionados referem-se aos medicamentos prescritos, seja por médicos e/ou odontólogos, a todos os idosos que participaram da pesquisa. Pode-se compreender o uso nos mais diversos sistemas do corpo humano, entre elas o sistema cardiovascular e metabólico, que faz referência à hipertensão, doenças cardíacas e ao diabetes. Trata-se, portanto, da senilidade, ou seja, as doenças decorrentes do processo de envelhecimento humano.

4.2. ALOPÁTICOS

A automedicação pode ser definida como a utilização de medicamentos sem orientação ou prescrição profissional e por iniciativa própria da pessoa. Para tal prática podem ser utilizados tanto medicamentos industrializados como caseiros. Entretanto, a automedicação faz parte do autocuidado, o qual pode ser definido como “o que as pessoas fazem para se estabelecer e manter a saúde, prevenir e lidar com a doença” (WHO, 1998). O autocuidado, além da automedicação engloba a higiene (geral e pessoal), a alimentação (tipo e qualidade dos alimentos ingeridos), o estilo de vida (atividades esportivas, lazer, etc), os fatores ambientais (condições de vida, hábitos sociais, etc) e os fatores socioeconômicos (renda, crenças culturais, etc) (WHO, 1998). A referência não aparece na bibliografia.

A partir do momento em que o paciente procura orientação farmacêutica, essa prática passa a se denominar automedicação responsável, sendo fortemente amparada pela OMS (WHO, 1998).

Segundo dados da Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), no Brasil, na década de 90, cerca de 80 milhões de pessoas já eram partidárias da automedicação.

O aumento do número de medicamentos isentos de prescrição profissional e a não exigência das mesmas corroboram com o crescimento progressivo da automedicação. Segundo a OMS, seriam necessários 300 itens ou 6 mil princípios ativos para tratar as morbidades da população ao invés dos mais de 12 mil princípios ativos, sendo distribuídos em 32 mil embalagens (BRASIL, 2011).

Enquanto 51 milhões de brasileiros não têm acesso aos tratamentos medicamentosos, grande parcela da população consome medicamentos em excesso, fazendo destes a principal causa de intoxicação humana (BRASIL, 2011).

Dados fornecidos pelo SINITOX (Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas) apontam que os medicamentos são os maiores responsáveis por casos de intoxicação. No Brasil, em 2008, houve 26.384 casos e 87 óbitos. Na região sul, no mesmo ano, 7.345 casos e 14 óbitos. A região sudeste apresentou o maior número de casos, ou seja, 13.345 e 18 óbitos, sendo que a região que menos apresentou casos de intoxicação foi a região norte, 166 casos e 02 óbitos (SINITOX, 2008). Em relação à faixa etária, a intoxicação por medicamentos acontece em todas as idades, desde menores de 01 ano até 80 anos ou mais. A Tabela 3 mostra os casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e faixa etária.

Tabela 3 - Casos registrados de intoxicação humana por agente tóxico e faixa etária

Faixa etária	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 e +	Ign.	Total	
														n°	%
Medicamentos	779	7372	1826	1428	2261	4749	3522	2242	1045	378	223	141	470	26436	29,30
Agrotóxicos/Uso Agrícola	21	317	90	150	431	1073	819	629	411	155	50	24	73	4243	4,70
Agrotóxicos/Uso Doméstico	86	960	176	83	154	425	323	266	150	58	51	18	90	2840	3,15
Produtos Veterinários	14	344	51	42	96	194	103	65	67	30	15	5	36	1092	1,21
Raticidas	47	664	91	132	344	723	428	258	150	49	26	8	53	2973	3,29
Domissanitários	261	4810	607	301	442	1131	949	724	478	199	128	54	488	10572	11,72
Cosméticos	96	769	74	42	33	96	48	42	25	10	8	6	40	1289	1,43
Produtos Químicos Industriais	144	1957	268	184	294	983	705	463	229	98	53	21	152	5551	6,15
Metais	7	167	37	8	8	39	35	51	19	6	2	1	15	395	0,44
Drogas de Abuso	24	29	14	96	366	1344	882	595	231	82	20	2	172	3857	4,27
Plantas	59	597	234	95	46	95	58	41	30	19	16	5	14	1309	1,45
Alimentos	18	99	131	62	41	177	86	52	29	9	8	-	26	738	0,82
Animais Peç./Serpentes	7	96	246	384	366	716	1040	545	412	241	109	22	39	4223	4,68
Animais Peç./Aranhas	11	179	171	141	212	609	574	485	369	222	94	33	38	3138	3,48
Animais Peç./Escorpiões	48	598	706	685	699	1720	1552	1139	865	527	314	105	47	9005	9,98
Outros Animais Peç./Venenosos	19	484	555	422	324	812	654	619	460	266	110	40	49	4814	5,33
Animais não Peçonhentos	19	242	248	312	302	712	470	399	271	150	62	17	72	3276	3,63
Desconhecidos	32	276	190	161	171	349	229	227	161	80	35	27	69	2007	2,22
Outro	47	643	201	112	148	406	288	259	159	51	25	14	125	2478	2,75
Total	1739	20603	5916	4840	6738	16353	12765	9131	5561	2630	1349	543	2068	90236	100
%	1,93	22,83	6,56	5,36	7,47	18,12	14,15	10,12	6,16	2,91	1,49	0,60	2,29	100	

Fonte: BRASIL, 2008.

O CIT (Centro de Informação Toxicológica) do Rio Grande do Sul atendeu no ano de 2008 em torno de 19.195 pessoas. Entre os grupos responsáveis pelo maior número de atendimento estavam os animais peçonhentos (30,1%) e medicamentos (29,7%). Em relação aos medicamentos foram prestados 6.111 atendimentos e 220 informações. Destes, 1.955 administraram medicamentos por acidente individual, 14 por acidente coletivo, 11 por acidente ocupacional, 228 por uso terapêutico, 12 por prescrição médica inadequada, 457 por erro de administração, 123 por automedicação (grifo nosso), 01 por abstinência, 70 por abuso, 2.896 por tentativa de suicídio, 05 por tentativa de aborto, 11 por violência/homicídio, 66 por uso indevido, 04 outras, 258 não determinado.

A intoxicação por medicamentos, de acordo com os dados do CIT, acontece em todas as faixas etárias, sendo considerável entre 1-4 anos (1.811), 15-19 anos (562), 20-29 anos (1.131), 30-39 anos (793), 40-49 anos (541). A partir dos 60 anos os valores decrescem, isto é, 60-69 anos (87), 70-79 anos (21), mais de 81 anos (62). As principais classes de medicamentos envolvidas são os benzodiazepínicos (1.831), antidepressivos (1.482), analgésicos/antipiréticos (698), anti-inflamatórios não esteróides (410) e antialérgicos/anti-histamínicos H1 (349). Os dados aqui apresentados referem-se às intenções de usar o medicamento e não tão somente à automedicação (RIO GRANDE DO SUL, 2009).

Destarte que em um primeiro momento, idosos negaram a prática, porém, com o decorrer dos encontros, entre uma fala e outra, surgiram o nome dos medicamentos, entre eles, tarjados e não-tarjados, estes últimos conhecidos como OTC²⁶. Dentre as falas destacam-se as seguintes:

O Cataflam® é um santo remédio.
[CravoM]

Se estou com dor nas pernas [...] tomaria um Cataflam® que tenho sempre em casa.
[Copo de Leite]

Tenho sempre em casa o ‘diclofenaco sódico’ [...] por causa das dores nas costas. Sou costureira.
[Rosa]

²⁶OTC- São os medicamentos isentos de prescrição médica (MIPs), mais conhecidos como “over-the-counter” (sobre o balcão).

Repito a receita (2005) quando fico doente – Bactrim F.
[Rosa Branca]

Medicamentos que deveriam ser vendidos apenas com prescrição, uma vez que a própria embalagem do medicamento apresenta “tarja vermelha com a seguinte frase: VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA”, são dispensados de forma indiscriminada (ou porque não dizer de forma banal), pelo estabelecimento farmacêutico. A bula que vem acompanhada do medicamento (e que deveria ser lida) informa a respeito de suas indicações e contra-indicações. No que se refere ao anti-inflamatório citados nas falas, deve ser usado por um curto período de tempo, podendo interagir com medicamentos como lítio, digoxina, diuréticos, entre outros. Estes normalmente utilizados pelos idosos. Com relação ao fato de repetir receitas, é preciso levar em conta que pode estar se tratando de outros sintomas, patologias e até mesmo cepas de microorganismos. Nessas circunstâncias, fica razoavelmente claro que, no Brasil, a farmácia/drogaria tem a tendência de ser entendida como estabelecimento comercial de vendas de medicamentos e produtos correlatos²⁷, o que acaba se confirmando nas palavras das participantes:

Os medicamentos estão sendo vendidos como se nós estivéssemos num supermercado.

[Rosa]

É um verdadeiro comércio, como se fosse ao supermercado.

[Copo de Leite]

É comércio. Quanto mais vende mais dá. ‘Tá’ todo mundo doente. É difícil uma pessoa que não tenha problema. As pessoas ficam na porta oferecendo remédio.

[Orquídea]

Ontem eu fui no banco e passei na frente da farmácia e tinha uma moça com um saquinho cheio de medicamento oferecendo...é brincadeira, ‘né’?”

[Palma]

As falas trazem com evidência que há comércio, até porque na introdução foi apresentado o número expressivo de drogarias e farmácias existentes no município de Passo Fundo. Trata-se de uma fatia do mercado que foi incorporada pelas redes em busca de objetivos questionáveis do ponto de vista da saúde. Ainda, as idosas expõem o

²⁷**Correlato** - A substância, produto, aparelho ou acessório não enquadrado nos conceitos anteriores, cujo uso ou aplicação esteja ligado à defesa e proteção da saúde individual ou coletiva, à higiene pessoal ou de ambientes, ou a fins diagnósticos e analíticos, os cosméticos e perfumes, e, ainda, os produtos dietéticos, óticos, de acústica médica, odontológicos e veterinários.

fato de que “é difícil uma pessoa que não tenha problema”. Ora, ter 60 anos ou mais não significa necessariamente que o indivíduo precise apresentar uma ou várias patologias. Porém, a senilidade, vai apresentando as doenças decorrentes do processo de envelhecimento, entre elas, a hipertensão e a diabetes.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), cada vez mais preocupada com a comercialização e o uso inadequado de fármacos antimicrobianos no país, estabeleceu uma nova resolução que controla a aquisição desses medicamentos: a RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010 (ANEXO F do CD-ROM), a qual contém um anexo com a lista das 93 substâncias antimicrobianas sujeitas às novas regras (ANEXO G do CD-ROM).

Entre as principais mudanças para a indústria está a obrigatoriedade de que a embalagem, o rótulo e a bula de antibióticos contenham a expressão “Venda Sob Prescrição Médica - Só Pode ser Vendido com Retenção de Receita.”

