

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Ludmila Soares Antunes Bernardi

Percepção dos Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre educação em
saúde no uso racional de medicamentos

Montes Claros
2011

UNIMONTES

Mestrado

Ludmila Soares Antunes Bernardi

2011

Ludmila Soares Antunes Bernardi

Percepção dos Médicos da Estratégia Saúde da Família sobre educação em
saúde no uso racional de medicamentos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, PPGCS, da Universidade Estadual de Montes Claros / UNIMONTES, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Saúde Coletiva

ORIENTADOR: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Montes Claros
2011

B523p Bernardi, Ludmila Soares Antunes.
Percepção dos médicos da Estratégia Saúde da Família sobre educação em saúde no uso racional de medicamentos [manuscrito] / Ludmila Soares Antunes Bernardi. – 2011.
78 f.

Bibliografia: f. 65-73.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Montes Claros - Unimontes, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS, 2011.

Orientador: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto.

1. Educação – Médicos - Saúde. 2. Medicamentos - Utilização. 3. Programa Saúde da Família – Teófilo Otoni (MG). 4. Pesquisa qualitativa. I. Rodrigues Neto, João Felício. II. Universidade Estadual de Montes Claros. III. Título.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

Reitor: *Prof. João dos Reis Canela*

Vice-Reitora: *Prof^ª. Maria Ivete Soares de Almeida*

Pró- Reitor de Pesquisa: *Prof. Vicente Ribeiro Rocha Júnior*

Pró-Reitor de Pós-Graduação: *Prof. Dr. Osmar Pereira Oliva*

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Coordenador: *Prof. Dr. Alfredo Mauricio Batista de Paula*

Subcoordenador: *Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto*



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE



CANDIDATO (A): LUDMILA SOARES ANTUNES BERNARDI

TÍTULO DO TRABALHO: "Percepção dos médicos de família sobre educação em saúde no uso racional de medicamentos".

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Saúde Coletiva

LINHA DE PESQUISA: Educação na Formação e Atenção em Saúde

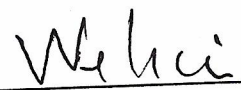
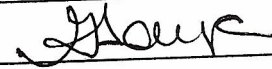
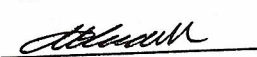
BANCA (TITULARES)

PROF. DR. JOÃO FELÍCIO RODRIGUES NETO/ORIENTADOR(A)

PROF^a. DR^a. MAISA TAVARES DE SOUZA LEITE/COORIENTADORA

PROF^a. DR^a. MATILDE MEIRE MIRANDA CADETE

ASSINATURAS

BANCA (SUPLENTE)

PROF^a. DR^a. LÚCIA HELENA RODRIGUES COSTA

PROF. DR. ANTÔNIO PRATES CALDEIRA

ASSINATURAS

APROVADO(A)

REPROVADO(A)

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter me abençoado durante todo o percurso deste estudo;

Ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (PPGCS) da Universidade Estadual de Montes Claros em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), que me proporcionou a oportunidade de qualificação profissional;

Ao professor João Felício, por ter gentilmente compartilhado comigo os seus conhecimentos e experiências, me orientando durante todo o desenvolvimento deste estudo;

Aos professores que gentilmente aceitaram participar da banca de defesa;

A todos os professores, e colegas de curso que colaboraram direta ou indiretamente com este estudo;

As colegas, hoje amigas, Ana Cácia e Celsilvana, com quem compartilhei dúvidas, aflições e alegrias.

Ao meu querido esposo pelo apoio e compreensão pelos momentos de ausência;

Aos meus amados filhos Rhanna Luiza e Rafael Luiz que são o sentido de tudo.

“Ninguém educa ninguém, ninguém educa a si mesmo, os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo.” (FREIRE, 1981)

RESUMO

O desenvolvimento de atividades educacionais de caráter público constitui um dos meios de alcançar o uso racional de medicamentos (URM), propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A informação sobre o uso adequado dos medicamentos é uma face importante da educação em saúde que busca provocar modificações de comportamento favorecendo a promoção e manutenção da saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória que objetivou compreender a percepção dos médicos de família que atuam em Teófilo Otoni – Minas Gerais, sobre a educação em saúde e o seu significado nas práticas de promoção do uso racional de medicamentos. Os sujeitos da pesquisa foram sete médicos que trabalharam na saúde da família num período superior a seis meses no ano de 2011. Os dados foram obtidos nos meses de março e abril de 2011, por meio de entrevista individual semi estruturada, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIMONTES, parecer nº 2051/10 e analisados pela técnica de análise do conteúdo na modalidade temática. Após leitura e análise exaustiva dos conteúdos, emergiram dos discursos três categorias empíricas, com suas subcategorias: Percepção do conceito do uso racional de medicamentos de forma parcial. Percepção do conceito de educação em saúde de forma parcial. Não valorização da potencialidade da utilização da educação em saúde no uso racional de medicamentos. Os resultados evidenciaram que a percepção dos profissionais sobre os conceitos são fragmentadas e divididas em conceitos relacionados aos profissionais, a enfermidade, ao medicamento e ao paciente e comunidade. A utilização de educação em saúde pelos médicos prioriza o modelo tradicional de educação em saúde, privilegiando a transmissão do conhecimento técnico-científico. Há a necessidade da educação médica continuada como requisito para a promoção do uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Uso de medicamentos. Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa. Educação médica.

ABSTRACT

The development of educational activities of public feature is one of the means of achieving the rational drug utilization, proposed by the World Health Organization (WHO). The information about the appropriate drug utilization is an important side of health education that aims to cause behavioral changes favoring the promotion and health maintenance. It is a qualitative, descriptive and exploratory research that aimed to understand the perception of family physicians who work in Teófilo Otoni - Minas Gerais, about Health Education and its meaning in the practice of promoting the rational drug utilization. The subjects of the research were seven physicians who have worked on the family health for more than six months in 2011. The data were obtained in the months of March and April 2011, by means of an individual semi-structured interview, after approval of the study by the Research Ethics Committee of UNIMONTES, report number 2051/10 and analyzed by the analysis of the content technique in thematic modality. After reading and exhaustive analysis of the contents, three empirical categories emerged from the discourses with their subcategories: Perception of the concept of the Rational drug utilization in a partial manner. Perception of Health Education concepts partially. Not valuing the potentiality of the use of Health Education in Rational drug utilization. The results showed that the perception of the concepts are fragmented and divided into concepts related to the professionals, the disease, the drug and the patient and community. The use of education in health by the physicians in this study prioritizes the traditional model of Education in health, with particular emphasis on the transmission of technical-scientific knowledge. There is the need for continuing medical education as a requirement for promoting rational drug utilization.

Keywords: Health education. Drug utilization. Family health. Qualitative research. Medical education.

