

Automedicação em Indivíduos com Osteoartrose Atendidos em uma Unidade Básica de Saúde

Self-Medication in Individuals with Osteoarthritis Assisted in a Primary Care Facility

GEZILAINE RODRIGUES TORRES¹
ALINE FERNANDA BARBOSA BERNARDO²
ANA LUÍSA BODSTEIN MUNIZ DE FARIA³
FRANCIELE MARQUES VANDERLEI⁴
MARIA RITA MASSELI⁵
LUIZ CARLOS MARQUES VANDERLEI⁶

RESUMO

Introdução: osteoartrose (OA) é uma das perturbações musculoesqueléticas com o maior complexo sintomatológico. Os indivíduos acometidos utilizam a automedicação como método mais acessível e prático para os sintomas, porém esse ato pode promover gastos desnecessários, atraso no diagnóstico e na terapêutica. **Objetivo:** verificar a prevalência da automedicação em portadores de OA, além de comparar entre os indivíduos que fazem ou não a automedicação, características pessoais, da patologia e da automedicação. **Material e métodos:** 58 indivíduos com OA foram divididos em dois grupos de acordo com a automedicação. Voluntários responderam um questionário para caracterização da população, da patologia e hábito da automedicação. Foram avaliados peso, estatura, circunferência de abdômen, cintura e quadril. Estatística descritiva, teste de Goodman e teste *t* de Student foram utilizados para análise estatísticas com $p < 0,05$. **Resultados:** 60,4% dos voluntários se automedicam. Nessa população o diagnóstico de OA foi relatado em mais de uma articulação (48,7%), maior presença de dor constante e noturna. Não houve diferenças entre os grupos para locais anatômicos, medicamentos utilizados, valores da escala visual analógica (EVA) e classe socioeconômica. Voluntários que se automedicam apresentam menores valores de peso, estatura e circunferência abdominal. Não foram encontradas associações entre os grupos e os valores de EVA e classe socioeconômica. **Conclusão:** existe alta prevalência de automedicação. Aqueles que se automedicam apresentam níveis de dor entre 6 e 8, e os analgésicos e anti-inflamatórios são os mais utilizados, seguidos de variadas técnicas para controle da dor. Não há associação entre utilização da automedicação e os valores de escala de dor e as classes socioeconômicas.

DESCRIPTORIOS

Osteoartrose. Saúde Pública. Automedicação. Dor Articular.

ABSTRACT

Introduction: Osteoarthritis is considered one of the most symptomatically complex musculoskeletal disorders. Affected individuals often use self-medication as a more accessible and practical method to alleviate their symptoms. However, this act can promote unnecessary spending, as well as delay in diagnosis and treatment. **Objective:** To verify the prevalence of self-medication in patients with osteoarthritis, and perform a comparative analysis between these individuals and those who do not self-medicate. The analysis addressed topics concerning personal features, pathology and self-medication profile. **Material and Methods:** A total of 58 individuals with osteoarthritis were divided into two groups according to self-medication. Volunteers answered a questionnaire addressing the study population profile, characteristics of the disease and self-medication habits. Weight, height, abdominal circumference, waist circumference and hip circumference were evaluated. Descriptive statistics, Goodman test and Student's *t* test were used for statistical analysis, with $p < 0.05$. **Results:** 60.4% of the volunteers reported the habit of self-medication. In this population, osteoarthritis was diagnosed in more than one joint (48.7%), with greater constant, nocturnal pain. There were no differences between groups concerning anatomical sites, used drugs, visual analogic scale (VAS) values and socioeconomic profile. The volunteers who self-medicate showed lower weight, height and waist circumference measurements. There were no associations between the groups and the VAS values and socioeconomic class. **Conclusions:** A high prevalence of self-medication was found. The individuals who self-medicate showed pain levels between 6 and 8. They usually take analgesics and anti-inflammatory drugs, followed by various techniques for pain control. There was no association between self-medication and the pain scale values and socioeconomic class.

DESCRIPTORS

Osteoarthritis. Public Health. Self Medication. Arthralgia.

