



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

MARIA SORTÊNIA ALVES GUIMARÃES

**PERFIL E AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA
PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde, Linha de pesquisa Epidemiologia, Saúde e Educação, Área de Concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB.

Orientadora: Profª Drª Maria Fátima de Sousa.

BRASÍLIA – DF

2014

MARIA SORTÊNIA ALVES GUIMARÃES

**PERFIL E AÇÕES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE PARA
PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS NO ÂMBITO DA
ESTRATÉGIA DA SAÚDE DA FAMÍLIA NO MUNICÍPIO DE PALMAS-TO**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Ciências da Saúde, linha de pesquisa Epidemiologia, Saúde e Educação, área de concentração: Saúde Coletiva, pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

Aprovada em 29/10/2014

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Presidente)
Universidade de Brasília

Profa. Dra. Janeth de Oliveira Silva Naves
Universidade de Brasília (Titular membro interno)

Prof. Dra. Noemia Urruth Leão Tavares
Universidade de Brasília (Titular membro externo)

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro
Universidade de Brasília (Suplente membro interno)

Dedico este trabalho

Primeiramente, a Deus, por fortalecer em minha fé o equilíbrio e a sabedoria para conservar firme o propósito de prosseguir a caminhada, mesmo diante dos obstáculos.

Ao meu pai Espedito (in memorian), que mesmo não estando mais entre nós, de alguma forma acompanha minha trajetória e se faz presente mesmo que em pensamento.

À minha guerreira mãe, Carmelita (Ita), pelas orações, por me dar por herança a força e o desejo de aprender, de conhecer, de buscar novos horizontes, me apoiando e incentivando em todos os momentos do meu viver.

A todos meus treze irmãos: Horley, Eustorgio, Dioneto, Espedito, Francisco (in memorian), Grigorio, João Bosco, Haydêe, Hayda, Jair, Luso, Stênia e Alberto, pelo exemplo e união! Se hoje cheguei aqui, devo à contribuição e apoio de vocês. Foram vários tipos de apoio, nenhum menos importante, todos indispensáveis.

Ao meu querido irmão - pai Grigorio, que me dá forças para continuar e persistir em meus sonhos, que me faz lembrar dos meus ideais e me faz querer ser uma pessoa melhor e íntegra a cada dia!

Aos sobrinhos, que vem trilhando no mesmo caminho dos pais, dentro dos preceitos éticos e morais.

A meu pequeno e querido José Carlos, menino mestrando e trabalhador, que já se diz professor e doutor. Compartilhou comigo todas as etapas desta trajetória e construção deste trabalho, onde me acompanhou no período da minha estada em Brasília, dando-me carinho, incentivo, um abraço afetuoso, um sorriso gostoso, e um amor do tamanho do mundo. Obrigada, filho, com certeza você será recompensado.

Ao meu companheiro, Joel Miele, pela compreensão e apoio na minha ausência em tantos momentos importantes para nossa família. Ainda pela lealdade, sensibilidade e companheirismo.

Ao meu sogro e sogra, José Carlos e Nádia Miele, pelo apoio, cuidado e carinho, dispensado em todos os momentos.

A todos os profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde, que, mesmo com as adversidades e complexidades encontradas diariamente, trabalham e lutam pelo fortalecimento do SUS.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Palmas, pela resiliência, que já está incorporado no cotidiano dos seus trabalhos. Admiráveis lutadores sociais nas suas tarefas de acompanharem o dia a dia da saúde das famílias e das comunidades Palmenses.

AGRADECIMENTOS

Agradeço carinhosamente

A minha Orientadora, Dr^a. Maria Fátima de Sousa, pela orientação, dedicação, profissionalismo, e principalmente à confiança em mim depositada. Com maestria e habilidade de educadora, soube conduzir essa caminhada!

A amiga – irmã de vida, Talita Butarello Mucari, pelas oportunas sugestões, aliada à disponibilidade e a riqueza de conhecimento que foram compartilhadas em todas as fases desse estudo. Muito obrigada!

A todos os Docentes do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB, pelo valioso ensinamento de como fazer ciência e pela contribuição na construção de muitos conhecimentos, que me orientará para melhor condução da minha vida profissional.

A Secretaria do Programa de Pós- Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília – UnB, em especial a Edigrês Alves de Sousa, pelo apoio e disponibilidade nos momentos de esclarecimentos sobre a normatização do curso. Sempre o fez com muito carinho.

Aos colegas de Mestrado, em especial a Mona-Lisa, Lucélia, Cinthia e Michelline, pela capacidade de amizade fraterna, pelo apoio e agradável convívio nessa jornada.

Aos Agentes Comunitários de Saúde, representadas por Maria Regina Assendina e Maria D'Ajuda Aguiar (Dadá), pela coragem e disponibilidade de enfrentar as adversidades para consolidar uma nova maneira de pensar e fazer saúde.

A todos os Agentes Comunitários de Saúde do Município de Palmas, pelo carinho e acolhida dispensados no percurso da realização desta pesquisa.

Ao Professor Neilton de Oliveira, pelo estímulo e pelos grandes ensinamentos.

A Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, que em todas as ocasiões se prontificaram a colaborar com esta pesquisa.

Ao Junio Tadeu, Coordenador dos Agentes Comunitários de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Palmas, pelo apoio, disponibilidade e concessão de informações preciosas que trouxestes a este trabalho.

A Paróquia Nossa Senhora da Consolata - Asa Norte – Brasília – DF, por disponibilizar espaço físico, para realização dos meus estudos, durante os sábados, domingos e feriados.

A Professora Rosa, do Programa Infante Juvenil (PIJ) da Universidade de Brasília (UNB), que acolheu o meu pequeno José Carlos, contribuindo assim, para a minha tranquilidade, durante a minha permanência nas aulas. Muito Obrigada!

Por fim, agradeço a todas as pessoas que se fizeram presente neste estudo e talvez esteja cometendo o equívoco de não citá-las. A todos que contribuíram não tenho palavras para expressar a minha gratidão. Muito Obrigada!

Esse poema é da alma, retrata e muito revela o meu sentimento de sempre!

Que seja assim...

Que eu tenha mãos livres para acolher e servir...

Que eu tenha memória e lucidez para criar e contribuir...

Que eu tenha fé para prosseguir...

Maria Sortênia Alves Guimarães

11.08.2014

RESUMO

A inadequação no uso de medicamentos apresenta-se como sério problema de saúde pública. O foco dos sistemas de saúde não está apenas em garantir o acesso, mas, principalmente, em promover o uso racional dos medicamentos. De maneira geral, as soluções propostas para reverter ou minimizar este quadro devem passar pela educação da população. O Agente Comunitário de Saúde (ACS) conhece a realidade da comunidade e constrói junto dela processos pedagógicos, contribuindo para o uso racional de medicamentos. Este estudo analisa as ações dos ACS, referentes à orientação da comunidade sobre o uso racional de medicamentos. Foram pesquisados 246 ACS, em Palmas – TO, entre janeiro e abril de 2014. A coleta de dados foi por questionários, composto por uma parte para traçar o perfil dos ACS e de formação e informação específica sobre medicamentos e riscos da farmacoterapia e a outra para verificação dos conhecimentos dos ACS sobre o uso racional de medicamentos. O banco de dados foi construído no programa EPI-INFO, assim como tabulação dos dados e análise estatística. Verificou-se que a maioria dos ACS pertence ao gênero feminino (85,89%), está entre 30 e 44 anos de idade (68,57%) e apresenta ensino médio completo (54,06%). A maioria (55,19%) está na profissão entre 10 e 14,9 anos. O número de visitas domiciliares realizadas pelos ACS foi em média 9,32 visitas/dia. Em relação à formação e informação específica sobre farmacoterapia no trabalho dos ACS, observa-se que 88,02% não realizaram curso de capacitação específico sobre medicamentos, 75,51% consideram não ter conhecimento adequado e suficiente para dar orientações à população sobre medicamentos, 80,41% informaram que nenhuma vez foi discutido pela equipe temas sobre medicamentos e 90,20% sentem necessidade dessa formação. O estudo revelou que devido necessidade de atualizar seus conhecimentos sobre farmacoterapia, os ACS buscam informações em várias fontes, as bulas de medicamentos são a principal (71,14%). Objetivando solucionar problemas e sanar dúvidas sobre a farmacoterapia, 52,46% e 50% dos ACS referenciaram o enfermeiro. Dentre os ACS, 68,03% acham importante orientar as famílias para uso racional dos medicamentos, mas afirmam precisar de capacitação e/ou treinamento contínuo. As situações de riscos mais frequentes foram: uso do medicamento em horário errado (83,74%), automedicação (45,93%) e usuários tomando medicamento em dosagem diferente da prescrita (41,87%). A categoria de usuário que mais solicita informações sobre medicamentos durante as visitas são os idosos (82,52%). Sobre dúvidas apresentadas pelos pacientes em relação a medicamentos utilizados tem-se: 68,29% sobre horário de administração e 51,22% sobre indicação terapêutica. A respeito da verificação dos conhecimentos dos ACS, sobre uso racional de medicamentos, identificou-se elevado nível de desempenho, fornecendo subsídios para novas reflexões referentes à necessidade de se verificar além dos conhecimentos, também as dimensões das competências dos mesmos. Evidencia-se no estudo a necessidade da qualificação e formação dos ACS na promoção do uso racional de medicamentos, considerando que ele é o principal promotor de saúde na comunidade. Capacitações são essenciais para desenvolverem as competências necessárias para o seu trabalho. Assim, avanços nas questões de educação permanente dos ACS são de grande relevância.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde; Comunidade; Medicamentos; Promoção de Saúde; Saúde Pública.

ABSTRACT

The inappropriate use of medicaments presents itself as a serious public health problem. The focus of the health systems is not only to ensure access, but mainly to promote the rational use of medicines. In general, the solutions proposed to reverse or minimize this framework must pass through the public education. The Community Health Agent (CHA) knows the reality of the community and builds together with it pedagogical processes, contributing to the rational use of medicines. This study examines the actions of the CHA, referring to the guidance of the community about the rational use of medicines. 246 CHA's were surveyed in Palmas - TO, between January and April of 2014. The data collection was made via questionnaire, and it was composed of one part to profile the CHA training and specific information about medications and risks of pharmacotherapy. The other part for checking of the CHA's knowledge on the use of rational medicines. The database was built on the EPI-INFO program, as well as the data tabulation and statistical analysis. It was found that most of the CHA's are females (85.89%), and (68.57%) of them are between 30 and 44 years old. (54.06%) have completed secondary education. Most of all (55.19%) are in the profession between 10 and 14.9 years. The average number of home visits made by the CHA's is 9.32 visits per day. In relation to training and specific information on pharmacotherapy in the work of the CHA, it is observed that 88.02% did not do any specific course of training on medicaments. 75.51% considered themselves as not having adequate and sufficient knowledge to provide guidance to the public about the use of medications. 80.41% reported that they never discussed with the team the topics on the use of medicines and 90.20% feel the need of such training. The study revealed that due to the need to update their knowledge of pharmacotherapy, the CHA seek information from various sources, the labels of medicines are the main one with (71.14%). Aiming to solve problems and answer questions about pharmacotherapy, 52.46% and 50% of the CHA's have referred to the nurse. Among the CHA's, 68.03% find it important to guide families to the rational use of medications, but they say they need training and/or ongoing training. The most frequent risk situations were the use of the medicine at the wrong time (83.74%), self-medication (45.93%) and users taking medication dosages different than it was prescribed (41.87%). The elderly are the category of users that makes most of the requests on information about medicines during the visits of the CHA's (82.52%). On doubts raised by patients about medications used, we have: 68.29% on administration time and 51.22% on therapeutic indication. Regarding the verification of knowledge of the CHA on the rational use of medicines, we identified high level of performance by providing subsidies for new thinking on the need to verify beyond knowledge, also the dimensions of the same skills. It is evident in the study the need for qualification and training of the CHA's in promoting rational medication use, considering that they are the main promoters of health in the community. Trainings are essential to develop the necessary skills for their job. Thus, any advance is considered of great relevance in the matter of the CHA's continuing education.

Keywords: Community Health Agents; Community; medicines; Health Promotion; Public Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Divisão político-administrativa do estado e limites municipais de Palmas – TO, Brasil, 2014.....	36
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em exercício e entrevistados, por Unidade e Região de Palmas - TO, Brasil, 2014.....	40
Tabela 2 - Distribuição de frequências de gênero, escolaridade, faixa etária e tempo de serviço dos Agentes Comunitários de Saúde, Palmas – TO, Brasil, 2014.....	45
Tabela 3 - Levantamento das principais fontes de buscas de informações sobre medicamentos, realizadas pelos ACS, em porcentagem (%), em Palmas - TO, Brasil, 2014.....	54
Tabela 4 - Percentuais (%) dos profissionais que solucionam os problemas identificados pelos ACS e dos que sanam as suas dúvidas sobre os medicamentos, em Palmas - TO, Brasil, 2014.....	56
Tabela 5 - Levantamento da opinião dos Agentes Comunitários de Saúde, sobre orientar as famílias para o uso correto e racional dos medicamentos durante as visitas domiciliares, em porcentagem (%), em Palmas - TO, Brasil, 2014.....	58
Tabela 6 - Principais problemas identificados pelos ACS durante as visitas domiciliares quanto ao uso de medicamentos, em porcentagem (%), em Palmas - TO, Brasil, 2014.....	60
Tabela 7 - Categorias de usuários das Unidades de Saúde da Família, que segundo os Agentes Comunitários de Saúde, solicitam informações sobre medicamentos utilizados, durante as visitas domiciliares, em porcentagem (%), Palmas - TO, Brasil, 2014.....	64
Tabela 8 - Levantamento de dúvidas apresentadas pelos pacientes durante as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, sobre medicamentos utilizados, em percentual (%), Palmas - TO, Brasil, 2014.....	67
Tabela 9 - Porcentagem (%) de acertos totais pelos Agentes Comunitários de Saúde, na verificação dos conhecimentos sobre o uso correto e racional de medicamentos, em Palmas - TO, Brasil, 2014	69

Tabela 10 - Porcentagem (%) de acertos dos Agentes Comunitários de Saúde para cada questão, na verificação dos conhecimentos sobre o uso correto e racional de medicamentos, em Palmas - TO, Brasil, 2014

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente(s) Comunitário(s) de Saúde
AF - Atenção Farmacêutica
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CAPS – Centro de Apoio Psicossocial
CBAF - Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica
CONACS - Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde
DEF - Dicionário de Especialidades Médicas
ETSUS - Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde
ESF - Estratégia Saúde da Família
EFI - Ensino Fundamental Completo
EFC - Ensino Fundamental Incompleto
EMI - Ensino Médio Completo
EMC - Ensino Médio Incompleto
ESI - Ensino Superior Incompleto
EMI - Ensino Superior Completo
MS - Ministério da Saúde
NASF – Núcleo (s) de Apoio à Saúde da Família
NOB - Norma Operacional Básica
OMS - Organização Mundial de Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIJ - Programa Infante Juvenil
PSF - Programa Saúde da Família
PRMs - Problemas Relacionados a Medicamentos
REMUME - Relação Municipal de Medicamentos
RENAME - Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SES - Secretaria de Estado da Saúde
SAMU - Secretaria de Atendimento Móvel de Urgência
SUS - Sistema Único de Saúde
UBS - Unidade Básica de Saúde
USF - Unidade de Saúde da Família
UnB - Universidade de Brasília

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
1 INTRODUÇÃO.....	19
2 MARCO REFERENCIAL.....	21
2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS.....	21
A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	22
2.3 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).....	23
2.4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS.....	24
2.4.1 Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Educação em Saúde.....	25
2.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA.....	27
2.6 O USO DO MEDICAMENTO COMO FATOR DE RISCO PARA SAÚDE.....	29
2.7 USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS.....	30
2.8 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, PROMOÇÃO DO USO CORRETO E RACIONAL DOS MEDICAMENTOS.....	32
3 OBJETIVOS.....	34
3.1 OBJETIVO GERAL.....	34
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	34
4 METODOLOGIA.....	35
4.1 TIPO DO ESTUDO.....	35
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	35
4.2.1 O Sistema de Saúde do Município de Palmas.....	36
4.3 SUJEITOS DA PESQUISA E AMOSTRA EM ESTUDO.....	39
4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	41
4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS.....	42
4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	43
4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	43
5 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	44
5.1 PERFIL DOS ACS DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO.....	44
5.2 FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE A FARMACOTERAPIA NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO.....	51
5.3 SITUAÇÕES DE RISCO ENVOLVENDO A FARMACOTERAPIA.....	60

5.4 VERIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE FARMACOTERAPIA.....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	73
6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
6.2 RECOMENDAÇÕES.....	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76
ANEXO I – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS – TO.....	96
ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT (PÁGINA 1/2).....	97
ANEXO III – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT (PÁGINA 2/2).....	98
APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	99
APÊNDICE II – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SEU TRABALHO.....	101
APÊNDICE III – INSTRUMENTO 2: INSTRUMENTO ANALÍTICO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS.....	108

APRESENTAÇÃO

Das escolhas, a reflexão, a ação e o aprendizado. Desde a graduação até os dias atuais inúmeras inquietações no que tange as práticas em saúde.

A trajetória... Lembro-me que, ao chegar e olhar o lugar, e ainda, muitas e muitas vezes, as pessoas, o brilho da luz do sol daquele lugar - Favela do Boi Malhado – Vila Nova Cachoeirinha – Região Norte – São Paulo – SP, o que me encantava era **VIDA!** Mesmo diante de tantas adversidades, encontrei ali, o colorido, a alegria e o som do viver! Encontrei ainda, além de tudo isso, a sobrevivência.

Cheguei por lá, em 1998, recém formada, com a missão de dar e tanto para aprender. Meu primeiro emprego – Estratégia Saúde da Família – Qualis –Zerbini - Unidade de Saúde da Família Vila Espanhola. Foram muitos enfrentamentos e adversidades, que trouxeram grandes reflexões nas minhas idas e vindas à Unidade de Saúde. Muitas vezes, se fez necessário, desconstruir para construir. Mas, foi através do estabelecimento do diálogo, da troca de saberes e do trânsito intersubjetivo entre colegas de trabalho e população, que foi gestando um modelo para produzir e pensar saúde nos moldes das necessidades daquele lugar.

Ainda por lá, encontrei aliados e nobres professores: David Capistrano Filho (in memorian), Adib D. Jatene, Lídia Tobias Silveira, Jurema Westin Carvalho, Eloize Aparecida Dotta, Gloria Maria Saade Abud Torquato (in memorian), Esther Laudanna, Maria Regina Assendina, Maria D’Ajuda Santos Aguiar (Dadá) e muitos outros. Todos esses, foram responsáveis em acalmar as minhas angústias e inquietações, como também contribuíram na minha convicção da necessidade de luta contínua pela saúde para todos, com humanidade, afeto, carinho e, mais que tudo, respeito pelo sofrimento e pela dor dos que trazem na sua narrativa de vida a singularidade, na pluralidade e na complexidade do viver.

Dentre os aliados citados acima, considero precioso o saber de vida, das grandes parceiras de lutas, Agentes Comunitárias de Saúde: Maria Regina Assendina e Maria D’Ajuda Santos Aguiar (Dadá).

No percurso das vivências práticas junto aos Agentes Comunitários de Saúde, diálogos e reflexões foram realizadas, em decorrência de muitos enfrentamentos encontrados no cotidiano, principalmente no que refere ao processo de trabalho. Venho percebendo que a Estratégia Saúde da Família, tem passado por diversos

processos de mudanças, dentre eles, a construção de novas propostas de cuidado, modificações nos processos de trabalho e a incorporação de novas tecnologias.

Falar em mudança em organizações de saúde é, portanto, falar em dimensões humanas esquecidas, em pós-modernidade, em políticas de defesa da vida e, sobretudo, falar de sujeitos, sujeitos e sujeitos. Nesta era de formulação do novo, tudo é possível, embora, nas palavras de MALIK (1), “nesse campo, nada é fácil e, decididamente, pouco é objetivo”.

Diante do exposto e considerando-se também que os serviços de saúde têm dado pouca ênfase às ações educativas, principalmente no que tange ao uso correto e racional de medicamentos, em decorrência das características culturais dos profissionais que assistem à clientela, ao desestímulo, à infraestrutura precária, ao despreparo dos profissionais de saúde para atuar segundo esse enfoque, à falta de recursos didáticos, dentre outros aspectos, foi o que me motivou para a escolha do objeto desse estudo.

Este estudo está dividido em seis tópicos, tendo no primeiro deles a introdução ao tema e ao objeto de pesquisa, assim como o problema que incita a realização dessa investigação.

No segundo tópico, é apresentado o marco referencial que embasa esse estudo, perpassando pelo Sistema Único de Saúde - SUS, onde há uma breve apresentação do processo histórico. Na sequência, é apontado a Atenção Básica em Saúde, o Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) e o Saúde da Família, como as primeiras iniciativas que introduziram a discussão nas diretrizes da política de saúde para a redefinição do modelo assistencial e a inserção do Agente Comunitário de Saúde – ACS, como elemento fundamental para a reorganização da Atenção Básica (AB), ACS e Educação em Saúde, Assistência Farmacêutica, Uso do Medicamento Como Fator de Risco para Saúde e Uso Racional de Medicamentos. Por fim, são discutidos Agente Comunitário de Saúde na Promoção do Uso Correto e Racional dos Medicamentos.

O terceiro tópico trata sobre os objetivos propostos no estudo.

No quarto tópico é traçado o caminho metodológico e no quinto tópico são apresentados e discutidos os resultados da pesquisa, os quais foram apresentados em quatro categorias: I - Perfil dos ACS do município de Palmas – TO; II - Formação e informação específica sobre a farmacoterapia no trabalho dos ACS, III - Riscos envolvendo a farmacoterapia e IV - Verificação dos conhecimentos dos ACS.

Ao final, foram realizadas algumas considerações sobre o estudo, procurando sinalizar os entraves relacionados às situações de risco que envolve medicamentos para a atuação do Agente Comunitário de Saúde e para a Estratégia de Saúde da Família, assim como foram apontadas algumas propostas de intervenções nos problemas identificados.

Assim, busco com as observações do trabalho “**Perfil e ações dos Agentes Comunitários de Saúde para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Estratégia da Saúde da Família no Município de Palmas–TO**”, refletir e pensar em propostas sobre as práticas de saúde em atenção primária voltadas para a promoção do uso correto e racional de medicamentos, na ânsia de colaborar com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), através da sistematização do conhecimento que a pesquisa científica possibilita.