LISTA DE SIGLAS

APS- Atenção Primária à Saúde

BZD- Benzodiazepínico

ESF- Estratégia Saúde da Família

EUA- Estados Unidos da América

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

OMS- Organização Mundial de Saúde

PACS- Programa de Agente Comunitário de Saúde

PNM- Política Nacional de Medicamentos

PSF- Programa Saúde da Família

SES-MG- Secretaria Estadual de Saúde do Estado de Minas Gerais

SESP- Serviço Especial de Saúde Pública

SINITOX- Sistema Nacional de Informação Toxicológica

SOBRAVIME- Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidades Básicas de Saúde

URM- Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
1.1 Educação em saúde: aspectos históricos.....	11
1.1.1 Educação em saúde: aspectos conceituais.....	16
1.1.2 Educação em saúde na Estratégia Saúde da Família.....	18
1.1.3 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de educação em saúde	20
1.2 Uso racional de medicamentos	22
1.2.1 Principais problemas quanto ao uso inapropriado de medicamentos.....	24
1.2.2 Influência da indústria farmacêutica no uso de medicamentos	27
1.2.3 Contribuição do farmacêutico para a promoção do uso racional de medicamento	28
1.3 Estratégias educacionais para a promoção do uso racional de medicamentos	31
2 OBJETIVOS.....	37
2.1 Objetivo geral	37
2.2 Objetivos específicos.....	37
3 PRODUTO.....	38
3.1 Percepção e utilização da educação em saúde para o uso racional de medicamentos pelos médicos na Atenção Primária à Saúde.....	39
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
REFERÊNCIAS.....	65
APÊNDICE	74
Apêndice A- Termo Institucional da Secretaria Municipal de Saúde.....	74
Apêndice B- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	76
ANEXO.....	78
Anexo A- Parecer Favorável do Comitê de Ética em Pesquisa	78

1 INTRODUÇÃO

A educação deve contribuir para o desenvolvimento do indivíduo, de modo a ajudá-lo a elaborar pensamentos autônomos e críticos nas diferentes circunstâncias da vida(1). É importante que a abordagem educativa esteja presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças, facilitando a incorporação de ideias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades(2).

A educação em saúde busca provocar modificações de comportamento individual, enquanto que a promoção em saúde pretende gerar modificações de comportamento organizacional, suficientes para beneficiar e abranger a saúde de camadas mais amplas da população(3).

Há um grande desafio para os profissionais de saúde de contribuir na capacitação da comunidade e motivá-la para que tenha uma participação ativa no auto-cuidado e na organização do serviço, sendo a Educação em Saúde uma importante ferramenta para o seu alcance(4). Torna-se um dos componentes das ações básicas de saúde, e deve ser entendida como uma postura, um compromisso com a realidade de saúde da população da área de abrangência do profissional e como um compromisso de qualidade no atendimento(5).

Com esta reorientação das práticas de saúde, direcionadas às ações preventivas e de promoção à saúde, bem como de renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população assistida, a Estratégia Saúde da Família (ESF) constitui contexto privilegiado para desenvolvimento regular de práticas educativas em saúde(6,7).

A promoção do uso racional de medicamentos (URM) é um componente muito importante de uma política nacional de medicamentos, sendo o medicamento uma importante ferramenta terapêutica e muitas vezes resultante do processo de prescrição(8).

O uso racional de medicamento é prática importante para a população em geral e em especial para o idoso, em função da presença frequente de múltiplas patologias, requerendo terapias diferentes, as quais podem resultar no uso concomitante de vários medicamentos. Desse modo, torna-se necessária uma estratégia de administração que diminua os riscos de efeitos

colaterais ou adversos e de interações medicamentosas. Portanto, a informação sobre o uso adequado de medicamentos é uma face importante da educação em saúde(9).

O simbolismo de que se revestem os medicamentos na sociedade tem contribuído para a utilização irracional deles(10). Segundo a Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos (SOBRAVIME), o medicamento como parte do complexo médico-industrial influi na percepção da saúde e da doença, tanto nos profissionais de saúde quanto na sociedade. A medicalização de um número crescente de problemas da vida não constitui apenas um processo individual. Trata-se também de um fenômeno coletivo próprio da sociedade(11).

Os fatores que influenciam o uso de medicamentos são muitos e estão interrelacionados. Podemos citar, entre outros aspectos, a forma como a população compreende e conceitua as doenças e os tratamentos, bem como a pressão do fabricante sobre os médicos e usuários, gerando uma tensão entre a necessidade sanitária dos medicamentos e a necessidade de expansão constante do mercado(12). Entre as principais causas dos erros e danos associados às ações de assistência à saúde está a influência da indústria sobre a prática médica e sobre as autoridades sanitárias(13).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu como seu grande desafio para a próxima década a melhoria na racionalidade do uso de medicamentos, havendo uma necessidade de promover a avaliação desse uso e vigiar o seu consumo(14). O desenvolvimento de atividades educacionais de caráter público constitui um dos meios de alcançar o uso racional de medicamentos, proposto pela OMS. O doente 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(15).

1.1 Educação em saúde: aspectos históricos

A relação entre a educação, saúde e suas práticas é bastante complexa e precisa de uma análise histórica para sua maior compreensão. As atividades desenvolvidas eram e ainda são

orientadas pelas concepções de saúde e de educação em saúde vigente em cada período histórico e pelos modelos de atenção implantados nos serviços, na busca da manutenção da saúde da mão-de-obra trabalhadora para fins capitalistas(16).

Nos Estados Unidos, a educação em saúde surgiu em 1909, como uma estratégia de prevenção das doenças. Tinha como pressupostos os problemas de saúde a serem prevenidos pelo esforço individual e adesão de hábitos corretos e serem decorrentes da falta de informação. Fundamentava-se na transmissão do conhecimento e na domesticação da população, seguindo as regras impostas pelos trabalhadores da saúde e pelos grupos dominantes(17).

No Brasil, a educação em saúde surge na segunda metade do século XIX, sendo a população alvo dessa prática, as famílias de elite. Iniciava-se uma cruzada para europeizar os costumes e urbanizar os hábitos da elite brasileira. No final do século XIX e início do século XX, iniciaram-se as primeiras intervenções sistemáticas de educação em saúde ampliadas às classes populares(16), com a finalidade de combater as epidemias que causavam transtornos à exportação do café(18). As práticas de educação em saúde pautavam-se em processos impositores e normativos, desconsiderando a população como sujeito coletivo e ativo, no processo de saúde. Era o início do movimento higienista, liderado por Osvaldo Cruz, sendo denominada de Educação Higiênica(16).

Nesse movimento as questões de saúde eram minimizadas e centralizadas no indivíduo. A população era vista como a única causadora dos males de saúde que assolavam as grandes cidades(16), tendo que se adequar as normas impostas pela política sanitária(18). Tinha como fundamento uma base biologicista, cujo pressuposto era de que a solução para os problemas de saúde da população seria a mudança de atitudes e comportamentos em relação às normas de higiene(19).

Nessa concepção bancária de educação, o pensar e a ação são controlados, levando os homens ao ajustamento ao mundo, inibindo-o de criar e de atuar. Não há aquisição de conhecimento, já que os educandos não são chamados a conhecer, mas a memorizar o conteúdo narrado pelo educador(1). O papel do educador consiste em “encher” os educandos de conteúdos, fazendo depósitos de comunicados que ele considera como verdadeiro. Nessa visão, os homens são seres passivos, de forma que cabe à educação apassivá-los e adaptá-los ao mundo. Para

Freire(1), quanto mais alienados se tornarem os educandos, melhor para a estabilidade dos educadores.

Em seus diferentes momentos históricos, os saberes e as práticas de educação em saúde foram impregnados por um discurso sanitário subjacente e fizeram uso de estratégias comunicacionais(6). Para compreender a natureza deste discurso, Costa(20) trata o tema da educação e saúde a partir de sua vinculação com o Estado e das relações de poder entre classes sociais.

Na década de 40, começam a se fortalecer os movimentos de organização da comunidade(20), com a fundação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP). Este movimento influencia de forma importante na introdução da ideologia do desenvolvimento e participação comunitária, educação de grupos e na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, introduzindo os fatores sociais, econômicos e culturais na maneira de perceber o processo saúde doença no currículo de educação sanitária. No entanto, a doença ainda é percebida como fenômeno individual e a educação sanitária como solução para prevenir doenças e ganhar saúde(16).

Nos anos 50, inicia-se um período desenvolvimentista(16). A pedagogia da saúde pauta-se por uma ideologia modernizadora que propunha remover os obstáculos culturais e psicossociais às inovações tecnológicas de controle às doenças(21).