Para as drogarias e para as farmácias, esses medicamentos só poderão ser dispensados mediante apresentação de receita especial em duas vias, sendo que a primeira ficará retida no estabelecimento e, a segunda, devolvida ao paciente, isto se deve ao fato de que a automedicação, muitas vezes, trata doenças que são insensíveis aos antibióticos e originam bactérias extremamente resistentes, ou seja, microorganismos para os quais dificilmente existe cura.

Em relação aos medicamentos isentos de prescrição médica:

Quando estou gripada faço um chá [...] adoçado com mel e tomo um comprimido de Apracur®, Fontol®.
[CravoF]

Quando me dói a cabeça pode contar que foi alguma coisa que não ficou bem e é problema de fígado, de estômago, aí de imediato tomo um Epcoler®...vou na farmácia comprar, mas não tenho o hábito de ter medicamentos²⁸, além daqueles costumeiros.
[Naná]

Tenho em casa a ‘castanha da índia’ que uso para as varizes. Foi indicada por uma amiga e que seria bom para as varizes, coceira, circulação, dor nas

²⁸ A autora observou no decorrer dos encontros com os idosos que a palavra “automedicação” tinha uma conotação negativa muito grande. Constatou-se entre uma fala e outra, ao pé do ouvido, que eles realmente são adeptos da automedicação, pois comentavam que tinham em casa os medicamentos citados.

pernas. [...] comprei, tomei e “tá” funcionando... tomo 02 comprimidos por dia... li na bula... não é manipulado... vem com 60 comprimidos na caixinha.
[Vitória Régia]

Tenho sempre em casa a ‘dipirona’ [...] uso também o ‘paracetamol’.
[Rosa]

Usava polivitamínico por indicação de uma amiga.
[Maia]

Diante do exposto, é possível derivar a existência do uso indiscriminado de medicamentos. Porém, as pessoas parecem ter dificuldade de compreender, ou não são suficientemente esclarecidas em relação ao fato, que todo medicamento é droga e pode desencadear desde uma simples reação de hipersensibilidade até o óbito.

Tabela 4 - Classes e medicamentos mais frequentes utilizados pelos idosos na automedicação.

Classes	Medicamentos
Sistema musculoesquelético	Cataflam® 50mg (diclofenaco potássico), Voltaren® 50mg (diclofenaco sódico), diclofenaco sódico 50mg.
Anti-infeccioso para uso sistêmico	Bactrim F® (sulfametoxazol – 800mg e trimetoprima – 160mg)
Vários	Aspirina® 500mg (ácido acetil salicílico), Tylenol® 500mg e 750mg (paracetamol), paracetamol 500mg e 750mg, Dorflex® (dipirona – 300mg, citrato de orfenadrina – 35mg e cafeína – 50mg) Novalgina® 500mg (dipirona sódica), dipirona sódica 500mg, xarope para a tosse, Benegrip® (maleato de clorfeniramina 2mg, cafeína 15mg, salicilamida 200mg e ácido ascórbico 300mg), Resfenol® (paracetamol – 400mg, cloridrato de fenilefrina – 4mg e maleato de clorfenamina – 4mg), Cálcio de ostras, Lavitan® (retinol (vitamina A) 2.000 UI; ergocalciferol(vitamina D) 400 UI; cloridrato de tiamina (vitamina B1) 1,3 mg; riboflavina (vitamina B2) 1,3 mg; cloridrato de piridoxina (vitamina B6) 0,5 mg; cianocobalamina (vitamina B12) 3 mcg; nicotinamida 13 mg; pantotenato de cálcio 5 mg; ácido ascórbico (vitamina C) 65 mg; lisina 10 mg; treonina 10 mg; triptofano 10 mg; sulfato ferroso 10 mg; sulfato de magnésio 5 mg; sulfato de manganês 3 mg; sulfato de zinco 2 mg), Calcigenol Composto B ₁₂ (Fosfato de cálcio tribásico 1g, Cianocobalamina (Vitamina B12) g, Ergocalciferol (Vitamina D2) 0,00025 g, Fluoreto de sódio - 0,005 g e Sorbitol 1g), Poliseng® (quantidade Extrato seco de panaxginseng 29,63mg, monitrato de tiamina (Vitamina B1) 2,0mg, riboflavina (Vitamina B2) 2,0mg, cloridrato de piridoxina (Vitamina B6) 6,0mg, cianocobalamina (Vitamina B12) 0,005mg, palmitato de retinol (Vitamina A) 7.500UI, ácido ascórbico (Vitamina C) 60mg, acetato de tocoferol (Vitamina E) 10,50mg, sulfato ferroso

Tabela 4 - Classes e medicamentos mais frequentes utilizados pelos idosos na automedicação.

Classes	Medicamentos
	15mg, fosfato dicálcio 150mg, pantotenato de cálcio 10,50mg, bitartarato de colina 10mg, niacinamida 15mg, inositol 5mg, metionina 5mg, adenosina 0,75mg, biotina 0,25mg, ácido fólico 0,20mg),

Fonte: Dados obtidos pela pesquisadora em conversa com os idosos em julho de 2010.

Além do uso de analgésicos e anti-inflamatórios, há também polivitamínicos, antigripais e relaxantes musculares, conforme apresenta a Tabela 4. Todos obtidos através das mais variadas formas de indicação e que serão tratadas adiante, neste trabalho.

Com o envelhecimento humano surgem alterações fisiológicas e patológicas, aumentando, assim, o risco associado ao uso de medicamentos. Um medicamento é considerado relativamente impróprio para o uso em idosos quando os riscos superam os benefícios. Alguns autores consideram o uso de medicamentos como sendo a maior causa de PRMs (Problemas Relacionados aos Medicamentos) aos gerontes (FU et al., 2007), “outros dizem ser responsável por inúmeras reações adversas” (LAROUCHE; CHARMES; MERLE, 2007). Assim, em 1991 foi desenvolvida por Beers et al. (1991) uma lista constituída por 19 medicamentos inadequados e 11 medicamentos cuja dose, frequência de uso e duração do tratamento eram inadequadas para pessoas com 65 anos ou mais. “Esta inclui sedativos e hipnóticos, analgésicos, antipsicóticos, antidepressivos, anti-hipertensivos, anti-inflamatórios não-esteróides e hipoglicemiantes orais” (RIBEIRO et al., 2005).

A terceira e mais recente lista é de 2002, que consta de 48 medicamentos ou classes de medicamentos inadequados em indivíduos com 20 condições patológicas específicas (FICK et al., 2003).

No Brasil, em 2008, foi analisada a lista de medicamentos genéricos publicada no DOU (Diário Oficial da União), em 12 de julho de 2004, p. 09, e transcrita do site eletrônico da ANVISA, onde foi constatada a presença de 6,7% do total de medicamentos presentes nos critérios de Beers-Fick para medicamentos impróprios para idosos (QUINALHA; CORRER, 2010; GORZONI; FABBRI; PIRES, 2008).

Ribeiro et al. (2005) questiona se não há um “acesso” ou “excesso” à farmacoterapia, o que leva à existência de distorções que indubitavelmente conduz ao uso inadequado de medicamentos. A necessidade de atualizar, ou melhor, adaptar a lista à realidade do mercado farmacêutico brasileiro é imprescindível com o necessário espaço para a atuação do profissional farmacêutico.

Em 2006, através da RDC nº 80, de 11 de maio de 2006, implantou-se a política do fracionamento de medicamentos, a qual teve como objetivo possibilitar o acesso da população aos medicamentos e contribuir para a promoção da saúde, pois evitando que os pacientes mantenham em sua casa sobras de medicamentos utilizados em tratamentos anteriores, bem como reduzir a utilização de medicamentos sem prescrição ou orientação médica e odontológica, diminuindo assim o número de intoxicações e de efeitos adversos. Diante disto, a ampliação do acesso ocorre em função tanto da possibilidade de aquisição da exata quantidade prescrita, quanto do preço praticado para cada unidade do medicamento. O acesso ao produto adequado, em dosagem suficiente para o tratamento, contribui para o ajuste da terapia medicamentosa às reais necessidades do paciente. O fracionamento configura-se, dessa forma, como uma importante medida que compõe as estratégias para a promoção do uso racional de medicamentos, visto que sua implantação permite que os consumidores exerçam o seu direito de adquirir a quantidade exata de medicamento prescrito para o seu tratamento (ANVISA, 2006). No entanto, a resolução não teve a repercussão que se esperava e, embora em vigor, as vendas de medicamentos fracionados não são incentivadas.

4.3. PLANTAS MEDICINAIS

Em todos os períodos da história humana, queira na pré-história ou mesmo nos tempos atuais, o homem tem percebido que a administração assistida de certos tipos de plantas tem a capacidade de oferecer propriedades benéficas à saúde, independente das diferentes esferas de abordagem. Aferem-se tais como chás, pós, garrafadas, tinturas e tantas outras misturas complexas até a utilização dos princípios ativos geridos em comprimidos, cápsulas, gotas, pomadas, etc. (LORENZI; MATOS, 2008).

Através da miscigenação de várias culturas, ocasionada, principalmente devido à expansão marítima europeia, acarretou na difusão dos conhecimentos, sejam eles empíricos ou teóricos. No Brasil, nesse período, o choque cultural entre nativos,

européus e escravos africanos, contribuiu expressivamente para a criação dos principais alicerces de toda a tradição no uso de plantas medicinais no país (LORENZI; MATOS, 2008).

Durante a pesquisa revelou-se que os idosos utilizavam algumas práticas terapêuticas não-convencionais, como o uso de plantas medicinais, associadas paralelamente à terapia medicamentosa prescrita. Sendo assim, as drogas vegetais não devem ser confundidas com fitoterápicos, pois ambos são obtidos de plantas medicinais, porém, elaborados de formas diferentes. As drogas vegetais são constituídas da planta seca, inteira ou rasurada (partida em pedaços menores) utilizadas na preparação dos populares “chás.” Já os medicamentos fitoterápicos são produtos tecnicamente mais elaborados, apresentados na forma final de uso (comprimidos, cápsulas e xaropes) (ANVISA, 2010b). A automedicação com plantas medicinais sem a devida supervisão, seja médica ou farmacêutica, é uma prática comum no dia-a-dia das pessoas. Aparentemente isto ocorre porque o imaginário popular julga aqueles produtos como salutares, pois há uma tendência à generalização do uso das plantas por se entender que tudo que é natural não é tóxico e nem faz mal à saúde. E assim vai surgindo no uso das palavras de uma das entrevistadas:

Eu uso porque eu gosto [...] faz bem.
[Margarida]

Essa prática também está relacionada à capacidade de trazer alívio para os mais diversos problemas de saúde, bem como ao bem-estar geral das pessoas (TEIXEIRA; NOGUEIRA, 2005).

Para Cunha, Silva e Roque (2003), esse pensamento é errado uma vez que existe uma grande variedade de plantas medicinais que, entre outras propriedades lesivas ao organismo humano, são constituídas de alto valor de toxicidade pela presença de constituintes farmacologicamente ativos, por consequência muito tóxicos.