1 INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, além das discussões acerca da difusão do uso racional de medicamentos, importantes transformações têm ocorrido também no campo da saúde. No Brasil, essas mudanças começaram em 1988, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que se apoia sobre os pilares da universalização, integralidade, equidade, descentralização e participação popular, e se estendem aos anos 90 com sua regulamentação por meios das leis 8.080/90 e 8.142/90 (2)(3).

A utilização ineficiente e irracional dos medicamentos é um problema que afeta a todos no âmbito da atenção à saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta sobre diretrizes nacionais de tratamento, listas de medicamentos essenciais, comitês de farmácia e terapêutica, ensino de farmacoterapia baseada na solução de problemas, treinamento de profissionais de saúde em serviço e educação continuada, como medidas para melhorar o uso de medicamentos (4).

O Programa Saúde da Família (PSF) surgiu em 1994, sob a égide da discussão da reformulação do sistema de saúde, a qual ampliou a concepção de atenção, primeiramente definida na Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB/SUS 1/93) e, posteriormente, reorganizada pelas Normas da NOB/SUS 1/96. O PSF teve como precursor o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, e adotou, como referência, as experiências internacionais e nacionais de extensão da cobertura à saúde por meio de assistência às famílias no próprio domicílio em articulação com as unidades de saúde (5). Assim em 1994, surge no Brasil o Programa de Saúde da Família, hoje denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF), que se trata de uma política de saúde atualmente implementada na maioria dos municípios brasileiros, que prioriza dentre outras ações, a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família de forma integral e contínua (6).

O trabalho dos profissionais de saúde no PSF é voltado para a assistência integral e contínua de todos os membros da família, vinculados à Unidade Básica de Saúde (UBS), em cada fase de seu ciclo de vida, sem perder de vista seu contexto familiar e social (7)(8). De acordo com o Ministério da Saúde, as equipes podem identificar fatores de riscos a que a população está exposta e resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um bom atendimento,

prevenindo doenças, evitando internações e melhorando a qualidade de vida da população (9).

As equipes multi e interdisciplinar na ESF podem contribuir com a promoção do uso correto e racional de medicamentos, por estarem muito próximos das famílias. As equipes de saúde da família são compostas por, no mínimo, médico generalista, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). O número de ACS não pode exceder o limite de doze por equipe e deve ser suficiente para atender toda população cadastrada, sendo cada um responsável pelo acompanhamento de no máximo 750 pessoas (10).

O trabalho da equipe requer uma abordagem interdisciplinar e uma prática multiprofissional que não representa a anulação da especificidade de cada saber, mas a possibilidade de uma compreensão integral do ser humano e do processo saúde-doença (11)(12).

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para a ESF e o PACS, assim como define as atribuições de cada categoria profissional existente na equipe de saúde da família. Os ACS têm entre suas funções: cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; desenvolver ações de integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à Unidade Básica de Saúde; desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e de agravos e de vigilância à saúde, através de ações educativas individuais e coletivas na comunidade (13).

O ACS é um importante agente social, que funciona como elo entre a equipe e a comunidade; foi introduzido nos municípios brasileiros a partir do início dos anos 1990. Em 2002, a Lei Federal 10.507 regulamentou a profissão e estabeleceu critérios para contratação do ACS, que deve ser um morador da comunidade e que irá desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações domiciliares ou comunitárias (14).

O ACS, na qualidade de educador, conhece a realidade na qual está inserida a comunidade e constroi junto dela processos pedagógicos, instâncias de aprendizado mútuo e comunitário. O vínculo estabelecido entre esses profissionais e a população surge em face desta proximidade e contato corporal pleno de afetividade, possibilita a promoção e construção de processos de educação em saúde (15). A educação do paciente e da família deve estimular o autocuidado e ser

uma das principais intervenções apontadas para melhorar o processo de uso de medicamentos (16).

Assim sendo, a rotineira visita domiciliar realizada pelo ACS é um espaço importante a ser explorado, pois é possível orientar para o uso correto da farmacoterapia, bem como, avaliar o aprendizado do paciente e verificar a adesão ao tratamento (17). Além disso, questões relativas aos profissionais de saúde, à linguagem e ao *background* cultural, também são muito relevantes no que tange à adesão à terapia medicamentosa. Qualquer profissional que interaja com o paciente pode ser um multiplicador das informações, no entanto, o estreito relacionamento entre os ACS e as famílias, auxilia na aceitação das pessoas para o acompanhamento frequente e participação do tratamento gerando um compromisso de co-responsabilização (18)(19). Dessa maneira, os ACS poderiam atuar ativamente na promoção do uso correto e racional dos medicamentos.

Considerando que o Tocantins é o mais novo Estado brasileiro, onde poucos estudos com ACS foram realizados, este trabalho torna-se de suma relevância para a saúde pública tocantinense, visto a importância desses agentes promotores de saúde na comunidade no que refere a educação sobre o uso racional de medicação. Assim, este estudo com ACS e uso racional de medicamentos, no âmbito da Estratégia da Saúde da Família no Município de Palmas – TO, poderá contribuir com a construção de projetos e/ou propostas para na melhoria das práticas de saúde no tocante à assistência farmacêutica.

2 MARCO REFERENCIAL

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS

A implantação do SUS iniciou-se nos anos 1990, após a criação das Leis Orgânicas da Saúde e de várias normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde – as Normas Operacionais Básicas – como instrumentos de regulamentação do sistema (20). Na verdade, esta política pública é ampla e se fundamenta na

“participação popular”, na gestão dos serviços, na integralidade e na equidade das ações de saúde.

O processo de implantação do SUS foi, então, fundamentado na análise do modelo atual de atenção à saúde, construído ao longo de um processo histórico-social, mas sobretudo, nas reflexões sobre a aplicabilidade dessas certezas perante a demanda atual. Entretanto, o modelo assistencial, ainda forte no País, é caracterizado pela prática médica voltada para abordagem biológica e intra-hospitalar, associada a uma utilização irracional dos recursos tecnológicos existentes, apresentando cobertura e resolubilidade baixas e com elevado custo. Portanto, só será possível modificar a realidade atual quando se potencializar o uso da atenção básica complementada pela rede de serviços especializados e hospitalares (10).

2.2 A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Consoante a Portaria do Ministério da Saúde nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, e seu anexo I (13), a Atenção Básica caracteriza-se por:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. E, ainda, com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas (13).

Considerando a atenção básica como um dos locais prioritários para o desenvolvimento das ações de promoção à saúde, tendo como instrumento a educação em saúde, esta se configura como um ambiente propício para a consolidação de ações educativas que abordem não somente o processo saúde-doença, mas conceitos de cidadania e participação comunitária (21).

2.3 PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS) E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Num cenário de implantação do SUS, a discussão em torno do modelo da atenção básica tem-se constituído em um eixo estratégico associado às questões políticas e jurídico-institucionais. Diante disso, a reforma no modelo de assistência sanitária está embasada principalmente em dois programas – o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), face às discussões sobre o modo de produzir saúde. Tais programas têm provocado alterações tanto nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde, quanto na forma de organização dos serviços (20).

Em 1991, o PACS foi criado com enfoque na ampliação da cobertura da atenção básica e a introdução dos ACS, como trabalhadores incumbidos de desenvolver ações voltadas à redução da mortalidade infantil e materna, ao controle de peso, às orientações a grupos específicos de doenças, e até a distribuição de medicamentos (22)(8)(20). A implantação do PACS foi iniciada pela região nordeste, motivada pela existência de maiores indicadores de doenças, carências, pobreza e miséria. Os municípios dessa região abrigavam todos os males de exclusão social (23).

No ano de 1993, o programa já contava com mais de 29.000 ACS, atuando em 761 municípios de treze Estados da região Norte e Nordeste (24). O PACS é um antecessor do PSF, pois o primeiro introduziu conceitos importantes que constituem a base de atuação do segundo como, por exemplo, o enfoque na família e não no indivíduo e ações preventivas e não somente curativas (20). Outro aspecto relevante do PACS é a participação comunitária, compreendida como a perspectiva e o espaço onde a população teria à sua disposição instrumentos que lhe permitissem não só participar como decidir no planejamento, acompanhamento, fiscalização, avaliação e execução dos serviços de saúde a ela prestados e/ou oferecidos (23).

O Programa Saúde da Família – PSF, proposto pelo Ministério da Saúde, teve início em 1994 e assumiu um conceito ampliado de atenção básica, avançando na direção de um sistema de saúde integrado que converge para a qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. Dessa maneira, o programa apresenta-se

como um novo modelo assistencial, tendo a família, e não o doente, como o centro; o processo de intervenção em saúde tem um caráter preventivo nas suas ações e não apenas curativo. Nessa perspectiva, o usuário é tratado como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, tendo, assim, uma integralidade da assistência (8).

Para Sousa (23) afirmar e reafirmar em todos os lugares que Saúde da Família não é um programa, foi necessário, ao mesmo tempo, deixar a marca do PSF deu-lhe visibilidade política, maior espaço para o diálogo com a cultura institucional e popularidade nos meios de comunicação.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) possui como princípios de reorganização da atenção básica a adscrição da clientela, a qual se refere ao vínculo permanente estabelecido entre a população e as equipes de saúde; a territorialização, que implica na relação precisa entre território e população; o diagnóstico da situação de saúde da população, realizado a partir da análise da situação de saúde do território, mediante cadastramento das famílias e dos indivíduos; e o planejamento baseado na realidade local, que permite a organização de ações de saúde coerentes com as necessidades da população (25).

A ESF está pautada, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multidisciplinar e, entre os profissionais, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um dos responsáveis pelo desenvolvimento de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade (26).

2.4 AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE – ACS

A Lei n. 10.507, de 10 de junho de 2002, criou a profissão de Agente Comunitário, sendo que o Art. 3º cita que o Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; haver concluído o ensino fundamental (14).

Para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se torne mais forte e estabelecido perante a sociedade, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) tem tido um papel importante, pois promove a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e as pessoas da comunidade (27).

O ACS é percebido, desta forma, como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, sendo o principal responsável pela efetivação do vínculo nessa relação (28). Presta apoio à população diretamente nas residências, identificando questões não somente de saúde, mas tantas outras que podem receber suporte da unidade de saúde. Orienta, conduz e acompanha processos que podem ser importantes para a população do bairro que atende (29). É um promotor da saúde, por excelência, um educador permanente, na defesa da vida (23).

Diante disso, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população (30). Segundo estes autores, o acompanhamento dos grupos de risco, como crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes da saúde mental e acamados, orientações sobre os cuidados com a higiene e prevenção da dengue, a importância do cumprimento do calendário vacinal das crianças e do acompanhamento pré-natal das gestantes, incentivo à amamentação e uso correto das medicações incluem-se como áreas de atuação em educação em saúde do ACS.

2.4.1 Agentes Comunitários de Saúde – ACS e Educação em Saúde

As práticas de educação em saúde têm focalizado historicamente as mudanças no comportamento do indivíduo numa perspectiva tecnicista. Nas práticas sanitárias brasileiras, o modelo de educação em saúde passou do tradicional na década de 1970, baseado nas orientações centradas na exposição do educador e imposição de padrões a serem seguidos, a um modelo Pós-reforma Sanitária, no qual foram sendo incorporados os princípios da humanização, a educação popular em saúde, advinda da pedagogia freiriana, e a emancipação do ser humano como sujeito histórico-cultural (31).

Na visão de Paulo Freire, o ser humano deve ser concebido como um ser histórico, devendo preceder no processo ensino-aprendizagem uma reflexão que produza no educando a capacidade de provocar mudanças na sua realidade social, permitindo que o homem chegue a ser sujeito, construindo-se como pessoa, transformando o mundo e estabelecendo relações de reciprocidade com outros sujeitos e com o seu ambiente, construindo cultura e história (32).

Tais pressupostos e ideias de Paulo Freire não ficaram restritos à pedagogia, mas foram incorporados por outras áreas do conhecimento, incluindo a saúde, com as reformas conceituais e práticas instituídas pela Reforma Sanitária e pelo movimento de institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no qual a relação entre profissionais de saúde e usuários precisa superar a imposição de comportamentos a serem adotados pelos indivíduos para uma relação dialógica, em que os usuários reflitam sobre suas condições de saúde e se repensem os melhores e mais adequados caminhos para modificar os seus padrões de saúde-doença, com base na reflexão, consciência e autonomia (21).

A Educação em Saúde permite a transformação da realidade por meio da conscientização crítica dos indivíduos. Entende-se que, em um processo contínuo de interação, postura de “escuta atenta” e abertura ao saber do outro, dá-se a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas a partir dessa construção. Observa-se que a educação em saúde é uma ferramenta e instrumento de grande valia para promoção em prevenção em todos os níveis de atenção, mas principalmente é na Estratégia Saúde da Família (ESF) que se busca fortalecimento e embasamento de ações para melhoria da qualidade de vida da população assistida (33).

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (34).

Mediante todas as atividades atribuídas aos ACS, é possível dizer que a educação em saúde pode ser vista como um instrumento essencial para a construção e para a participação popular nos serviços de saúde e, concomitantemente, para o aprofundamento das intervenções no cotidiano das famílias e da comunidade. Nesse sentido, o aprendizado dos profissionais de saúde com as diversas formas de saberes que norteiam os pensamentos da comunidade, a compreensão de suas lógicas, as medidas de enfrentamento dos problemas e interesses, podem ser estratégias fundamentais para o desenvolvimento da autonomia, do autocuidado e para a criação de um compromisso social centrado na sua realidade. Por conseguinte, é preciso fortalecer a práxis da comunidade e da equipe de saúde, de modo que ambos atuem como agentes transformadores da sociedade (35).

2.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Com a Política Nacional de Medicamentos (36), a assistência farmacêutica passa a ser entendida como parte integrante de um conjunto de práticas voltadas para a promoção, prevenção e recuperação de saúde, contemplando atividades que extrapolam o simples abastecimento de medicamentos. Assim, os municípios passam a assumir uma *“série de responsabilidades que exigem mobilização de conhecimento e habilidades técnicas, gerenciais e políticas em relação à assistência farmacêutica”* (37).

Segundo a Portaria n° 3916/98 do Ministério da Saúde (36), a definição da Assistência Farmacêutica (AF) refere-se às atividades relacionadas com medicamentos, destinadas a apoiar ações de saúde demandadas por uma comunidade. Envolve o abastecimento de medicamentos, sua conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia terapêutica, o acompanhamento e a avaliação de sua utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamento e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade, para assegurar o uso racional de medicamento.

As ações que envolvem a AF não estão limitadas apenas à produção e distribuição de medicamentos, mas abrangem um conjunto de processos

necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento. A partir desse entendimento, a Assistência Farmacêutica abrange as seguintes atividades: pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, sendo essa última ação entendida como ato essencialmente de orientação quanto ao uso correto e à farmacovigilância (38).

A proposta do Consenso defende a prática de educação em saúde através da AF para prestar orientação farmacêutica na dispensação, atendimento e acompanhamento, registro das atividades, mensuração e avaliação dos resultados, com o propósito de reduzir a morbi-mortalidade relacionada com o uso dos medicamentos (39).

Conforme o CBAF citado por OPAS (40), a Assistência Farmacêutica é definida como:

[...] o conjunto de ações desenvolvidas pelo farmacêutico, e outros profissionais da saúde, voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto no nível individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e o seu uso racional. Envolve pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, educação na higiene, cuidados específicos para a garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população (40).

Associando a AF com o uso racional de medicamentos, percebe-se a importância de um profissional habilitado para acompanhar a farmacoterapia após a dispensação, pois é comum a disponibilidade de medicamentos nos domicílios e a irracionalidade do seu uso por pacientes mal orientados, favorecendo os Problemas Relacionados a Medicamentos (PRMs) (41). Os PRMs são classificados em seis categorias, que por sua vez se agrupam em três sub-categorias (necessidade, efetividade e segurança) e estão descritos no Método Dáder de Atenção Farmacêutica, relacionados a uma variável de resultados clínicos decorrente de uma falha no tratamento farmacológico, que resulta em possíveis problemas de saúde referentes ao uso incorreto ou irracional dos medicamentos (42).

2.6 O USO DO MEDICAMENTO COMO FATOR DE RISCO PARA SAÚDE

Com o desenvolvimento da síntese industrial de fármacos, os medicamentos passaram gradativamente a ocupar lugar de destaque e hegemonia como alternativa para cura das doenças e minimizar seus sintomas (43). Mediante isso, o consumo de medicamentos, acompanhado ou não da prescrição, tornou-se uma prática social tão comum na sociedade moderna, que passou a ocupar um lugar de destaque na economia global (44).

Observa-se, em nosso país, um elevado aumento no consumo de medicamentos pela população, o que leva ao uso incorreto ou desnecessário, resultando em consequências sérias como efeitos colaterais indesejados, reações alérgicas, intoxicações e outros (45). Às pressões sociais as quais estão submetidos os prescritores, a estrutura do sistema de saúde e o marketing farmacêutico são habitualmente citados como fatores envolvidos nessa problemática (46).

Ainda para os autores, Lage, Freitas e Acurcio (47), os fatores que influenciam o uso de medicamentos são muitos e estão interrelacionados, podem ser citados, entre outros aspectos: a forma como a população compreende e conceitua as doenças e os tratamentos, bem como a pressão da indústria farmacêutica sobre os médicos e usuários.

O amplo uso de medicamentos sem orientação médica, quase sempre acompanhado do desconhecimento dos malefícios que podem causar, é apontado como uma das causas destes constituírem o principal agente tóxico responsável pelas intoxicações humanas registradas no país (48).

Diante desse contexto, o elevado índice de morbimortalidade relacionada aos medicamentos não se restringem apenas aos efeitos indesejáveis causados por eles, mas também a erros que ocorrem em todo o sistema de medicação. Tais erros podem incidir em diversas etapas do processo de utilização dos medicamentos: na prescrição, na distribuição, na dispensação, no preparo, na administração e no monitoramento. Todas essas etapas são integradas, interdependentes e indissociáveis envolvendo, ainda, profissionais da saúde de diversas áreas de conhecimento (49).

Dessa forma, o uso indiscriminado de medicamentos tornou-se uma das grandes dificuldades enfrentadas pela saúde no âmbito mundial, sendo assim, considerado como fator de risco para saúde (50).

2.7 USO RACIONAL DOS MEDICAMENTOS

A inadequação no uso de medicamentos apresenta-se como um sério problema de saúde pública. Esta se relaciona com o volume imenso de especialidades farmacêuticas no mercado, a existência de associações irracionais de fármacos, a fiscalização sanitária ineficiente, a prescrição e dispensação irracional, dentre outros (51)(52). Algumas estratégias para o uso racional de medicamentos são acessíveis e passíveis de serem utilizadas: seleção de medicamentos, formulário terapêutico, gerenciamento adequado dos serviços farmacêuticos, dispensação e uso apropriado de medicamentos, farmacovigilância, educação dos usuários quanto aos riscos da automedicação, da interrupção e da troca da medicação prescrita (37). No entanto, a adequada integração entre os serviços de Assistência Farmacêutica e os demais serviços de saúde deve assumir caráter contínuo e progressivo (35).

A informação adequada sobre a doença e seus sintomas característicos, a ênfase na necessidade de cumprir o tratamento prescrito e a disponibilização de conhecimento apropriado sobre medicamentos ao paciente são aspectos importantes na adesão ao tratamento, na melhora dos resultados obtidos e na redução das taxas de erros de medicação (53). O papel de educadores sobre medicamentos cabe principalmente aos profissionais de saúde, que devem dispor de tempo e habilidade para exercer esta importante atividade, que é o aconselhamento do paciente (54).

Apesar de ser reconhecida como necessária e indispensável, a educação voltada para a adesão ao tratamento encontra barreiras para seu desenvolvimento. Notícias confrontando os benefícios do consumo e os riscos dele decorrentes são minoria nos meios de comunicação, o que limita a possibilidade de se avaliar diferentes aspectos presentes no medicamento. A disponibilidade de informação

sobre medicamentos é uma condição necessária, mas insuficiente para promover o uso racional (55)(47).

Embora várias categorias de profissionais estejam envolvidas no sistema de medicação, todos esses processos devem estar conectados e ser eficazes e eficientes, para que o paciente receba e use corretamente o medicamento, pois, quando utilizados erroneamente, podem causar desde danos à saúde e até a morte (56).

Portanto, garantir apenas que os medicamentos sejam seguros e eficazes, muitas vezes, não é suficiente para que se tenham resultados positivos com a farmacoterapia. No sistema de medicação, o paciente, após obter a prescrição, torna-se responsável por adquirir e administrar o medicamento; todavia a orientação oferecida pelo médico é confrontada com outras fornecidas por parentes, vizinhos e, também, nos meios de comunicação de massa. Logo, a decisão do paciente é fortemente influenciada por valores culturais e fatores psicossociais, que nem sempre estão corretos (47).

Atualmente, o foco dos sistemas de saúde e órgãos reguladores não está apenas em garantir o acesso, mas, principalmente, em promover o uso racional dos medicamentos e garantir a segurança no consumo (57) (58). Como consequência, a OMS tem difundido, desde 1986, em muitos países, inclusive no Brasil, o conceito de uso racional de medicamentos, que é o processo pelo qual os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses e períodos adequados às suas necessidades individuais, e ao menor custo para eles e para a comunidade (59).

A racionalização do uso de medicamentos é multidisciplinar e engloba três processos fundamentais: a prescrição, a dispensação e a administração de medicamentos (60).

Ante o exposto, o desenvolvimento de atividades educacionais de caráter público constitui um dos desafios, no sentido de alcançar o uso racional de medicamentos, proposto pela OMS. Para isso, o usuário e o público em geral devem ter acesso à informação correta, objetiva e relevante a respeito dos medicamentos, para que se obtenha maior adequação em seu uso, além de evitar a automedicação desnecessária (47). Nesse contexto, a orientação voltada para o uso correto e racional de medicamentos deve ser compartilhada entre diferentes profissionais durante as várias etapas do processo de Assistência Farmacêutica.

2.8 AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE, PROMOÇÃO DO USO CORRETO E RACIONAL DOS MEDICAMENTOS

As práticas educativas observadas no atendimento/acolhimento em grupo, nas visitas domiciliares dos ACS e durante a entrega de medicamentos no posto de saúde, podem promover o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não pela imposição de um saber técnico-científico detido pelos profissionais da saúde, mas sim pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde. A estratégia por este modelo de assistência à saúde valoriza a comunicação dialógica, que visa à construção de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, que capacite os indivíduos a decidirem quais as estratégias mais apropriadas para promover, manter e recuperar sua saúde e a de sua comunidade (61).