Após o golpe militar de 1964, a educação em saúde fica restrita a determinados espaços, pois o regime militar fecha várias instituições, diminui gastos com políticas sociais, ocorre uma expansão dos serviços médicos privados, especialmente hospitais em detrimento dos serviços de atenção preventiva. O Estado fez uso da educação em saúde, unicamente para impor a questão do planejamento familiar(16,21).

Fica claro que até a década de 70, a educação em saúde no Brasil foi basicamente uma iniciativa das elites políticas e econômicas e, portanto, subordinadas aos seus interesses. No auge do regime militar, especialmente a partir de 1967, as práticas de educação voltadas para a saúde até então denominadas educação sanitária, receberam a denominação de educação em saúde e as equipes de saúde passaram a ser constituídas por diversos profissionais de saúde, não só de educadores(16).

Ao longo da década de 70, inicia-se a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares. Neste contexto, foram retomadas as propostas pedagógicas de Paulo Freire e os profissionais de saúde revisaram suas práticas a partir da interlocução com as teorias das ciências humanas por um novo projeto em saúde(6). Tornam-se obrigatórias as teorias e práticas da educação popular e da pesquisa participante de Paulo Freire(16).

Esses movimentos deram início às críticas das práticas educativas autoritárias e normalizadoras apontando, ao mesmo tempo, para sua ruptura. Destaca-se, neste contexto, o movimento da Educação Popular em Saúde(22).

O movimento da educação popular em saúde tem priorizado a relação educativa com a população, rompendo com a verticalização da relação profissional-usuário. Nesse contexto, contrapondo a passividade usual das práticas educativas tradicionais, tem-se a educação problematizadora, que afirma a dialogicidade e se faz dialógica(1). Neste sentido, o usuário é reconhecido como sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde(6).

Na pedagogia problematizadora, o método de ensino é realizado na forma de trabalho educativo, através de grupos de discussão. O método de ensino se baseia na relação dialógica entre os atores da aprendizagem, tanto alunos quanto professores. Para Freire(1), a comunicação é uma relação social igualitária, dialogal, que produz conhecimento. Atualmente, configuram no quadro de saúde brasileiro duas interfaces de relação educativa, sendo: a educação tradicional e a popular em saúde.

O modelo tradicional hegemônico, fortemente influenciado pelo positivismo, centraliza o poder nos profissionais de saúde, que são detentores de todo o saber necessário para ter uma vida saudável. As estratégias desta prática educativa em saúde incluem informações verticalizadas que ditam comportamentos a serem adotados para a manutenção da saúde, como (deixar de fumar, aceitar vacinação, ter práticas higiênicas, etc.), mediante o contato com veículos de comunicação em massa(16). Observa-se uma relação assimétrica entre usuários e profissionais de saúde, uma vez que um detém um saber técnico-científico, enquanto o outro precisa ser devidamente informado(6).

Contrariamente à educação tradicional, a educação popular em saúde se contrapõe ao autoritarismo da cultura sanitária e ao modo tradicional de definir técnica e politicamente intervenções na área de saúde(6). Trabalha-se com a perspectiva de sujeitos das práticas de saúde, através de uma relação horizontal entre profissionais de saúde, considerados mediadores, e a comunidade, através de um diálogo educativo não-condutivista, acompanhado de um movimento para o fortalecimento comunitário.

Nessa perspectiva, a prática educativa visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos com o cuidado com a saúde, com uma compreensão da situação da saúde, podendo desta forma, construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença(6).

Estudos em grandes organizações e, em menor grau, no sistema de saúde apontam consistentemente para a importância das redes informais e das comunidades profissionais para trazer grandes mudanças(23). Um dos instrumentos utilizados durante as práticas educativas têm sido as comunidades de prática que são organizações que se definem pela partilha de uma prática entre os seus diferentes membros(24).

O Ministério da Saúde tem proposto a educação permanente como uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde. Pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, já que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, a partir dos problemas enfrentados na realidade, considerando as experiências que as pessoas já têm, a fim de produzir mudanças tanto das práticas de saúde, quanto das ações de educação em saúde, utilizando o modelo dialógico de educação(25).

No estado de Minas Gerais, o Programa de Educação Permanente para os médicos da saúde da família tem como propósito induzir cultura de mudança e renovação da prática do profissional e criar um sistema de melhoria permanente da *performance* clínica em busca da excelência dos cuidados ao paciente(26).

Ao se fazer uma reflexão abrangente da educação em saúde nas últimas décadas, destaca-se um desenvolvimento e uma reorientação crescente das reflexões teóricas e metodológicas, mas que não vêm sendo traduzidas na prática dos serviços(27). Ainda hoje, as práticas

educativas seguem metodologias tradicionais, sem criação de vínculo entre trabalhadores em saúde e a população. Para se consolidar como uma prática educativa, a educação em saúde deve ser incorporada no cotidiano do trabalho em saúde, com a valorização das ações coletivas promotoras da saúde e com reflexão crítica nos sujeitos envolvidos no processo de ensino-aprendizagem(17).

1.1.1 Educação em saúde: aspectos conceituais

Educação em saúde constitui um campo de conhecimento e de prática do setor saúde que tem a finalidade de promover a saúde e atuar na prevenção de doenças. Objetiva integrar os saberes científico, popular e do senso comum, na tentativa de colaborar com o indivíduo para uma maior participação responsável e autônoma frente à saúde no cotidiano(27), transformando saberes existentes e não apenas transmitindo informações(28).

Para Figueiredo(29), “a educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde”. Reforçando outros autores, entende-se que a educação não deve ser resumida em transmissão de conhecimento, considerando o indivíduo como uma página em branco, mas alguém que traz consigo toda uma história de vida, sócio-cultural e emocional.

Na prática, a educação em saúde constitui apenas uma fração das atividades técnicas voltadas para a saúde(2), tendo como objetivo desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar de forma crítica a sua realidade e de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações(30), podendo ser realizada em quatro diferentes ambientes: a escola, o local de trabalho, o ambiente clínico, em seus diferentes níveis de atuação, e a comunidade, compreendida aqui como contendo populações-alvo que não se encontram normalmente nas três outras dimensões(2). A estratégia valorizada por esse modelo é a comunicação dialógica, com práticas educativas emancipatórias(28).

A educação em saúde torna-se um dos componentes das ações básicas de saúde, e deve ser entendida como um compromisso com a realidade de saúde da população da área de abrangência do profissional e com a qualidade no atendimento(5). Outra abordagem de

educação consiste no conceito de universidades corporativas, antes mais presentes no setor industrial e de serviços, mas que está alastrando-se e intensificando-se nos diversos setores, inclusive no setor saúde(31).

Para Meister(32), que é uma das suas principais referências, a educação corporativa é mais do que um processo, é um “trabalho em andamento”, e a define como um “guarda-chuva” estratégico para o desenvolvimento e a educação de funcionários, clientes e fornecedores, a fim de otimizar as estratégias organizacionais, constituindo-se ainda em um laboratório de aprendizagem e um pólo de educação permanente. Tem como objetivo obter um controle mais rígido sobre o processo de aprendizagem, vinculando de maneira mais estreita os programas de aprendizagem, a metas e resultados estratégicos reais da empresa, garantindo o melhor aproveitamento de recursos. Vincula os programas educativos à produção de competências necessárias para as estratégias do negócio. Nas Universidades Corporativas, o trabalho e a aprendizagem são essencialmente a mesma coisa, com ênfase no desenvolvimento da capacidade do indivíduo de aprender.

Nesse contexto, o conhecimento e a aprendizagem se tornaram os novos imperativos estratégicos das organizações(33). O conhecimento, e não a informação, é a principal fonte de potencial inovativo de uma organização(34). Nesta perspectiva, o termo Gestão do Conhecimento pode ser entendido como um conjunto de processos que orienta a criação, disseminação e utilização do conhecimento para atingir plenamente os objetivos de uma organização. É efetivo quando há identidade coletiva e a existência de uma ampla rede social. As redes humanas são importantes para compartilhamento de conhecimentos(23).