Apesar de pretensamente seguras, várias das ervas usadas podem ocasionar problemas, ou por uma ação própria de algum dos princípios ativos ou por interação entre eles e medicamentos utilizados concomitantemente. “Em muitos casos as pessoas subestimam as propriedades medicinais das plantas e fazem uso delas de forma aleatória. Contudo, cada vegetal, em sua composição pode ser alimento, nocivo ou

medicamento” (ALVES; SILVA, 2003). A discrepância entre as substâncias alimentícias, tóxicas e medicamentosas se faz apenas com relação à concentração, a via de administração e a finalidade para a qual é empregada (FRANÇA et al., 2008).

O uso de plantas medicinais, utilizados na forma de chás, tanto “in natura” ou através de plantas secas, industrializadas e comercializadas, está incorporado à rotina da população pesquisada. Preparado através da infusão e da decocção e amplamente utilizado no chimarrão. É fato que utilizam paralelamente aos medicamentos prescritos, conforme dito pela Vitória Régia:

“[...] além do remédio, uso o chá.”

Nas palavras do Amor-Perfeito:

“aí nós já tinha morrido tudo se deixar de usar o remédio do médico.”

Segundo elas, as plantas não curam, mas podem melhorar a saúde, em complemento aos medicamentos.

Conforme Schwambach (2007) “apesar dos inúmeros estudos realizados no Brasil sobre diferentes aspectos do uso de plantas medicinais ou produtos relacionados, há uma escassez de dados que identifique o uso concomitante com medicamentos.”

Normalmente, não comentam com o médico ou dentista quando estão fazendo uso de algum tipo de planta medicinal. Para a Hortênsia, “os médicos são contra os chás” e, segundo a Orquídea, “os médicos não dão importância para os chás.” Para Gama e Silva (2006), a informação transmitida pelos profissionais da saúde, sobre as plantas medicinais, aos pacientes, não é suficiente para atender as necessidades dos mesmos, uma vez que essa terapia medicamentosa e por que não dizer autocuidado, não faz parte da rotina do consultório desse profissional. É correto afirmar que os médicos têm restrições ao uso dos chás ou existe um desconhecimento destes profissionais sobre o estudo das plantas medicinais? Em que evidências buscam respaldo para questionar a sua utilização, considerando que os estudos sobre o assunto se encontram em fase embrionária?

Ao mesmo tempo em que os idosos fazem uso das mais variadas plantas, seja processada ou cultivada, confundem a finalidade de uso. Segundo a Maia “a alcachofra é

milagrosa para tudo” a Mila utiliza “*a noz moscada, mas não sabe para que serve, não sabe que benefício traz*” e ainda, “*usa tanto chá que nem lembra para que usa.*”

Na pesquisa surgiram em torno de 41 plantas medicinais, muitas sendo utilizadas com finalidades diferentes da literatura e até mesmo não sabendo para qual uso são destinadas, conforme quadro (ANEXO H do CD-ROM).

Em relação ao prazo de validade e armazenamento das plantas medicinais surgiram dúvidas: segundo a Francisca, a “*noz-moscada não tem prazo de validade.*” A Vitória Régia “*separa as ervas in natura em saco plástico e pendura na parede. Não deixa armazenada por mais de um ano.*” Conversando com elas foi questionado de onde tinham obtido aquelas informações e quase unânime foi que “*ouviram dizer*”.

Em relação às afirmações feitas pelo grupo, ressalta-se que a maioria compra os chás, poucos cultivam e outros pedem a planta “*in natura*” para vizinhos. Segundo Lorenzie Matos (2008), só “*deveriam ser plantadas em hortas caseiras ou comunitárias, espécies de plantas devidamente identificadas e que tenham respaldo científico, mesmo que estas sejam recomendadas por terapeutas práticos, leigos ou familiares*”. Ainda sugere o autor, que as plantas frescas não devam permanecer na geladeira por mais de uma semana, armazenados dentro de sacos plásticos, bem como as plantas secas não devam ser guardadas por mais de três meses. A bem da verdade todo cuidado com as plantas são necessários, desde higiênico ao manipular a planta, bem como evitar a ação direta do sol e ao mesmo tempo em que se evite ambientes a fim de evitar o crescimento de microorganismos danosos à saúde. Torna-se necessário também a rotulagem do produto e o correto armazenamento. A obediência às dosagens prescritas e o cuidado na identificação categórica da planta utilizada pode evitar intoxicações, principalmente no que refere ao idoso, aliado às informações fornecidas pelo farmacêutico.

De acordo com artigos científicos publicados, as plantas medicinais em comutilizadas pelo idosos são a camomila, a erva-cidreira, a erva-doce, o alecrim, o boldo, a laranjeira, a lima, o gengibre, o poejo, a tansagem, a carqueja e o manjeriço (BRASILEIRO et al., 2008; BORBA; MACEDO, 2006; VENDRAMINI; TOZONI-REIS; MING, 2008; SILVA; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2008; GAMA; SILVA, 2006).

As mesmas plantas mostraram-se presentes na pesquisa realizada, visto que os participantes pesquisados têm o hábito de utilizar uma planta, bem como a associação

de várias na forma de chá. A Rosa Branca, por exemplo, faz uso de uma composição de várias ervas (carqueja, chá branco, capim limão, menta doce, pitanga, erva cidreira e bergamota, maçanilha, chicória, limão doce, chá verde e hortelã doce) ao mesmo tempo e na sua concepção “*dizem que é bom para tanta coisa, não li a bula.*” Embora conversem entre elas, as informações são desconstruídas, correndo-se o risco de provocar um dano à saúde.

Contudo, ressalta-se que, se documentar a interação entre medicamento e alopático já é difícil, imagine um chá que apresenta dezenas ou centenas de substâncias. Como garantir que não existe nenhum antagonismo ou sinergismo? Com as alterações advindas do processo de envelhecimento (fisiológicas e patológicas), há um risco maior associado ao uso de medicamentos, sejam naturais ou não. Dentre os fatores que contribuem para este aumento destacam-se o comprometimento renal para a depuração de medicamentos que são primariamente excretados pelos rins; a redução do fluxo sanguíneo e do processo de biotransformação hepática; o aumento de gordura corpórea, o que resulta no aumento de volume de distribuição de medicamentos lipossolúveis (KATZUNG, 2005). Por isso destaca-se a necessidade da qualidade da prescrição, seja médica ou odontológica, acompanhada do profissional farmacêutico. Quinalha e Correr (2010) destacam a relevância do profissional, em que:

O farmacêutico poderá auxiliar nos problemas mais comuns que ocorrem no uso de medicamentos por pessoas idosas, identificando medicamentos inapropriados, presenças de interações duplicidades terapêuticas, reações adversas, usos inadequados, automedicação e doses erradas, assim como fornecer informações sobre as doenças e os medicamentos prescritos, de modo que a adesão do paciente ao tratamento possa melhorar.

Amparado pelo farmacêutico qualificado, o paciente tem a oportunidade de aderir ao tratamento, devidamente prescrito, buscando os objetivos terapêuticos, que nada mais é do que ter saúde.

A RDC nº 10, publicada no dia 10 de março de 2010, dispõe sobre a notificação de drogas vegetais junto à ANVISA. Além de organizar e contribuir para a qualidade e utilização de drogas vegetais, principalmente resgata e reconhece oficialmente o valor dos chás medicinais, bem como procura estabelecer limites e orientar os produtores e consumidores. A relação de drogas vegetais regulamentada não é definitiva, ou seja, permite a inscrição de novas drogas, desde que sejam seguidas as normas estabelecidas no documento.

É relevante destacar que, no Brasil, as plantas medicinais e seus derivados são utilizados pela população nos seus cuidados com a saúde, em diferentes formas, seja pelo conhecimento tradicional na **Medicina Tradicional Indígena, Quilombola, entre outros povos e comunidades tradicionais**; seja pelo uso na **Fitoterapia Popular**, de transmissão oral entre gerações; ou nos **sistemas públicos de saúde, de cunho científico, de forma integrativa e complementar**, orientada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (CNS, 2010).

Da mesma forma a Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos visa “garantir à população brasileira o acesso seguro e o uso racional de plantas medicinais e fitoterápicos, promovendo o uso sustentável da biodiversidade, o desenvolvimento da cadeia produtiva e da indústria nacional” (BRASIL, 2006b).

Assim as políticas públicas procuram encontrar alternativas para o uso racional de plantas medicinais e seus reais benefícios para a população.

4.4. REPERCUSSÃO DA PRÁTICA DA AUTOMEDICAÇÃO

Indiscutivelmente, os medicamentos são elementos essenciais à melhoria e manutenção do bem-estar físico e mental das pessoas. Pessoas que os administram sem prescrição não reconhecem os riscos farmacológicos que estão sujeitos, bem como desconhecem as possíveis interações com outros medicamentos uma vez que a prescrição é individualizada para as características de cada paciente. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) a automedicação pode causar desde o diagnóstico errado da doença, a escolha da terapia inadequada, o retardo do reconhecimento da doença com possibilidade de agravamento do quadro, a ingestão errada de medicamentos, a utilização do medicamento por um período curto ou prolongado demais, a dependência ao medicamento, efeitos indesejáveis graves e reações alérgicas. De modo geral, as pessoas não têm a capacidade necessária para reconhecer distúrbios, avaliar sua gravidade e escolher a terapêutica mais adequada para o caso.

Segundo a Associação Brasileira das Indústrias Farmacêuticas (ABIFARMA), todos os anos, cerca de 20 mil pessoas morrem no Brasil vítimas de automedicação. Na

maioria das vezes, a causa da morte está relacionada à intoxicação e a reações de hipersensibilidade, como alergia aos medicamentos.

Nos Estados Unidos, onde a automedicação é menos comum que no Brasil, o custo decorrente de reações adversas a medicamentos chega a superar seis milhões de dólares anualmente. No Brasil, além dos prejuízos à saúde há o dispêndio com os cofres públicos, em função das internações, muitas vezes desnecessárias originadas pelas complicações do mau uso de medicamentos.

Assim foram surgindo depoimentos dos idosos onde relataram ter sofrido reação alérgica de medicamentos que dispunham em casa, ou seja, na “farmácia caseira” e mesmo por prescrição médica:

A Dedé comentou que teve uma reação alérgica... o médico prescreveu um remédio para a tendinite porque tinha uma dor no braço. [...] não tomou mais o remédio e não retornou ao médico;[...] fiquei com o rosto desse tamanho.

[Dedé]

A Margarida comentou que o marido dela não pode tomar ácido acetil salicílico.[...] não pude tomar porque levanta umas bolhas e fica todo vermelho.

[Margarida]

A Jasmim referiu que uma vez, assim, comprou a castanha da índia, porque[...] indicaram para as varizes, mas [...] deu uma alergia nas pernas, uma grosseira; sabe as perna tudo branquicenta? Não cheguei a tomar uma caixinha daquelas... nunca mais tomei também. Não é para todos.