- 1 Fisioterapeuta. Estudante de Graduação. Faculdade de Ciências e Tecnologia. FCT/UNESP. Presidente Prudente-SP. Brasil.
- 2 Fisioterapeuta. Mestre em Fisioterapia. Faculdade de Medicina do ABC. Presidente Prudente-SP. Brasil.
- 3 Fisioterapeuta. Faculdade de Ciências e Tecnologia. FCT/UNESP. Presidente Prudente-SP. Brasil.
- 4 Fisioterapeuta. Doutora em Ciências da Saúde. Faculdade de Ciências e Tecnologia. FCT/UNESP. Presidente Prudente-SP. Brasil.
- 5 Fisioterapeuta. Professora Doutora do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia. FCT/UNESP. Presidente Prudente-SP. Brasil.
- 6 Fisioterapeuta. Professor Doutor do Departamento de Fisioterapia da Faculdade de Ciências e Tecnologia. FCT/UNESP. Presidente Prudente-SP. Brasil.

A osteoartrose (OA), uma das perturbações musculoesqueléticas mais prevalentes no mundo na população idosa¹, é uma doença caracterizada pela degeneração da cartilagem articular, hipertrofia nas margens dos ossos e alterações na membrana sinovial que pode afetar qualquer articulação².

Nos indivíduos com OA a mobilidade está limitada em 80% dos casos e 25% são incapazes de realizar atividades cotidianas, além disso, dor, incapacidade, redução da qualidade de vida e aumento do risco de morbidade e mortalidade são comumente encontradas na OA².

A dor é o sintoma mais importante da OA e a razão pela qual os indivíduos procuram tratamento³, contudo, estima-se que 70% dos pacientes com a patologia recorrem a algum tipo de intervenção sem prescrição médica para tratar os sintomas articulares, embora uma grande parcela deles já tenha alguma medicação prescrita².

Por possuir uma sintomatologia diversa e complexa envolvendo dor, rigidez matinal, crepitação óssea, atrofia muscular que promovem debilidades e limitações⁴, os indivíduos acometidos podem avaliar a automedicação como um método mais acessível e prático para o controle dos sintomas⁵. Apesar de tal prática trazer uma série de fatores agravantes ao estado de saúde do indivíduo no Brasil há escassez de estudos relacionados ao tema, o que compromete um diagnóstico da real situação no país.

Essa é uma temática importante que merece atenção, pois, particularmente entre os idosos, desvantagens da automedicação como gastos desnecessários, atraso no diagnóstico e na terapêutica adequados, potenciais riscos de interações com os medicamentos prescritos, resistência bacteriana, reações adversas e intoxicação são fundamentais e devem ser consideradas⁵.

Portanto, o objetivo desse estudo foi verificar a prevalência da automedicação em indivíduos com OA que são atendidos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Presidente Prudente e comparar, entre os indivíduos que praticam ou não a automedicação, características pessoais e antropométricas, presença de dor constante e noturna, locais anatômicos acometidos, medicamentos e procedimentos utilizados.

Além disso, o estudo pretende avaliar a associação entre a automedicação e os valores da escala visual analógica e a classe socioeconômica dessa população.

MATERIAL E MÉTODOS

Casuística

Trata-se de um estudo de caráter descritivo transversal com uma amostra de 58 pacientes com diagnóstico médico de OA, sendo 15 homens e 43 mulheres com idade entre 40 e 79 anos, todos frequentadores de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Presidente Prudente.

Não foram incluídos no estudo, voluntários que possuíam outras patologias reumatológicas, como artrite reumatóide, além de indivíduos que tinham histórico de lesão traumática bem como aqueles que não compreenderam os questionamentos ou não concordaram em participar do estudo.

Os voluntários foram devidamente informados sobre os procedimentos e objetivos deste estudo, e após concordarem, assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido. Todos os procedimentos utilizados foram aprovados pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências e Tecnologia - UNESP (CAAE: 26291714.8.0000.5402/ Parecer: 606.935) e obedeceu à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde de 12/12/2012.