Neste contexto, a educação em saúde pode e deve colaborar na percepção dos consumidores em identificar as diversas dimensões que os medicamentos assumem em nossa sociedade, bem como, ser capaz de mobilizar as pessoas para a tomada de consciência e autocrítica, reavaliando hábitos antigos para transformar conhecimentos novos em qualidade de vida (62).

Os ACS, por estarem muito próximos das famílias e por darem suporte para a equipe na detecção de problemas potenciais e reais relacionados à farmacoterapia, tem papel fundamental na promoção do uso correto e racional dos medicamentos, uma vez que na Promoção do Uso Racional de Medicamentos destaca-se: o processo educativo direcionado aos usuários sobre os riscos da automedicação, das reações adversas aos medicamentos, das interações dos medicamentos com alimentos ou com outros medicamentos, da utilização de forma incorreta de medicamentos, da interrupção e da troca da medicação prescrita, dentre outros.

De acordo com o Guia do Docente para Qualificação Profissional do Agente Comunitário de Saúde da Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais (63), no âmbito da assistência farmacêutica, a educação em saúde, ainda é o maior instrumento para a promoção do uso racional dos medicamentos. Conforme o mesmo:

Este é um processo que informa, motiva e ajuda a população a adotar e manter práticas e estilos de vida saudáveis. Inclui a educação da população visando instruir sobre a natureza das enfermidades, motivando-os a participarem ativamente do seu controle e cumprindo com as instruções repassadas pelos profissionais de saúde. Com a promoção do uso racional de medicamentos, pode-se contribuir para a diminuição dos números de intoxicação e internações hospitalares, e, conseqüentemente, atuar mais em níveis de prevenção e promoção da saúde proporcionando melhor alocação dos recursos disponíveis (63).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes no Município de Palmas - TO, no que se refere à promoção do uso correto e racional de medicamentos.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Como objetivos específicos, este estudo visa:

- a) Traçar o perfil dos ACS quanto aos dados sociodemográficos (gênero, idade, escolaridade e tempo de trabalho);
- b) Verificar a formação e informação específica sobre a farmacoterapia no trabalho dos ACS;
- c) Identificar as informações sobre os medicamentos mais solicitadas durante as visitas domiciliares e as situações de risco envolvendo a farmacoterapia, segundo a opinião dos ACS;
- d) Verificar o conhecimento dos ACS sobre o uso correto da farmacoterapia.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DO ESTUDO

Este trabalho foi um estudo do tipo descritivo-exploratório realizado através da busca de descrições detalhadas de variáveis existentes, utilizando os dados para justificar e analisar condições e práticas em uso ou para fazer novos planos visando melhorar o uso racional de medicação.

O estudo descritivo permite observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos sociais, resultando, portanto, na descrição das características ou no estabelecimento de relações entre as variáveis, sem interferir nos resultados (64).

Já o caráter exploratório tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses (65).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Palmas, Estado do Tocantins, pertencente à região norte do Brasil, que se localiza à longitude de 48° 21' 37" W e latitude de 10° 12' 46" S. O município de Palmas está localizado na região central do Estado do Tocantins. A área de 2.218,94 km² representa 0,79 % do território estadual e possui como limite Norte os municípios de Aparecida do Rio Negro e Lajeado, ao Sul Monte do Carmo e Porto Nacional, ao Leste Santa Tereza do Tocantins e Novo Acordo, e a Oeste Miracema do Tocantins (Figura 1).

A cidade foi planejada para ser a capital, criada em 20 de maio de 1989 (pouco tempo depois da criação do Estado) e instalada em 1º de janeiro de 1990. Possuía população de 228.332 habitantes, segundo o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2010 (66), com densidade demográfica de 102,90 habitantes por km². No entanto, no Diário Oficial da União de 28 de agosto de 2014,

o IBGE divulgou dados estimativos de que Palmas foi a capital brasileira que apresentou o maior crescimento geométrico entre 2013 e 2014 (2,91%), estimando-se uma população de 265.409 habitantes em 2014, conforme nota técnica do IBGE (2014) (67). O bioma principal da cidade é o Cerrado; e o clima é quente e seco, com médias de temperatura em torno de 26,5 °C (68).

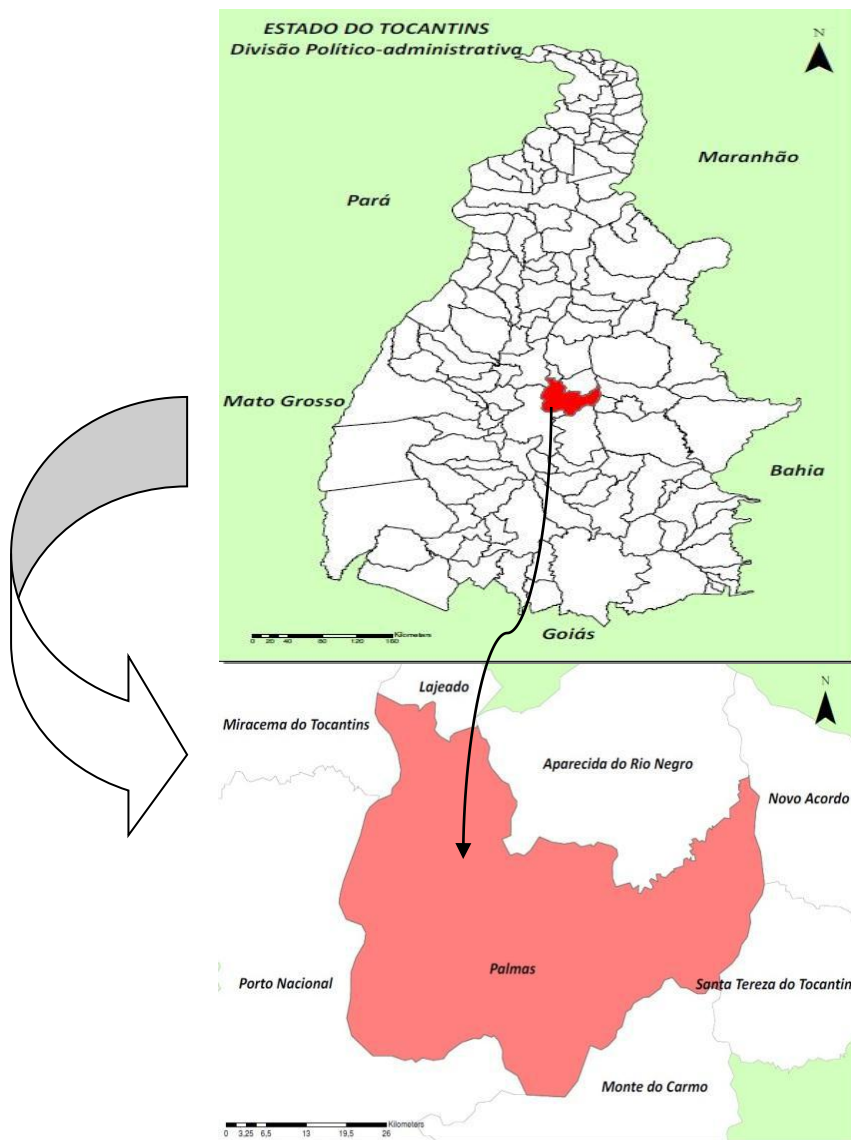


Figura 1 - Divisão político-administrativa do estado e limites municipais de Palmas – TO, Brasil, 2014.

Fonte: Secretaria Municipal De Assuntos Jurídicos – Prefeitura Municipal De Palmas, 2014.

4.2.1 O Sistema de Saúde do Município de Palmas

O Município de Palmas teve o seu sistema de saúde configurado, de fato, a partir de 1997, com o intenso processo de reorganização dos serviços, cujo

propósito da gestão da época era investir na municipalização da saúde. Além de forte ênfase na atenção básica e na mobilização da comunidade, vale ressaltar, ainda nesse período, a estruturação da rede física com a implantação dos Prontos Atendimentos, Laboratórios da Secretaria Municipal de Palmas, Núcleo de Atenção Psicossocial, Centro de Controle de Zoonoses, Núcleo Odontológico, Núcleo de Assistência Hematológica, ampliação dos Centros de Saúde e Postos de Saúde nas zonas urbana e rural (69).

Embora houvesse uma acentuada demanda de serviços de saúde, em função do crescimento da cidade e de consolidar-se como referência política e econômica da região e do Estado, até 1997 os serviços de saúde em Palmas, organizados historicamente de forma precária, eram pouco adequados para atender às necessidades da população (70).

O atendimento de saúde na capital do Tocantins, nos seus primeiros cinco a seis anos, era preponderantemente privado. O sistema público, bastante precário e sem planejamento adequado, estava voltado quase que exclusivamente para o primeiro atendimento de urgências. Em um dos poucos postos de saúde existentes foi improvisado uma maternidade que, agregou na sequência, um serviço de pronto atendimento, constituindo-se assim como o primeiro hospital público. Apesar de insuficiente para atender a demanda crescente, essa unidade aos poucos se transformou na única referência regional para atendimentos de maior complexidade (71).

A partir de 1997, Palmas vivenciou um intenso processo de reorganização e estruturação do sistema de saúde com investimento na municipalização da saúde, institucionalizando os serviços, construindo o sistema de saúde como “propriedade coletiva”, de modo a sobreviver e manter-se independente das mudanças de administrações municipais (70).

Os novos instrumentos de regulação criados em âmbito nacional pelo SUS, propiciaram à cidade – não habilitada em nenhuma das formas de gestão prevista na NOB 93 -, reivindicar a habilitação pelo NOB 96 na Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde. O pleito foi homologado em abril de 1998. Entretanto, durante a gestão 2001-2004, Palmas “devolveu” para a Secretaria de Estado da Saúde (SES) a gestão da atenção hospitalar, abdicando de seu papel de gestor pleno ao criar uma modalidade de gestão “híbrida”, onde o município cuida somente da atenção

básica, sem uma articulação e interação da atenção básica com as ações de média e alta complexidade (71).

A partir deste período, não se encontrou registros na literatura sobre a situação/histórico do Sistema de Saúde do município estudado.

Para o presente estudo foi realizado um levantamento junto à Secretaria de Saúde do Município, a qual forneceu planilhas detalhando os serviços de saúde ofertados atualmente. Tais planilhas mostram que para compatibilizar as necessidades advindas do crescimento do município com a melhoria do acesso da população aos serviços de saúde, a assistência foi organizada em quatro regiões: Unidades da Região Norte, Unidades da Região Sul, Unidades da Região Central e Unidades da Região Rural.

As Unidades das Regiões Norte, Sul, Central e Rural apresentam áreas e populações definidas a partir de aspectos geográficos, econômicos e sociais, que agrupam várias unidades de saúde e outras ferramentas sociais. A distribuição das unidades em regiões visa oferecer atendimento básico e também de urgência próximo à sua residência, além de tornar mais acessível o atendimento de algumas especialidades de saúde e assistência farmacológica. Cada região de saúde conta com:

- a) **Unidades da Região Norte:** um Centro de Especialidades Odontológicas, duas Farmácias Municipais, uma Policlínica, uma Unidade de Pronto Atendimento e sete Unidades de Saúde da Família;
- b) **Unidades da Região Sul:** um Complexo de Atenção à Saúde, três Farmácias Municipais, duas Policlínicas, uma Unidade de Pronto Atendimento, quatorze Unidades de Saúde da Família;
- c) **Unidades da Região Central:** um Centro de Apoio Psicossocial II (CAPSII), um Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD), um Centro de Consultas Especializadas de Palmas, um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, um Centro de Referência Oftalmológico de Palmas, um Centro de Saúde Sexual e Reprodutiva, três Farmácias Municipais, um Laboratório, um Núcleo de Assistência Hematológica, uma Policlínica, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e oito Unidades de Saúde da Família;

d) **Unidades da Região Rural:** duas Unidades de Saúde da Família.

Dessa forma, o presente estudo foi realizado nas 33 Unidades de Saúde do Município de Palmas – TO, considerando as quatro regiões, que possuem Equipes de Saúde da Família ou PACS.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA E AMOSTRA EM ESTUDO

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foi solicitado à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Palmas – TO, acesso às informações referentes ao quadro de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), onde se buscou o total desses profissionais que atuavam nas equipes das Unidades de Saúde da Família.

Os sujeitos da pesquisa foram compostos pelos ACS que atuam nas USF do Município de Palmas - TO. Do total de 408 ACS, atualmente 20 não estão em exercício, sendo: 14 afastados por desvio de função, três de licença médica, um com Mandato Classista (Representante do Conselho Tutelar) e dois com redução de carga horária (junta médica).

A população considerada para o cálculo da amostra foi de 388 ACS, os quais estavam em exercício da função nas unidades estudadas. A amostra selecionada foi de 246 indivíduos, que responderam os instrumentos de coleta de dados (Tabela 1), estatisticamente tal amostra representa uma margem de erro de aproximadamente 4%. Foi realizada amostragem aleatória e estratificada, de modo que os ACS de todas as unidades de saúde da família participassem da pesquisa. A adesão da participação dos ACS no estudo foi de livre e espontânea vontade, respeitando os preceitos éticos da pesquisa.

Assim sendo, os ACS foram selecionados de acordo com o seguinte critério de inclusão: estarem em exercício da função nas unidades de saúde estudadas. Por sua vez, foram observados os seguintes critérios de exclusão: ACS que não estavam em exercício da função (licença médica, desvio de função, entre outras) ou no dia estabelecido para realização da pesquisa, não estavam presentes em decorrência das necessidades e demandas espontâneas e/ou programadas (Grupo de Puericultura, Grupo de HIPERDIA, Grupos de Gestantes e Visitas Domiciliares) do serviço de saúde.

O estudo apresentou questões que não totalizaram 246 respostas, pois alguns ACS não responderam na totalidade o questionário. Nesses casos, os cálculos foram realizados sobre o número de questões respondidas.

Tabela 1 - Distribuição dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) em exercício e entrevistados, por Unidade e Região de Palmas - TO, Brasil, 2014

Unidades de Saúde da Família – USF	Número de ACS em exercício	Número de ACS entrevistados
Região Norte		
Policlínica 303 Norte	12	06
307 Norte	11	08
403 Norte	12	06
405 Norte	18	15
406 Norte	08	03
503 Norte	13	07
508 Norte	06	04
603 Norte	08	05
Total da Região Norte	88	54
Região Central		
Policlínica 108 Sul	17	12
Loiane Moreno Vieira	13	08
403 Sul	17	11
712 Sul	19	08
806 Sul	16	08
1004 Sul	13	08
1103 Sul	11	09
1106 Sul	06	03
Valéria Martins Pereira	13	10
Total da Região Central	125	77
Região Sul		
Eugênio P. da Silva	17	09
Aureny II	12	07
Liberdade	06	03
José Lúcio de Carvalho	16	08
Laurides Lima Milhomem	21	17
Novo Horizonte	09	06
Alto Bonito	04	04
Santa Bárbara	13	07
Taquari	11	06
Bela Vista	06	04
Setor Sul	08	06
Santa Fé	15	09
Mora do Sol	10	09
Taquaruçu	07	04
Total da Região Sul	155	99
Região Rural		
Buritirana	07	07
Taquaruçu Grande	13	09
Total da Região Rural	20	16
TOTAL GERAL	388	246

4.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Palmas – TO, em Agosto de 2013, com a aprovação deste comitê em Setembro de 2013 (Anexo I). Posteriormente, em 01 de Outubro de 2013, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Tocantins, com aprovação no mês de Dezembro de 2013 (Anexo II). O mesmo encontra-se cadastrado na Plataforma Brasil, sob o número 24966514.8.0000.5519.

Com a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa, iniciou-se a coleta de dados.

Anterior ao início da coleta de dados, o projeto de pesquisa foi apresentado aos gerentes de cada unidade de saúde, mediante agendamento prévio. Posteriormente, foi realizado agendamento com os ACS, objetivando apresentação da proposta e a realização da pesquisa. No ato da apresentação da referida proposta aos ACS, foi explanado, detalhadamente, os objetivos da pesquisa e como seria realizado o estudo. Foi também, enfatizada a importância das suas participações e a relevância da pesquisa para a saúde pública tocantinense.

Após a concordância em participar da pesquisa, os ACS assinaram, em duas vias, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (APÊNDICE I), conforme preceitua as diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas pela Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, atendendo aos fundamentos éticos e científicos para pesquisa com seres humanos.

No tocante ao Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, a Resolução 466/2012, Item IV, reza que o respeito devido à dignidade humana exige que toda pesquisa se processe com consentimento livre e esclarecido dos participantes, indivíduos ou grupos que, por si e/ou por seus representantes legais, manifestem a sua anuência à participação na pesquisa (72).

A realização da pesquisa foi realizada com observância em todos os requisitos éticos do projeto de pesquisa, conforme a seguir: respeito pela autonomia dos participantes; riscos e benefícios; privacidade, confidencialidade e sigilo sobre a origem das informações; e princípio de justiça.

4.5 INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Na coleta de dados, o importante não é somente coletar informações que dêem conta dos conceitos (através dos indicadores), mas também obter essas informações de forma que se possa aplicar posteriormente o tratamento necessário para testar as hipóteses. Portanto, é necessário antecipar, ou seja, preocupar-se, desde a concepção do instrumento, com o tipo de informação que ele permitirá fornecer e com o tipo de análise que deverá e poderá ser feito posteriormente (73).

Neste estudo, buscando atingir os objetivos, foram elaborados dois questionários, sendo um deles para traçar o perfil da população do estudo e de formação e informação específica sobre medicamentos e das situações de risco envolvendo a farmacoterapia (Instrumento I) e o outro para verificar os conhecimentos dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos (Instrumento II) (APÊNDICES II e III).

O Instrumento I, que trata sobre o perfil da população estudada e de formação e informação específica sobre medicamentos e das situações de risco envolvendo a farmacoterapia, foi construído tomando-se por base Marques (35). (APÊNDICE II).

O instrumento II, que versa sobre a verificação dos conhecimentos dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos (APÊNDICE III), foi constituído de oito questões objetivas, sendo baseadas em problemas fictícios na realidade do trabalho dos ACS e questões extraídas e adaptadas do Manual: “O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Racional de Medicamentos” (26), sendo essas direcionadas e/ou em conformidade aos objetivos da pesquisa.

Para Suraman citado por Chagas (74) menciona que um questionário é *tão somente um conjunto de questões, feito para gerar os dados necessários para se atingir os objetivos do projeto*. Segundo Chagas (74), um bom questionário deve ser elaborado contendo informações sobre os seus componentes (solicitação de cooperação, instruções claras e objetivas ao nível do respondente) e sobre os passos necessários para a elaboração (estabelecimento de ligação com o problema e objetivos da pesquisa, hipóteses, população a ser pesquisada e métodos de análise de dados escolhidos e/ou disponíveis; decisões sobre conteúdo das perguntas, formato desejado para as respostas, formulação e sequência das

perguntas, apresentação e pré-teste). O citado autor ressalta a importância da realização de um pré-teste porque é provável que não se consiga prever todos os problemas e/ou dúvidas que podem surgir durante a aplicação do questionário.

4.6 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa, anterior ao início da coleta de dados, foi aplicado um pré-teste do instrumento aos ACS, para verificar se alguma questão precisava ser reformulada. Durante a realização do pré-teste, os ACS que participaram desta fase, não manifestaram dúvidas e nem apresentaram sugestões, mantendo assim, o questionário proposto.

A coleta dos dados foi realizada no período de janeiro a abril de 2014, com aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Os instrumentos de coleta de dados foram auto-aplicados na própria unidade de saúde, em data e horário previamente agendados. Geralmente, a realização da coleta de dados acontecia no período matutino, antes da saída dos ACS para as visitas domiciliares, período esse que compatibilizava a presença do maior número dos ACS nas Unidades de Saúde.

4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

O banco de dados após coleta, ou seja, aplicação dos questionários, foi construído no programa EPI-INFO (versão 7). A tabulação dos dados e análise estatística foram realizadas pelo mesmo software. Foram construídos tabelas de distribuição de freqüências, além de calculadas medidas descritivas que facilitam a interpretação dos dados, bem como intervalos de confiança de 95% para tais freqüências.

Os dados obtidos através das respostas dos questionários (Instrumentos I e II) foram digitados de forma criteriosa, com conferência cuidadosa (revisados), objetivando assim, a validação dos mesmos.

Para o instrumento de verificação dos conhecimentos dos ACS sobre medicamentos, foi analisado o índice de acertos totais e de acertos por questões dos ACS nas oito questões propostas.

5. RESULTADO E DISCUSSÃO

Esse estudo traz reflexões sobre o cotidiano do trabalho do ACS, no que tange as práticas de saúde na promoção do uso correto e racional de medicamentos e riscos encontrados durante essas práticas, além de verificar a formação, conhecimentos específicos sobre farmacoterapia e necessidades de realização de cursos de capacitações sobre medicamentos.

O transcurso da análise dos dados será realizado por categorias:

- a) Perfil dos ACS do Município de Palmas – TO;
- b) Formação e informação específica sobre a farmacoterapia no trabalho dos ACS;
- c) Riscos envolvendo a farmacoterapia;
- d) Verificação dos conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

5.1 PERFIL DOS ACS DO MUNICÍPIO DE PALMAS – TO

O perfil do profissional estudado, o ACS, pode ser observado na Tabela 2, que mostra a sua caracterização demográfica e social e sua distribuição em frequências absolutas e percentuais.

Tabela 2 – Distribuição de freqüências de gênero, escolaridade, faixa etária e tempo de serviço dos Agentes Comunitários de Saúde, Palmas – TO, Brasil, 2014

Variáveis	N	%
GÊNERO		
Feminino	207	85,89
Masculino	34	14,11
Total	241	100,00
ESCOLARIDADE		
EFI	1	0,41
EFC	4	1,63
EMI	3	1,22
EMC	133	54,06
ESI	49	19,92
ESC	51	20,73
Pós-Graduação	5	2,03
Total	246	100,00
FAIXA ETÁRIA		
25 a 29 anos	11	4,49
30 a 34 anos	53	21,63
35 a 39 anos	61	24,90
40 a 44 anos	54	22,04
45 a 49 anos	38	15,51
Acima de 50 anos	28	11,43
Total	245	100,00
TEMPO DE SERVIÇO		
Até 4,9 anos	2	0,83
De 5 a 9,9 anos	81	33,61
De 10 a 14,9 anos	133	55,19
A partir de 15 anos	25	10,37
Total	241	100,00

n = freqüência absoluta; % = porcentagem; EFI = Ensino Fundamental Completo; EFC = Ensino Fundamental Incompleto; EMI = Ensino Médio Completo; EMC = Ensino Médio Incompleto; ESI = Ensino Superior Incompleto; EMI = Ensino Superior Completo.