[Jasmin]

O Amor-Perfeito tomou um comprimido de Voltaren® porque estava com dor no corpo (dor de cabeça) e o marido usava para a dor também. Foi indicada na farmácia.Não sabia que ia fazer o que fez tomando com o diurético. Fui parar no hospital. Nunca mais tomei e nunca mais vou tomar por causa do diurético. Sem receita não tomo.

[Amor-Perfeito]

As falas refletem a fragilidade do organismo e mesmo sendo medicamentos prescritos ou não merecem atenção especial em se tratando de idosos. Somente o médico e/ou odontólogo tem a competência absoluta (junto com o respaldo técnico de farmacêuticos) de avaliar se a ingestão de determinado fármaco, seja ele de uso único ou associado com outros, podem modificar alguma função do organismo e causar reações adversas ou não. Até porque todo medicamento tem contra-indicação e o

prescritor bem sabe disso. Imagina-se um medicamento administrado por um leigo, mais precisamente idoso, bem como os riscos de interações medicamentosas e seus possíveis danos à saúde. Na medicina, o ponto de partida não é a escolha do medicamento, mas sim a exatidão do diagnóstico da doença, ao contrário da automedicação que busca apenas combater os sintomas.

4.5. MOTIVAÇÕES DA AUTOMEDICAÇÃO

Especula-se muito em torno da questão que envolve as razões da automedicação. Muitas vezes a responsabilidade recai sobre o cidadão que não tem condições financeiras de adquirir um plano de saúde ou procurar um médico “particular”, assustado com a morosidade do sistema público de saúde, que provavelmente não resolverá seu problema em tempo hábil. Assim, acaba buscando o recurso de uso de medicamentos indicados por leigos, sem nenhuma orientação.

Contudo, o baixo poder aquisitivo e a forma de organização do sistema de saúde no Brasil explicam por si só, o fenômeno da automedicação, que ocorre também nas camadas privilegiadas da população e nas mais distintas idades? Trata-se de uma questão que urge ser confrontado e não adiado, uma vez que a automedicação busca amenizar os sintomas e não tratar o suposto problema, ou seja, a patologia.

Durante as entrevistas os idosos falaram de forma sutil o que os levava ao processo da automedicação. Assim foi dito pelas palavras da Begônia:

Para a gente conseguir uma consulta no CAIS²⁹ leva 03 meses... vai lá como eu fui, várias vezes e não consegui [...] fui na farmácia e comprei um remédio por conta para dor...vai esperar até que consiga e vai aqui, vai ali...já morreu.

[Begônia]

Fui no PAM³⁰ mal da gripe, tava com dor no peito, dor de ouvido... fui pedir um remédio para a gripe [...] ele pegou e me deu um Benegrip®... segundo ele não receita remédio para a gripe porque a gripe assim como vem ela sai... então toma só esse remédio e pronto. E isso já me aconteceu várias vezes. [...]
Aqui é o Brasil...o que esse povo sofre na fila.

[Mila]

²⁹CAIS- Centro de Assistência Integrado à Saúde.

³⁰PAM- Posto de Atendimento Médico.

Eu tinha pegado uma ficha para o ortopedista às 6h da manhã... não consegui, vou ter que esperar.

[Francisca]

Eu queria um ortopedista, daí consultei no Cais da Vila Annes e ele (o médico) me encaminhou para o Cais da Petrópolis. Cheguei lá às 6h da manhã... o rapaz disse que não tinha mais ficha... foi dado 30 fichas do mês... como é que deram todas as fichas

[Jasmin]

As falas refletem a sensação de descaso e abandono com a população idosa. Desta maneira torna-se mais fácil dirigir-se até uma farmácia/drogaria e solicitar um medicamento para determinada dor ao invés de esperar por uma consulta médica. É uma alternativa de tentarem sobreviver. Embora exista uma ampla base legal para o desenvolvimento das políticas em atenção ao idoso, amparada pela Constituição Federal de 1988, arts. 229 e 230, §§ 1º e 2º, consolidado pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 01/10/03, regulamentado pelo Decreto nº 5.130, de 07/07/04 e atualizado até as alterações introduzidas pela Lei nº 11.765, de 05.08.08) o suporte legal recebido em prol do idoso ainda é insuficiente e não atende na plenitude as reais necessidades dessa categoria.

O idoso ainda desconhece a regulamentação que ele tem a seu favor, mas não só por uma questão legal que devem ser respeitados, mas por um direito universal reconhecido no convívio social, que é a dignidade humana. É certo que existem falhas, entretanto é necessário que a sociedade como um todo reveja o papel social do idoso.

Outro aspecto relevante e que exerce influência sobre a automedicação é a propaganda de medicamentos. No Brasil teve seu começo na década de 80 e desde então, verificou-se um forte aumento no número de propagandas veiculadas nos meios de comunicação de massa, rádio e televisão, sem nenhuma restrição ou acompanhamento pelo Estado (ANVISA, 2007). Para contextualizar, dados da OMS³¹ mostram que o Brasil está entre os cinco maiores consumidores de medicamentos do mundo, ocupando o primeiro lugar em consumo na América Latina e o nono lugar no mercado mundial em volume financeiro (IBOPE, 2007; MORAIS, 2001). E ainda, para ratificar o exposto, o povo brasileiro é um dos que apresenta maior tendência em comprar medicamentos sem consulta médica e/ou odontológica, dentre os países da América Latina (BRUNDTLAND, 1999).

³¹ OMS- Organização Mundial da Saúde.

Em 2006, a ANVISA e a OMS divulgaram alguns índices que bem retratam a atual realidade do uso irracional de medicamentos no país, os quais são apresentados abaixo:

- 30% das internações ocorridas no Brasil têm como origem o uso incorreto dos remédios;
- 15% da população brasileira consomem mais de 90% de toda a produção farmacêutica;
- 70% das consultas médicas geram prescrição medicamentosa;
- 75% das prescrições médicas são errôneas;
- 30% das vítimas de intoxicação que se internam em pronto-socorros tomaram remédios sem receita;
- Apenas 50% dos pacientes tomam remédios corretamente;
- Em 30% dos pacientes, o remédio prescrito não faz mais efeito, por conta do uso incorreto feito no passado³².

Diante dessa realidade, começou a haver uma intensificação na fiscalização da propaganda de medicamentos e de outros produtos sujeitos à vigilância sanitária, uma vez que

a indústria farmacêutica lança mão de diversas formas de propaganda, tanto dirigidas ao público leigo quanto aos profissionais de saúde. Atingem, assim, desde o médico, [...] o odontólogo e o farmacêutico, até o dono de farmácia e o paciente, conseguindo influenciar a prescrição, a venda e o consumo de medicamentos (PIZZOL; SILVA; SCHENKEL, 1998, p. 86).

O fácil acesso aos medicamentos e o poder de persuasão da propaganda acarretam em danos diretos e indiretos. Em relação aos primeiros, pode-se citar a complicação da situação da saúde, a perda monetária gerada pela compra de medicamentos, muitas vezes, ineficazes, entre outros. Já os indiretos, caracterizam-se pela grande quantidade de dinheiro despendida pelo governo para tratar ou administrar doenças causadas por tais fatores (SILVA; JUNGES, 2010).

E assim as pessoas deixam se influenciar, conforme o relato da Orquídea:

Quando [...] tem um remédio que bate toda semana na rádio, na propaganda, eu ouço falar que é bom, vou lá e compro.

³² Apesar da crença nas estatísticas apresentadas, parece importante questionar as metodologias e formas de coletas de dados referentes à obtenção dos dados respectivos.

[Orquídea]

Para Palma foi mais simples:

Um dia ouvi na rádio e corri na farmácia para comprar o remédio. Não li bula, não li nada.

[Palma]

Nos seu depoimento Cravo M. refere que:

Tava' com dor de cabeça, vi na televisão o remédio, fui na farmácia e pedi aquele da TV [Cravo M.]

E a Élide disse:

Sabe, na TV eles falaram que aquele remédio tirava a dor. Daí fui na farmácia e comprei.

[Élide]

Será que esses idosos procuram apenas a eficácia de um medicamento para curar uma dor física ou por trás dessa busca existe um aspecto psicológico que diz respeito à carência, à atenção, ao acolhimento? É preciso lembrar que mais da metade da população pesquisada é viúva e muitos acabam se sentindo carentes e solitários. O vazio existencial dessas pessoas pede atenção e, nesse aspecto, a farmácia e/ou drogaria é um local que permite trocar palavras, dar um sorriso, um aperto de mão, um bom dia, um cafezinho, enfim, sentir-se acolhida, mesmo que a pessoa tenha comprado apenas um analgésico.

Uma das estratégias importantes utilizadas pela mídia na veiculação de propagandas medicamentosas é a utilização de apresentadores de rádio e televisão, bem como artistas e atletas famosos “para induzir o consumo de determinados medicamentos, buscando uma identificação do indivíduo com o padrão de beleza e/ou desempenho físico desses garotos-propaganda, [...] utilizando-se assim da credibilidade que os mesmos possuem perante o público” (PEPE, 2006, p. 2725).

Assim, o art. 26, inciso III, da RDC nº 96, de 17 de dezembro de 2008, dispõe que:

Art. 26. Na propaganda ou publicidade de medicamentos isentos de prescrição é vedado: III – **apresentar nome, imagem e/ou voz de pessoa leiga em medicina ou farmácia**, cujas características sejam facilmente reconhecidas pelo público em razão de sua celebridade, afirmando ou sugerindo que utiliza o medicamento ou recomendando o seu uso.(grifo nosso).

Dessa maneira, a presença de celebridades leigas em propagandas de medicamentos não está proibida, mas elas não poderão recomendar o seu uso, pois de certa forma é um fator de influência no uso de medicamentos por parte da população. Lembrando que a propaganda direcionada ao público leigo só pode ser feita por medicamentos isentos de prescrição médica. O que não significa que não poderá deixar de ser prejudicial à saúde da população, principalmente no que diz respeito aos idosos.

Ainda que a mídia só possa fazer propaganda dos medicamentos isentos de prescrição médica, o bom senso do uso racional dos mesmos determina ser imprescindível o acesso ao sistema de saúde antes do uso impróprio de medicamentos (PEPE, 2006). Assim cabe, portanto, à gestão municipal, estadual e federal da saúde fomentar ações que tenham por fim a construção de uma atenção integral à saúde, principalmente no que refere à população idosa. Nesse sentido, a adoção de medidas administrativas, pedagógicas e de prevenção podem levar às comunidades, em especial à população idosa informações e esclarecimentos sobre doenças e dificuldades enfrentadas na velhice que pode ser minimizadas por meio da intervenção das equipes de saúde da família e atenção básica (por exemplo: palestras, folhetins, encenação com grupos de teatro, atividades de grupo com a comunidade enfocando a promoção da saúde, hipertensão arterial e diabetes mellitus, sexualidade, DST/AIDS, etc). Cabe ressaltar então que os profissionais das mais diversas áreas da saúde devam estar sensibilizados e aptos a perceber e atender às reais necessidades de saúde dessa população.