Introduz-se, assim, o conceito de Comunidades de Práticas, desenvolvido por Wenger(35), como comunidades que reúnem pessoas unidas informalmente por interesses comuns no aprendizado e na aplicação prática do aprendido. É um tipo de aprendizagem social, definida como o local onde as pessoas compartilham seus conhecimentos e suas experiências de maneira criativa e com livre fluxo, de modo a promover novas abordagens para solução de problemas, melhorias para ajudarem a construir estratégias, transferir a melhor prática e desenvolver habilidades profissionais.

1.1.2 Educação em saúde na estratégia saúde da família

No Brasil, a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) universalizou o acesso aos serviços de saúde e definiu a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada para a atenção à saúde. Tendo em sua base os pressupostos do SUS, o Programa Saúde da Família (PSF), estratégia oficial do Ministério da Saúde desde 1994, e com o status de Estratégia Saúde da Família, traz no centro de sua proposta a expectativa relativa à reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica(36).

A ESF é constituída por equipes multiprofissionais distribuídas na área geográfica de cada município, possibilitando uma cobertura ativa à saúde da população adscrita à área e coincidindo com os princípios e diretrizes formuladas desde a Conferência Internacional de Alma-Ata(37). Tem por objetivo aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, proporcionando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais(17).

A APS é norteada por quatro princípios essenciais(38): primeiro contato que se refere a acessibilidade, longitudinalidade, integralidade e coordenação. Há ainda três outras características da APS, denominadas de princípios derivados como a focalização na família, a orientação comunitária e competência cultural. Estes princípios exigem da equipe a interação com a unidade, o reconhecimento das reais necessidades familiares e adaptação do profissional na relação com a população.

Os alcances e os limites desta proposta têm alimentado discussões, cujos argumentos visitam desde estatísticas oficiais sobre a expansão do número de equipes até a reflexão crítica sobre as práticas de saúde desenvolvidas no contexto das unidades de saúde da família(6).

No que diz respeito à organização dos serviços e das práticas de saúde, a integralidade caracteriza-se pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Seguindo este princípio, as atividades de educação em saúde estão incluídas entre as responsabilidades dos profissionais da ESF que não deve se restringir à assistência curativa, buscando dimensionar fatores de risco à saúde e, por conseguinte, a execução de ações preventivas, a exemplo da educação para a saúde(6).

Um exemplo ilustrativo disto se expressa quando ocorrem assistência e educação para saúde durante a consulta ambulatorial para crise hipertensão, onde o paciente recebe além da medicação necessária, informações sobre alimentação adequada e exercícios físicos regulares; isto é, assistência e educação para saúde sem que o paciente espere o momento de encontro do grupo dos hipertensos numa determinada data e horário para receber as referidas orientações(6).

A educação em saúde constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde(39) e dentre os diversos espaços dos serviços de saúde, destaca-se os de atenção básica como um contexto privilegiado para desenvolvimento de práticas educativas em saúde. Isso devido à maior proximidade com a população e a ênfase nas ações preventivas e promocionais(40).

A prática educativa na ESF não conta necessariamente com um espaço restrito e definido para seu desenvolvimento, podendo ser desenvolvida em espaços convencionais, a exemplo dos grupos educativos, ou em espaços informais, como a consulta médica na residência das famílias em ocasião da visita domiciliar, ou seja, em todos os ambientes de atenção à saúde, trabalhando os conteúdos de forma crítica e contextualizada. A abordagem do sujeito como ativo, porém, deverá ser permanente(6,17).

Trata-se de uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Espera-se que esta seja capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando, em parceria com a comunidade, os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos(36).

Entretanto, a formação flexneriana ou biomédica prevalente nas equipes de saúde da família faz com que, ao adentrar no programa, muitos deles desvalorizem as ações educativas ou mesmo as ações de saúde coletiva no interior da comunidade. As políticas públicas do Estado brasileiro ainda não conseguiram influenciar de maneira decisiva o ordenamento da educação em saúde(37). Estudos realizados na ESF mostraram que ela não é objeto de educação; alguns profissionais desconhecem seus fundamentos e a maioria deles tem práticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de promoção da saúde(41).

A ESF, vista como objeto de educação em saúde, tem como papel central uma prática educativa voltada para a Promoção da Saúde, como um conjunto de atividades orientadas a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso a bens e a serviços sociais(41). Dedicar um espaço da educação em saúde para trabalhar questões que vão além do biológico com a população proporcionará o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde(41). Deste modo, educar para a saúde implica ir além da assistência curativa, significa dar prioridade a intervenções preventivas e promocionais(6).

1.1.3 Características dos profissionais envolvidos nas atividades de educação em saúde

Conseguir profissionais aptos a trabalhar neste novo modelo que prioriza a promoção da saúde não é uma tarefa fácil(41). Entre os inúmeros problemas que surgem com a implantação do PSF podemos destacar a carência de profissionais em termos quantitativos e qualitativos(6).

Um estudo realizado no Ceará sobre as atividades de educação em saúde no PSF identificou o quanto é baixa a frequência das atividades de educação em saúde desenvolvidas pelas equipes do PSF, e que, quando as realizam, fazem-nas de maneira verticalizada, com temas prontos, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela(42). Achados semelhantes foram encontrados também em outra pesquisa, destacando a necessidade de atualização dos profissionais de saúde quanto às ações de educação em saúde(43).

Esses resultados devem-se à “educação bancária” ainda presente na formação profissional(41). Por isso, é um grande desafio para os profissionais de saúde contribuir na capacitação da comunidade e motivá-la para que tenha uma participação ativa no autocuidado e na organização do serviço, sendo a Educação em Saúde uma importante ferramenta para o seu alcance(4).

Com o profissional médico, esse desafio é ainda mais complexo. Mudar a sua prática profissional não é simples. Na maioria das vezes, a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes não são suficientes para empreender nova prática(26).

A efetivação da mudança na prática depende muito de fatores facilitadores que se encontram no contexto de trabalho, seja na estrutura física, material e logística, quanto no contexto social de organização, motivação e postura da equipe de saúde. Quando o médico adquire nova competência, toma conhecimento, compreende as novas evidências e encontra ambiente favorável no trabalho, ele pode mudar sua prática e melhorar o cuidado aos seus pacientes(26).

É importante que os profissionais que compõem as equipes da ESF estejam realmente comprometidos com a comunidade, valorizando o diálogo e a participação efetiva desta, de modo a evitar um modelo autoritário e restrito apenas à dimensão biológica, que não promove o empoderamento da comunidade(4).

Segundo Freire(44), educar não é a mera transferência de conhecimentos, mas sim a conscientização e o testemunho de vida, respeitando a autonomia, a dignidade e a identidade do educando.

Na perspectiva da promoção da saúde, é importante que os profissionais estabeleçam vínculos e crie laços de co-responsabilidade com os usuários, de forma autônoma(41). Possuindo assim uma visão sistêmica e integral do indivíduo e da família, trabalhando com suas reais necessidades e disponibilidades, atuando como facilitadores no processo da educação em saúde, valendo-se de prática tecnicamente competente e humanizada, pelas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde(45). Dessa forma, o trabalho educativo ultrapassa o campo da informação, integrando a consideração de valores, de costumes, de modelos e de símbolos sociais, que levam as formas específicas de condutas e práticas(41).

Assim, é fundamental que a educação seja trabalhada no setor saúde na perspectiva da construção de conhecimentos e de qualidade de vida por todos aqueles que a integram(41).