A Tabela 2 revela que nas Unidades de Saúde da Família de Palmas – TO, existe predominância de ACS do sexo feminino (85,89%). Em relação à “tendência” pelo gênero feminino, esta parece seguir desde os primórdios do Programa ao ser implantado no Ceará em 1987 (75).

Lunardelo (76) recorre à gênese da Estratégia Saúde da Família (ESF) para demonstrar que, desde a implantação do PACS, a contratação de mulheres foi priorizada, com a intenção de causar impacto na condição social dessa parcela da população por meio do trabalho remunerado.

Essa preferência baseou-se no fato de que as mulheres transformariam a sua condição social, através do trabalho remunerado, apesar de receberem apenas o salário mínimo e, com isso, incentivariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres da comunidade onde moravam. Outro fato importante que levou a escolha das mulheres para exercer essa atividade era a possibilidade de promover a educação em saúde com o grupo materno-infantil, na tentativa de reduzir a morbidade e mortalidade dessa população, por meio de ações que aumentavam o índice de aleitamento materno e prevenção da desidratação, proveniente da diarreia (77).

Diante do exposto, constata-se que o programa originou-se de emprego de mulheres pobres e não capacitadas, devendo cumprir uma ação de urgência, na qual se acreditava conseguir resultados com ações simples. De 1987 até hoje, o ACS se tornou profissão e continua sendo, assim como muitas outras, uma profissão feminina (78).

Esse fato pode estar intensamente ligado ao papel de cuidadora que a mulher exerce na sociedade, sendo as principais responsáveis pela educação e pela alimentação das crianças e pelos cuidados proporcionados aos idosos da família (79).

Esta expectativa mantém-se forte na estrutura do programa atual, embora a participação de homens traga novos olhares e novos encontros, repercutindo de forma positiva na promoção da saúde das famílias acompanhadas pelas equipes.

Investigações desenvolvidas com ACS em outros municípios brasileiros demonstraram dados semelhantes a este, isto é, a predominância do trabalho feminino (80)(81)(75)(82)(83)(84)(35). Observa-se que estes estudos foram realizados em períodos diferentes e que não houve mudanças neste aspecto ao longo dos anos.

Segundo os dados do estudo, também foi possível observar, ainda na Tabela 2, que as faixas etárias que mais concentraram agentes foram entre 30 e 44 anos de idade (68,57%), isto é, adultos jovens. Um dos pré-requisitos do Ministério da Saúde

é que tenham idade acima de 18 anos, não sendo estabelecido um limite máximo (85).

Este perfil etário mostra uma força de trabalho em plena maturidade produtiva e uma população economicamente ativa de adultos jovens. Em outros estudos (81) (75)(86)(87), os autores também encontraram uma concentração de ACS entre 30 a 49 anos. Silva & Dalmaso (75) destacaram que, para muitos, ser agente comunitário de saúde foi uma oportunidade de ingresso e reingresso no mercado de trabalho.

Com relação à escolaridade dos entrevistados, é observado um nível de escolaridade contemplador ou superior ao exigido pelo Ministério da Saúde, pois 54,06% dos participantes concluíram o ensino médio, 19,92 % concluíram o ensino superior e 2,03% informaram ser pós-graduados.

Dos 246 entrevistados, 38,21% fizeram cursos técnicos. Dentre esses 62,77% em Técnico de Agente Comunitário de Saúde.

No Município de Palmas, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde foi ofertado uma única vez, no período de 2005 a 2008, e não há previsão de oferta do curso para novas turmas (informação verbal).¹

A respeito dessa perspectiva formativa, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde traz reflexões sobre o fato de que o ACS tem se constituído como protagonista na luta pela melhoria das condições de vida da comunidade; sua práxis transformadora tem contribuído de forma significativa por meio de elementos educativo-preventivos e de promoção da saúde no campo da atenção primária, na vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica (88).

De acordo com o Ministério da Saúde, o Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde tem como propósito preparar os profissionais para atuar como técnicos de nível médio junto às equipes multiprofissionais que desenvolvem ações de cuidado e proteção à saúde de indivíduos e grupos sociais em domicílios e coletividades (89). Pode-se dizer que o grande ganho desse processo de formação foi a efetivação da identidade profissional dos ACS envolvidos. Antes do curso, eles não se sentiam como membros da equipe. Ocupavam-se com muitas atividades, atendendo às necessidades que surgiam, sem muita clareza do seu papel. Suas atribuições eram pouco conhecidas por eles próprios, pela equipe de saúde e pela

¹ Informação fornecida pela Escola Tocantinense do Sistema Único de Saúde (ETSUS), Palmas – TO, em agosto de 2014.

comunidade. A partir do momento em que sua atuação foi reconhecida, aumentou a satisfação dos ACS em pertencer a uma equipe de saúde e fazer parte de um sistema de saúde estruturado nos âmbitos estadual e nacional. As vivências e os conteúdos trabalhados durante o curso trouxeram, além de uma habilitação técnica, um reconhecimento pessoal de suas potencialidades, refletindo-se na sua vida pessoal e profissional.

Faz-se necessário a reflexão sobre o grau de escolaridade dos ACS, pois após a implantação do PSF, o papel do ACS foi ampliado, saindo do foco materno-infantil para a família e a comunidade, além das exigências de novas competências no campo político e social. Assim, a elevação da escolaridade dos ACS passaria a ser importante para desempenhar esse novo papel, bem mais complexo e abrangente (90).

Entretanto, diferentes conceitos e opiniões são formados em relação à escolarização dos ACS, uma das concepções é que a sua qualificação tenderá a afastá-lo da sua principal atribuição, o de ser um trabalhador que, por vivenciar e compreender a cultura local tem a possibilidade de traduzir melhor os anseios da população com a qual convive, dessa forma, não caberia definir o seu perfil ocupacional, pois o seu trabalho está intimamente ligado à sua inserção social (91).

Todavia, ao longo dos últimos 20 anos, a qualificação na formação dos ACS tem sido um dos objetivos da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e, pelo menos no âmbito legal, já houve a aprovação do aumento da escolaridade e a qualificação em nível técnico, com a elaboração do “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” no ano de 2004 (89). No entanto, esse direito conquistado, por meio de lutas e mobilizações coletivas dos ACS, não tem sido garantido, permanecendo a precarização da formação profissional.

O “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” compreende três etapas formativas, mas até o momento somente a primeira etapa foi pactuada pelos gestores do SUS, persistindo assim uma formação apressada e fragmentada, voltada para a capacitação em serviço, e que geralmente não está de acordo com o importante papel desempenhado pelo ACS na prática da integralidade do cuidado em saúde (92).

Quanto ao tempo de atuação na ESF, observa-se que a maioria dos entrevistados (55,19%) está trabalhando como ACS de 10 a 14,9 anos, 33,61%

apresentam entre 5 a 9,9 anos de serviço e 10,37% a partir de 15 anos. Verificou-se ainda, uma baixa rotatividade desses trabalhadores, sendo que apenas 0,83% deles estão há menos tempo na atividade (até 4,9 anos), esses iniciaram suas atividades em USF recém implantadas.

Os ACS possuem baixa rotatividade na ESF e quanto maior o seu tempo de atuação maior será a sua contribuição para a equipe de saúde da família, pois o mesmo passa a conhecer melhor a comunidade e suas necessidades de saúde (82) (93).

Ressalta-se ainda, que a maior permanência de atuação do ACS, contribui para um melhor entendimento do seu papel, como também na construção das suas práticas cotidianas, embasadas no conhecimento da necessidade do local, além de favorecer no fortalecimento do vínculo com a comunidade.

No que tange ao número de visitas domiciliares realizadas pelos ACS no Município de Palmas, em média os ACS realizam 9,32 visitas/dia, contabilizando semanalmente em média $46,6 \pm 17,52$ visitas por semana, apesar de média adequada, existe grande variação quanto ao número de visitas, demonstrada pelo alto desvio padrão, não há homogeneidade para tal variável ($CV=37,6\%$).

No município foi pactuado com os ACS que fizessem de oito a dez visitas domiciliares por dia, o que totaliza 40 ou 50 por semana, que vem em consonância ao resultado encontrado na pesquisa (informação verbal).²

Destaca-se ainda, que a visita domiciliar é instrumento ideal para a educação em saúde. É mediante as trocas de informações durante as visitas, que se dá o contexto de vida de cada um e da família, pois cada domicílio apresenta uma realidade e necessidade.

Neste contexto, percebe-se a importância do ACS na identificação das necessidades de saúde e na continuidade do cuidado, pois ele é o responsável por detectar as demandas da população e acompanhar a saúde das famílias, o que é preciso ser feito diariamente através da visita domiciliar (94).

Segundo o mesmo autor, a visita domiciliar é uma das principais atividades que permite ao ACS conhecer o contexto social e identificar as necessidades de

² Informação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas, Palmas – TO, em agosto de 2014.

saúde das famílias assistidas pela equipe, permitindo uma maior aproximação com os determinantes do processo saúde-doença.

A visita domiciliar na ESF é um instrumento utilizado pelas equipes para inserção e conhecimento do contexto de vida da população, assim como estabelecimento de vínculos entre profissionais e usuários. Ainda, visa atender as diferentes necessidades de saúde, preocupando-se com a infraestrutura (habitação, higiene, saneamento entre outros) existente nas comunidades e o atendimento à saúde das famílias (95).

A visita domiciliar deve ser realizada de forma sistematizada pelas equipes de saúde da família. Para isso, são traçadas formas de planejar, executar, registrar e avaliar a ação. O planejamento possibilita conhecer a história familiar previamente, favorecendo a aproximação e a orientação na visita domiciliar. Além de definir os dados que precisam ser levantados junto à família para serem agregados ao projeto terapêutico da família e ao plano de visita (96).

A identificação de todas essas informações possibilitou caracterizar o perfil do ACS, reforçando o seu conceito de trabalhador *sui generis*, por ser um trabalhador único em seu gênero, de identidade comunitária, que por diversas vezes realiza atividades que extrapolam o campo da saúde, por reunir características tão singulares que o aproxima de sua comunidade, fortalecendo vínculos através do acolhimento, respeito e solidariedade.

O ACS é o profissional que conhece como nenhum outro os determinantes sociais da saúde na população que atende, visto que partilha destes mesmos determinantes, logo, o seu discurso tem grandes chances de ter aplicabilidade na realidade dos sujeitos (97).

5.2 FORMAÇÃO E INFORMAÇÃO ESPECÍFICA SOBRE A FARMACOTERAPIA NO TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PALMAS - TO

Objetivando conhecer a formação do Agente Comunitário de Saúde (ACS), especificamente, sobre temas relacionados aos medicamentos, eles foram

questionados sobre participação em cursos de capacitação que tratam sobre o assunto e sua percepção sobre a necessidade desses cursos. Foram ainda, questionados se foi realizado pela sua equipe discussões sobre temas relacionados aos medicamentos que as famílias utilizam e se consideram ter conhecimentos adequados e suficientes para dar orientações e/ou informações à população sobre medicamentos.

Assim, observa-se que dos ACS entrevistados, 88,02% afirmaram não terem realizados curso de capacitação específico sobre medicamentos, 75,51% consideram não ter conhecimentos adequados e suficientes para dar orientações e/ou informações à população sobre medicamentos, 80,41% informaram que nenhuma vez foi discutido pela equipe sobre temas relacionados aos medicamentos que as famílias utilizam e 90,20% sentem necessidade dessa formação.

Constata-se assim, que os ACS apresentam necessidade de serem capacitados, buscando mais conhecimentos sobre medicamentos, tendo em vista a promoção do uso correto e racional dos medicamentos junto à comunidade assistida.

Estudos desenvolvidos por outros autores sobre o trabalho do ACS na promoção do uso correto de medicamentos apresentaram resultados semelhantes ao deste estudo, quando afirmam que uma das razões para isso acontecer é que o desempenho de funções sem treinamento gera insatisfação nos trabalhadores, pois os impossibilita de desenvolver seu trabalho com eficiência (98)(35).

Ainda, em estudo desenvolvido sobre o ACS do Projeto QUALIS/PSF, no município de São Paulo, Silva (99) identificou que o agente comunitário não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui incluídos os saberes para as diferentes dimensões esperadas do seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com a Religião e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade. Há saberes de empréstimo para o pólo técnico, não os há para a dimensão considerada como mais política, nem há propostas ou trabalho consistente do “agir comunicativo.”

A falta de espaço para discussão da terapia medicamentosa nas reuniões de equipe e a incapacidade de resolução dos problemas geram frustração nos ACS. Isso faz com eles se sintam desestimulados e deixem de acreditar na possibilidade de atuar auxiliando nessas questões (98). Para contornar essa situação, os ACS

recorrem a profissionais da unidade, a fim de obter ajuda na resolução dos problemas, conforme discutido mais adiante nessa pesquisa.

Nesse sentido, se faz necessário que os espaços reservados para os encontros sistemáticos de educação permanente estabelecidos dentro da equipe sejam importantes. Esses espaços, também contribuem na transformação do processo de trabalho, com o intuito de melhorar a qualidade do serviço, tanto para o usuário quanto para os próprios trabalhadores da equipe de saúde da família.

Para o Ministério da Saúde, a educação permanente é utilizada para melhorar a formação dos profissionais e fortalecer o SUS. A educação permanente possibilita o desenvolvimento pessoal dos que trabalham na saúde e também, o desenvolvimento das instituições. Na proposta da educação permanente, a capacitação da equipe, os conteúdos dos cursos e as tecnologias a serem utilizadas devem ser determinados a partir da observação dos problemas que ocorrem no dia-a-dia do trabalho e que precisam ser solucionados para que os serviços prestados ganhem em qualidade, e os usuários fiquem satisfeitos com a atenção prestada (100).

Esses altos percentuais verificados nesse estudo, em relação à necessidade de melhor capacitação/formação, podem estar associados à constante preocupação do ACS em cuidar melhor das pessoas, que seria possível pela incorporação de novos conhecimentos à sua prática. Muitas vezes, devido desconfortos experimentados no cotidiano do trabalho, percebem que o modo de fazer é insuficiente para resolverem os problemas encontrados.

Por se tratar de uma categoria que prescinde de formação profissionalizante institucionalizada, o ACS tem demonstrado a necessidade de um “novo olhar” sobre a saúde e de outro jeito de “fazer saúde”, sugerindo, assim, não apenas o conhecimento de pressupostos teóricos que sustentam a proposta, como também o compromisso com aspectos como a promoção da saúde e os princípios filosóficos do SUS, revelando uma compreensão ampliada de saúde (101).

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica, como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil, requerem um saber e um fazer em educação permanente, que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. A educação permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a

aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (13).

Diante disso, sugere-se que os ACS sejam incluídos em processos de educação permanente para que desenvolvam as suas capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário participativo e reflexivo sobre os diversos aspectos, do saber e do saber fazer, principalmente no que diz respeito às ações de educação em saúde.

Para Sousa (23), o processo de aprendizagem do ACS, não implica apenas o domínio de técnicas das ações básicas de saúde, pois se faz necessário que o mesmo compreenda sua comunidade, entenda seus problemas e a estimule a modificar a sua relação com a saúde.

Logo, percebe-se o quão relevante é estimular a formação destes profissionais, objetivando a aquisição de novos conhecimentos, habilidades, mudanças de atitude, que sejam condizentes com sua realidade de trabalho.

Como afirma Mendonça (98), o ACS, diante da incapacidade gerada pelo despreparo para lidar com a farmacoterapia, passa a experimentar uma angústia por não saber, e isso faz com que ele busque apoio no conhecimento popular e no senso comum, objetivando minimizar esse sentimento.

Diante dessas limitações, visando nortear e atualizar os seus conhecimentos sobre terapia medicamentosa, os ACS buscam informações em várias fontes, que podem representar para os mesmos uma forma de validar e respaldar cientificamente os seus conhecimentos, deixando de se basearem somente no senso comum.

Nesse sentido, na Tabela 3, serão apresentadas as principais fontes de buscas de informações sobre medicamentos, citadas pelos ACS de Palmas.

Tabela 3 – Levantamento das principais fontes de buscas de informações sobre medicamentos, realizadas pelos ACS, em porcentagem (%), em Palmas - TO, Brasil, 2014

Fontes de Informações	N	%
Bulas de Medicamentos	175	71,14
Internet	106	43,09
Livros	27	10,98
Manuais do Ministério da Saúde ou do Município	10	4,07
Bulários Eletrônicos da ANVISA	9	3,66
Dicionário de Especialidades Médicas – DEF	8	3,25
Jornais	5	2,03
Revistas	2	0,81
REMUME	2	0,81
RENAME	1	0,41
Nenhum	13	5,28
Outros	14	5,69

ANVISA = Agência Nacional de Vigilância Sanitária; REMUME = Relação Municipal de Medicamentos; RENAME = Relação Nacional de Medicamentos Essenciais.

Percebe-se, nos dados apresentados, que as bulas de medicamentos são a principal fonte, sendo apontados por 71,14% deles. Em seguida, aparecem a internet e livros, apontados respectivamente por 43,09% e 10,98% dos ACS.

As bulas são os principais materiais informativos fornecidos aos usuários de medicamentos. No entanto, os benefícios das bulas podem ser reduzidos em relação à educação dos pacientes para o uso racional de medicamentos, uma vez que algumas não apresentam informações adequadas sobre os cuidados de administração, interrupção do tratamento, reações adversas e a probabilidade de ocorrência desses efeitos e a sua influência na continuidade do tratamento. Além disso, há vários termos técnicos e outros de difícil compreensão (102).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem a função de analisar e aprovar o material produzido pela indústria farmacêutica, antes da comercialização, enquanto que o formato e o conteúdo das bulas são determinados e acompanham a normatização do setor farmacêutico (103). A legislação brasileira estabelece que as informações técnico-científicas e orientadoras sobre medicamentos, constantes nas bulas, devem ser disponibilizadas aos usuários em linguagem apropriada, ou seja, de fácil compreensão (104).

Assim sendo, em 2008, consciente dos problemas relacionados às bulas de medicamentos, a ANVISA promoveu uma consulta pública para tratar do assunto e estabeleceu um novo regulamento para disciplinar a maneira pela qual as bulas

devem ser confeccionadas no Brasil e em 2009 regulamentou as novas regras para a elaboração das bulas de medicamentos, através da Resolução RDC 47/09 (105).

Dentre as fontes de informações apresentadas no estudo, a internet também foi apontada por uma frequência considerável dos ACS, 43,09%.

Informações sobre medicamentos na internet estão acessíveis facilmente; entretanto, saber o quanto estas informações são confiáveis e de qualidade é considerado uma tarefa difícil (106).

Atualmente, a Internet tem a função de auxiliar na busca de informações para atualização de profissionais da saúde ou para que pacientes conheçam mais sobre suas doenças e tratamentos (107). Utilizar sítios da internet com informações qualificadas pode aumentar a confiança na informação obtida e minimizar a exposição a informações conflitantes ou inverídicas (108).

Entretanto, para se manterem atualizados, os ACS, necessitam de esforço e tempo demasiado para busca e leitura de artigos de seu interesse, disponíveis eletronicamente, o que não condiz com a realidade local. Ante o exposto, é essencial que os ACS compreendam como extrair o melhor destas tecnologias para obter acesso a informações de qualidade e com melhores evidências científicas, com o objetivo de promover o uso racional de medicamentos.

Ressalta-se aqui, um aspecto importante do estudo com relação à busca de informações sobre medicamentos, onde foi observado que apenas 0,41% e 0,81% dos ACS, buscam construir os seus conhecimentos sobre a terapia medicamentosa, através da RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais) e REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) respectivamente, conforme demonstrado na Tabela 3. Talvez tenha sido pouco citado como fonte de buscas de informações pelos ACS, por falta de conhecimentos sobre RENAME e REMUME.

No Brasil, uma das prioridades estabelecidas pela Política Nacional de Medicamentos é a adoção da RENAME, que é elaborada por um grupo de especialistas que declaram não possuir conflito de interesses (109). Esta lista de medicamentos, com o Formulário Terapêutico Nacional, deve servir de base para a elaboração das listas estaduais, por meio da Relação Estadual de Medicamentos Essenciais (RESME) e municipais (REMUME) (110), pois existem necessidades regionais diferentes.

No RENAME são elencados os medicamentos essenciais, definidos por grupos farmacológicos mediante critérios epidemiológicos, de eficácia, segurança e

custo efetividade, considerando as principais doenças que acometem a população do país. Nesta relação, estão selecionados medicamentos com segurança e eficácia comprovada (111).

Considerando o apresentado, é necessária uma intervenção, para que os ACS sejam orientados sobre fontes de informações confiáveis, além da necessidade de garantir a inclusão dos ACS no processo de formação sobre promoção do uso correto e racional de medicamentos, respeitando as características regionais e das especificidades da sua Equipe de Saúde da Família. Desta forma, a Qualificação do ACS terá como objetivo, preparar esse profissional para atuar junto à equipe multiprofissional de saúde como profissional ético, reflexivo e crítico, transformador da realidade, desenvolvendo ações de integração social, promoção da saúde e prevenção de agravos na família e na comunidade.

Ainda, frente aos limites e fragilidades destacados pelos ACS, no que referem aos seus conhecimentos sobre medicamentos, os mesmos recorrem a alguns profissionais da equipe da ESF, buscando solucionar os problemas e sanar dúvidas sobre a farmacoterapia, conforme demonstrado na Tabela 4.

Tabela 4 – Percentuais (%) dos profissionais que solucionam os problemas identificados pelos ACS e dos que sanam as suas dúvidas sobre os medicamentos, em Palmas - TO, Brasil, 2014

Profissionais	Solucionam o problema		Sanam as dúvidas	
	N	%	N	%
Enfermeiro	128	52,46	122	50,00
Médico	97	39,75	117	47,95
Farmacêutico	2	0,82	4	1,64
Outros	17	6,97	1	0,41

Quando identificado algum problema ou dúvida sobre a farmacoterapia dos usuários, o profissional enfermeiro é o mais referenciado pelos ACS, o estudo mostra que 52,46% e 50% dos ACS disseram procurá-los nessas situações, respectivamente.

Desde sua implantação, o PACS e a ESF determinaram ao enfermeiro, como uma de suas atribuições específicas, a supervisão e coordenação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde, com vistas ao desempenho de suas funções (112).