A ANVISA, na tentativa de reprimir os abusos, através de fiscalização permanente, constante e ininterrupta, necessita de parcerias em todo o país, uma vez que existe descaso das autoridades sanitárias com o setor. Esse mesmo órgão tão importante [...] foi criado pela Lei nº 9.782, de 26 de janeiro de 1999, sendo que a primeira atuação nesta área, data de julho de 2000, período em que se iniciou a monitoração da propaganda de medicamentos (ANVISA, 2010a).

Outro aspecto muito forte e arraigado é a questão cultural. Para Jesus (2004, p.2), “o Brasil é considerado culturalmente, como a população que adora se automedicar, ou seja, toma desde o chá da vovó até analgésicos e anti-inflamatórios disponíveis em farmácias e drogarias.”

Naves et al. (2010) entende que a busca rápida da saúde através de medicamentos, comum em muitas sociedades, como a brasileira, provoca o encobrimento dos verdadeiros determinantes sociais, comportamentais, culturais e psicológicos das doenças. Ao longo da pesquisa o grupo comentou acerca de onde obtinham informações sobre a utilização das plantas medicinais, apresentando como resposta:

Através de livros naturais, do programa Globo Repórter na Globo, no programa Vida e Saúde da RBS TV, dos avós, das vizinhas, de geração em geração, dos japoneses [...].Tenho uma amiga que se formou em Medicina e foi lá para o Mato Grosso [...] os índios davam lição nela sobre os chás.

[Dedé]

Uma vez comprei um chá dos ciganos [...] Meu marido tava com problema de rim. [...] Fiz o chá e não li a etiqueta [...] que dizia para não tomar bebida alcoólica. [...] Fomos no casamento e ele tomou cerveja, depois da janta passou mal e tivemos que ir para o hospital.

[Begônia]

Isso aí a gente vai ouvindo de uma pessoa prá outra e se foi bom pra ela vai ser bom pra mim também.

[Rosa]

De certa forma percebe-se uma solidariedade entre elas sem intenção de prejudicar ao transmitir as informações. Conforme Mengue e Schenkel (2004, p. 33), as pessoas, em muitos momentos, estão dispostas a ajudar umas às outras e

quando alguém se queixa de algum problema podemos sugerir algumas coisas para estimular a melhora dessa pessoa. Algumas vezes, indicamos um medicamento que funcionou ou funciona para nós quando enfrentamos o mesmo problema. Algo parecido como “se deu certo comigo, deve dar certo com você”. E, com a melhor das intenções poderemos estar induzindo o uso de medicamentos de forma inadequada.

Entretanto, parece conveniente lembrar que as mesmas causas não produzem os mesmos efeitos em todas as circunstâncias. Um medicamento ingerido por uma pessoa e que dele obtenha “bons resultados” não significa que outra pessoa utilizando a mesma medicação possa obter resultados também positivos. É demonstrado pela própria ciência que para um mesmo organismo em diferentes circunstâncias os efeitos são diferentes. Quando se trata de pessoas com sentimentos, emoções, medos, frustrações, os resultados de uma medicação ingerida em situação “normal” pode produzir resultados diferentes ou indesejáveis.

Dessa maneira fica evidenciado que a prática da automedicação ou “seguir conselhos de alguém que já utilizou com resultados positivos” ocorre tanto para o uso das plantas medicinais quanto para a alopatia. Bortolonet al. (2008) vem corroborar com os medicamentos que surgiram na pesquisa, ou seja: analgésicos, antipiréticos e anti-inflamatórios. Lembrando que o último fármaco, teoricamente, só poderia ser vendido mediante apresentação de prescrição médica e/ou odontológica.

Segundo Matos (2005, p. 5) o processo da “automedicação é uma realidade e infelizmente não está relacionada somente com medicamentos isentos à prescrição.”

O ser humano é o primeiro ente responsável em cuidar da própria saúde, ou seja, envolve a questão do autocuidado onde ele mesmo busca a manutenção pela própria saúde. Isso envolve o aspecto positivo da automedicação, onde envolve hábitos saudáveis e o uso eventual de algum medicamento para resolver um problema emergente e conhecido pelo paciente. Disso depende, por parte do sujeito, um correto conhecimento da doença e o tempo de duração do tratamento (normalmente curto). Deve haver uma clara e acessível informação sobre a administração dos medicamentos, bem como os riscos e cuidados a serem tomados durante a sua execução. Gera para o paciente certa vantagem e economia por diminuir o número de assistência, seja médica e/ou odontológica, em perturbações consideradas de menor gravidade (MENGUE; SCHENKEL, 2004).

A vantagem da automedicação responsável para o sistema de saúde está no fato de haver a redução de auxílio médico e/odontológico em distúrbios considerados menores, desde que assistidos pelo profissional farmacêutico. Diante desse processo existe a possibilidade de melhor atendimento nas morbidades mais relevantes.

Hoje, a automedicação ou o “autotratamento” não pode ser considerado privilégio das classes menos favorecidas. Matos (2005) e Naves et al. (2010) concordam que esse processo vem sendo praticado por pessoas de classes sócio-econômicas tanto baixas quanto elevadas. Nas primeiras ocorre devido a um sistema de saúde ineficiente e conseqüentemente a busca pela solução imediata, seja através de uma orientação rápida para finalmente resolver o problema. Na segunda, em razão das pessoas terem um maior nível de escolaridade e por acreditarem possuir maior informação, sentem-se mais confiantes em se automedicar. Matos (2005, p. 6) inclui

que a “prática é corrente em países do “primeiro mundo”, com elevado grau de organização nos seus sistemas de saúde e que dispõem de todos os serviços médicos desejáveis.”

A comercialização de medicamentos seja nas drogarias e nas farmácias está nas mãos de leigos, proprietários, balconistas e, muito, mas muito excepcionalmente, farmacêuticos. Em oposição à dificuldade de atendimento no sistema de saúde, a farmácia e a drogaria se apresentam como subterfúgios sem nenhum tipo de empecilho para o ingresso, sendo considerado como o “lugar” onde se encontra as soluções, de maneira ágil, para os problemas de saúde (NAVES et al., 2010).

Ao mesmo tempo em que esses estabelecimentos “de saúde” surgem como solução rápida e de acesso fácil, simplesmente despejam medicamentos, que não se faz acompanhar de informações educativas ou preventivas necessárias à população, satisfazendo assim as suas necessidades, ou seja, o lucro. Assim o “Vante” expressou:

Fui na farmácia, pedi um xarope para a tosse, a balconista trouxe uns três tipos diferente... disse que aquele era o melhor, achei muito barato, mas comprei. Não explicou como era prá tomar, daí cheguei em casa e o meu filho leu a bula.

[Vante]

Segundo a Mila:

[...] Posso comprar qualquer medicamento sem receita, tirando os ‘tarja preta’. Posso comprar Aspirina®, Tylenol®, Dorflex®, Novalgina®, xarope, polivitamínico, anti-inflamatório, e a balconista não explica nada.

[Mila]

Nas palavras de Dedé:

Um dia fui na farmácia do bairro e o dono, que é gente boa, me vendeu remédio prá gripe: vitamina C, paracetamol e anti-inflamatório. Disse que não tinha problema em tomar. Ele sabe muito.

[Dedé]

Bortolon, Karnikowski e Assis (2007, p. 9) trazem e traduzem com extrema relevância o fato de ocorrer a “apropriação do saber técnico pelos indivíduos que não passaram por cursos médicos ou afins.” As pessoas interpretam situações específicas, vivenciadas nas quais poderiam apresentar vários relativismos, em possíveis verdades ao seu ver. Além disso, há a variável de adaptações desse já deturpado “conhecimento”

onde a pessoa modifica a verdadeira finalidade do medicamento, adaptando-o à sua realidade. Isso é muito frequente acontecer também entre os atendentes de drogaria e/ou farmácia, conforme manifesta a Begônia:

Um amigo comentou que o sogro tava muito doente e que não usava direito os remédios. Daí esse meu amigo disse: a minha mulher, que trabalha na farmácia X, entende de remédio melhor que eles (médicos) e ela que tá dizendo qual o melhor remédio para ele tomar. Porque ela entende, trabalha com isso.

[Begônia]

Nesse caso evidencia-se a apropriação do conhecimento, havendo as adaptações para cada caso sem a consciência dos sérios riscos que poderá trazer à saúde do idoso.

Parece importante lembrar que o farmacêutico, por força da lei, é o profissional, ética e devidamente qualificado para orientar o paciente acerca do medicamento que está sendo adquirido (SANTOS, 2003). Lembrando que o profissional ético não indica medicamentos, mas apenas os orienta. Fora ele, trata-se do exercício ilegal da medicina.

Na opinião de Naves et al. (2010, p.1757) a “identidade de farmacêuticos [...] e de balconistas se confundem por meio da linguagem. A construção da identidade dos profissionais apresenta-se vinculada a dos balconistas e complementar à visão das drogarias e/ou farmácias.” Percebe-se muitas vezes que esses papéis são indissociáveis. E assim relataram:

Pensei que o farmacêutico e o balconista fossem a mesma pessoa.

[Begônia]

[...] Quem vai me indicar um remédio bom é a balconista da farmácia, ela dá sugestão do remédio... [...] Ela não é a farmacêutica?

[Vitória-Régia]

Mas se a balconista tá trabalhando ali na farmácia é porque ela deve mais ou menos saber.

[Amor-Perfeito]

Está evidente a dificuldade que os idosos apresentam em identificar o profissional balconista do profissional farmacêutico. A formação desse último ocorre em nível superior universitário cuja qualificação o diferencia de um vendedor que

conhece pela prática do dia-a-dia, algumas características dos medicamentos. Dessa dificuldade resulta a falta de clareza na identificação dos papéis de cada um desses profissionais. Houve unanimidade do grupo em associar a farmácia e/ou drogaria como simples estabelecimento de venda de medicamentos ao invés de estabelecimento de saúde:

É propaganda enganosa porque se a balconista tá oferecendo [...] um remédio para tal dor, mas eu não tô com nenhuma dor e eu vou comprar, porque tá na promoção, a moça me ofereceu, me conquistou, eu vou lá e compro.

[Hortênsia]

Se eu chegar lá e disser que naquela farmácia é tanto e aqui é R\$ 20,00, por exemplo, perguntam por quanto fizeram na outra farmácia. Se lá custava menos eles cobrem o preço.

[Dedé]

Aqui em Passo Fundo tem uma farmácia ao lado da outra e em cada uma o preço dos remédios é diferente. É puro comércio.

[Margarida]

Entrei para comprar um talco e acabei comprando AAS® porque tava na promoção. Eles (balconistas) fazem cara feia se tu não compras.