Coleta de Dados

Os dados foram coletados por meio de entrevistas individuais, no período de janeiro a maio de 2014, abordando a automedicação no último mês, além de características pessoais e patológicas da OA. Para evitar a interferência na dinâmica e rotina da UBS, os voluntários foram abordados na recepção e convidados a participarem da pesquisa.

Os pacientes que eram elegíveis e que concordaram em participar do estudo, responderam ao questionário proposto, estruturado para coleta das seguintes informações: identificação e perfil socioeconômico do paciente, local anatômico o qual havia o diagnóstico de OA, realização de automedicação, classe de medicamento ou procedimento utilizado, presença e

características da dor. Após a aplicação do questionário os voluntários tiveram suas medidas antropométricas avaliadas (peso, altura, circunferência de abdômen e quadril). Todos esses procedimentos foram realizados por uma equipe orientada e treinada.

Questionário do estudo

O questionário para obtenção dos dados foi composto por 28 questões contendo informações para caracterização dos voluntários (nome, idade, sexo, estado civil e perfil socioeconômico), da patologia (local anatômico da OA, presença de dor constante e dor noturna) e hábito de automedicação (se seguia conselhos de terceiros, qual a classe do medicamento utilizado, quantas vezes ao dia, por quanto tempo fez uso da medicação e orientações da bula). Além disso, o questionário continha questões sobre a realização de atividade física e fisioterapia como tratamento complementar aos sintomas de OA.

Os locais anatômicos citados foram agrupados em coluna, membros superiores e membros inferiores. Para as questões referentes ao uso de medicamentos, considerou-se automedicação como sendo o consumo, no último mês, referido pelo entrevistado, de medicamentos sem prescrição ou prescrito por profissional não habilitado, procedimentos indicados por leigos (parente, amigo ou vizinho) ou realizados por conta própria e reaproveitamento de prescrições/terapias anteriores.

As questões referentes à classe socioeconômica foram feitas de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), um instrumento de segmentação econômica que utiliza o levantamento de características domiciliares (presença e quantidade de alguns itens domiciliares de conforto e grau de escolaridade do chefe de família) para diferenciar a população. O critério atribui pontos em função de cada característica domiciliar e realiza a soma destes pontos. É feita então uma correspondência entre faixas de pontuação do critério e estratos de classificação econômica definidos por A1, A2, B1, B2, C1, C2, D e E.⁶

Para garantir a fidedignidade das informações colhidas inicialmente, foi realizado um treinamento com a equipe para ajustar o procedimento de coleta de dados e testar o questionário. Esse treinamento permitiu o

aprimoramento do questionário e um contato dos entrevistadores com o método em uso, evitando deste modo, possíveis erros na execução da coleta de dados.

Avaliações Antropométricas

A avaliação antropométrica foi realizada numa sala reservada dentro da UBS. Para mensuração do peso e da estatura foi utilizada balança digital com estadiômetro (marca Balmak®, modelo New-Bk F/FA, Brasil). Os pacientes foram orientados a retirar os sapatos e acessórios dos bolsos e então, subir na balança de frente para o visor com distribuição simétrica do peso corporal em ambos os pés. E para a mensuração da estatura, o paciente foi orientado a permanecer de costas para o estadiômetro com os pés unidos e com olhar na linha do horizonte.

O índice de massa corporal (IMC) foi obtido pela divisão da massa corporal em quilogramas pela estatura em metros elevada ao quadrado e para a classificação dos pacientes foram utilizados os valores de referência segundo as Diretrizes Brasileiras de Obesidade de 2009.⁷

Para mensuração das circunferências foi utilizada uma fita métrica com o indivíduo em posição ortostática, com braços abertos e com a área a ser medida exposta. Três circunferências foram medidas: da cintura, do abdômen e do quadril. A circunferência da cintura foi realizada no menor perímetro ou abaixo das últimas costelas, a medida de circunferência de abdômen foi realizada na linha do umbigo ou no local com maior volume entre a espinha ilíaca ântero superior e a última costela. Para medida de circunferência de quadril foi utilizada a região de maior massa glútea ou na linha do trocânter maior do fêmur.