O enfermeiro apresenta-se como um profissional extremamente importante, juntos aos demais membros da Estratégia Saúde da Família – ESF, na construção desse novo modelo de atenção à saúde, por desenvolver atividades assistenciais, gerenciais e de supervisão aos profissionais da enfermagem e aos ACS (113).

Segundo a portaria 648/06 do Ministério da Saúde, o enfermeiro como membro integrante da equipe de saúde da família deve prestar assistência integral com ações que objetivem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde e famílias em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade (10).

Nessa perspectiva, o enfermeiro tem exercido um papel peculiar nas ações de educação em saúde, principalmente no que tange à orientação da farmacoterapia. Além das atribuições preconizadas para o enfermeiro na ESF, o mesmo tem permissão para realizar consultas de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações, observando as disposições legais da profissão e conforme os protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais, municipais ou do Distrito Federal, conforme reza a Portaria nº 1.625/07 (114).

Diante disso, pode-se explicar, em parte, a força de atuação do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família, além da proximidade e confiança do ACS junto aos enfermeiros, o que ratifica os dados encontrados no presente estudo.

No que diz respeito às ações de educação em saúde, existe um distanciamento do médico, que poderá estar relacionado com a sua formação (115). Quando identificados problemas ou dúvidas sobre a farmacoterapia pelos ACS, 39,75 % e 47,95 % respectivamente recorrem ao profissional médico.

Nesse sentido, se faz necessário articular estratégias de formação permanente dos profissionais, afim de que possam compartilhar os conhecimentos e informações que permitam o desenvolvimento do trabalho em equipe. Na equipe de saúde o saber específico de cada profissional completa o do outro e suas ações podem ser potencializadas, diante da complementaridade das ações, de forma que um único profissional não o faria melhor. Para tanto, considera-se importante a existência de processo interativo formal e periódico para que as equipes da Saúde da Família se reúnam e dialoguem sobre as necessidades assistenciais dos usuários e compartilhem a elaboração e execução de projetos terapêuticos singulares (116).

Cabe ressaltar que das 33 unidades estudadas, apenas sete USF, dispõem de farmácia. A ausência do farmacêutico em algumas unidades pode ter contribuído para que poucos ACS tenham referido procurá-los, para sanar suas dúvidas ou resolver problemas relacionados à farmacoterapia.

Na Tabela 5, encontra-se a opinião dos ACS sobre orientar as famílias para o uso correto e racional dos medicamentos durante as visitas domiciliares, 24,59% acham importante, pois evita problemas com medicação e 68,03% acham importante, mas precisam de capacitação e/ou treinamento contínuo para realizá-la de forma correta.

Tabela 5 – Levantamento da opinião dos Agentes Comunitários de Saúde, sobre orientar as famílias para o uso correto e racional dos medicamentos durante as visitas domiciliares, em porcentagem (%), em Palmas - TO, Brasil, 2014

Opinião	N	%
Acho importante, pois evita problemas com medicamentos.	60	24,59
Acho importante, mas preciso de capacitação contínua.	166	68,03
Não acho importante, pois outros profissionais orientam.	3	1,23
Acho que não seja função do ACS.	10	4,10
Não sei dizer.	5	2,05

Verifica-se que os ACS reconhecem a importância de orientar corretamente a comunidade sobre a farmacoterapia, mas ao mesmo tempo demonstram-se limitados para realizar essa ação, afirmando a necessidade de capacitações e/ou treinamentos específicos que qualifiquem o seu trabalho.

Documento do Ministério da Saúde (117) enfatiza a necessidade de que, face ao novo perfil de atuação para o ACS, sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem, o que implica que os programas de capacitação desses trabalhadores devam adotar uma ação educativa crítica capaz de referenciar-se na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde e de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.

Em relação ao município de Palmas - TO, a Secretaria de Saúde vem desenvolvendo capacitações, atualizações e/ou treinamentos, junto aos ACS, sendo realizadas nas próprias Unidades de Saúde, ficando a cargo e/ou responsabilidade dos enfermeiros e médicos. Capacitações e/ou treinamentos específicos sobre a promoção do uso racional de medicamentos não foram ofertados até o momento (informação verbal).³

³ Informação fornecida pela Secretaria Municipal de Saúde do município de Palmas, Palmas – TO, em agosto de 2014.

Esses processos educativos têm como particularidade o envolvimento de grandes grupos de profissionais utilizando metodologias com predomínio de transmissão de informações e atualização de temas. Nem sempre são criadas condições de problematização do trabalho dos profissionais. Nesses espaços de educação continuada, encontra-se com frequência os conteúdos tradicionais de conhecimento e prática na área da saúde, havendo dificuldade de abranger a totalidade das finalidades colocadas para a Estratégia Saúde da Família.

Nesse sentido, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF do Município, constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento (psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista e enfermeiro), se apresentam como potencialidade para a efetivação de práticas de Educação Permanente em Saúde no município, tendo em vista seus objetivos e compromissos com a troca de saberes e a sua atuação no apoio matricial às equipes das Unidades de Saúde da Família do município.

Por ainda, representar uma estratégia de ampliação do cuidado na atenção básica muito recente no município de Palmas, implantada há apenas sete meses, se faz necessário que os profissionais dos NASF assumam suas responsabilidades em regime de cogestão com as equipes de Saúde da Família, evitando assim um trabalho isolado e fragmentado, tendo em vista que o trabalho em equipe é responsável pela melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde, além de aumentar as alternativas para o enfrentamento das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores em seu cotidiano.

Desse modo, os NASF constituem-se um importante potencializador na formação dos Agentes Comunitários de Saúde, principalmente no que refere a formação desses profissionais para promoção do uso correto e racional de medicamentos.

A discussão sobre o ensino para o Uso Racional de Medicamentos é uma estratégia mundial, que no Brasil tem apoio da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), do Ministério da Saúde (MS) e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em parceria com as principais universidades e centros de ensino e pesquisa do País. Por isso, o ensino para o Uso Racional de Medicamentos ganhou espaço e respeito em muitas universidades, entre docentes, discentes e profissionais da área da saúde (118).

O Ministério da Saúde tem se preocupado, há alguns anos, em transformar os ACS em fomentadores do uso racional de medicamentos em suas comunidades. Esta afirmação pode ser evidenciada na publicação da cartilha “O trabalho dos ACS na promoção do uso correto de medicamentos” (119).

5.3 SITUAÇÕES DE RISCO ENVOLVENDO A FARMACOTERAPIA

O problema relacionado com o medicamento pode ser definido como um problema de saúde, vinculado à farmacoterapia, e que interfere ou pode interferir, sobre os resultados esperados na cura do paciente (120).

Durante as visitas domiciliares, 46,89% dos ACS que fizeram parte desse estudo afirmaram que, às vezes, identificam pessoas utilizando medicamentos de forma errada.

O estudo demonstra ainda, problemas quanto ao uso de medicamentos, detectados pelos ACS durante as visitas domiciliares, conforme demonstra tabela a seguir.

Tabela 6 – Principais problemas identificados pelos ACS durante as visitas domiciliares quanto ao uso de medicamentos, em porcentagem (%), em Palmas - TO, Brasil, 2014

Problemas	N	%
Horário errado	206	83,74
Automedicação	113	45,93
Dosagem errada	103	41,87
Armazenamento em local inadequado	91	36,99
Armazenamento com validade vencida	81	32,93
Medicamento diferente	80	32,52
Recusa em tomar a medicação	78	31,71
Administração com validade vencida	62	25,20
Reação medicamentosa	24	9,76
Erro na dispensação pela farmácia	10	4,07
Via de administração errada	7	2,85

De acordo com os dados, foi possível observar, na Tabela 6, que os principais problemas relacionados ao uso de medicamentos identificados pelos ACS durante as visitas domiciliares, foram: uso do medicamento em horário errado (83,74%), automedicação (45,93%) e usuários tomando medicamento em dosagem diferente

da prescrita (41,87%). Também apontaram medicamento armazenado em local inadequado (36,99%), armazenado com validade vencida (32,93%) e usuários tomando medicamento diferente do prescrito (32,52%).

Os medicamentos sendo utilizados inadequadamente, sem medidas e controle, podem no processo saúde-doença causar diversos agravos indevidos. Segundo Aquino (121), dentre as causas do uso inadequado dos medicamentos estão a automedicação; a falta de informação de médicos a respeito da segurança dos fármacos; a mídia medicamentosa; e por fim a utilização crescente da internet para disseminar propaganda para os consumidores.

Segundo Hartmann e colaboradores (122), muitas vezes os usuários apresentam dificuldades em entender as instruções recebidas na prescrição. A confusão se traduz por engano nas doses, intervalos de tempo, duração do tratamento e até troca de medicamentos. Além dos eventuais esquecimentos dos horários de administração dos medicamentos, por vezes, eles podem não usar a dose por inteiro ou deixar de usar quando já estão se sentindo bem. Não raramente também, tomam uma dose mais elevada de um medicamento com o objetivo de se curar mais rapidamente.

Ferraes (123) enfatiza a importância das informações sobre uso correto do medicamento durante a dispensação, e o repasse das mesmas ao usuário. A autora considera relevante que sejam esclarecidas todas as dúvidas neste momento e que o usuário se sinta estimulado para iniciar o tratamento e cumpri-lo. Dessa forma, quando o usuário é sensibilizado a utilizar o medicamento de forma adequada, acaba tornando-se um colaborador na eficácia da terapêutica.

O Ministério da Saúde (124) em publicação sobre instruções técnicas para a organização da Assistência Farmacêutica (AF) na atenção básica faz referência aos objetivos da dispensação: educar para o uso do medicamento, contribuir para o cumprimento da prescrição médica, proporcionar uma atenção farmacêutica de qualidade, garantir o fornecimento do medicamento correto e na quantidade adequada.

Diversos autores destacam a importância das orientações a serem repassadas ao usuário sobre o uso do medicamento e de como isso deveria ser realizado (125)(126)(123).

Diante disso, é necessário orientar e conscientizar o usuário quanto à importância de seguir o esquema posológico, respeitando os horários e intervalos de administração dos medicamentos conforme prescrição.

Nascimento (127) cita o hábito da nossa sociedade em consumir medicamentos de maneira compulsiva, uma vez que são colocados como solução mágica à problemática da vida. Ferraes (123) menciona que é perceptível pela observação da realidade, as propagandas transformando o medicamento em mágica curadora de todas as doenças e o grande incentivo ao consumo de medicamento. Dessa forma, torna-se cada vez mais evidente a necessidade de combate à medicalização e promoção do uso racional do medicamento, que pode ser realizadas através de ações dos ACS na comunidade.

A extensão do sofrimento humano e a extensão dos agravos à saúde causados pelo mau uso de medicamentos não são conhecidas adequadamente, mas evidências demonstram que esse problema requer séria atenção por parte dos profissionais de saúde e da população leiga praticante da automedicação, em completa ignorância dos riscos a que se expõe (128).

A automedicação inclui, além do uso de medicamentos sem prescrição, o palpite de vizinhos, sugestões de um "conhecido", a própria experiência, uso induzido por propaganda, reutilização de receitas, entre outros (129).

Segundo Zanine e Paulo (130), a automedicação é um procedimento caracterizado fundamentalmente pela iniciativa de um doente ou de seu responsável em obter ou produzir e utilizar um produto que acredita lhe trará benefícios no tratamento de doenças ou alívio de sintomas. A automedicação, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequências efeitos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e mascaramento de patologias evolutivas, representando, portanto, problema a ser prevenido. É evidente que o risco dessa prática está correlacionado com o grau de instrução e orientação dos usuários sobre medicamentos, bem como acessibilidade deles aos serviços de saúde (136).

Conforme Boing et al.,(111), a parte referente ao acesso dos serviços pode ser resolvida utilizando as ferramentas da epidemiologia e do planejamento para o dimensionamento dos serviços de Saúde nos municípios ou estados. No entanto, também é importante lembrar que, muitas vezes, além dos levantamentos e do planejamento, é necessária vontade política para a resolução desses problemas. Ainda segundo os mesmos autores, a questão cultural também é marcante em

nosso país e pode ser trabalhada com esclarecimentos e trocas de informações com os usuários, por meio dos grupos de promoção e prevenção em Saúde, enfocando o uso de medicamentos.

Conservar medicamentos é manter os produtos em condições ambientais apropriadas para assegurar sua estabilidade e integridade durante seu período de vida útil (132).

Quando a guarda dos medicamentos não é feita corretamente, perde-se então a estabilidade da fórmula farmacêutica. Os medicamentos tornam-se inadequados para uso em situações de amolecimento de cápsulas, desintegração de comprimidos, nos casos de suspensões, a formação de depósito endurecido, entre outros problemas (37). Esses fatores são preocupantes porque lesam as características biofarmacêuticas do produto, levando a um inevitável comprometimento de liberação e absorção do princípio ativo (133). Existe também a possibilidade de perda antecipada da estabilidade do fármaco por fatores como temperatura, presença de oxigênio, luz solar, radiação e umidade (134), o que justifica a necessidade de orientações relacionadas ao armazenamento dos medicamentos nas residências (135).

Mediante o exposto, faz-se necessário sugerir um processo de educação das famílias, sobre a importância do armazenamento adequado dos fármacos em cada domicílio visitado, com o objetivo de mudar o comportamento em relação ao armazenamento inadequado dos medicamentos.

A pesquisa ainda aponta uma situação que requer atenção muito especial, que é o armazenamento de medicamentos com validade vencida nos domicílios (32,93%), identificados pelos ACS, durante as visitas domiciliares. Essa ocorrência também é descrita em outros estudos e se trata de uma questão séria, pelos riscos que podem advir do uso desses medicamentos impróprios ao consumo (136)(137) (138).

Neste sentido, mediante o apresentando, as respostas para tais indagações se fazem necessárias, pois permitem pensar na necessidade do envolvimento dos diversos atores no cenário interdisciplinar, visando à racionalidade da terapia medicamentosa, além de promover eficácia e segurança do tratamento. Faz-se ainda necessário preocupar-se com a complexidade do regime posológico, aderência ao tratamento, inferindo sempre na importância da realização do

planejamento junto à equipe, objetivando controlar os problemas relacionados aos medicamentos e seus impactos na saúde pública.

A disponibilização de informação ou orientação direta aos usuários diminui os riscos associados à terapêutica. Entretanto, não adianta apenas repassar informações; é preciso criar um diálogo entre profissional e usuário. E, para isso, deve-se reconhecer e levar em consideração questões culturais, organizacionais e de hábitos, para que o tratamento não seja apenas imposto, mas aceito (139).

Ainda, segundo esses autores as medidas educativas, alertando sobre os riscos dos medicamentos e a importância de seu uso correto, podem abranger um grande número de pessoas. Podem ser realizadas em grupos de Educação em Saúde (grupos de hipertensos, diabéticos, gestantes, dentre outros), e também através de palestras em associações de moradores, grupos de idosos e até em escolas. Tal tarefa de informar e educar em saúde sobre os medicamentos é árdua e contra-hegemônica, já que a propaganda atua fortemente no Brasil e influencia o perfil de prescrição, automedicação e expectativas da população.

No tocante a tratativa, o estudo mostra as principais categorias de usuários (Tabela 7), que solicitam informações sobre medicamentos aos ACS, durante as visitas domiciliares.

Tabela 7 - Categorias de usuários das Unidades de Saúde da Família, que segundo os Agentes Comunitários de Saúde, solicitam informações sobre medicamentos utilizados, durante as visitas domiciliares, em porcentagem (%), Palmas - TO, Brasil, 2014

Categoria	N	%
Idosos	203	82,52
Hipertensos	185	75,20
Diabéticos	153	62,20
Gestantes	88	35,77
Usuárias de contraceptivos orais	87	35,37
Cuidadores de crianças	60	24,39
Portadores de hanseníase	53	21,54
Cuidadores da saúde mental	52	21,14
Cuidadores de acamados	48	19,51
Portadores de tuberculose	33	13,41
Portadores de HIV/AIDS	11	4,47

Os dados da Tabela 7 apontam que as categorias de usuários das USF que mais solicitam informações sobre medicamentos, durante as visitas domiciliares, são os idosos (82,52%). Em seguida, aparecem os hipertensos (75,20%), os diabéticos (62,20%), as gestantes (35,77%) e as usuárias de contraceptivos orais (35,37 %).

Os idosos são os principais consumidores e maiores beneficiários da farmacoterapia moderna (140), porque precisam prevenir, tratar ou reduzir a morbidade. No entanto, é necessário ter cautela, já que modificações fisiológicas, alterações farmacocinéticas e farmacodinâmicas podem surgir com o envelhecimento (141)(142)(143)(144).

As principais preocupações da farmacologia clínica incluem eficácia e segurança, dose, complexidade do regime posológico, número de medicamento, custo e adesão do paciente (145). Assim, para os idosos, o cumprimento da terapêutica ou adesão ao tratamento medicamentoso é um problema, sobretudo para aqueles que vivem sós, sem nenhuma assistência, aqueles que possuem comprometimento cognitivo, estão confusos, com pouca visão, pouca destreza ou falta de memória e os que usam mais de dois medicamentos concomitantemente (146)(147).

Conforme relatado por Silva (148), alguns desses pacientes não aderem ao tratamento prescrito e outros acabam modificando o esquema posológico influenciados por fatores farmacológicos, educacionais, sociais, econômicos e psicológicos.

Deve-se levar em consideração que o idoso pode apresentar dificuldades em entender essas instruções e a confusão se traduzirá nos enganos de doses, intervalos de tempo entre doses, duração do tratamento e até na troca de medicamentos (149).

Dessa maneira, a fragilidade da idade avançada, diante de tantos fatores preditivos, apresentados acima, pode explicar o fato de os ACS terem citado esses usuários (82,52%) como aqueles que mais solicitam informações sobre os medicamentos.

Nesse sentido, algumas evidências sugerem que as informações fornecidas pelos ACS, podem aumentar a compreensão do paciente acerca de seus medicamentos e, conseqüentemente, aumenta a adesão ao regime terapêutico, diminuindo a morbidade, além de prevenir possíveis internações desnecessárias, assegurando assim, boa qualidade de vida a esses indivíduos.

O acompanhamento farmacoterapêutico do paciente idoso é etapa fundamental para a promoção do uso correto dos medicamentos (140). A abordagem educativa possibilita a ação colaborativa entre os profissionais, favorecendo o esclarecimento de dúvidas, atenuando as ansiedades pela

convivência com problemas semelhantes já solucionados, bem como proporciona maior efetividade na aplicação de medidas terapêuticas (150).

Buscar entender a prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso é tentar compreender em profundidade o verdadeiro significado desse relacionamento, proporcionando medidas efetivas para melhorar o benefício da terapia prescrita (140).

Os hipertensos e diabéticos, também apresentam diversas dúvidas e solicitam informações a respeito do uso correto de medicamentos. A abordagem da hipertensão arterial e da diabetes é constituída de intervenção medicamentosa e não medicamentosa, sempre acompanhada por mudanças no estilo de vida (151). Assim, o sucesso do controle das taxas de glicemia e pressão arterial depende da adesão adequada do paciente ao tratamento e de práticas de saúde que estimulem ou facilitem a mudança do estilo de vida.

Prevenir e tratar a hipertensão arterial envolve ensinamentos que necessitam de continuidade para introduzir mudanças permanentes nos hábitos de vida dos acometidos por essa enfermidade (152). Portanto, o ACS, como integrante da equipe multidisciplinar, tem papel de destaque no processo educativo de pessoas com hipertensão e diabetes Mellitus. Com estratégias educativas, o ACS busca a adaptação do paciente hipertenso à doença, a prevenção de complicações, a adesão ao tratamento, enfim, torná-lo agente do auto-cuidado e multiplicador das suas ações junto à família e comunidade.

Entretanto, a educação ao paciente, seja ele, idoso, hipertenso e/ou diabético, pode proporcionar a conscientização quanto ao seu estado de saúde e à necessidade do uso correto dos medicamentos, tornando o tratamento mais efetivo e seguro e a maior interação entre os profissionais de saúde e os usuários.

Quanto às dúvidas apresentadas pelos pacientes sobre medicamentos utilizados, verificadas durante as visitas domiciliares pelos ACS, observa-se que as mais frequentes foram: 68,29% sobre horário de administração, 51,22% sobre indicação terapêutica, 39,84% sobre efeitos colaterais ou reações adversas. Ainda, são comuns questões a respeito do período do tratamento (33,74%) e do uso concomitante de medicamentos e bebidas alcoólicas (30,49%), conforme demonstrado na Tabela 8.

Tabela 8 – Levantamento de dúvidas apresentadas pelos pacientes durante as visitas domiciliares dos Agentes Comunitários de Saúde, sobre medicamentos utilizados, em percentual (%), Palmas - TO, Brasil, 2014

Dúvidas	N	%
Horário de Administração.	168	68,29
Indicação Terapêutica	126	51,22
Efeitos colaterais ou reações adversas.	98	39,84
Até quando tomar os medicamentos (período do tratamento).	83	33,74
Uso concomitante de medicamentos e bebidas alcoólicas.	75	30,49
Se pode quebrar o comprimido ou abrir a cápsula.	37	15,04
Medida e dose de medicamentos (líquidos, xaropes, etc).	25	10,16
Via de administração.	22	8,94
Outras	12	4,88

Em estudos realizados em Ribeirão Preto – SP (35) e em Porto Alegre – RS (119), também foi constatado que as principais dúvidas apresentadas referem-se a questões sobre indicação terapêutica, efeitos colaterais ou reações adversas e uso concomitante de medicamentos e bebidas alcoólicas, o que ratifica a importância de orientações e/ou informações sobre a terapia medicamentosa.

Ainda em pesquisa realizada por Silva et al., (153), verificou-se que, a maior parte dos pacientes apresentam regular nível de informação para a utilização segura do medicamento, ou seja, suficiente para a administração adequada do medicamento em condições ideais, tais como o esquecimento de doses, o aparecimento de reações adversas inesperadas, o uso concomitantes de medicamentos com outras substâncias, que possibilitam assim, a ocorrência de eventos, durante o curso do tratamento, além de pôr em risco a sua efetividade.

A falta de informações a respeito da doença e do tratamento ou a não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde podem ser determinantes para a não adesão involuntária do paciente (154).

De acordo com alguns autores, a falta de informações relativas ao medicamento é um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica por 30 a 50% dos pacientes (155)(156)(157).