[Jasmim]

Eles olham para a tua cara e dão o desconto que bem entendem.

[Palma]

Nessas falas entendem que é simples comércio e sendo dessa forma não haveria necessidade de se exigir um profissional habilitado. Pedem o produto, pagam e vão embora. Novamente, é confirmada a tendência da população, especialmente a idosa, em identificar a farmácia e drogarias como um “supermercado de medicamentos”, ao contrário do que em países desenvolvidos o entendimento é o relacionado ao local onde se encontram condições necessárias para promoção de saúde.

Por outro lado, a atenção farmacêutica é um direito do consumidor e um dever de ser fornecido apenas pelo farmacêutico. O indivíduo que vai até o estabelecimento de saúde tem o direito de receber informações corretas e seguras sobre o medicamento dispensado, não bastando apenas o pagamento do mesmo. Há a necessidade de informar ao consumidor quem é o profissional farmacêutico, com diferente formação acadêmica dos demais funcionários e apto a prestar informações necessárias.

4.6. COMO OS IDOSOS PERCEBEM A RESPONSABILIDADE DO FARMACÊUTICO E FUNCIONÁRIOS NO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Em um dos últimos encontros os idosos conversaram sobre o profissional farmacêutico, havendo uma confusão para esses, em relação ao papel do balconista.

A bem da verdade os idosos afirmam que não conhecem o profissional, bem como não sabem qual a sua função dentro do estabelecimento.

Olha, a gente chega lá na farmácia e corre um monte de gente para te atender. Nunca vi o farmacêutico.

[Vante]

Eu chego na farmácia e vou direto no balcão. Não tenho o costume de pedir pelo farmacêutico. Não sei dizer se é bom ou não.

[Jasmim]

Quando a gente chega na farmácia a gente se confunde, não sabe quem é o farmacêutico.

[Margarida]

Em que lugar fica o farmacêutico e o que ele faz lá?

[Copo de Leite]

É falta de hábito, de costume procurar o farmacêutico. Sei lá.

[Cravo]

Diante do exposto, percebe-se que existe uma dificuldade por parte dos idosos e muito provável da população no geral, em (re)conhecer o profissional e até mesmo pedir ajuda, tendo em vista que o atendente realiza as vendas³³ e muitas vezes não está preparado para prestar as devidas informações ao idoso, conforme os relatos a seguir:

A maioria não tem farmacêutico porque muitas vezes [...] a gente quer comprar medicamentos, elas (balconistas) ficam assim, não sabem se tem.

[Amor-Perfeito]

Eu acho que começaram exigir o farmacêutico de uns 03 anos para cá porque antes não tinha não.

[Dedé]

Eu acho que essas farmácias mais conceituadas sempre tiveram farmacêutico, só que com essa expansão de redes e farmácias, a princípio não tinha [...].

[Naná]

³³ Vendas de medicamentos normalmente comissionadas. Principalmente nos medicamentos genéricos e nos OTC's.

A gente houve denúncias na rádio de que não havia farmacêutico em determinado estabelecimento. Mas eu acho [...] que de um tempo prá cá ta acontecendo menos porque tá sendo obrigatório ter farmacêutico. Acho que sempre foi obrigatória a presença dele, de uns 03 anos prá cá melhorou.
[Palma]

A Lei 5.991 de 17 de dezembro de 1973, reproduz no art. 15:

Art. 15 A farmácia e a drogaria terão, obrigatoriamente, a assistência de técnico responsável, inscrito no Conselho Regional de Farmácia, na forma da lei.

§ 1º - A presença do técnico responsável será obrigatória durante todo o horário de funcionamento do estabelecimento.

§ 2º - Os estabelecimentos de que trata este artigo poderão manter técnico responsável substituto, para os casos de impedimento ou ausência do titular.

Dessa maneira, o tempo em que o estabelecimento estiver aberto, incluindo sábados, domingos, feriados e à noite, faz-se necessária e obrigatória a presença do profissional. Em relação à responsabilidade expressaram que:

O balconista apenas entrega o medicamento, mas a responsabilidade é do farmacêutico.
[Naná]

Os mais culpados são os que vendem do que os que compram, porque a gente não tem conhecimento.
[Élida]

O balconista, o farmacêutico e o dono da farmácia devem responder perante a lei se for vendido algum remédio errado.
[Begônia]

A farmácia tem responsabilidade porque eles estão vendendo [...] mas a gente tem que ter responsabilidade também porque eles não estão vindo oferecer para nós. Nós é que estamos indo atrás deles.
[Cravo F.]

Muito provável se a Vitória Régia tivesse conversado com o farmacêutico sobre a conduta dela, a fala poderia ter sido diferente:

Encho a mão com todos os remédios³⁴ e tomo tudo de uma vez só. Acho mais fácil pegar todos [...] e tomar juntos. Sim, porque daí tá pegando os remédios, daí já [...] toma todos de manhã mesmo. Nunca comentei com o médico que tomo todos os remédios juntos, nunca tive nenhum problema. Faço isso para facilitar a minha vida.
[Vitória-Régia]

³⁴ Administra oito medicamentos pela parte da manhã e sete à noite.

Isso retrata o total desconhecimento que a população tem em relação ao papel do farmacêutico, podendo causar efeitos danosos à saúde, como interações medicamentosas e até mesmo o aumento de toxicidades, entre outros. Muitas vezes, cria-se quadros irreversíveis, principalmente no que diz respeito ao idoso.

A Maia teve seu medicamento trocado pela balconista de farmácia diante da seguinte situação:

A idosa faz uso do medicamento LOSARTANA POTÁSSICA 100mg + HIDROCLOROTIAZIDA 25mg, ou seja, trata-se de dois princípios ativos associados numa única especialidade farmacêutica. É um medicamento para tratamento de hipertensão arterial. Quando chegou à farmácia, acabou comprando a losartana e a hidroclorotiazida separados, isto é, dois medicamentos, por sugestão ou indução da balconista. A motivação foi baseada pelo fato de que comprando separados os princípios ativos, sairia mais em conta para a cliente. A Maia foi convencida e acabou comprando.

A vulnerabilidade em que esses idosos se encontram é aviltante, pois ao mesmo tempo em que está se lidando com seres humanos, os mesmos são vistos apenas como meros consumidores de cápsulas, de comprimidos.

Neste capítulo, foi possível identificar na população pesquisada os fatores determinantes que contribuem para a prática da automedicação. A falta de clareza e desconhecimento em relação ao papel do farmacêutico e o papel do balconista em um ambiente de venda de medicamentos contribuem também para esse hábito. Em caso de um engano ou troca na venda de medicamento o balconista poderá ser responsabilizado, mas a responsabilidade técnica é toda do farmacêutico. Essas considerações encontram respaldo no capítulo 1 uma vez que assuntos como esses foram detalhadamente tratados no capítulo da Responsabilidade Civil e Penal do Farmacêutico.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo procurou ampliar a compreensão sobre os determinantes da automedicação vivenciadas por um grupo de idosos da cidade de Passo Fundo/RS.

No decorrer da pesquisa foi possível observar nas falas dos idosos certa tendência em negar a automedicação. Apesar disso, as evidências revelam o contrário, a automedicação é fato. Essa prática faz parte do autocuidado, mas também é resultado de elementos econômicos, sociais, culturais, comunicacionais, que nem sempre englobam o aspecto da saúde como um fenômeno multideterminado.

Em se tratando de idosos a automedicação deve ser vista com mais atenção, em razão dos vários aspectos que envolvem o processo de envelhecimento.

Trouxeram à tona o uso concomitante de medicamentos prescritos, não-prescritos e plantas medicinais. Em relação aos prescritos observou-se a polimedicação, (entre 01 - 09), destacando-se entre outras doenças a hipertensão, o diabetes e as cardíacas. No que se refere aos não – prescritos utilizavam medicamentos tarjados e não-tarjados. Aqueles, isentos de prescrição e os não-tarjados, que deveriam ser vendidos somente com a apresentação da prescrição, seja médica ou odontológica. Os analgésicos e os anti-inflamatórios foram as categorias que mais se evidenciaram, seguidas de polivitamínicos, antigripais, relaxantes musculares e xaropes. Na pesquisa surgiram em torno de 41 plantas medicinais, utilizadas na forma de chás, com finalidades diferentes da literatura e até mesmo não sabendo para qual uso eram destinadas.

É preciso lembrar que a automedicação é uma forma de amenizar sintomas, mas também pode mascarar a patologia. Assim, como decorrência dessa prática pôde-se observar no grupo de idosos as decorrências advindas desse hábito gera alterações orgânicas e psicológicas, dentre elas hipersensibilidade ao medicamento, reações alérgicas e até mesmo a institucionalização hospitalar, onerando os sistemas públicos de saúde.

As motivações que levam ao processo da automedicação estão interligadas, isso significa que não há uma relação direta de causa e efeito, mas originárias de vários determinantes.

A sociedade estabeleceu como pressuposto, desde os meados da Revolução Industrial, o jovem, o produtivo e o saudável. O idoso, por não se enquadrar nesses padrões, encontra como uma das poucas alternativas de atenção à saúde o sistema disponibilizado pelo poder público, reconhecido muitas vezes por sua ineficácia e por ser dispendioso. Fora a alternativa disponibilizada pelo poder público, restam as drogarias e farmácias como opção de se manter sem doença.

Ainda sobre as motivações que levam os idosos à automedicação cabe lembrar que embora hoje as propagandas sejam fiscalizadas, a mídia exerce um papel muito convincente sobre essa população no sentido de aquisições desnecessárias de medicamentos. Ficou claro que as “opiniões” e “sugestões” de vizinhos, parentes e amigos são extremamente consideradas conduzindo para a automedicação.

Parece importante esclarecer que os participantes da pesquisa compõe uma população muitas vezes solitária, de viúvas, carentes, e o fato de uma pessoa indicar um medicamento para a outra pode ser tratada como um alívio, um acalento, um cuidado.

Durante a pesquisa surgiram falas como “ouviram falar” e questionadas alegaram que essa prática passava de uma geração para outra, principalmente no que se refere às plantas medicinais, mesmo referindo-se a informações desconstruídas.

O processo de formação dos profissionais da saúde, aqui o farmacêutico inserido numa equipe multidisciplinar, fundamentados em uma perspectiva mais abrangente dos papéis sociais e do papel social do estado na gestão da saúde pública pode desmistificar a figura do idoso. Tal processo se iniciou nos primeiros anos dos bancos escolares onde as crianças aprendem a associar a figura do idoso com algo feio, ligado à dor, a medicamentos, dependentes, doentes, senis, enfim, a um período negativo da vida. Salienta-se ainda a necessidade de incluir nos currículos acadêmicos disciplinas voltadas ao envelhecimento humano, preparando futuros profissionais a lidar de forma mais tranquila com um processo que é nato do ser humano.