Para avaliação de intensidade da dor utilizou-se a Escala Visual Analógica (EVA) composta por uma linha reta numerada de 0 a 10, no qual o zero foi considerado ausência de dor e dez, dor extrema. A EVA é uma medida altamente sensível que é simples de usar e que pode aumentar a praticidade de medição de resultados. O indivíduo deveria dizer qual nível de dor na articulação acometida pela OA.⁸

Análise Estatística

Estatística descritiva foi realizada para caracterização da amostra estudada e os resultados foram apresentados com valores de média, mediana,

desvio padrão, números absolutos e relativos. A comparação entre local anatômico, tipo de medicamento, escala visual analógica e classe socioeconômica entre os grupos 1 e 2 foi realizada por meio do teste de *Goodman* para contrastes entre e dentro de populações multinomiais.

Para análise das variáveis que caracterizam os grupos, inicialmente foi testada a normalidade dos dados por meio da aplicação do teste de *Shapiro-Wilk*. A comparação das variáveis entre os grupos 1 e 2 foi realizada por meio do Teste *t de Student* para dados não pareados, uma vez que foram consideradas normais após teste de normalidade. Diferenças nesses testes foram consideradas significantes quando o valor de "*p*" foi menor que 0,05.

RESULTADOS

Os 58 voluntários analisados foram divididos em 2 grupos, sendo o Grupo 1 composto por voluntários que não realizavam a automedicação ($n = 23$; 39,6%) e o Grupo 2 pelos voluntários que às vezes ou sempre realizavam automedicação ($n = 35$; 60,4%). Dos voluntários que realizam a automedicação 30 são do sexo feminino, 27 casados e 23 sedentários, enquanto que, dos que não realizam a automedicação 13 são do sexo feminino, 16 casados e 18 sedentários.

A Tabela 1 mostra os dados antropométricos desses voluntários de acordo com o grupo estudado.

Nota-se diferenças estatisticamente significantes para as variáveis peso, altura e CA, sendo que os indivíduos que realizam a automedicação apresentam menores valores para essas variáveis. Dos indivíduos que não fazem automedicação 34,8% estão com sobrepeso e 60,9% são obesos, enquanto que, para o grupo que realiza a automedicação 54,3% estão com sobrepeso e 34,3% apresentam obesidade.

A presença de OA foi referida em mais de um local anatômico por 48,7% dos entrevistados. Dos 23 indivíduos que não realizam a automedicação 15 (65,2%) relatam ter dor constante e 18 (83,3%) dor noturna, enquanto que, para o grupo que se automedica esses valores são de 21 (60%) e 28 (80%), respectivamente.

A distribuição dos locais anatômicos segundo o grupo está apresentada na Tabela 2. Observou-se diferenças em relação aos locais anatômicos dentro de cada grupo e, apesar de não existir diferenças entre os grupos para os locais anatômicos, os indivíduos que se automedicam apresentam uma quantidade maior de OA em diversas articulações. No Grupo 1 as maiores prevalências de OA são para o joelho (31,7%), coluna

(26,7%) e quadril (17,7%) e para o Grupo 2 na coluna (42,0%) seguida pelo joelho (34,8%).

Na Tabela 3 encontra-se a distribuição dos medicamentos utilizados pelos grupos estudados. Nota-se diferenças em relação aos medicamentos dentro de cada grupo e, apesar de não existir diferenças entre os grupos para os medicamentos, os indivíduos que se automedicavam tomavam uma quantidade maior de medicamentos.

Além dos medicamentos utilizados, dos voluntários que não realizam automedicação 21,7% faziam compressas e 17,4% utilizavam pomada, gel ou spray. Já para o grupo da automedicação as prevalências de outros cuidados são maiores, sendo 40,0% compressas, 77,1% pomada, gel ou spray, 8,6% homeopatia, 14,3% acupuntura, 11,4% fitoterapia e 11,4% outros cuidados.

A Tabela 4 mostra a associação entre os valores da EVA e a utilização da automedicação. Não foram encontradas diferenças entre os grupos, mas para os indivíduos que se automedicam a faixa de 6-8 da escala de dor da EVA é diferente em comparação a faixa 0-2 dessa escala.