Nesse sentido, é necessário prover orientações e/ou informações sobre terapia medicamentosa, bem como, possibilitar ao usuário autonomia, através do conhecimento, tendo em vista, a promoção à saúde e, conseqüentemente, a melhoria da qualidade de vida do ser humano.

Nesta perspectiva, portanto, é essencial realizar ações de educação em saúde voltada para o uso correto e seguro da farmacoterapia, através do trabalho do ACS junto à comunidade.

Diante disso, 75,51% dos ACS entrevistados afirmaram não ter conhecimento para o exercício das ações de educação em saúde voltada para o uso correto e racional de medicamentos, pois apenas, às vezes (57,02 %), sabem responder as perguntas sobre os medicamentos utilizados pelos usuários.

As dúvidas dos usuários, em relação aos medicamentos, causam desconforto aos agentes, que muitas vezes não possuem subsídios para solucioná-las ou mesmo não se recordam de reportá-las ao profissional com os conhecimentos específicos para resolvê-las (119).

Dessa forma, se faz importante a realização de Curso de Promoção do Uso Correto e Racional de Medicamentos, para os ACS, com o objetivo de melhorar, de mudar a forma de pensar as intervenções de saúde, trazendo mais qualidade no atendimento aos usuários e, conseqüentemente, mais qualidade de vida à população.

Com a promoção do uso correto e racional de medicamentos pode-se: evitar conseqüências visíveis como o aumento de eventos adversos, eficácia limitada, aumento da resistência bacteriana, farmacodependência, riscos de infecção, uso inadequado de injetáveis, dentre outros como descrito em Marin (37).

5.4 VERIFICAÇÃO DOS CONHECIMENTOS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE FARMACOTERAPIA

Para verificação dos conhecimentos dos ACS sobre farmacoterapia, foi analisado o instrumento II (APÊNDICE III) respondido pelos mesmos, onde foram abordados os seguintes aspectos sobre o Uso Racional de Medicamentos: conceito de uso racional de medicamentos (questão 1); entendimentos sobre conceito de medicamentos essenciais (questão 2); certificação se sabiam que, mediante a realização do diagnóstico do território, poderiam contribuir, para que sua equipe e o sistema de saúde, conhecesse o real perfil de utilização de medicamentos (quantidade adequada), evitando faltar medicamentos essenciais (questão 3);

reconhecimento de situações em que os pacientes utilizam medicamentos de forma irracional (questão 4); verificação se sabem e/ou reconhecem quais são as atividades que contribuem de forma efetiva na promoção do Uso Racional de Medicamentos (questão 5); reconhecimento de situações de risco (questão 6); conhecimento de formas que possam garantir adesão a farmacoterapia (questão 7); reconhecimento e condução de forma correta, situações de riscos encontradas e/ou vivenciadas durante visitas domiciliares (questão 8). A seguir, nas Tabelas 9 e 10, encontram-se os percentuais de acertos totais e dos acertos para cada questão dos ACS, na verificação dos conhecimentos sobre o uso correto e racional de medicamentos.

Tabela 9 - Porcentagem (%) de acertos totais pelos Agentes Comunitários de Saúde, na verificação dos conhecimentos sobre o uso correto e racional de medicamentos, em Palmas - TO, Brasil, 2014

Número de acertos	Número de ACS	%
00	04	1,63
01	04	1,63
02	04	1,63
03	10	4,07
04	19	7,72
05	39	15,85
06	81	32,93
07	60	24,39
08	25	10,16
	246	100

Os dados da Tabela 9 apontam que 83,33% dos ACS acertaram mais de 50% das questões e que 10,16% acertaram 100% do instrumento para verificação dos conhecimentos sobre o uso correto e racional de medicamentos. Isso demonstra um elevado nível de desempenho, concordando com o resultado mostrado na Tabela 10, referente aos acertos por questão.

Tabela 10 - Porcentagem (%) de acertos dos Agentes Comunitários de Saúde para cada questão, na verificação dos conhecimentos sobre o uso correto e racional de medicamentos, em Palmas - TO, Brasil, 2014

Questões	N	%
Questão 1	194	78,86
Questão 2	153	62,20
Questão 3	61	24,80
Questão 4	197	80,08
Questão 5	221	89,84
Questão 6	223	90,65
Questão 7	205	83,33
Questão 8	165	67,07

Na Tabela 10, nota-se alta frequência de acertos por questão pelos ACS, em relação ao uso correto e racional de medicamentos. Dentre as questões avaliadas, foi verificado que as questões 1,4,7 ,5 e 6, apresentaram maiores índices de acertos, uma vez que , respectivamente, 78,86%, 80,08%, 83,33%, 89,84% e 90,65% dos Agentes Comunitários de Saúde, responderam corretamente.

Essas questões com maior frequência de acertos abordaram sobre: conceito de uso racional de medicamentos; reconhecimento quando os pacientes utilizam de forma irracional os medicamentos; forma de garantir a adesão à farmacoterapia; contribuições dos ACS na promoção do uso correto e racional de medicamentos; e reconhecimento de situações de risco.

No tocante à categoria verificação dos conhecimentos dos ACS sobre farmacoterapia, o resultado apresentou elevado nível de desempenho, no entanto ainda faz-se necessária a exploração de outros aspectos, fato comprovado e justificado anteriormente nessa pesquisa com os resultados obtidos no Instrumento I – Formação e Informação sobre a Farmacoterapia no Trabalho, onde 88,02% dos ACS entrevistados afirmaram não ter realizado curso de capacitação específico sobre medicamentos, 75,51% consideraram não ter conhecimento adequado e suficiente para dar orientações e/ou informações à população sobre medicamentos, 80,41% informaram que nenhuma vez foi discutido pela equipe temas relacionados aos medicamentos que as famílias utilizam e 90,20% sentem necessidade dessa formação.

Ao investigar se os ACS sabiam que, mediante a realização do diagnóstico do território, eles poderiam contribuir, para que sua equipe e o sistema de saúde conhecessem o real perfil de utilização de medicamentos (quantidade adequada), evitando faltar medicamentos essenciais, observa-se que apenas 24,80% dos ACS (Tabela 10), responderam de forma correta.

Os ACS não reconhecem a importância do diagnóstico da comunidade, enquanto ferramenta essencial na realização do planejamento na assistência farmacêutica, ou seja, que o objetivo do planejamento é fornecer aos gestores e suas equipes uma ferramenta que os municie de informações para a tomada de decisão, ajudando-os a atuar de forma pró-ativa.

O interesse pelo planejamento das ações em saúde surgiu em consequência da complexificação crescente do processo de trabalho nesta área, em virtude da necessidade de enfrentar as mudanças nas condições de vida e saúde da

população em diversos países (158). De acordo com Silva et al., (159), no setor saúde, planejamento é o instrumento que permite melhorar o desempenho, otimizar a produção e elevar a eficácia e a eficiência dos sistemas no desenvolvimento das funções de proteção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde.

Frente ao exposto, diante do resultado, faz-se importante ainda, verificar outros aspectos referentes à prática e não somente à teoria, além de buscar identificar lacunas e fragilidades em sua formação, fatores que interferem em seu desempenho e alternativas para recuperação e aprimoramento profissional, fornecendo subsídios às instituições formadoras para análise e reorientação de suas concepções e estratégias educacionais, dos currículos, materiais didáticos, métodos e técnicas de ensino. Neste contexto, deve-se considerar a necessidade de captar as diversas dimensões das competências (conhecimentos, habilidades e atitudes).

Nas profissões de saúde, "competência" é usada para descrever o conhecimento que permite que um praticante realize atividades de forma consistente, de uma maneira segura (160).

Dentro das concepções de Perrenoud (161), o conceito de competência tem caráter polissêmico, sendo descrito como: capacidade de aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes – saber fazer, saber ser, saber agir, capacidade de resolução de um problema.

Competência também diz respeito ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes, interdependentes e necessárias à execução de determinado propósito, dentro de um contexto organizacional específico. A competência envolve a questão do saber e do saber fazer, a questão intelectual e o desenvolvimento comportamental. O conhecimento então corresponde a uma série de informações como: a habilidade é a capacidade de aplicar e fazer uso do conhecimento adquirido; a competência é o somatório do que a pessoa assimilou de conhecimento e as suas vivências; a competência envolve a questão do saber e do saber fazer, a questão intelectual e o discernimento corporal (162).

As competências servem como base para a investigação, baseadas em evidências práticas e desenvolvimento de padrões. Elas também são ferramentas importantes na criação de descrições de trabalho e programas de orientação, de maneira a contribuir para a qualidade da assistência (163).

Sendo assim, o processo ensino-aprendizagem dos ACS deve ser amplo, tendo em vista, a importância de ensinar, aprender a aprender, aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a conhecer, buscando assim adquirir competências, habilidades e conteúdos contemporâneos, que contribuirão na capacidade dos ACS atuarem com qualidade e resolutividade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, na verificação dos conhecimentos dos ACS no uso correto e racional de medicamentos, após análise dos resultados, ressalta-se a necessidade de confrontar em futuros estudos a verificação de conhecimento versus a verificação de competência.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias atuais, a inadequação do uso de medicamentos, constitui um sério problema de saúde pública. Tem-se como requisitos para a promoção do uso correto e racional de medicamentos, uma série de variáveis, dentre elas está a participação de diversos atores sociais: pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo.

Assim, objetivando minimizar ou reverter este quadro, se faz necessário também, considerar a importância dos processos educativos, além de maior controle na venda com e sem prescrição médica e melhor acesso aos serviços de saúde.

A educação em saúde é um processo formativo e transformativo. A educação supõe, portanto, um contato, uma transmissão e uma aquisição de conhecimentos, além de um desenvolvimento de competências, hábitos e valores, tanto individual como da coletividade. É nesse papel que a educação em saúde se inscreve, contribuindo assim, para mudança de atitudes e de posturas. A aceitação e discussão dos aspectos mais comuns relacionados ao uso correto e racional de medicamentos junto à comunidade reforçam que essas atividades devem ser cada vez mais praticadas e estimuladas.

Desse modo, o trabalho em equipes multi e interdisciplinares se tornam um potencializador na segurança e nos cuidados à saúde do paciente. Espera-se ainda, que os profissionais trabalhem numa relação de complementaridade e interdependência dos conhecimentos.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), integrante da equipe multi e interdisciplinar na Estratégia Saúde da Família, pode contribuir com a promoção do uso correto e racional de medicamentos, por ser o elo entre a comunidade e o serviço de saúde, conhecedor das necessidades da saúde da população.

Assim, o trabalho do ACS, a educação em saúde e a busca constante pela sua promoção e prevenção de agravos têm-se ampliado muito, o que pode contribuir para a difusão e para a consolidação do uso racional de medicamentos.

Com os resultados desse estudo, pode-se concluir que os ACS enfrentam grandes desafios no cotidiano de sua prática, no tocante ao uso correto e racional de

medicamentos, fazendo-se necessário a sua formação de forma permanente, objetivando atender as suas necessidades e demandas da comunidade.

Desta maneira os ACS podem contribuir com a educação comunitária, no que se refere ao uso correto e racional de medicamentos, de forma a se pensar em caminhos que levam a um estado de saúde melhor, que perpassam por transformações no âmbito social, cultural, econômico e político e, nesse contexto, a educação em saúde é acima de tudo educação, instrumento fundamental na ampliação e construção de conhecimentos e práticas em saúde, refletindo assim, na melhoria da qualidade de vida da comunidade.

Ainda nessa pesquisa, foi possível verificar que deter conhecimento sobre uso correto de medicamentos, não implica dispor de competências para o exercício das práticas em saúde. Assim, o estudo trouxe subsídios para novas reflexões sobre a necessidade de verificar além dos conhecimentos, as dimensões das competências dos ACS.

Ressalta-se ainda, que se faz importante a formação dos ACS, na perspectiva do desenvolvimento de competências, onde a educação deve ser concebida a partir da organização dos saberes direcionado para as práticas em serviço, com base em temática, e que viabilizem o reconhecimento da integralidade como o eixo norteador do processo educativo.

Nesse contexto, o resultado do estudo, ratifica que no município de Palmas, a educação permanente para os ACS, encontra-se incipiente. Fato este, que reforça a necessidade da implantação e/ou implementação de capacitações ou treinamentos teórico-práticos, objetivando incentivar e provocar transformações nas orientações à comunidade, com incorporação de conhecimentos, atitudes e habilidades.

Por fim, propõem-se mais pesquisas voltadas ao processo de educação para o uso correto e racional de medicamentos, aprofundando os conhecimentos nos vários aspectos, ainda passível de novas abordagens e constatações.

6.2 RECOMENDAÇÕES

Face aos argumentos apresentados no decorrer deste estudo recomenda-se que:

1. Os ACS sejam incluídos em processos de educação permanente para que desenvolvam as suas capacidades, estimulando-os a realizar um trabalho comunitário participativo e reflexivo sobre os diversos aspectos, do saber e do saber fazer, principalmente no que diz respeito às ações de educação em saúde para promoção do uso correto e racional de medicamentos, tendo em vista a relevância da formação destes profissionais para atuar junto à equipe multiprofissional de saúde, desenvolvendo ações de integração social, promoção da saúde e prevenção de agravos na família e na comunidade.
2. Sejam adotadas formas mais abrangentes e organizadas de aprendizagem para esse profissional, o que implica nos programas de capacitação desses trabalhadores adotarem ações educativas críticas, capazes de se referenciar na realidade das práticas e nas transformações políticas, tecnológicas e científicas relacionadas à saúde, além de assegurar o domínio de conhecimentos e habilidades específicas para o desempenho de suas funções.
3. Lacunas e fragilidades, fatores que interferem no desempenho e alternativas para recuperação e aprimoramento profissional sejam identificados na formação dos ACS, fornecendo subsídios às instituições formadoras para análise e reorientação de suas concepções e estratégias educacionais, dos currículos, materiais didáticos, métodos e técnicas de ensino.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Malik AM, Gestão de Recursos Humanos. São Paulo. Instituto para Desenvolvimento da Saúde /FSP/USP/Banco Itaú1998. (Saúde & Cidadania 9)
2. Brasil. Lei n. 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF 24 set. 1990a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso: 10 de setembro de 2013.
3. _____. Lei n. 8.142 de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF 28 dez. 1990b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso: 10 de setembro de 2013
4. Bermudez JAZ, Oliveira MA, Chaves GC. O Acordo TRIPS da OMC e os desafios para a saúde pública. In: Bermudez JAZ, Oliveira MA, Esher A, organizadores. Acesso a medicamentos: derecho fundamental, papel del Estado. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2004. p.69-89.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Anais da reunião técnica dos pólos de capacitação, formação e educação permanente em saúde da família. Brasília, 2000a.
6. Carvalho PMG, Práticas Educativas em Saúde: Ações dos Enfermeiros na estratégia Saúde da Família. 2009. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina - PI, 2009.
7. Negri LSA, Ruy GF, Collodetti JB, Pinto LF, Soranz D R. Aplicação de um instrumento pra detecção precoce e previsibilidade de agravos na população idosa. Ciência e Saúde Coletiva, v. 9, nº 4, p.1033-46, 2004.

8. Rosa WAG, Labate RC. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev Latino-am Enfermagem, v.13, nº 6, p.1027-34, 2005.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação de Unidade de Saúde da Família: caderno 1. Brasília: MS, 2000b.
10. _____. Ministério da Saúde. Aprovada a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para organização da Atenção Básica para Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Portaria nº 648, 28 de março de 2006a. <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/899-648.html?q=>] Acesso em 28 de maio de 2014.
11. Fortuna CM, Mishima SM, Matumoto S, Pereira MJB. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. Revista Latino-americana de Enfermagem, v.13, nº 2, p.262-8, 2005.
12. Araújo MBS & ROCHA PM. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. Ciência e Saúde Coletiva, v.12, nº 2, p.455-64, 2007
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011. Disponível: <http://www.saude.mt.gov.br/atencao-a-saude/arquivo/2581/portarias> Acesso: 27 de Julho de 2014.
14. _____. Lei n. 10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de Saúde e dá outras providências; 2002a. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/>. Acesso em 17 de Setembro de 2013.

15. Buchabqui JA, Capp E, Petuco DRS. Convivendo com agentes de transformação: a interdisciplinaridade no processo de ensino/aprendizado em saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, v.30, nº 1, p.32-8, 2006.
16. Cassiani SHB, Miasso AI, Silva AEBC, Fakin FT, Oliveira RC. Aspectos gerais e número de etapas do sistema de medicação de quatro hospitais brasileiros. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.12, nº 5, 2004.
17. Miasso AI. Terapêutica Medicamentosa: orientação e conhecimento do paciente na alta e pós-alta hospitalar. 2002. 118f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.
18. Veber AP. A atuação do farmacêutico na Saúde da Família. In: Cordeiro BC, Leite SN. *O farmacêutico na atenção à saúde*. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. p.41-9.
19. Oliveira EM & Spiri W.C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, v.40, nº 4, p.727-33, 2006.
20. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde do Brasil e o Programa Saúde da Família. *Physis*, v.15, p.225-64, 2005.
21. Coriolano MWL et al. Educação Permanente com Agentes Comunitários de Saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v.10 nº 1, p.37-59, mar./jun. 2012.
22. Chiesa AM, Fracolli LA. O trabalho dos agentes comunitários de saúde nas grandes cidades: análise do seu potencial na perspectiva da promoção da saúde. *Revista Brasileira de Saúde da Família*, v.5, nº 7, p.42-9, 2004.
23. Sousa MF. *Agentes Comunitários de Saúde: Choque de Povo!* São Paulo: Hucitec. 2001.

24. Solla JJSP OPACS na Bahia: avaliação do trabalho dos agentes comunitários de saúde. *Saúde em Debate*, v.5, p.4-15, 1996.
25. Sousa MF, Hamann E. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? *Cienc saude colet*. 2009; 14(supl.1):1325-35.
26. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na promoção do uso correto de medicamentos. 2ª ed. Brasília: Editora MS; 2006b.
27. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009a, 260 p.
28. Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saúde Soc*. 2009; 18(1):42-9.
29. Malfitano APS, Lopes RE. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. *Cad Cedes*. 2009;29(79):361-72.
30. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Miltre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc*. 2009; 18(4):744-55.
31. Bógus CM. A educação popular em saúde como possibilidade para o incremento do controle social no setor saúde. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v.31, nº 3, p.346-54, 2007.
32. Behrens MA. A prática pedagógica e o desafio do paradigma emergente. *Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos*, Brasília, v.80, nº 196, p.383-403,1999.

33. Oliveira RL, Santos MH. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do Enfermeiro. Rev Enferm Integrada. 2011 dez; 4(2):833-44.
34. Carta de Ottawa. Primeira conferência internacional sobre promoção da saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acessado em 16 junho 2014.
35. Marques TC. As atividades de agentes comunitários de saúde e a promoção do uso correto de medicamentos em unidades do Distrito de Saúde Oeste de Ribeirão Preto - SP, 105f, Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. 2008.
36. Brasil. Portaria nº. 3.916, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Diário Oficial da União 1998; 10 nov. Disponível em: http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/medicamentos/portaria_federal_3916_GM_98.pdf Acesso: 16 de novembro de 2013.
37. Marin N, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Machado-dos-Santos S (orgs.). Assistência Farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. 373 p.
38. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. Ciên Saúde Colet. 2010; 15(Supl 3):3561-7.
39. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção em saúde. Ciência & Saúde Coletiva 12(1):213-220, 2007.

40. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Proposta: Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica. Atenção Farmacêutica no Brasil: “trilhando caminhos”. Brasília: OPAS, 2002.
41. Merola Y L, El-Khatib S, Granjeiro PA. Atenção Farmacêutica como Instrumento de Ensino. *Infarma* 17(7/9):70-72, 2005.
42. Machuca M, Fernández-Llimós F, Faus MJ. Método Dáder. Guia de seguimiento fármacoterapéutico. GIAF-UGR, 2003.
43. Barros JÁ, Joany SC. Anúncios de Medicamentos em Revistas Médicas: Ajudando a Promover a Boa Prescrição? *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v.7, nº 4, p.891-8, 2002.
44. Silva RR. Acreditação de farmácias: a construção de um modelo. 2003. 200f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
45. Galato D, Alano GM, Trauthman SC, Vieira AC. A dispensação de medicamentos: uma reflexão sobre o processo para prevenção, identificação e resolução de problemas relacionados à farmacoterapia *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*, v.44, nº 3, jul./set. 2008.
46. Dall’Agnol RSA. Identificação e quantificação dos problemas relacionados com medicamentos em pacientes que buscam atendimento no serviço de emergência do HCPA. 2004. Dissertação (pós-graduação nível mestrado). Porto Alegre, 2004.
47. Lage EA, Freitas MIF, Acurcio FA. Informação sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional. *Ciências e Saúde Coletiva*, v.10, p.133-9, 2005.
48. Lessa MdeA, Bochner R. Análise das internações hospitalares de crianças menores de um ano relacionadas a intoxicação e efeitos adversos de medicamentos no Brasil. *Revista Bras. Epidemiol*, v.11, nº 4, p.660-74, 2008.

49. Optiz SP. Sistema de medicação: análise dos erros nos processos de preparo e administração de medicamentos em um hospital de ensino. 2006.190f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.
50. Kawano DF, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Acidentes com os medicamentos: como minimizá-los/Ver.Bras.Cienc.Farm, v.42, nº 4, p.487-95, 2006.
51. Fernandes LC. Caracterização e análise da Farmácia Caseira ou Estoque Domiciliar de Medicamentos. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre: UFRGS, 2000.
52. Gomes MCJ, Drumond J, França G. Erro médico. 4ª ed., Guanabara Koogan Rio de Janeiro 2002.
53. Galato F, Just MC, Galato D, Silva WB. Desenvolvimento e validação de pictogramas para o uso correto de medicamentos: descrição de um estudo-piloto. ActaFarm Bonaerense, v.25, nº 1, p.131-8, 2006.
54. Rosa MB, Perini E. Erros de medicação: quem foi? Rev. Assoc Médica Brasileira, v.49, nº 3, p.335-41, 2003.
55. Nascimento MC. Medicamentos, comunicação e cultura. Ciência e Saúde Coletiva, v.10, p.179-93, 2005.
56. Carvalhov T, Cassiani SHB. Erros na medicação e consequências paraprofissionais de enfermagem e clientes: um estudo exploratório. RevLatino-amEnfermagem, v.10, n.4, p.523-9, 2002.