Enquanto os profissionais da saúde como o médico, o enfermeiro, o psicólogo, o dentista, cuidam dos seus pacientes, o farmacêutico necessita cuidar dessa população medicalizada. Assim, o farmacêutico deve exercer sua profissão com ética, respeitando os princípios da dignidade humana, isto é, o bem-estar do paciente. A não observância dos preceitos estabelecidos podem levar o profissional a arcar com implicações éticas,

civis e criminais. Cabe ressaltar ainda a extensão da responsabilidade que o farmacêutico assume ao se tornar responsável técnico de uma drogaria e/ou farmácia. Assim é necessário esclarecer que não responde só pelos seus atos técnicos, como também solidariamente por atos de terceiros sob sua responsabilidade, e que muitas vezes não tem dimensão dessa problemática.

De forma geral, pode-se dizer que a automedicação além de ser prejudicial à saúde e também utilizada como alternativa para manter-se saudável poderá trazer implicações legais para o profissional farmacêutico. Essa barreira poderá ser amenizada ou ultrapassada através de um processo educacional e de rigorosas mudanças no sistema de saúde.

REFERÊNCIAS

ALVES, A. R.; SILVA, M. J. P. O uso da fitoterapia no cuidado de crianças com até cinco anos em área central e periférica da cidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 85-91, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. *Diagnóstico situacional da promoção de medicamentos em unidades de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Anvisa, 2010a. 180p. Disponível em: <portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/6567a80047457a738711d73fbc4c6735/Relatorio_UBS_final_jan2011.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 18 mar. 2011.

_____. Resolução-RDC nº 14, de 31 de março de 2010. Dispõe sobre o registro de medicamentos fitoterápicos. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5. abr. 2010b. Disponível em: <www.crfma.org.br/site/arquivos/legislacao/resolucoesinstructoesnormativasdaanvisa/RDC%2014%202010.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2011.

_____. Medicamentos fracionados ganham nova resolução da Anvisa. *Anvisa Publica, Notícias da Anvisa*, Brasília, 12 maio 2006. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/120506_1.htm>. Acesso em: 10 mar. 2011.

_____. *Medicamentos fitoterápicos*. 2003. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/medicamentos/fitoterpicos/definicao.htm>. Acesso em: 1 mar. 2011.

ARAÚJO, T.; VIEIRA, P. Verdades inconvenientes sobre a indústria dos remédios. *Superinteressante*, São Paulo, n. 269, p. 84-89, set. 2009.

BARBOZA, H. H. G. Princípios da bioética e do biodireito. *Bioética*, Brasília, v. 8, n. 2, p. 209-216, 2000. Disponível em: <revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/276/275>. Acesso em: 2 out. 2009.

BAUER, M. W.; GASKEL, G.; ALLUN, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. [Trad. Pedrinho Guareschi]. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 17-36.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. *Principles of biomedical ethics*. New York: Oxford University, 1989.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. [Trad. Maria Helena Franco Monteiro]. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

BEERS, M. H. et al. Explicit criteria for determining inappropriate medication use in nursing home residents. *Archives of Internal Medicine*, v. 151, n. 9, p. 1825-1832, Sept. 1991. Disponível em: <archinte.ama-assn.org/cgi/content/abstract/151/9/1825>. Acesso em: 9 fev. 2011.

BITTAR, E. C. B. *Curso de ética jurídica: ética geral e profissional*. 5. ed. São Paulo: Saraiva, 2007. 624p.

BORBA, A. M.; MACEDO, M. Plantas medicinais usadas para a saúde bucal pela comunidade do bairro Santa Cruz, Chapada dos Guimarães, MT, Brasil. *Acta Botanica Brasilica*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 771-782, 2006.

BORTOLON, P. C. et al. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1219-1226, jul./ago. 2008.

BORTOLON, P. C.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; ASSIS, M. Automedicação versus indicação farmacêutica: o profissional de farmácia na atenção primária à saúde do idoso. *Revista APS*, Juiz de Fora, v. 10, n. 2, p. 200-209, jul./dez. 2007.

BOYNE, J. *O menino do pijama listrado*. [Trad. Augusto Pacheco Calil]. São Paulo: Companhia das Letras, 2007. 186p.

BRANDÃO, P. T.; SALDANHA, C. B.; FERNANDES, T. B. Bioética e biodireito. In: CARLIN, V. I. (Org). *Ética e bioética: novo direito e ciências médicas*. Florianópolis: Terceiro Milênio, 1998. p. 39-49.

BRASIL. *Constituição Federal*. 5 ed. Barueri: Manole, 2008.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Bioética e vigilância sanitária*. Brasília: Anvisa, 2007. 156p. Disponível em: <www.anvisa.gov.br/propaganda/bioetica_vigilancia_sanitaria.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. Disponível em: <189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca19.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica. *Política nacional de plantas medicinais e fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_fitoterapicos.pdf>. Acesso em: 17 maio 2012.

_____. Lei nº 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 11 fev. 1999. Disponível em: <<http://www2.camara.gov.br/legin/fed/lei/1999/lei-9787-10-fevereiro-1999-351613-norma-pl.html>>. Acesso em: 17 maio 2012.

_____. Lei nº 8.078, de 11 de setembro de 1990. Dispõe sobre proteção do consumidor, e dá outras providências. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, 12 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em: 17 maio 2012.

_____. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o Controle Sanitário do Comércio de Drogas, Medicamentos, Insumos Farmacêuticos e Correlatos, e dá outras Providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 19 dez. 1973. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L5991.htm>. Acesso em: 17 maio 2012.

BRASILEIRO, B. G. et al. Plantas Medicinais utilizadas Pela População atendida no "Programa de Saúde da Família", Governador Valadares, MG, Brasil. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, São Paulo, v. 44, n. 4, out./dez. 2008.

BRUNDTLAND, G. H. Global partnerships for health. *WHO Drug Information*, v. 13, n. 2, p. 61-64, 1999.

CARLIN, V. I. *Deontologia jurídica: ética e justiça*. Florianópolis: Obra Jurídica, 1996.

CAVALIERI FILHO, S. *Programa de responsabilidade civil*. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 588p.

CHAIB, L. F. A responsabilidade civil dos fabricantes e fornecedores de produtos farmacêuticos. *Revista Jus Navigandi*, Teresina, ano 10, n. 566, 24 jan. 2005. Disponível em: <jus.com.br/revista/texto/6207/a-responsabilidade-civil-dos-fabricantes-e-fornecedores-de-produtos-farmaceuticos>. Acesso em: 19 nov. 2010.

COELHO, F. U. *Curso de direito civil*. 8. ed. v. 2. São Paulo: Saraiva, 2004.

COHEN, C. Por que pensar a Bioética? *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 6, p. 473-474, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Código de ética farmacêutica. *ConScientiae Saúde*, UNINOVE, São Paulo, v. 3, p. 139-145, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE - CNS. Resolução MS/CNS nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 16 out. 1996. Seção 1, p. 21082. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em: 11 mar. 2011.

_____. Comissão Intersetorial de Práticas Integrativas do Controle Social no SUS. Esclarecimento do Conselho Nacional de Saúde à População Brasileira frente às recentes e negativas reportagens veiculadas na mídia sobre plantas medicinais e fitoterapia. *Assessoria de Comunicação do CNS*, Brasília, 1 out. 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/08_out_plantas_medicinais.htm>. Acesso em: 17 maio 2012.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. *Legislação*. 2004. Disponível em: <www.crf-rj.org.br/crf/legislacao/leis/Legis_res_cff_417_de_2004.asp>. Acesso em: 15 nov. 2010.

_____. *Código de ética da profissão farmacêutica – comentado*. 2006. Disponível em: <www.crf-rj.org.br/crf/pagina/C%C3%B3digo%20de%20%C3%89tica%20Comentado>. Acesso em: 15 nov. 2010.

CUNHA, P. C; SILVA, A. P.; ROQUE, O. R. *Plantas e produtos vegetais em fitoterapia*. Lisboa: Fundação CalousteGulbenkian, 2003. 702p.

DINIZ, M. H. *Curso de direito civil brasileiro*. 17. ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FERRAES, A. M. B.; CORDONI JUNIOR, L. Medicamento, farmácia, farmacêutico e o usuário: novo século, novas demandas. *Revista Espaço para Saúde*, Londrina, v. 4, n. 1, dez. 2002. Disponível em: <www.ccs.uel.br/espacoparasaude/pesquisa.htm>. Acesso em: 19 set. 2010.

FICK, D. M. et al. Updating the Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults: results of a US consensus panel of experts. *Archives of Internal Medicine*, v. 163, n. 22, p. 2716-2724, Dec. 2003. Disponível em: <<http://geriatrics.uthscsa.edu/tools/Beers%20Criteria.pdf>>. Acesso em: 23 fev. 2011.

FRANÇA, I. S. X. et al. Medicina popular: benefícios e malefícios das plantas medicinais. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 2, p. 201-208, mar./abr. 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a09v61n2.pdf>. Acesso em: 1 mar. 2011.

FU, A. Z. et al. Potentially inappropriate medication use and healthcare expenditures in the US community-dwelling elderly. *Medical Care*, v. 45, n. 5, p. 472-476, May. 2007.

FUNDAÇÃO OSVALDO CRUZ - FIOCRUZ. Medicamentos são a principal causa de intoxicação por agentes tóxicos no Brasil. *Agência Fiocruz de Notícias: saúde e ciências para todos*, Rio de Janeiro, 14 ago. 2009. Disponível em: <www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=2788&sid=3>. Acesso em: 20 set. 2009.

GAMA, M. A. X.; SILVA, M. J. P. A utilização da fitoterapia por idosos de um Centro de Saúde em área central da cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 11, n. 3, p. 79-84, 2006. Disponível em: <redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=84212137004>. Acesso em: 2 mar. 2011.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKWELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 72-88.

GATTI, B. A. *Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas*. Brasília: Liber, 2005. 77p.

GOLDIM, J. R. Bioética: origens e complexidades. *Revista do Hospital de Clínicas de Porto Alegre*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 86-92, 2006. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/complex.pdf>>. Acesso em: 2 out. 2009.

_____. *Ética, moral e direito*. 2000. Disponível em: <www.bioetica.ufrgs.br/eticmor.htm>. Acesso em: 2 out. 2009.

GONDIM, S. M. G. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 149-161, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2010.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GORZONI, M. L.; FABBRI, R. M. A.; PIRES, S. L. Critérios de Beers-Fick e medicamentos genéricos no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 54, n. 4, p. 353-356, 2008. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v54n4/21.pdf>. Acesso em: 23 fev. 2011.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.; FRANCO, F. M. M. *Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. 3 ed. Rio de Janeiro: Objetiva, 2008.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. *Dados do Censo 2010 publicados no Diário Oficial da União do dia 04/11/2010*. 2010. Disponível em: <www.censo2010.ibge.gov.br/dados_divulgados/index.php?uf=43>. Acesso em: 16 nov. 2010.

_____. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade. 1980-2050*. Rio de Janeiro: IBGE, 2008. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/projecao.pdf>. Acesso em: 8 mar. 2012.