Na Tabela 05 encontramos a associação entre as classes socioeconômicas e a utilização de automedicação. Os dados apontam que para os voluntários que não se medicam, existem diferenças significantes na comparação da classe B1 com as classes C1 e C2, enquanto que, para os voluntários que se automedicam existe diferença entre as classes B1 e C1. Não foram encontradas diferenças nas classes sociais entre os grupos.

DISCUSSÃO

O presente estudo verificou a prevalência da automedicação em indivíduos com OA atendidos em UBS. Os resultados apontaram elevada prevalência da automedicação nessa população. Além disso, os indivíduos que se automedicavam, relataram ter diagnóstico de OA em mais de uma articulação, maior presença de dor constante e de dor noturna em relação aos indivíduos que não se automedicavam. Não houve diferenças entre os grupos para os locais anatômicos, medicamentos utilizados, valores da EVA e na classe socioeconômica. Entretanto, o grupo que se automedicava apresentou maior número de articulações acometidas pela OA em MMII em relação à coluna e MMSS, além de relatarem o uso de uma maior variedade de medicamentos e de outras técnicas analgésicas para o alívio da dor.

Tabela 1. Valores médios, seguidos dos respectivos desvios padrão, dos dados da avaliação antropométrica dos grupos. Presidente Prudente, 2014.

	Grupo 1 (n=23)	Grupo 2 (n=35)	p valor
Peso (kg)	81,06 ± 12,08	73,93 ± 13,39	0,040
Altura (m)	1,62 ± 0,10	1,57 ± 0,07	0,037
IMC (kg/m ²)	30,61 ± 10,32	29,75 ± 4,83	0,472
CC (cm)	96,47 ± 10,32	90,71 ± 12,61	0,063
CA (cm)	104,19 ± 9,07	98,4 ± 12,77	0,048
CQ (cm)	107,26 ± 7,84	104,14 ± 10,92	0,212
RC/Q	0,90 ± 0,08	0,87 ± 0,07	0,187

Teste T para amostras independentes (p<0,05); Legendas: IMC = índice de massa corporal; CC = circunferência da cintura; CA = circunferência abdominal; CQ = circunferência de quadril; RC/Q = relação cintura-quadril; Kg = quilogramas; m = metros; kg/m² = quilogramas por metros quadrados; cm = centímetro.

Tabela 2. Distribuição de frequência, absoluta (n) e relativa (%), dos locais anatómicos da OA segundo os grupos. Presidente Prudente, 2014.

	Coluna	MMSS	MMII
Grupo 1	12 (26,7)	8 (17,9)	25 (55,4)#
Grupo 2	29 (42,0)	8 (11,6)*	32 (46,4)

Abreviação: MMSS (membros superiores); MMII (membros inferiores). Teste de Goodman para contrastes entre e dentro de populações multinomiais. #Diferença em relação ao MMSS; *Diferença em relação à coluna e MMII (p<0,05).

Tabela 3. Distribuição de frequência, absoluta (n) e relativa (%), dos medicamentos utilizados segundo os grupos estudados. Presidente Prudente, 2014.

	Analgésico	Antiinflamatórios	Antibióticos	Corticóides
Grupo 1	8 (32,0)	11 (44,0)#	4 (16,0)	2 (8)
Grupo 2	24 (43,6)*	25 (45,4)*	6 (11,0)	0 (0)

Teste de Goodman para contrastes entre e dentro de populações multinomiais. #Diferença em relação ao corticóide; *Diferença em relação ao antibiótico e ao corticóide (p<0,05)

Tabela 3. Frequência de registros dos extensionistas por tipo de participação. Projeto SABUCOMU, João Pessoa-PB, 2013.

Tipo de participação	Frequência	Percentual
Interação com crianças	38	19,3
Explicação sobre o tema abordado	33	16,8
Divulgação da campanha de vacinação contra hepatite B	21	10,7
Músicas e danças	17	8,6
Escovação	14	7,4
Exame bucal	13	6,6
Outras	60	30,6
Total	196	100,0

Tabela 4. Distribuição de frequência, absoluta (n) e relativa (%) dos valores da Escala Visual Analógica segundo a utilização da automedicação. Presidente Prudente, 2014.