Pesquisadores demonstram o quanto estas atividades são benéficas e necessárias para a comunidade. A participação efetiva da comunidade nas ações de educação em saúde tem se mostrado como um fator de êxito dessas atividades, que culmina na autonomia dos sujeitos em questão, nas práticas do auto-cuidado e principalmente, na promoção da saúde(46-48).

A educação acerca do uso racional de medicamento é prática importante para a população em geral, e está envolvido em grande parte das atividades relacionadas com o estabelecimento e manutenção da saúde do indivíduo(9). Os profissionais devem ter conhecimento do conceito ampliado de saúde. Precisam ser comprometidos com os princípios do SUS, inclusive com o URM, de forma a selecionar, prescrever, orientar e monitorar adequadamente e racionalmente o uso de medicamentos(49). Dessa forma, é necessário que a população esteja orientada sobre como proceder em relação ao uso de medicamentos, para que estes tenham uma ação segura e diminua os riscos de efeitos colaterais ou adversos e de interações medicamentosas, sendo necessária uma estratégia de administração que diminua os riscos e aumente os benefícios.

A abrangência do processo de educação permite abordar inúmeros aspectos, como a conservação, a automedicação, grupos de risco e outros(50), sendo a informação sobre o uso adequado de medicamentos uma face importante da educação em saúde(10).

1.2 Uso racional de medicamentos

Nos últimos anos, o gasto farmacêutico vem tornando-se uma ameaça à sustentabilidade dos sistemas públicos de saúde de muitos países, e esses gastos não tem correspondido a melhorias significativas nos indicadores de saúde. Particularmente no Brasil, o volume de recursos financeiros da esfera federal investido na compra e distribuição gratuita de medicamentos no SUS representou, em 2002, 9,7% do gasto em saúde financiado pelo Ministério da Saúde. Além disso, aproximadamente um terço da população mundial continua sem acesso a esses recursos terapêuticos(51).

A atual Constituição Federal(52) estabeleceu que o acesso à saúde fosse direito de todo cidadão e papel do Estado e, por meio da Lei Orgânica da Saúde(53), garante a assistência terapêutica integral, operacionalizada pelo financiamento e distribuição universal e gratuita dos medicamentos no setor público.

O acesso ao medicamento está intrinsecamente relacionado ao uso racional, uma vez que não se pode considerar somente a disponibilidade do medicamento nas unidades de saúde sem

associá-la ao uso adequado, em condições e quantidades corretas, para que a efetividade terapêutica seja realmente alcançada(54).

A promoção do uso racional de medicamentos é um componente muito importante de uma política nacional de medicamentos (PNM)(50). A Organização Mundial de Saúde define o uso racional de medicamentos como sendo a situação em que “o paciente recebe o medicamento apropriado a sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade”(14,55). Preconiza também que entre as intervenções fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos está a educação da população a respeito dos medicamentos, a qual pode estar associada à Atenção Farmacêutica(14). Já Rubio-Cebrian(56) menciona que o URM é uma prática que consiste em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos, em minimizar os efeitos indesejáveis decorrentes de sua utilização e reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade.

Dessa forma, o uso racional de medicamentos inclui(57):

- Escolha terapêutica adequada (é necessário o uso de terapêutica medicamentosa);
- Indicação apropriada, ou seja, a razão para prescrever está baseada em evidências clínicas;
- Medicamento apropriado, considerando eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo;
- Dose, administração e duração dos tratamentos apropriados;
- Paciente apropriado, isto é, inexistência de contra-indicação e mínima probabilidade de reações adversas;
- Dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos;
- Adesão ao tratamento pelo paciente;
- Seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento.

De acordo com a OMS(49), há várias intervenções para a promoção do URM: comitê nacional para coordenar as políticas de uso racional; diretrizes clínicas; lista de medicamentos

essenciais; comitês de Farmácia e Terapêutica; capacitação nos cursos de graduação em Farmacoterapia; educação médica continuada em serviço; supervisão e auditoria; educação dos usuários sobre medicamentos; infra-estrutura e gasto governamental suficiente para assegurar disponibilidade de medicamentos. Os componentes do ciclo da assistência farmacêutica também contribuem para o URM como: seleção e criação de formulário terapêutico; no Brasil, existe a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); o gerenciamento da assistência farmacêutica, garantindo medicamentos de qualidade, ao menor custo, armazenados e distribuídos de maneira adequada; dispensação correta(57).

O uso racional de medicamentos envolve o prescritor, o dispensador e o paciente. O prescritor tem papel determinante na conduta do paciente, mas o paciente também, com suas expectativas e hábitos culturais que podem influenciar no uso dos medicamentos. O dispensador também exerce uma parcela importante neste contexto na forma como a dispensação acontece(50).

Também estão envolvidas no uso apropriado de medicamentos, as autoridades sanitárias, o sistema de saúde, o farmacêutico e a indústria farmacêutica(58). A relação destes atores está permeada por uma série de questões que envolvem a capacidade de definição e implementação de uma política de medicamentos, as relações do mercado farmacêutico, à organização de rede de serviços, em nível de educação da sociedade, a fatores culturais de um modo geral(14).

Iniciativas para melhorar a prescrição e utilização de medicamentos podem se concentrar em intervenções para modificar o comportamento dos médicos com relação ao uso racional, pacientes ou o sistema e em intervenções que afetam o sistema de saúde(59).

Dentre os aspectos conceituais relacionados ao uso racional de medicamentos podemos ressaltar: aspectos legais (regulatórias, normativas e gerenciais), educação dos profissionais e dos pacientes, estratégias de intervenção, fatores culturais, farmacêuticos e prescritores, políticas de medicamentos, propaganda, outros(57).

1.2.1 Principais problemas quanto ao uso inapropriado de medicamentos

O uso inapropriado de medicamentos e suas causas envolvem uma rede complexa de fatores, dentro e fora da área de saúde, atingindo principalmente o paciente(60). É considerado um importante problema de saúde pública em todo o mundo, com grandes consequências econômicas(57). De acordo com OMS, em todo o mundo, mais de 50% dos medicamentos são receitados, dispensados e vendidos de forma inadequada(14).

Essa situação pode causar várias conseqüências como(49,57): eventos adversos, eficácia limitada devido ao uso de dose subterapêutica, resistência a antibióticos, farmacodependência como o uso abusivo de certos tranquilizantes, risco de infecção com o uso inapropriado de injetáveis, falta de acesso, aumento das demandas judiciais de medicamentos pelos pacientes, aumento das hospitalizações e perda de confiança do usuário no sistema de saúde.

Nesse contexto, os dados acerca do uso irracional de medicamentos são alarmantes. Estatísticas do Sistema Nacional de Informação Tóxico Farmacológicas Brasileiro(61), revelam que os medicamentos tornaram-se o principal agente tóxico, ocupando o 1º lugar, nas estatísticas, desde 1994 e que respondem por 27% das intoxicações no Brasil, e que são responsáveis por 16% dos casos de morte por intoxicação. Como consequência, os benzodiazepínicos (BZD), antigrípicos, antidepressivos e antiinflamatórios são as classes de medicamentos que mais causam intoxicações no país e 44% das intoxicações foram classificadas como tentativa de suicídio(62).

Contudo, informações obtidas pela OMS(63-65) sobre o uso irracional de medicamentos demonstram que esta prática não é exclusiva do Brasil. A resistência antimicrobiana que cresce em todo o mundo é conseqüência do uso abusivo de antibióticos, sendo uma importante causa de mortalidade e morbidade. Nos países em desenvolvimento, 25 a 70% do gasto em saúde correspondem a medicamentos, em comparação a menos de 15% nos países desenvolvidos. Vários estudos(66-72) relatam dados que comprovam a utilização irracional de antibióticos. Muitos trabalhos apontam como justificativa da prescrição desnecessária de antibióticos, a pressão e expectativa exercida pelos pacientes(66,69,72), e o medo por parte do profissional pelo abandono do paciente caso não atenda esta expectativa em relação a prescrição. É importante que os clínicos reconheçam não só academicamente a justeza da diminuição do uso de antibióticos, mas também forneçam alternativas para garantir a satisfação dos pacientes(66).