IBOPE. Uma receita de crescimento. [S. l.; s. n.], Seção Notícias, Mercado Farmacêutico, IBOPE Media. 3 ago. 2007. Disponível em:

<www.ibope.com.br/calandraWeb/servlet/CalandraRedirect?temp=6&proj=PortalIBOPE&pub=T&db=caldb&comp=pesquisa_leitura&nivel=null&docid=39D9D357CF0F629F8325732C006D37FF>. Acesso em: 17 mar. 2011.

JESUS, P. R. C. As palavras e seus efeitos na propaganda de medicamentos no Brasil: uma análise semiótica, midiática e ética. In: *Congresso Latinoamericano de*

Investigadores de La Comunicación, 7, 2004, La Plata. *Anais eletrônicos...* La Plata: Asociación Latinoamericana de Investigadores de la Comunicación - ALAIC, 2004. Disponível em: <www.paularenata.com/downloads/palavras_efeitos.pdf>. Acesso em: 18 mar. 2011.

KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. [Trad. Paulo Quintela]. Lisboa: Edições 70, 1995. 150p.

KATZUNG, B. G. Aspectos especiais da farmacologia geriátrica. In: KATZUNG, B. G. *Farmacologia básica e clínica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 844-850.

LAROCHE, M. L.; CHARMES, J. P.; MERLE, L. Potentially inappropriate medications in the elderly: a French consensus panel list. *European Journal of Clinical Pharmacology*, v. 63, n. 8, p. 725-731, Aug. 2007. Disponível em: <psa.auvergne.free.fr/news1_33/telechargement/potentially_inappropriate_medications_in_the_elderly.pdf> .Acesso em: 19 fev. 2011.

LIGIERA, W. R. Os princípios da bioética e os limites da atuação médica. *Revista Ibero-Americana de Direito Público*, Rio de Janeiro, ano 5, n. 20, p. 410-427, 2005. Disponível em: <www.ligiera.com.br/artigos/principios_da_bioetica.pdf>. Acesso em: 2 out. 2009.

LOCH, J. A. Princípios da Bioética. In: KIPPER, D. J. (Ed.). *Uma introdução à Bioética*. Temas de Pediatria Nestlé, n. 73, 2002. Disponível em: <www.pucrs.br/bioetica/cont/joao/principiosdebioetica.pdf>. Acesso em: 20 set. 2010.

LORENZI, H.; MATOS, F. J. A. *Plantas medicinais no Brasil: nativas e exóticas*. 2. ed. Nova Odessa. São Paulo: Instituto Plantarum, 2008. 576p.

MANUAL MERCK. Biblioteca médica on-line. *Sistemas orgânicos*. 2002. Disponível em: <<http://www.manualmerck.net/?id=27&cn=512&ss=>>>. Acesso em: 18 abr. 2011.

MATOS, M. C. A. *Auto-medicação*. 2005. Disponível em: <www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0048.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2011.

MARCHIONNI, A. *Ética: a arte do bom*. Petrópolis: Vozes, 2008.

MENGUE, S. S.; SCHENKEL, E. P. A questão da automedicação. In: SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S.; PETROVICK, P. R. (Org.). *Cuidados com Medicamentos*. 4. ed. Florianópolis: Editora da UFSC; Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004. p. 224.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004a.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004b. 269p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos. *Programa nacional de plantas medicinais e fitoterápicos*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de ciência, tecnologia e insumos estratégicos, 2007. Disponível em: <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_plantas_medicinais_fitoterapia.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2011.

MORAIS, J. A medicina doente. *Revista IstoÉ*, São Paulo, ano 15, n. 5, p. 48-58, maio 2001.

NASCIMENTO, J. S. F. Farmacologia e terapêutica na velhice. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 618-623.

NAVES, J. O. S. et al. Automedicação: Uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1751-1762, jun. 2010.

NOVAES, M. R. C. G. (Org.). *Assistência farmacêutica ao idoso: uma abordagem multiprofissional*. Brasília: Thesaurus, 2007. 248p.

NOVAES, M. R. C. G.; LOLAS, F.; SEPÚLVEDA, A. Q. *Ética e farmácia: uma abordagem latinoamericana em saúde*. Brasília: Thesaurus, 2009. 456p.

PEPE, V. L. E. "Ao persistirem os sintomas, o médico devera serviços consultado": isto é regulação? *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 12, p. 2724-2725, dez. 2006.

PEREIRA, S. R. M. *Farmacogeriatrics*. In: SILVA, P. *Farmacologia*. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.1198.

PIZZOL, F.; SILVA, T.; SCHENKEL, E. P. Análise da adequação das propagandas de medicamentos dirigidas à categoria médica distribuídas no Sul do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 85-91, jan./mar. 1998.

POLETTI, R. *Introdução ao direito*. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 1996. 326p.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus groups. *International Journal of Quality in Health Care*, v. 8, n. 5, p. 499-504, 1996. Disponível em: <intqhc.oxfordjournals.org/content/8/5/499.full.pdf+html>. Acesso em: 9 fev. 2010.

QUINALHA, J. V.; CORRER, C. J. Instrumentos para avaliação da farmacoterapia do idoso: uma revisão. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 487-500, 2010.

RIBEIRO, A. Q. et al. Qualidade do uso de medicamentos por idosos: uma revisão dos métodos de avaliação disponíveis. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1037-1045, out./dez. 2005.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Centro de Informação Toxicológica. *Toxicovigilância – toxicológica clínica: dados e indicadores selecionados*. Rio Grande do Sul – 2008/2009. Porto Alegre: CIT/RS, 2009. 99 p.

RIZZARDO, A. *Responsabilidade civil: lei nº 10.406, de 10.01.2002*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2007. 953p.

RODRIGUES, S. *Direito civil*. 20. ed. v. 4. São Paulo: Saraiva, 2003.

SANTIN, J. R. A dignidade da pessoa humana e os direitos sociais do idoso no Brasil. In: SANTIN, J. R.; VIEIRA, P. S.; TOURINHO FILHO, H. (Coord.) *Envelhecimento humano: saúde e dignidade*. Passo Fundo: Edupf, 2005. p. 75-103.

SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. Bioética, dignidade humana e direitos fundamentais. In: SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. (Org.). *Bioética e envelhecimento humano: inquietudes e reflexões*. v. 1. Passo Fundo: Berthier, 2010. p.19-35.

SANTIN, J. R.; BETTINELLI, L. A. Envelhecimento e doenças crônicas: autonomia e direitos fundamentais. In: POMATTI, D. M. et al. (Org.). *Doenças crônicas: múltiplas abordagens*. v. 1. Passo Fundo: Berthier, 2009. p. 15-25.

SANTOS, J. S. *Farmácia brasileira: utopia e realidade*. Brasília: Wmoura Editora, 2003. 260p.

SAPAG-HAGAR, M. N. Ética, bioética, moral e lei: conceitos básicos. In: NOVAES, M. R. G.; LOLAS, F.; SEPÚLVEDA, A. Q. *Ética e farmácia. uma abordagem latinoamericana em saúde*. Brasília: Thesaurus, 2009. p. 29-58.

SARLET, I. W. *Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na constituição federal de 1988*. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2001. 152p.

SCHWAMBACH, K. H. *Utilização de plantas medicinais e medicamentos no autocuidado no município de Teutônia, RS*. 98p. Dissertação. (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

SEGRE, M. Definição de bioética e sua relação com a ética, deontologia e diceologia. In: SEGRE, M.; COHEN, C. (Org.). *Bioética*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1995. p.23-30.

SILVA, P. *Farmacologia*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 416p.

SILVA, P. *Farmacologia*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 1374p.

SILVA, A. S.; JUNGES, F. A evolução da regulamentação da propaganda e publicidade de medicamentos no brasil: rdc 96/08 versus 102/00. 2010. Disponível em: <www.cpgls.ucg.br/home/secao.asp?id_secao=3148>. Acesso em: 17 mar. 2011.

SILVA L. R.; VIEIRA, E. M. Conhecimento dos farmacêuticos sobre legislação sanitária e regulamentação da profissão. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 429-437, jun. 2004.

SILVA, F. L. A.; OLIVEIRA, R. A. G.; ARAÚJO, E. C. Uso de plantas medicinais pelos idosos em uma Estratégia Saúde da Família. *Revista de Enfermagem da UFPEOnLine*, Recife, v. 2, n. 1, p. 9-16, 2008.

SISTEMA NACIONAL DE INFORMAÇÕES TOXICO FARMACOLÓGICAS – SINITOX. *Registro de intoxicações. Dados regionais*. 2008. Disponível em: <www.fiocruz.br/sinitox_novo/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=9>. Acesso em: 9 fev. 2011.

STOCO, R. *Tratado de responsabilidade civil: responsabilidade civil e sua interpretação doutrinária e jurisprudencial*. 5. ed. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2001. 1853p.

TEIXEIRA, E. R.; NOGUEIRA, J. F. O uso popular de ervas terapêuticas no cuidado com o corpo. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 231- 241, ago. 2005.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

VÁSQUEZ, A. S. *Ética*. 18. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1998. 302p.

VENDRAMINI, P. F.; TOZONI-REIS, M. F. C.; MING, L. C. O uso de plantas medicinais entre idosos: uma parceria de saberes em educação ambiental. *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, Rio Grande, v. 20, jan./jun. 2008. Disponível em: <www.remea.furg.br/edicoes/vol20/art32v20.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2011.

VIEIRA, F. S. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 213-220, jan./mar. 2007.

World Health Organization- WHO. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology, Guidelines for ATC classification and DDD Assignment 2009. Oslo: World Health Organization, 2008. Disponível em: <www.whocc.no/atcddd>. Acesso em: 17 mar. 2011.

_____. *The role of the pharmacist in self-care and self-medication*. The Hague, The Netherlands: Department of Essential Drugs and Other Medicines, World Health Organization, 1998. 15p. Disponível em: <www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/who-dap-98-13.pdf>. Acesso em: 16 fev. 2011.

YAMEY, G. Tobacco industry satire fails to ignite: Hollywood portrayal of antics of smoking lobbyists pales in comparison to real life. *British Medical Journal*, v. 332, n. 7546, p. 920, Apr. 2006. Disponível em: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1440633/pdf/bmj33200920.pdf>. Acesso em: 7 mar. 2012.

APÊNDICES

Apêndice A. Resoluções e outros documentos (CD-ROM)

- Anexo A - Código de ética da profissão farmacêutica
- Anexo B - Cuidados com a medicação
- Anexo C - Resolução - RDC nº 138, de 29 de maio de 2003
- Anexo D - Lista de grupos e indicações terapêuticas especificadas (GITE)
- Anexo E - Resolução - RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009
- Anexo F - Resolução - RDC nº 44, de 26 de outubro de 2010
- Anexo G - Lista dos antimicrobianos registrados na Anvisa
- Anexo H - Plantas medicinais

Resoluções e outros documentos(CD-ROM)