	0-2	3-5	6-8	9-10
Grupo 01	2 (8,7)	6 (26,1)	6 (26,1)	9 (39,1)
Grupo 02	2 (5,7)	9 (25,7)	18 (51,4)*	6 (17,2)

Teste de Goodman para contrastes entre e dentro de populações multinomiais. *Diferença em relação aos valores de 0-2 da EVA.

Em relação às variáveis antropométricas os indivíduos que se automedicam apresentam menores valores de peso, estatura e CA, sendo que 54,3% estão com sobrepeso e 34,3% apresentam obesidade. Não foram encontradas associações entre os grupos e os valores de EVA e classe socioeconômica, notou-se apenas diferenças dentro de cada grupo.

Os resultados apontaram alta prevalência da automedicação na população estudada. Este aspecto não deve ser subestimado por ser uma prática comum na população brasileira, podendo estar relacionada a diversos aspectos⁵, tais como familiaridade com o medicamento, experiências positivas anteriores, a dificuldade de acesso, a insatisfação com a demora nos atendimentos clínicos, a falta de humanização no atendimento, baixa qualidade e resolutividade dos serviços de saúde⁵, dessa forma as farmácias tornam-se uma alternativa de fácil acesso e alívio rápido dos sintomas⁸. Além disso, a automedicação ainda é favorecida pela multiplicidade de produtos farmacêuticos lançados no mercado, a publicidade que cerca esses produtos a exploração do discurso apelativo da dor, a simbolização da saúde que o medicamento pode representar e o incentivo ao autocuidado⁶.

Vale destacar que a automedicação pode acarretar danos à saúde do indivíduo. Os prejuízos mais frequentes decorrentes da automedicação incluem, entre outros, o atraso no diagnóstico ou na terapêutica adequada, efeitos adversos mascarados, que podem gerar problemas mais graves como potenciais riscos de interações com os medicamentos prescritos, resistência bacteriana, reações adversas e intoxicação, podendo levar o indivíduo à internação hospitalar^{9,12}.

Diferentes autores^{1,5,12,16} apontam que a automedicação pode ocorrer em substituição aos serviços de atenção formal de saúde e apesar das orientações e recomendações que existem para a gestão da OA, o uso impróprio de múltiplos medicamentos entre os pacientes, pode representar um encargo adicional para o sistema de saúde, que se adapta ao aumento da prevalência de doenças crônicas¹⁰.

Um estudo realizado em 2008 aponta que em um período de 12 meses, o segmento de medicamentos isentos de prescrição movimentou, no Brasil, cerca de 7,2 bilhões de reais, o equivalente a 28,5% do mercado farmacêutico, o que demonstra o grande consumo de medicamentos sem a prescrição adequada de um profissional da saúde¹¹.

Em relação ao questionamento de dor, os indivíduos que se automedicam apresentam mais relatos de dores constantes e da dor noturna, o que pode estar também, pelo menos em parte, relacionado à automedicação desses indivíduos, porém não foram

encontradas diferenças significantes entre os grupos para os valores relatados na EVA, ou seja, o ato de se medicar parece não influenciar nos valores da EVA. Corroborando com esses dados, pesquisadores¹² demonstraram que 65,26% dos indivíduos que se automedicam, relatam a dor como principal causa dessa prática.

Existe uma similaridade das características antropométricas entre os grupos avaliados neste estudo, contudo não existe uma relação direta de tais características com a prática de automedicação. O mesmo não pode ser relatado ao relacionar com a presença de AO, sendo que tal afirmação pode ser confirmada com obtenção do índice elevado de obesidade e sobrepeso na amostra.

O sobrepeso e a obesidade são considerados fatores de risco importantes para o desenvolvimento de OA pelo dano articular estrutural que promovem especialmente em articulações que suportam peso¹⁵. Este desarranjo mecânico produz respostas inflamatórias, resultando no aumento da dor, sendo essa considerada o principal sintoma da patologia¹⁵. Ainda, observaram que portadores de OA frequentemente apresentam sobrepeso e são fisicamente inativos, fato que corrobora os dados encontrados no presente estudo em ambos os grupos¹⁵.