O uso inapropriado dos medicamentos pode ser decorrente de vários fatores, dentre eles podemos destacar o sobreuso, a polifarmácia, o uso incorreto, sobredose, a falta de informação apropriada, a automedicação indevida, a seleção inadequada de medicamentos e o não cumprimento das prescrições(57,60). Existem também os fatores que afetam a prescrição, que estão relacionados com: o paciente e a sociedade, médico, ambiente, informações disponíveis e fatores externos como a propaganda medicamentosa, outros(59).

A propaganda de medicamentos tem sido um estímulo freqüente para o seu uso inadequado, principalmente porque tendem a ressaltar os benefícios e omitir ou minimizar os riscos e os possíveis efeitos adversos(73). Esses dados foram comprovados também em outros estudos(15,74).

O Conhecimento dos médicos, suas atitudes e habilidades relacionadas à prescrição, são influências importantes sobre sua prática. Suas crenças e valores, bem como suas percepções sobre as inovações e os riscos e benefícios dos medicamentos também são importantes(59). Estudos realizados no Brasil evidenciam deficiências na formação e suas conseqüências para a prática clínica. De acordo com Wong(75), mais de 90% dos formandos de uma das melhores faculdades de medicina do país não foram capazes de identificar as interações medicamentosas de medicamentos usados corriqueiramente.

Há o predomínio de conceitos relacionados à eficácia medicamentosa, com sustentação científica e a simultânea dificuldade em evitar seu uso(76), surgindo, dessa forma, uma sociedade medicalizada(77).

Uma pesquisa constata que a dificuldade na adoção da prática do URM pode se relacionar a vários problemas como: de escassez, assimetria de informação, informação incompleta, incertezas nas decisões clínicas, incentivos para prescritores e dispensadores, preferências dos prescritores e outros. Ressalta também a importância das autoridades sanitárias em regular, reduzir e controlar as falhas no uso de medicamentos(78).

1.2.2 Influência da indústria farmacêutica no uso de medicamentos

Na visão tecnológica da medicina, as doenças funcionam como desafio à ciência, ao progresso e reafirmam a ideologia desenvolvimentista, segundo a qual, um dia, as descobertas acabarão com as enfermidades e a morte será vencida. A partir dos interesses corporativos, elas são espaço privilegiado de acirramento na guerra competitiva entre grupos profissionais, laboratórios e indústrias de equipamentos. Elas medeiam a luta entre saber e poder econômico, organicamente relacionados com o sistema de produção médico(79).

A característica da indústria farmacêutica na propaganda em utilizar a dor como vilã e o medicamento como salvador atravessou anos e hoje, apesar de existir leis, normas, fiscalização e controle, as propagandas de medicamentos abusam e prometem curas milagrosas(80). É uma das mais importantes estratégias para o consumo de seus produtos. Grande parte da população brasileira está exposta a propaganda de medicamentos sem que ela traga nenhum tipo de advertência quanto ao uso desses produtos em condições especiais e de acordo com a faixa etária(81).

Cada vez mais aspectos da vida diária são classificados como problemas médicos podendo ser tratados com esses produtos(15). Essa transformação de situações corriqueiras em doença tem levado ao uso abusivo de medicamentos e à idéia falsa de que para tudo há uma pílula salvadora. Nesse processo, o marketing dos fabricantes torna seus cúmplices os profissionais de saúde e a população desinformada(13).

A modernidade tecnológica não vem sendo impulsionada por necessidades definidas por critérios epidemiológicos, mas pela pressão dos fabricantes, para vender muito e rápido. Não é por acaso que é alta a rentabilidade da indústria farmacêutica no Brasil, se comparada a outros setores industriais, embora isso não signifique um maior acesso da população brasileira aos medicamentos de que necessita, nem que o seu uso seja racional(82).

As concepções médico-científicas acerca da saúde e da doença exercem importante papel cultural em nossa sociedade, o que faz privilegiar a ciência para valer a informação veiculada(15). Entre as principais causas dos erros e danos associados às ações de assistência

à saúde está a falta de independência dos médicos, e das autoridades sanitárias, em relação aos interesses da indústria(13).

Um estudo que investigou a influência da propaganda na utilização de medicamentos em idosos revelou que parte dos idosos sofrem influência da propaganda no consumo de medicamentos, não levando em consideração os riscos que estes podem causar(83).

Educar a sociedade é, talvez, a melhor forma de combater a propaganda indiscriminada(81). O impacto de tal informação depende, entre outros fatores, de visualização dos limites e das potencialidades de interferência desses produtos no processo saúde-doença. A qualidade desta informação é relevante no âmbito da saúde pública, pois as informações são imprescindíveis para ampliação da consciência sanitária(15).

1.2.3 Contribuição do farmacêutico para a promoção do uso racional de medicamento

A profissão farmacêutica, do século XX até os dias de hoje, passou por vários momentos difíceis, inclusive experimentando a perda da identidade(10). Numa análise do papel do farmacêutico ao longo do séc. XX pode-se citar os autores Hepler e Strand(84) que realizaram uma análise sobre os três períodos que consideram mais importantes da atividade farmacêutica, definindo-os como: o tradicional (desenvolvido pelo boticário), o de transição (abordagem técnico-industrial) e o de desenvolvimento da atenção ao paciente (com a prática da farmácia clínica), em meados da dec. 70.

Nas últimas décadas, o farmacêutico reorientou sua formação principalmente para o paciente(85), iniciando a construção processual do conceito de Atenção Farmacêutica. Conceito aceito e ampliado pela OMS na reunião realizada em Tóquio, onde foi definido o papel chave do farmacêutico como dispensador da atenção sanitária, que pode participar da prevenção e promoção da saúde(86).

A assistência farmacêutica tornou-se parte importante do SUS e fundamental para o desenvolvimento das ações de promoção e melhoria das condições da assistência à saúde da população e é definida pela PNM através da Portaria GM 3916/98 como o conjunto de ações e

serviços que visam assegurar a assistência integral, a promoção, a proteção e a recuperação da saúde nos estabelecimentos públicos ou privados, desempenhadas pelo farmacêutico ou sob sua supervisão(8).

Dentro da Assistência Farmacêutica, o farmacêutico desenvolve as atividades de dispensação, acompanhamento farmacoterapêutico e a farmacovigilância, sendo o acompanhamento farmacoterapêutico um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelo acompanhamento do uso dos medicamentos pelo usuário, visando seu uso racional e a melhoria da qualidade de vida(87). Conceito também aceito pela OMS(86,88), que reconhece esse profissional como o mais capacitado para conduzir ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do URM, inclusive prestando assessoramento técnico aos demais profissionais de saúde.

Nesse novo contexto da prática farmacêutica, no qual a preocupação com o bem estar do paciente passa a ser a viga mestra das ações, o farmacêutico assume papel fundamental(10), passando a atuar na prevenção e promoção de saúde, no aconselhamento na forma de usar os medicamentos, com o intuito de reduzir ocorrências de reações adversas a medicamentos e aumentar a adesão ao tratamento(89). Soma seus esforços aos dos outros profissionais de saúde e aos da comunidade para a promoção da saúde(10).

O uso irracional de medicamentos é um importante problema de saúde pública; portanto, é preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico e efetivamente incorporá-lo às equipes de saúde(10). As atividades podem ser consideradas ainda incipientes no serviço público de saúde, onde este profissional tem uma interação limitada com a equipe de saúde(82) e a Assistência Farmacêutica é muitas vezes realizada com o objetivo primordial de garantir o abastecimento dos medicamentos nas Unidades locais, mediante processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição e dispensação(90). São dificultadas também onde se predomina o modelo centrado na consulta médica e na divisão social do trabalho em saúde(85).