57. Cordeiro BC, Reynaud F. Atenção Farmacêutica: evolução ou revolução? In: Cordeiro BC, Leite SN. O farmacêutico na atenção à saúde. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. p.51-70.
58. Romano-Lieber NS. Farmacoepidemiologia. In: Cordeiro BC, Leite SN. O farmacêutico na atenção à saúde. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. p.113-39.
59. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de los medicamentos. Informe de La Conferencia de Expertos. 25 – 29 de Noviembre de 1985. Ginebra; OMS; 1986.
60. Timbs O. Leading role for pharmacists to reduce drug errors and improve patientsafety. The Pharmaceutical Journal, London, v.268, p.392, mar. 2002.
61. Chiesa AM, Veríssimo MDLÓR. A educação em saúde na prática do PSF. Manual de enfermagem. Disponível em: http://intranet.ftc.br/upload/141196/195508_A_Educa_o_em_Sa_de_na_Pr_tic_a_do_PSF.pdf. Acesso em: 10 Nov. 2013.
62. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.15,suppl 2,p.7-14. 1999. 14p.
63. Minas Gerais. Escola de Saúde Pública. Qualificação profissional: agente comunitário de saúde: unidade 4: ação do agente comunitário de saúde na educação em saúde, na promoção, na prevenção e no monitoramento de agravos: guia do docente/Escola de Saúde Pública do Estado de Minas. - Belo Horizonte: ESP-MG, 2012.
64. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12 ed. São Paulo. Hucitec. 2010. 407.p.

65. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2007.
66. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Rio de Janeiro: IBGE; 2010 [acesso em 10/11/2012]. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.
67. IBGE, Nota Técnica - Estimativas da População dos Municípios Brasileiros com data de Referência em 1º. De Julho de 2014. Diretoria de Pesquisas - DPE , Coordenação de População e Indicadores Sociais - COPIS, Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica – GEADD. 2014.
68. INMET – Instituto Nacional de Meteorologia. Brasília, INMET – Instituto Nacional de Meteorologia/Ministério da Agricultura Pecuária e Abastecimento, 2014. [acesso em 10/08/2014]. Disponível em: <http://www.inmet.gov.br/portal/>
69. Jesus GS. Central de Marcação de Consultas de Palmas – TO: uma análise do processo de acesso e atendimento. Palmas – TO, 2006. Monografia (especialização), apresentada à UFT. - Universidade Federal do Tocantins, no Curso de Especialização “Políticas Públicas e Gestão Estratégicas da Saúde,” Palmas, 2006.
70. Oliveira N, Oliveira A, Gonçalves IA. Construção do SUS em Palmas: desafios e conquistas. Saúde & Cidade em Debate, 1999, p.52-68.
71. Santana JP (Coord). Caracterização do processo de trabalho em atenção básica/saúde da família: aspectos institucionais, do emprego e da atividade dos médicos nos municípios de Campo Grande/MS Cuibá/MT, Goiânia/GO e Palmas/TO. José Paranaguá de Santana et al. – Brasília: UnB/CEAM/NESP/Observa-RH, 2010. (Série Observação, 2).
72. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Pesquisas com Seres Humanos. Resolução 466. Brasília. Ministério da Saúde, 2012.

73. Gerhardt TE, Silveira DT [organizado por]. Métodos de pesquisa, coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.
74. Chagas ATR. O questionário na pesquisa científica. Administração On Line Prática – Pesquisa - Ensino. v.1, nº 1, jan./fev./mar., 2000.
75. Silva JA da, Dalmasco ASW. Agente comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. 20ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.
76. Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto – São Paulo. 2004. 156 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
77. Minayo MCS, D'elia JC e Suitone E. Programa de Agentes de Saúde do Ceará: estudo de caso. Fortaleza: Unicef; 1990.
78. Ávila MMM. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Saúde Coletiva]. Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2006.
79. Ellis JR e Hartley CL. Enfermagem Contemporânea: desafios, questões e tendências. Tradução de Maria Virginia Godoy da Silva. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 1998.
80. Martins CL, Oliveira LSS, Rodrigues MA, Watanabe HAW e Jacomo YA. Agentes comunitários nos serviços de saúde pública: elementos para uma discussão. Rev. Saúde Deb. 1996 Jun. vol.51:38-43.
81. Andrade FMO. O Programa de Saúde da Família no Ceará. Fortaleza. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública]. Universidade Federal do Ceará; 1998.

82. Ferraz L e Aerts DRGC. O Cotidiano de Trabalho do Agente Comunitário de Saúde no PSF em Porto Alegre. *Cien. e Saúde Col.* 2005 dez.; vol.10(02):347-355.
83. Santos LPGS. A atuação do agente comunitário de saúde em São Bernardo do Campo: possibilidades e limites para a promoção da saúde. São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública] Universidade de São Paulo; 2006.
84. Azambuja EP et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. *Rev. Enf.* 2007 Jan./Mar; vol.16(1):71-9).
85. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
86. Teixeira RA, Mishima SM. Perfil dos Trabalhadores de Enfermagem no PSF. *Rev. Bras. de Enf.* 2000 jul./set.; vol. 53 (3):386-400.
87. Santos KT, Saliba NA, Moimaz SAS, Arcieri RM e Carvalho ML. Agente Comunitário de Saúde: perfil adequado a realidade do Programa de Saúde da Família? *Ciê. & Saúde Col.* 2011 jul.; vol.16(Supl.1):1023-1028).
88. Modesto MAS, Grillo LP, Prospero ENS and Mariath AB. Avaliação de curso técnico de agente comunitário de saúde sob a ótica dos egressos. *Trab. educ. saúde [online]*. 2012, vol.10, nº 3, p.387-406. ISSN 1981-7746.
89. Brasil. Ministério da Saúde. Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.
90. Tomaz JBC. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói”. *Interf. – Comum. Saúde e Educ.* 2002 fev.; vol.6(10):75-94.

91. Lopes MR et al. A Disputa sobre os Sentidos do Trabalho e da Formação dos Agentes Comunitários de Saúde. In: Vieira M et al. (org.). Para Além da Comunidade: Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011:161-208.
92. Chinelli F et al. A Reconfiguração Gerencial do Estado Brasileiro e os Trabalhadores da Saúde nos anos 1990. In: Vieira M et al. (org.). Para Além da Comunidade: Trabalho e Qualificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Rio de Janeiro: EPSJV; 2011:33-78.
93. Mota RRA e David HMSL. A Crescente Escolarização do Agente Comunitário de Saúde: uma indução do processo de trabalho? Trab. Educ. Saúde. 2010 jul./out.; vol.08(02):229-248.
94. Kebian LVA, Acioli S. A visita domiciliar de enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2014 jan./mar.; 16(1):161-9. Disponível: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v16/n1/pdf/v16n1a19.pdf Acesso: 18 de Agosto de 2014.
95. Marin MJS, Gomes R, Júnior ACS, Nunes CRR, Cardoso CP, Otani MP et al. O sentido da visita domiciliária realizada por estudantes de medicina e enfermagem: um estudo qualitativo com usuários de unidades de saúde da família. Ciênc saúde colet. 2011; 16(11):4357-65.
96. Abrahão AL, Lagrange V. A Visita Domiciliar como uma Estratégia da Assistência no Domicílio. In: Morosini MVGC, Corbo AMDA (org.). Modelos de atenção e a saúde da família. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz; 2007. P.151-71.
97. Oliveira Júnior JG. Agentes Comunitários de Saúde: fatores restritivos e facilitadores do seu trabalho na Estratégia de Saúde da Família. 2012. 137 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz, Rio de Janeiro- RJ, 2012.

98. Mendonça SAM. A experiência dos agentes comunitários de saúde com pacientes em uso de medicamentos. 2007. 87f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) – Faculdade de Farmácia, Universidade Federal de Minas Gerais, 2007.
99. Silva JÁ. O agente comunitário de saúde do Projeto QUALIS: agente institucional ou agente de comunidade? São Paulo, 2001. Tese (Doutorado) Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
100. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação a Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. A educação permanente entra na roda. Pólos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
101. Uchimura KY, Bosi MLM. Abilities and skills among family health strategy workers. Interface, Botucatu, v.16, nº 40, p.149-60, jan./mar., 2012.
102. Silva T, Dal-Pizzol F, Bello CM, Mengue SS, Schenkel EP. Bulas de medicamentos e a informação adequada ao paciente. Rev Saúde Pública 2000a; 34(2).
103. Caldeira TR, Neves ERZ, Perini E. Evolução histórica das bulas de medicamentos no Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24(4):737-43.
104. Brasil. ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 140, de 29 de maio de 2003. Estabelece regras das bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. Brasília, 2003. <http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-9-34-2003-05-29-140> Acesso em 23 de maio de 2014.
105. Volpato LF, Martins LC, Mialhe FL. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? Rev Ciênc Farm Básica Apl., 2009; 30(3):309-314.

106. Espanha. Gobierno Vasco. Fuentes de Información de Medicamentos. Información Farmacoterapéutica de la Comarca, v.19, nº 6, 2011. Disponível em: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-pkfarm02/es/contenidos/informacion/cevime_infac/es_cevime/adjuntos/infac_v19_n6.pdf . Acesso em 10 de Agosto de 2014.
107. Silva EV, Castro LLC. Infodemiologia: uma abordagem epidemiológica da informação. Revista Espaço para a Saúde, v.8, nº 2, p.39-43, jun. 2007.
108. Pernet JJ et al. Evaluación de sitios web con información sobre medicamentos. Atención Primaria, v.41, nº 7, 2009, p.360–6.
109. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: Rename. Brasília, 2009c.
110. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2008: Rename 2006. Brasília, 2008.
111. Boing et al. Uso racional de medicamentos (URM) e tenção básica: desafios e estratégias – Aspectos práticas da prescrição e adesão ao tratamento. Conteúdo do módulo 12: Grupos – Conceitos e panorama situacional do uso racional de medicamentos. Universidade Aberta do SUS. Florianópolis: UFSC, 2010.
112. Brasil. Ministério da Saúde. Guia Prático do Programa Saúde da Família. Brasília, 2002. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/guia_pratico_saude_familia_psf1.pdf Acesso: 22 de julho de 2014.

113. Carvalho PMG. Práticas Educativas em Saúde: Ações dos Enfermeiros na estratégia Saúde da Família. 2009. 84f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal do Piauí, Teresina - PI, 2009.
114. Brasil. Ministério da Saúde. Altera atribuições dos profissionais das Equipes de Saúde da Família - ESF dispostas na Política Nacional de Atenção Básica. Portaria nº 1.625, 10 de julho de 2007. **Diário Oficial da União**, Brasília, p.47, 11 jul. 2007.
115. Damo NG. Um Estudo sobre ações Educativas para o Uso de Medicamentos. 2006. 95 f. Dissertação (Mestrado em Educação), Universidade Regional de Blumenau – FURB, Blumenau, 2006.
116. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família/ Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, nº 27. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009b.
117. _____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS/ SPS/MS. Coordenação de Atenção Básica/SAS/MS. Diretrizes para elaboração de programas de qualificação e requalificação dos Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, 1999.
118. Sousa IF et al. Uso Racional de Medicamentos: Relato de Experiência no Ensino Médico da Unesc, Criciúma/SC. Revista Brasileira de Educação Médica.2010.
119. Nunes CC, Amador TA, Heineck I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde de Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. Saúde Soc, v.17, nº 1, p.85-94, 2008.

120. Melo MLS, Filho AP. Assistência Farmacêutica na Farmácia Escola da UFPB. v.2 - 2006. Revista Eletrônica Extensão Cidadã - ISSN 1982-2138 - revextensaocidada@prac.ufpb.br. Acesso em 15 de Agosto de 2014.
121. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Revista Ciência & Saúde Coletiva, 13 (Sup):733-6, 2008.
122. Hartmann AC, Bós AJG. Os problemas com uso de medicamentos pelo Idoso. In: Terra NL (Org.). Envelhecendo com qualidade de vida: Programa Geron da PUCRS. Porto Alegre: EDIPURS, 2011. 203p.
123. Ferraes AMB. O profissional de farmácia: a busca de qualidade na atuação. In: Rezende L (org.). Tramando Temas na Educação. Ed. UEL: Londrina, 2001. p.9-28.
124. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica. Assistência farmacêutica na atenção básica instruções técnicas para a sua organização. Brasília, 2002c.
125. Gazzzi JB, Passos Neto J, Caputo Neto M. Introdução às boas práticas farmacêuticas na dispensação de medicamentos. Curitiba: CRF - Pr, 1995. p.50.
126. Dupim JAA, Righi RE. Medicamentos essenciais nos sistemas locais de saúde. In: Bonfim JRA, Mercucci VL (org.). A Construção da Política de Medicamentos. São Paulo: Hucitec/Sobravime, 1997. p.138-54.
127. Nascimento Júnior JM. Avaliação da assistência Farmacêutica na rede pública municipal de Florianópolis/SC, 1999. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000. Florianópolis, 2000.

128. Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet.* 2010; 15(Supl 3):3517-22.
129. Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? Vantagens e perigos do uso de produtos da indústria farmacêutica mais consumidos do Brasil: vitaminas, analgésicos, antibióticos e psicotrópicos. Rio de Janeiro: Vieira e Lent; 2003.
130. Zanini CA, Sanchez LC, Paulo LG. Assistência farmacêutica. In: Zanini & Oga. *Farmacologia aplicada: uso racional do medicamento.* 3ª ed. São Paulo: Atheneu, 1985. cap.83, p.681-93.
131. Arrais PSD, Coelho HLL, Batista MCDS, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Perfil da automedicação no Brasil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31(1):71-7.
132. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Assistência Farmacêutica na Atenção Básica: instruções técnicas para sua organização/Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos.* 2ª Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.
133. Luíza, VL, Bermudez JAZ, Cosendey MAE. Transformando o processo de avaliação de assistência farmacêutica em prática cotidiana. In *Congresso Brasileiro de saúde Pública*, Salvador. Abrasco, 2000.
134. Wells J. Pré-formulação farmacêutica. In: Aulton ME. *Delineamento de formas farmacêuticas.* 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
135. Serafim EOP et al. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. *RBCF, Rev. Bras. Ciênc. Farm.* São Paulo, v.43, nº 1, p.127-35, jan./mar., 2007.

136. De Bolle L, Mehuys E, Adriaens E, Remon J, Bortel LV, Christiaens T. Home medication cabinets and self-medication: a source of potential health threats? *The Annals of Pharmacotherapy*, v.42, p.572-9, 2008.
137. Margoato FB, Thomson Z, Paoliello MMB. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* 2008; 24(2):333-341.
138. Sorensen L, Stokes JA, Purdie DM, Woodward M, Roberts MS. Medication management at home: medication risk factor prevalence and interrelationships. *J Clin Pharm Ther*, v.31, nº 5, p.485-91, 2006.
139. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e na América Latina. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.13, Sup., p.793-802, 2008.
140. Teixeira JJV, Lefèvre FA. Prescrição Medicamentosa sob a Ótica do Paciente Idoso. *Revista de Saúde Pública*, 35(2):207-2013, 2001.
141. Avorn J. Including Elderly People in Clinical Trials. *BMJ* 315:1033-4, 1997.
142. Cantera IR, Domingo PL. *Geriatrics – Guias Práticos de Enfermagem*. Rio de Janeiro. McGraw Hill, 1998. 391p.
143. Almeida OP, Ratto L, Garrido R, Tamai S. Fatores preditores e conseqüências Clínicas do Uso de Múltiplas Medicações entre Idosos atendidos em um Serviço Ambulatorial de Saúde mental. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(3):152-7, 1999.
144. Aparassu RR, Sitzman SJ. Inappropriate Prescribing for Elderly Outpatients. *American Journal Health – System Pharmacists* 56(1):433-339, 1999.
145. *The Merck Manual of Diagnosis and Therapy*. Section 22 chapter 304 Drug therapy in the elderly New Jersey; Merck & CO; 2011.

146. Everitt DE. Prevenindo as reações adversas às drogas. In: Forciea MA: Lavizzomourey. Respostas necessárias ao dia-a-dia em rounds, na Clínica, em exames orais e escritos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998. 328p.
147. Werlang MC. Estratégias de Memória e Aderência à Prescrição Médica em Idosos. Porto Alegre. Faculdade de Psicologia – PUCRS.
148. Silva LMV. Avaliação do processo de descentralização das ações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(2):331-339, 1999.
149. Alibhai SMH, Han RK, Nagle G. Medication Education of Acutely Hospitalized Older Patients. *Journal of General Internal Medicine* 14(10):610-6, 1999.
150. Cesarino CB. Eficácia da Educação Conscientizadora no Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica [tese]. São José do Rio Preto (SP): Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto; 2000.
151. Mion Jr D et al. IV Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial - 2002b. Disponível em: <http://www.sbn.org.br/diretrizes>. Acesso em: 11 Agosto. 2014.
152. Santos ZMSA, Silva RM. Hipertensão arterial: modelo de educação em saúde para o autocuidado. Fortaleza: Unifor; 2002.
153. Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saúde Pública*, v.16, nº 2, p.449-55, 2000b.
154. Roizblatt AS, Cueto G & Alvarez P, 1984. Diagnóstico y tratamiento. Que saben los pacientes? *Boletín de la oficina sanitaria panamericana*, 97:491-495.
155. Kessler DA, 1991. Communicating with patients about their medications. *New England Journal of Medicine*, 325:1650-1652.

156. Farley D, 1995. FDA proposes program to give patients better medication information. FDA Consumer Magazine, 29. 26 April 1997.
157. Marwick C, 1997. Med Guide: At last a long-sought opportunity for patient education about prescription drugs. JAMA, 277:949-950.
158. Teixeira C. Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. Salvador: EDUFBA, 2010, 160p.
159. Silva KCL, Santos ERR, Mendes MS. O planejamento estratégico no processo de implementação da política de atenção primária em um município da região metropolitana do Recife, Pernambuco, Brasil. Journal of Management and Primary Health Care, Olinda, PE, v.3, nº 1, p.5-25, 2012.
160. Alexander M, Runciman P. ICN Framework of competencies for the generalist nurse Geneva: International Council of Nursing, 2003.
161. Perrenoud P. A noção de competência. In: _____. Construir as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed, 1999.
162. Ruthes RM, Cunha ICKO. Entendendo as competências para aplicação na enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.61, nº 1, p.109-12, jan./fev. 2008.
163. Bandeira AG. Competências do Agente Comunitário de Saúde: Subsídio para a Avaliação Formativa na Estratégia de Saúde da Família. Dissertação (Mestrado) - 2014. 123f. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

ANEXOS**ANEXO I – APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PALMAS – TO**

Prefeitura Municipal de Palmas

Secretaria de Saúde

Edifício Dona Yayá, QD. 103 Sul, Rua SO-07, Lt. 05, Centro – CEP 77.015-030

Telefone: (63) 3218-5440 E-mail: educacaosaude@gmail.com

RELATÓRIO DA ANÁLISE DE PROJETO PELA COMISSÃO DE AVALIAÇÃO DE
PROJETO E PESQUISA

Nº 035 – 09/2013

INSTITUIÇÃO: Universidade de Brasília - UNB

PESQUISADOR: Maria Sortênia Alves Guimarães

TÍTULO DO TRABALHO: Estudo das Ações do Agente Comunitário de Saúde para Promoção do uso Racional de Medicamento no Âmbito da Estratégia da Saúde da Família no Município de Palmas-TO.

PARECER

Após reunião da Comissão de Avaliação de Projeto e Pesquisa e de acordo com a resolução 466/2012 que rege sobre a realização de pesquisas envolvendo seres humanos, e que, determina que toda pesquisa deve ser realizada dentro de princípios éticos e morais, concluiu-se que a referida pesquisa atende às necessidades da Secretaria Municipal de Saúde, estando sua execução liberada.

SITUAÇÃO DO PROJETO: *Aprovado*


Palmas, 19 de setembro de 2013

Werlem B. S. S. Santiago
Werlem Batista da Silva Santiago

Comissão de Avaliação de Projetos e Pesquisas

Comissão de Avaliação
de Projetos e Pesquisas

ANEXO II – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT (PÁGINA 1/2)

	CEP - COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS
---	--

PARECER CONSUBSTANCIADO	PROCESSO Nº
PROJETO DE PESQUISA OU TIPO DE TRABALHO: Projeto de pesquisa apresentado ao curso de Medicina da Universidade Federal do Tocantins.	257/2013

O parecer consubstanciado do relator será utilizado como subsídio para o Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação Universidade do Tocantins elaborar seu parecer final.

1 – Identificação da Proposta de Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

Título: Estudo das ações do Agente Comunitário de Saúde para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Estratégia da Saúde da Família no Município de Palmas - TO.

Coordenador do Projeto: Maria Fátima de Sousa.

Pesquisadores: Maria Sortênia Alves Guimarães.

Curso/ Departamento/Faculdade: Curso de medicina da Universidade Federal do Tocantins.

2 – Análise do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso

1. Os autores do projeto anexaram os seguintes documentos à sua avaliação por este CEP.
 - a. Folha de Rosto da CONEP;
 - b. Termo de consentimento livre e esclarecido;
 - c. Currículos Lattes dos participantes do Projeto de pesquisa;
 - d. Declaração do responsável pela pesquisa de que a pesquisa se encontra em fase inicial;
 - e. Declaração de negatividade de planilha orçamentária;
 - f. Declaração assinada pela orientadora de que é responsável pela pesquisa.
 - g. Declarações assinadas pelos responsáveis pelo campo da pesquisa;
 - h. Cópia impressa do Projeto de pesquisa.
2. O projeto apresenta boa fundamentação teórica.
3. O cronograma de execução da pesquisa descreve que a aplicação dos questionários ocorrerá entre o 6º bimestre de 2013 e o 2º bimestre de 2014.

2.1 – Objetivos e Adequação metodológica (Verificar a exequibilidade da proposta, isto é, se existe clareza do objeto, compatibilidade entre os objetivos, a fundamentação teórica e a metodologia ou plano de ação, evidenciando consistência entre objetivos, procedimentos, ações de execução da pesquisa e capacidade do proponente, demonstrada por outros trabalhos similares.)

1. O objetivo geral e os objetivos específicos do projeto possuem relação entre si, e podem ser alcançados com a metodologia proposta.

2.2 – Avaliação do Questionário a ser aplicado e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. Foram apresentados dois questionários (Anexo II e III do projeto). Nos dois instrumentos de coleta de dados, verifica-se a solicitação de muitas informações. Ambos os questionários são bem formatados.
2. Foi apresentado TCLE, com informações da pesquisa e dos pesquisadores. A linguagem apresentada é adequada.

2.3 – Revisão Bibliográfica

ANEXO III – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS – UFT (PÁGINA 2/2)

A revisão bibliográfica é condizente ao perfil do estudo.