Em relação aos medicamentos utilizados também não observou-se diferenças entre os grupos, entretanto o grupo que se automedica relatou o uso de uma maior variedade de medicamentos e de outras técnicas analgésicas para o alívio da dor. Independente do grupo, analgésico e anti-inflamatórios foram os medicamentos mais frequentes.

A ampla utilização de analgésicos e anti-inflamatórios deve-se ao fato de que são medicamentos de fácil acesso e são capazes de aliviar rapidamente os sintomas, principalmente em indivíduos que apresentam dores crônicas.⁸ Porém, o uso persistente de anti-inflamatórios aumenta em 90% o risco de efeitos colaterais e complicações gastrointestinais e/ou cardiovasculares, resultando na maior incidência de comorbidade em indivíduos com OA.¹³ Há relatos¹³ que portadores de OA de joelho além de utilizarem analgésicos com mais frequência, alteram constantemente a medicação, o que pode promover complicações como a falta de durabilidade da eficácia e de tolerabilidade a longo prazo.

Quando comparados os locais anatômicos, o grupo sem automedicação apresentou maior acometimento das articulações dos MMII do que

MMSS, enquanto que para o grupo de automedicação o acometimento das articulações dos MMSS foi maior às da coluna e MMII. Não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos com relação às articulações acometidas.

Entre as regiões acometidas pela OA, o joelho e a coluna foram os locais mais mencionados neste estudo seguidos pelo quadril. Uma revisão sistemática¹⁴ referente à OA apresentou dados que corroboram com o resultado encontrado nesse estudo, em que os 71 artigos apresentam a articulação do joelho como a mais acometida, seguido por joelho e quadril.

Não foram encontradas diferenças significantes entre os grupos para os valores relatados na EVA, entretanto 51,4% dos indivíduos que realizam a automedicação apresentaram uma faixa de dor 6 a 8 pela escala. Este fato não ocorreu no outro grupo, em que houve uma distribuição mais similar entre os níveis de dor 3 a 8, sendo de 26,1%. Deste modo, os indivíduos que se automedicam não apresentam níveis de dor extrema (9-10), entretanto a maioria está bastante próximo a esse valor, diferentemente do grupo que não se automedica que apresenta maior índice de dor extrema (39,1%).

É possível que os indivíduos que classificam sua dor como extrema não faça uso de automedicação pelo próprio nível aumentado de dor que os estimula a procurar serviços especializados para sua amenização¹⁰.

Também não foi possível observar diferença significativa em relação às classes socioeconômicas, indicando que a condição socioeconômica do indivíduo parece não influenciar na utilização da automedicação. Porém, foi possível averiguar que 70,69% dos indivíduos entrevistados neste trabalho, ou seja, que frequentam as UBS são da classe C (C1- C2).

Apesar dos resultados encontrados em nosso estudo, outros autores⁹ relataram que mesmo em classes sociais mais privilegiadas, que têm amplo acesso aos serviços médicos, a automedicação ganha espaço, havendo uma tendência para a busca de solução imediata para as enfermidades, a fim de não interromper as atividades cotidianas.⁹

Para finalizar é importante ressaltar as limitações apresentadas pelo estudo. O fato das informações necessárias serem obtidas em uma UBS pode ter induzido os voluntários a suspeitarem que a mesma estivesse realizando um controle e/ou vigilância das medicações utilizadas pelos pacientes. Além disso, os participantes poderiam acreditar em uma iniciativa de tratamento e controle da OA, o que pode ter influenciado as respostas dos participantes, como por exemplo, exacerbando sintomas relatados para demonstrar sua necessidade de tratamento.