Em vários países, já se reconhece o papel positivo do farmacêutico na melhoria da qualidade da prescrição e da dispensação. Nos EUA, Canadá e Espanha, a Atenção farmacêutica vem sendo discutida e implantada há mais de uma década, sendo esses países referências no assunto(91). Os achados de outra pesquisa constataam que o governo canadense vem

defendendo o incremento do papel dos farmacêuticos como educadores e sua influência positiva no comportamento de quem prescreve(13). Já nos Estados Unidos, os farmacêuticos estão autorizados a fazer ajustes na farmacoterapia, de acordo com protocolos; em quarenta estados têm autorização para prescrever e dispensar certas classes de fármacos que exigem receita, incluindo os anticoncepcionais emergenciais, em nove estados. Na Grã-Bretanha, há a prescrição suplementar, que é uma parceria entre um médico e um farmacêutico para, de comum acordo com o paciente, elaborar um plano de manejo clínico(13).

A possibilidade de intervenções desse gênero no Brasil precisa levar em conta as condições específicas, em que ainda há problemas relacionados ao acesso aos medicamentos pela população, escassez de farmacêuticos atuando em farmácia clínica, nas drogarias, farmácias como também na atenção primária no sistema de saúde, onde o atendente na farmácia pública é com frequência o único profissional com o qual paciente se relaciona(91,92).

Numa revisão sobre publicações que relatam possíveis ações do farmacêutico no uso de medicamentos em pacientes idosos entre 1970 a 1999, Romano-Lieber et al.,(92) encontraram poucos estudos sobre o tema e limitados aos países de economia avançada, tendo um crescimento a partir da década de 90. De forma geral, as intervenções apresentaram resultados positivos, limitando-se na maioria das vezes ao aconselhamento ao usuário e/ou prescritor, com poucas ações voltadas aos usuários.

Já nos estudos retrospectivos de Nunes(93), realizado no ano de 2004-2005, dos problemas detectados, 84,1% correspondiam a erros, dos quais 49,5% foram prevenidos com intervenções farmacêuticas. Foi verificado também em outro estudo que a família poderia ser um campo de atuação do farmacêutico na Atenção Primária para resolver de forma mais eficaz os problemas relacionados aos medicamentos(94).

O serviço de farmácia no SUS pode constituir-se como referência para informações técnico-científicas sobre medicamentos para a saúde local e seus profissionais, como serviço de apoio à clínica. E a educação em saúde enquanto serviço da farmácia, ampliar o tipo de informação disponibilizada e promover estratégias educativas participativas(95).

Atualmente, tem-se buscado conciliar as ações voltadas ao medicamento e ao usuário(93). A profissão farmacêutica está centrando sua formação acadêmica no cuidado aos pacientes,

através da implantação do currículo generalista, que permite ao farmacêutico integrar-se profissionalmente ao sistema de saúde(85,96).

1.3 Estratégias educacionais para a promoção do uso racional de medicamentos

As estratégias para promover o uso racional de medicamentos distribuem-se segundo o público-alvo que queremos sensibilizar. Aconselha que o primeiro passo deva consistir em identificar as razões pelas quais as práticas inapropriadas estão ocorrendo para melhor eleger e direcionar a intervenção. Que são categorizadas como estratégias educacionais, gerenciais que visam a orientar a decisão; regulatórias como a definição de políticas com orientações ao uso racional(57).

Estas mesmas estratégias podem ser utilizadas para promover o uso racional de medicamentos por parte dos profissionais de saúde. Estes podem ser motivados através da criação de materiais técnico-científicos, como é o caso da preparação de formulário ou guia terapêutico. Também se beneficiam, através da organização de eventos científicos, cursos de educação continuada, grupos de discussão ou através da orientação concreta das comissões de farmácia e terapêutica, controle de infecção hospitalar ou do conselho municipal de saúde, sem esquecer dos centros de informação sobre medicamentos e a mídia em geral(57).

Dentre as intervenções fundamentais para promover o uso racional de medicamentos preconizadas pela OMS(14), podemos destacar a educação médica continuada como requisito para o desempenho da profissão e a educação da população sobre medicamentos. Em conjunto com outros órgãos colaboradores, a OMS oferece vários cursos internacionais sobre como promover o uso racional de medicamentos, pois apesar de ser reconhecida como necessária e indispensável, a educação voltada para o uso correto de medicamentos encontra barreiras para o seu desenvolvimento(15).

Vários estudos analisados apontam as práticas educativas neste contexto. Andrade e Coelho(97) destacam que muitos educadores sanitários recomendam o desenvolvimento de programas educativos com a participação ativa dos profissionais de saúde e membros da comunidade. Ressalta também que o trabalho educativo, além de conscientizar as pessoas a

usar corretamente os medicamentos, pode ser utilizado para evitar o surgimento de doenças que necessitem do uso deles. Já outro estudo(73) conclui que a educação e informação da população são soluções para reverter ou minimizar o uso irracional.

Campanhas patrocinadas pelo governo têm sido lançadas para ajudar a reduzir o excesso de prescrição de antibióticos através da promoção de intervenções tais como cartazes e folhetos educativos podem ser incorporados de forma fácil e barata na prática clínica(66). Um estudo randomizado realizado em 16 comunidades de Massachusetts sobre o uso de antibióticos em crianças, encontrou poucos resultados satisfatórios nas intervenções direcionadas a comunidade e aos prescritores(72,98).

Trabalhar com a comunidade não é uma tarefa simples e exige uma preparação prévia. A forma de abordagem deve ser adequada à população atendida, tanto no conteúdo a ser trabalhado quanto na forma de comunicação. É necessário criar mudanças na forma como a população percebe a sua saúde e as ações para promoção e prevenção dela. Esta mudança é possível quando o sujeito reflete, questiona, recusa, aceita e critica as informações transmitidas(47). Um estudo sobre intervenção educacional para reduzir automedicação por antibióticos encontrou resultados que sugeriram formas usuais de educação em saúde podem não ser suficientes para superar influência do comportamento passado(70).

Os membros da comunidade podem ser envolvidos no desenvolvimento de intervenções eficazes, utilizando recursos locais disponíveis(71). Um estudo realizado sobre ações de educação em saúde sobre o uso racional de medicamentos com entrevistas preliminares com líderes da comunidade e palestras interativas foram importantes porque possibilitaram a troca de experiências e esclarecimento sobre temas emergentes, podendo também constatar que quando se trabalha de forma contínua com grupos percebe-se uma evolução dos participantes(47). É recomendável também traçar o perfil da população de acordo com critérios epidemiológicos, considerar os aspectos culturais e preparar materiais informativos com linguagem e conteúdo simples e de fácil compreensão(97).

O sucesso de uma primeira intervenção educativa depende da capacidade de ser reconhecido e realizado pela população-alvo, devendo ser adaptados para o nível específico de alfabetização e habilidades da linguagem da comunidade do paciente(66). Para fins de educação do paciente, as apresentações de vídeos são mais eficazes do que material escrito(69). Uma

intervenção direcionada para os pais sobre o uso inapropriado de antibióticos com cartaz educativo na sala de espera foi ineficaz, sugerindo a necessidade de utilização de outras estratégias para melhorar a eficácia do ensino como colocar cartazes também na sala de consulta para incentivar a comunicação sobre o assunto entre pais e clínico(66).