3 – Qualificação do Pesquisador/Orientador (Indicar os atributos do Pesquisador/Orientador, salientando a titulação e experiência compatível com a função de orientação; qualidade e regularidade da produção científica/tecnológica/artística, compatível com o projeto de pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

1. Segundo a base de dados do currículo Lattes, a Professora Doutora Maria Fátima de Sousa possui vasta experiência no ensino superior, e fluência na temática abordada na pesquisa.
2. Diante do exposto, compreende-se que a orientadora do projeto possui totais condições para atuar como responsável pela pesquisa proposta.

4 – Parecer conclusivo, recomendações e/ou sugestões:

1. De acordo com a documentação apresentada ao CEP, compreende-se que a pesquisa pode ser executada, sem prejuízo aos sujeitos da pesquisa.

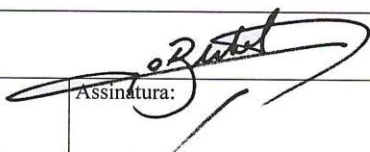
5 – Pendências: (Enumerar sucintamente as pendências a serem sanadas pelo Coordenador do Projeto de Pesquisa/Trabalho de Conclusão de Curso)

1. Não apresenta pendências.

6 – Parecer Consubstanciado

Aprovado: X	Não aprovado:	Aprovado e encaminhado para à CONEP.
--------------------	---------------	--------------------------------------

7 – Dados do CEP-UFT

Nome Completo: Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos	
Telefone(s): 63-3232-8023	Instituição: UFT
Local: Palmas/TO	Data: 12/12/2013
Assinatura: 	
Assinatura do Coordenador do CEP:	Data da reunião: 13 de dezembro de 2013

APÊNDICES

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Estudo das ações do Agente Comunitário de Saúde para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Estratégia da Saúde da Família no Município de Palmas - TO.

Convido o (a) Sr.(a) a participar de uma pesquisa, cujo objetivo é analisar as suas atividades e o seu conhecimento como Agentes Comunitários de Saúde (ACS), referentes à orientação da comunidade sobre o uso correto e racional de medicamentos. O título desse projeto é **Estudo das ações do Agente Comunitário de Saúde para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da Estratégia da Saúde da Família no Município de Palmas - TO**. Sua participação ocorrerá de forma direta, respondendo as perguntas existentes em instrumentos de coleta de dados (questionário), mas também poderá ser de forma indireta através de observação de suas atividades cotidianas. A aplicação do questionário e as observações serão feitas por mim, Maria Sortênia Alves Guimarães, aluna do mestrado do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília- UNB.

Garanto que sua participação não acarretará riscos e nem custos financeiros. Também não haverá remuneração financeira pela sua participação. Ressalto ainda que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e que não haverá identificação dos seus dados pessoais, pois todas as informações são confidenciais.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) Sr. (a) poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. As responsáveis, Prof^a. Dra. Maria Fátima de Sousa e eu mesma podemos ser encontradas pelos telefones (061) 3307-2268/3307-2503 e (063)9231-1945, pelos e-mails: mariafatimasousa@uol.com.br emsortenia@uft.edu.br, ou ainda no endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro Gleba A FM/FS Bloco C Térreo Norte CEP: 70.910-900 - Brasília - DF na Secretaria de Pós-Graduação em Ciência da Saúde - SPGCS da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília - UNB.

É garantida a liberdade para desistência da participação a qualquer momento e também o direito do (a) Sr.(a) ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados parciais da pesquisa.

Sua participação é muito importante, pois a pesquisa em questão é de suma relevância para a saúde pública tocantinense, justificando assim a necessidade de conhecermos melhor suas atividades e o seu conhecimento sobre o uso racional de medicamentos, tendo em vista a importância do seu papel enquanto agentes promotores de saúde na comunidade no que tange a educação sobre o uso racional de medicação. Caso concorde em participar assine ao final desse termo, que está em duas vias, uma delas é sua e a outra da pesquisadora.

Eu _____, Documento nº _____, concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que às informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma.

Declaro ter compreendido as informações oferecidas pelas pesquisadoras, estando ciente dos objetivos e benefícios dessa pesquisa. Concordo com a publicação dos dados que tenham relação com o estudo e aceito que os mesmos sejam inspecionados por pessoas autorizadas pelas pesquisadoras. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas, que possuirei uma cópia desse documento e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo a minha pessoa.

Data: ___/___/_____

Assinatura do participante

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Data: ___/___/_____

Maria Sortênia Alves Guimarães

Pesquisadora responsável pelo estudo.

APÊNDICE II – INSTRUMENTO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E SEU TRABALHO

1. Sexo

 Masculino Feminino

2. Qual sua faixa etária?

 até 18 anos; de 19 a 24 anos; de 25 a 29 anos; de 30 a 34 anos; de 35 a 39 anos; de 40 a 44 anos; de 45 a 49 anos; Acima de 50 anos

3. Nível de Escolaridade?

(a) Fundamental Incompleto

(b) Fundamental Completo

(c) Médio Incompleto

(d) Médio Completo

(e) Técnico. Qual curso? _____

(f) Superior Incompleto. Qual curso? _____

(g) Superior Completo. Qual curso? _____

(h) Pós-graduação. Qual? _____

4. Qual a Unidade de Saúde da Família - USF em que você desenvolve o seu trabalho?

Região Norte :

(a) Policlínica 303 Norte

(e) USF 508 Norte

(b) USF 305 Norte

(f) USF 603 Norte

(c) USF 307 Norte

(g) USF 605 Norte

(d) USF 405 Norte

(h) USF406 Norte

Região Central :

(a) USF 108 Sul

(g) USF 1104 Sul

(b) USF Loiane M. Vieiral

(h) USF 1105 Sul

- (c) USF 403 Sul
 (d) USF 712 Sul
 (e) USF 806 Sul
 (f) USF 1004 Sul
- (i) USF 1106 Sul
 (j) USF 1203 Sul
 (l) USF Valéria Martins Pereira

Região Sul :

- (a) USF Eugênio P. Lima
 (b) USF Aurenny II
 (c) USF Liberdade
 (d) USF Laurides Lima Milhomen
 (e) USF José Lúcio de Carvalho
 (f) USF Novo Horizonte
 (g) USF Alto Bonito
 (h) USF Santa Bárbara
- (i) USF Taquari
 (j) USF Bela Vista
 (l) USF Setor Sul
 (m) Morada do Sol
 (n) USF Taquaralto
 (o) USF Nossa Vida
 (p) USF Taquaruçú

Região Rural :

- (a) USF Buritirana
 (b) USF Taquaruçú Grande

5. Há quanto tempo você desenvolve seu trabalho como Agente Comunitário de Saúde?

____anos ____meses.

6. Em média por semana, a quantas famílias você realiza visitas domiciliares?

_____ famílias/semana.

7. Já realizou algum curso de capacitação específico sobre medicamentos?

(a) sim (b) não (c) não sei dizer

Se sim, qual foi o curso?

Local em que realizou? _____

Quando? Mês _____ Ano _____

Carga Horária do Curso? _____ horas

8. Você sente necessidade de fazer algum curso de capacitação, objetivando dar orientações e informações às famílias sobre a promoção do uso correto e racional dos medicamentos?

(a) sim (b) não (c) não sei dizer

9. Nos últimos seis meses, quantas vezes foram realizadas pela sua equipe discussões sobre temas relacionados aos medicamentos que as famílias utilizam?

(a) nenhuma.

(b) 1 vez.

(c) 2 vezes.

(d) 3 vezes.

(e) 4 vezes ou mais.

10. No seu último mês de trabalho, durante as visitas domiciliares nas famílias acompanhadas pela equipe, quantas vezes te solicitaram informações e orientações sobre o uso de medicamentos?

(a) nenhuma.

(b) 1 vez.

(c) 2 ou 3 vezes.

(d) 4 ou 5 vezes.

(e) 6 vezes ou mais.

11. Durante as visitas domiciliares realizadas, quais as principais dúvidas apresentadas pelos pacientes sobre os medicamentos utilizados? (Pode assinalar mais de um item)

(a) Horário de tomar os medicamentos.

(b) Até quando tomar os medicamentos (período do tratamento).

(c) Sobre os efeitos colaterais ou reações adversas dos medicamentos.

(d) Sobre a indicação dos medicamentos.

(e) Porque ele precisa tomar aqueles medicamentos.

(f) Como tomar os medicamentos prescritos (leite, água, suco etc).

- (g) Se pode quebrar o comprimido ou abrir a cápsula.
 - (h) Sobre medida de medicamentos líquidos, xaropes etc.
 - (i) Sobre via de administração do medicamento.
 - (j) Sobre uso concomitante com bebidas alcoólicas.
 - (k) Outras. Especifique:
-

12. Os pacientes que mais pedem informações sobre os medicamentos utilizados são? (Pode assinalar mais de um item)

- (a) Idosos
- (b) Pacientes em tratamento de Hipertensão.
- (c) Pacientes em tratamento da Diabetes.
- (d) Pacientes em tratamento de Tuberculose.
- (e) Pacientes em tratamento de Hanseníase.
- (f) Paciente em tratamento para HIV/AIDS.
- (g) Pacientes usuárias de contraceptivos orais (anticoncepcional).
- (f) Cuidadores de pacientes acamados.
- (g) Cuidadores da Saúde Mental.
- (h) Cuidadores de Crianças.
- (i) Gestantes.

13. Você considera ter conhecimentos adequados e suficientes para dar orientações e/ou informações sobre os medicamentos?

- (a) sim (b) não (c) não sei dizer

14. Com que frequência você sabe responder as perguntas sobre os medicamentos?

- (a) Nunca (b) Raramente (c) Às vezes (d) Quase sempre (e) Sempre

15. O que você costuma fazer quando durante a visita domiciliar lhe solicitam orientações e/ou informações sobre medicamento e você não sabe responder? (Pode assinalar mais de um item)

- (a) Oriento o paciente perguntar ao médico/a na próxima consulta.
- (b) Oriento o paciente procurar um/a farmacêutico(a).
- (c) Busco informações com o/a médico/a, objetivando sanar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta.
- (d) Busco informações com o/a enfermeiro/a, objetivando sanar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta.
- (e) Busco informações com o/a farmacêutico/a, objetivando sanar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta.
- (f) Busco informações com outro profissional de saúde da unidade, objetivando sanar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta. Especifique o profissional:

- (g) Busco informações em livros, revistas, bulas de medicamentos, internet etc.
- (h) Outros. Especifique: _____

16. Quando você solicita orientações e/ou informações sobre medicamentos na Unidade de Saúde, qual é o profissional que costuma sanar suas dúvidas?

- (a) Médico/a.
- (b) Enfermeiro/a.
- (c) Odontólogo/a.
- (d) Farmacêutico/a.
- (e) Outros. Especifique: _____

17. Quando necessário, onde você busca informações sobre medicamentos?

(pode assinalar mais de um item)

- (a) Livros.
- (b) Jornais.
- (c) Revistas
- (d) Internet.
- (e) DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.
- (f) Bulas de medicamentos.

- (g) Bulários Eletrônicos da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA.
- (h) Relação Nacional de *Medicamentos* Essenciais – RENAME.
- (i) Relação Municipal de *Medicamentos* – REMUME.
- (j) Manuais do Ministério da Saúde ou do Município.
- (l) Nenhum.
- (m) Outros. Especifique: _____

18. Com que frequência você identifica durante as visitas domiciliares pessoas utilizando medicamentos de forma errada?

- (a) Nunca
- (b) Raramente
- (c) Às vezes
- (d) Quase sempre
- (e) Sempre

19. Quais os problemas que você já identificou durante as visitas domiciliares?

(Pode assinalar mais de um item)

- (a) Uso de medicamento em horário errado.
- (b) Uso do medicamento diferente do prescrito.
- (c) Uso do medicamento em dosagem diferente da prescrita.
- (d) Uso do medicamento por via errada.
- (e) Uso do medicamento com validade vencida.
- (g) Medicamento sendo guardado com validade vencida.
- (h) Medicamento sendo guardado em local inadequado.
- (i) Reação medicamentosa.
- (j) Recusa em tomar a medicação prescrita.
- (l) Uso do medicamento por conta própria ou indicado por vizinhos e/ou parentes e/ou amigos.
- (i) Recebimento de medicamento trocado na Farmácia Municipal.

20. Quando identificado o problema durante as visitas domiciliares, você costuma encaminhar o problema para que profissional?

- (a) Gerente da Unidade de Saúde da Família.

- (b) Médico/a da equipe da Estratégia Saúde da Família.
- (c) Enfermeiro/a da equipe da Estratégia Saúde da Família.
- (d) Odontólogo/a da equipe da Saúde Bucal da Estratégia Saúde da Família.
- (e) Farmacêutico/a da Farmácia Municipal.

21. O que acha do Agente Comunitário de Saúde orientar as famílias sobre uso correto e racional dos medicamentos durante as visitas domiciliares?

- (a) Não sei dizer.
- (b) Acho importante, pois assim evita problemas com os medicamentos.
- (c) Acho uma ação importante, mas preciso de capacitação e/ou treinamento contínuo para realizá-la de forma correta.
- (d) Não acho importante, pois outros profissionais já fazem essa orientação.
- (e) Acho que não seja função do Agente Comunitário de Saúde, dar essas orientações.

APÊNDICE III – INSTRUMENTO 2: INSTRUMENTO ANALÍTICO SOBRE USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Prezado Agente Comunitário de Saúde,

Convido-o a responder 08 (oito) questões sobre o Uso Racional de Medicamentos, não sendo necessária a sua identificação. Antecipo agradecimentos pelo apoio.

1. O uso racional de medicamentos é o uso consentido e correto, seguro e efetivo do medicamento, a partir de um diagnóstico preciso, resultando no menor risco de aparecimento de efeitos adversos para o usuário, e ao menor custo possível. Envolve, portanto: diagnóstico correto, prescrição correta, dispensação correta, uso correto, acompanhamento do uso e impacto positivo na saúde do paciente.

Acerca do exposto acima, marque a alternativa correta:

(a) Cada membro da equipe de saúde é responsável pela promoção do uso racional de medicamentos. Não cabe ao Agente Comunitário de Saúde, prescrever ou indicar medicamentos, mas contribuir para seu uso correto.

(b) Cabe apenas ao Agente Comunitário de Saúde acompanhar o Uso Racional de Medicamentos dos pacientes da Unidade de Saúde da Família.

(c) Cabe apenas ao médico e enfermeiro acompanharem o uso correto da medicação prescrita aos pacientes.

(d) O acompanhamento do uso racional de medicamentos prescritos aos pacientes da Estratégia Saúde da Família é de responsabilidade exclusiva do farmacêutico da farmácia municipal.

2. O que você entende por medicamentos essenciais?

(a) São aqueles que não satisfazem as necessidades de saúde da maioria da população, a um preço que eles e a comunidade possam pagar; portanto eles deveriam estar disponíveis em todos os momentos, em quantidades adequadas e em formas farmacêuticas apropriadas.

(b) São aqueles que satisfazem as necessidades prioritárias de cuidados da saúde da população. Tais medicamentos devem ser selecionados por critérios de eficácia, segurança, conveniência, qualidade e comparação de custo favorável. Devem estar

disponíveis em todos os momentos, dentro do contexto de funcionamento dos sistemas de saúde, em quantidades adequadas, em dosagem apropriada, com assegurada qualidade e a preço que os indivíduos e a comunidade possam arcar.

(c) São aqueles que satisfazem as necessidades da população, portanto há necessidade de estar disponível aos indivíduos e à comunidade, independente do preço.

(d) São aqueles que devem estar disponíveis em todos os momentos, dentro do contexto de funcionamento do Sistema Único de Saúde - SUS, não tendo necessidade da observância das quantidades, dosagens apropriadas, qualidade e o preço adequado à população.

3. Para que a Equipe de Saúde da Família possa melhorar a cada dia a qualidade de seu trabalho, é necessário que exista planejamento que permita à equipe e ao sistema de saúde, saber as quantidades adequadas de medicamentos para uma determinada comunidade. Só assim não faltarão medicamentos essenciais para as pessoas. De que forma o Agente Comunitário de Saúde pode contribuir para isso?

(a) Através de seu trabalho junto à enfermeira da equipe, que pode receber as informações trazidas pelo Agente Comunitário de Saúde e realizar o planejamento do uso de medicamentos na comunidade.

(b) Através de seu conhecimento sobre a comunidade, já que o Agente Comunitário de Saúde conhece sua micro-área e sabe exatamente quais os medicamentos necessários para sua realidade.

(c) Através da participação efetiva no diagnóstico da comunidade, contribuindo para que a equipe conheça o real perfil de utilização de medicamentos da comunidade.

(d) Realizando leituras dos prontuários do pacientes, a fim de conhecer quais medicamentos estão sendo utilizados por eles.

4. Dona Regina é moradora da Comunidade de Taquaruçu, que faz uso de muitos medicamentos indicados por amigos, parentes e por um balconista da farmácia local, que é conhecido antigo da família. Qualquer mal-estar apresentado, D. Regina vai atrás de algum medicamento que tenha sido bom para algum conhecido seu. Conforme relato descrito, você acha que D. Regina usa os medicamentos:

(a) De forma irracional, pois devemos usar apenas os medicamentos essenciais.

(b) De forma irracional, pois todos os medicamentos apresentam riscos ao serem consumidos, e por isso é sempre necessário seguir uma prescrição, sendo perigoso se automedicar.

(c) De forma racional, pois a automedicação é uma forma de auto-cuidado, devendo assim ser estimulada pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família.

(d) De forma racional, pois ela sempre procura utilizar medicamentos que já tenham sido bons para algum conhecido seu, além de buscar orientações com alguém de sua confiança (balconista da farmácia), contribuindo assim para diminuição de problemas ao consumi-los.

5. O Uso Racional de Medicamentos possui várias etapas diferentes, devendo todos os membros da Equipe de Saúde da Família estar envolvidos. Marque abaixo as atividades que os Agentes Comunitários de Saúde devem desenvolver para contribuir neste trabalho.

(a) Orientar a comunidade sobre o uso correto de medicamentos, envolvendo o cumprimento integral da prescrição médica, o armazenamento dos medicamentos nas casas e a vigilância sobre o aparecimento de reações adversas.

(b) Realizar administração dos medicamentos aos pacientes que procuram a Equipe Saúde da Família.

(c) Realizar dispensação dos medicamentos na Unidade de Saúde da Família, como também orientar sobre o uso correto.

(d) Identificar problemas de saúde na comunidade, e propor quais medicamentos devem ser utilizados para resolvê-los.

6. Seu Gabriel paciente da Unidade de Saúde da Família Buritirana, é hipertenso e faz uso de dois medicamentos para o controle de sua pressão arterial: Captopril 25 mg duas vezes ao dia e Hidroclorotiazida 25mg uma vez ao dia. Nos finais de semana Seu Gabriel, suspende por conta própria a medicação prescrita, justificando que é para descanso do seu corpo. O que você acha da atitude do seu Gabriel?

(a) Errada, pois a interrupção do tratamento só pode ser feita em dias de semana, já que aos sábados e domingos as pessoas abusam ainda mais da alimentação, bebidas alcoólicas etc.

(b) Errada, pois é fundamental seguir corretamente a prescrição médica.

(c) Correta, pois não será um final de semana que vai levar o paciente a uma complicação de sua hipertensão.

(d) Correta, pois o paciente tem o direito de interromper seu tratamento medicamentoso quando bem entender, mesmo não sabendo dos riscos envolvidos nesta interrupção.

7. Seu Renato, 52 anos é morador da Comunidade de Santa Bárbara, onde é acompanhado pela Equipe da Estratégia Saúde da Família da USF local. Seu Renato compareceu ao serviço de saúde com algumas queixas: febre, tosse produtiva por mais de 10 dias, falta de apetite, emagrecimento acentuado, fraqueza, prostração e sudorese noturna. Há uma semana foi confirmado o diagnóstico de tuberculose, onde foi prescrito o seguinte tratamento: *Isoniazida 100mg + Rifampicina 150mg três cápsulas ao dia por 180 dias e Pirazinamida 500mg três comprimidos ao dia por 60 dias*. Seu Renato não foi alfabetizado na escola e apenas assina seu nome e conhece algumas palavras que lhe ensinaram. Enquanto Agente Comunitário de Saúde, como você ajudaria o Seu Renato a cumprir o tratamento?

(a) Através da realização da visita domiciliar, objetivando a supervisão do tratamento prescrito, como também o paciente será orientado sobre a importância do tratamento de forma adequada, buscando sempre incentivá-lo e encorajá-lo na adesão do tratamento, tendo em vista o não abandono do tratamento e o sucesso do mesmo.

(b) Apenas através de visita domiciliar semanal, para saber se está tudo bem.

(c) No início do tratamento realizaria visita para separar os medicamentos prescritos em caixinhas de cor diferente para cada medicação e realizaria visita domiciliar a cada 15 (quinze) dias, apenas para saber se houve melhora do quadro do Seu Renato.

(d) Realizaria visita mensal, para acompanhamento do paciente e preenchimento da Ficha B do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB.

8. Um dos princípios fundamentais do Uso Racional de Medicamentos é saber que qualquer medicamento pode provocar efeitos adversos ou reações adversas em quem o faz uso. Assinale a alternativa que descreve corretamente o que é reação adversa e o que o Agente Comunitário de Saúde deve fazer ao suspeitar de uma reação em sua micro-área.

(a) São reações provocadas pelo uso de bebida alcoólica juntamente a um medicamento. Ao suspeitar destas reações o Agente Comunitário de Saúde deve orientar o usuário a não utilizar bebida alcoólica, devendo observar diariamente o quadro de melhora do paciente.

(b) Reações adversas são todas e quaisquer respostas nocivas ou indesejáveis que possam surgir a partir da utilização de um medicamento. Ao suspeitar de uma reação o Agente Comunitário de Saúde deve comunicar o médico de sua equipe o mais rápido possível, a fim de acordar a orientação que será dada ao paciente.

(c) Reações adversas são as reações de rejeição do paciente ao uso do medicamento, como é comum em pacientes que utilizam muitos medicamentos e acabam interrompendo o tratamento. Cabe ao Agente Comunitário de Saúde orientar o paciente para que este interrompa o tratamento e levar o problema à próxima reunião de equipe.

(d) São reações produzidas pela interação entre medicamentos diferentes utilizados pela mesma pessoa. Ao suspeitar destes casos o Agente Comunitário de Saúde deve comunicar os demais membros da sua equipe para que, em conjunto, a equipe resolva o que fazer.

Grata pela contribuição!