CONCLUSÃO

Conclui-se que existe alta prevalência do ato de se automedicar por parte dos indivíduos com OA atendidos em UBS. Não há diferenças entre os grupos que realizam ou não a automedicação para os locais anatômicos, medicamentos utilizados, valores da EVA e na classe socioeconômica, entretanto o grupo que se automedica apresenta maior quantidade de OA em diversas articulações, relatam o uso de uma maior variedade de medicamentos e de outras técnicas analgésicas para o alívio da dor, apresentam menores valores de peso, altura e CA. Além disso, não houve associação da utilização da automedicação com os valores da EVA e as classes socioeconômicas.

REFERÊNCIAS

1. Marin MJS, Cecilio LCO, Perez AEWUF, Santella F, Silva CBA, Filho JRG *et al*. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cadernos de Saúde Pública* 2008;24(7):1545-55.
2. Escalante Y, Savedra JM, Garcia AH, Silva AJ, Barbosa TM. Physical exercise and reduction of pain in adults with lower limb osteoarthritis: a systematic review. *Journal of Back and Musculoskeletal Rehabilitation* 2010;23(4):175-86.
3. Creamer P. Osteoarthritis pain and its treatment. *Current Opinion in Rheumatology* 2000;12(5):450-5.
4. Duarte VS, dos Santos ML, Rodrigues KA, Ramires JB, Arêas GPT, Borges GF. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia em Movimento* 2011;24(1):193-212.
4. Cunha LL, Mayrink WC. Influência da dor crônica na qualidade de vida em idosos. *Revista Dor* 2011;12(2):120-4.

5. Oliveira MA, Francisco PMSB, Costa KS, Barros MBA. Automedicação em idosos residentes em Campinas, São Paulo, Brasil: prevalência e fatores associados. *Cadernos de Saúde Pública* 2012;28(2):335-45.
6. BRASIL, CDC. Critério de Classificação Econômica Brasil. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) 2008.
7. Rasia J, Berlezi EM, Bigolin SE, Schneider RH. A relação do sobrepeso e obesidade com desconfortos musculoesqueléticos de mulheres pós-menopausa. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 2007;4(1):28-38.
8. Naves JDOS, Castro LLC, Carvalho CMSD, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(1):1751-62.
9. Barros e Sá M, Barros JACD, Sá MPBDO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Revista Brasileira Epidemiologia* 2007;10(1):75-85.
10. Driban J, Boehret SA, Balasubranian E, Cattano NM, Glutting J, Sittler MR. Medication and supplement use for managing joint symptoms among patients with knee and hip osteoarthritis: a cross-sectional study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2012;13(47):1-8.
11. Batista AM, Carvalho MCRD. Avaliação da propaganda de medicamentos veiculada em emissoras de rádio. *Ciência e Saúde Coletiva* 2013;18(2):553-61.
12. Monteiro SCM, Azevedo LS, Belfort IKP. Automedicação em idosos de um Programa de Saúde da Família, Brasil. *Infarma Ciências Farmacêuticas* 2014;26(2):90-5
13. Kingsbury SR, Hensor EMA, Walsh CAE, Hochberg MC, Conaghan PG. How do people with knee osteoarthritis use osteoarthritis pain medications and does this change over time? Data from the Osteoarthritis Initiative. *Arthritis Research & Therapy* 2013;15(5):R106.
14. Duarte VS, dos Santos ML, Rodrigues KA, Ramires JB, Arêas GPT, Borges GF. Exercícios físicos e osteoartrose: uma revisão sistemática. *Fisioterapia em Movimento* 2011;24(1):193-212.
15. Brosseau L, Wells GA, Tugwell P, Egan M, Dubouloz CJ, Casimiro L *et al.* Ottawa Panel evidence-based clinical practice guidelines for the management of osteoarthritis in adults who are obese or overweight. *Physical Therapy* 2011;91(6):843-861.
16. Nascimento JDP, Valadão GBM. Automedicação: Educação para prevenção. In: *Anais da Conferência Internacional de Estratégia em Gestão, Educação e Sistemas de Informação (CIEGESI)* 2013;1(1):813-29.

Correspondência

Aline Fernanda Barbosa Bernardo
Rua Roberto Simonsen, 305.
CEP: 19060-900
Presidente Prudente- SP, Brasil.
Email: aliferbb@gmail.com