A elaboração de material técnico-científico para dar suporte às palestras e outras atividades é uma consequência natural do processo educativo e, provavelmente, precisará reunir indivíduos com diferentes habilidades profissionais(97). É necessária a avaliação periódica do processo(57). As estratégias voltadas à comunidade leiga podem ser realizadas através de teatros, trabalho de grupo, treinamento de multiplicadores como o agente de saúde e professores de escolas primárias e secundárias, programas de rádio, dentre outros(57). A comunidade precisa ser consciente e responsável pela condução de sua saúde, com a (dês)construção da cultura do medicamento como centro do cuidado da saúde e assumindo posição principal em favor do URM(49).

Contrariando a tendência de intervenções bem sucedidas realizadas em nível mundial, como os programas de atualização dos médicos sobre prescrição racional, percebe-se que melhorar esta prática é uma questão complicada, porque são muitos os fatores que influenciam o comportamento da prescrição, tais como: orientações, conhecimento dos médicos, conhecimento dos pacientes e seus hábitos, da satisfação do paciente, dos incentivos econômicos aos prescritores, a oferta do sistema e a indústria farmacêutica(67). Como no estudo que abordou intervenções educativas de medicina baseada em evidências, os médicos melhoraram a capacidade de formular questões clínicas, tendo impacto sobre os conhecimentos da prática da medicina baseada em evidência, mas com impacto limitado sobre o seu comportamento clínico(99). Outro projeto de uso racional de medicamentos desenvolvido em Santa Catarina aponta que devem ser realizadas ações para interferir tanto na prática, quanto no ensino, através de ações educativas e a conduta baseada em evidências como instrumento no processo ensino-aprendizagem(100).

Enquanto os serviços de saúde estão vigorosamente promovendo a medicina baseada em evidência e o uso do conhecimento codificado na prática clínica, o setor privado tem se movido na direção oposta, salientando o valor do conhecimento intuitivo, prático, na sua busca por excelência de qualidade. Um estudo realizado na Inglaterra e País de Gales sobre as principais metodologias capazes de trazer mudanças para a qualidade dos cuidados em saúde

aponta as comunidades de práticas como estratégia importante para trazer grandes mudanças para o desenvolvimento do setor público(23).

Em uma comunidade de prática, o conhecimento é construído à medida que indivíduos compartilham idéias através de mecanismos colaborativos como narração e trabalho coletivo(23). As comunidades de prática pressupõem também uma mudança importante nas concepções de aprendizagem, mudando o enfoque do que se entende por aprendizagem. Não se trata de considerar que uma abordagem é mais importante do que a outra, mas de entender as suas diferenças e procurar situar a noção de aprendizagem num contexto mais geral: o da instituição educativa, mas, sobretudo, o da própria vida das pessoas que aprendem. Preocupa-se então com a relação entre a aprendizagem e o conjunto da vida pessoal e social(24).

Não existe uma única abordagem adequada para todos os problemas de prescrição ou a prática profissional no ambiente de cuidados de saúde. Mesmo uma intervenção de pouco efeito (< 10%) pode produzir mudanças importantes no uso dos medicamentos, quando aplicadas sobre uma base populacional(59).

Cabe ao profissional de saúde identificar entre os pacientes as barreiras que podem levá-los ao não cumprimento do tratamento e oferecer as informações e condições necessárias para que eles compreendam a racionalidade terapêutica da prescrição apresentada e a forma mais adequada de utilizar os medicamentos recomendados(101).

De forma geral, foram poucas as sugestões dos autores dos estudos avaliados na revisão realizada por Leite et al.,(102) para ações mais concretas dos profissionais de saúde na promoção do uso racional de medicamentos, restringindo-se mais à necessidade de prestar informação ao paciente.

Quanto à metodologia empregada, muitos dos estudos que avaliam a utilização de medicamentos estão focalizados na apresentação de resultados que refletem as práticas encontradas, mas não se preocupam em indicar possíveis formas de atuação para reverter tais práticas. É o que mostra um estudo de revisão(102) sobre a utilização de medicamentos no Brasil e na América Latina, onde houve um predomínio de abordagens quantitativas sobre o tema, sendo encontrados apenas dois trabalhos qualitativos.

Uma recente revisão de estudos que empregaram metodologias qualitativas sobre a utilização de medicamentos, concluiu que há uma série de questões subjetivas que interferem na forma como as pessoas se relacionam com os medicamentos(103). Os métodos qualitativos que contemplam as ciências sociais (como entrevistas detalhadas, questionários e observações estruturadas) podem ser utilizados para investigar os motivos do uso irracional(14). Estes são objetos de pesquisa adequados a metodologias compreensivas, que privilegiam a perspectiva dos atores sociais, suas ansiedades, expectativas, crenças, relação com a saúde e o tratamento-informações vitais para o desenvolvimento de políticas e práticas de saúde eficientes(104,105).

A educação em saúde e a pesquisa qualitativa transitam dentro de um mesmo universo, articulando-se aos conhecimentos das ciências sociais, da pedagogia, da educação, da psicologia e da antropologia médica. Estas áreas trazem em comum a procura da solução para os problemas nos indivíduos, inseridos em seus contextos(15). É nesta perspectiva que consideramos a necessidade da aplicação de uma pesquisa qualitativa, a qual, inserida nas ciências sociais, trabalha com um universo de motivos, crenças e valores, não os reduzindo apenas a questões quantificáveis(106).

De uma forma geral, pode-se perceber que não se tem registro se os médicos da Saúde da Família de Teófilo Otoni-MG utilizam de forma efetiva a “educação em saúde” na contribuição para a promoção do uso racional de medicamentos. Não se sabe também até que ponto as ações de educação em saúde efetuadas no município estão atingindo os objetivos esperados, isto é, se está gerando mudança de comportamento em relação ao uso de medicamentos.

Diante do exposto, questiona-se: Qual a percepção dos médicos inseridos na ESF sobre as atividades de educação em saúde para o uso correto de medicamentos? Considerando a necessidade do fortalecimento da capacitação da comunidade na utilização dos medicamentos, procura-se identificar se os médicos inseridos no Programa Saúde da Família trocam informações ou promovem discussão com a população e a equipe sobre medicamentos.

A partir daí, propõe-se responder o seguinte problema: Qual a percepção dos médicos que atuam nas ESF sobre as atividades de educação em saúde na promoção do uso racional de medicamentos?

Estudar sobre estas questões justifica-se uma vez que são escassos os estudos que abordem de forma sistemática as atividades educativas em saúde sob a ótica do médico, tanto na literatura nacional como internacional.

Os pressupostos deste trabalho são que os médicos da saúde da família têm uma visão restrita sobre educação em saúde e sobre o URM, o que dificulta o desenvolvimento de ações educativas para promover a utilização de medicamentos de forma adequada.

A adoção de estratégias de promoção do URM pode trazer vários benefícios como eficácia, segurança, melhoria do padrão de atendimento e significativa redução de custos e redução de morbimortalidade e qualidade de vida da população, sendo, portanto, de grande relevância social e científica.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Compreender a percepção dos médicos na ESF sobre a educação em saúde no uso racional de medicamentos.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar a percepção dos médicos sobre educação em saúde no uso racional de medicamentos;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos médicos nas ações de educação em saúde sobre o uso racional de medicamentos;
- Identificar a percepção do médico sobre a importância do Farmacêutico na ESF para o uso racional de medicamentos.

3 PRODUTOS

3.1 Artigo Científico “Percepção e utilização da educação em saúde para o uso racional de medicamentos pelos médicos da Atenção Primária à Saúde”.

Periódico submetido: Ciências & Saúde Coletiva.

**PERCEPÇÃO E UTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA O USO
RACIONAL DE MEDICAMENTOS PELOS MÉDICOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE**

PERCEPTION AND USE OF HEALTH EDUCATION FOR RATIONAL USE OF DRUGS
BY PRIMARY CARE PHISICIANS OF THE HEALTH

Bernardi, Ludmila Soares Antunes¹; Rodrigues-Neto, João Felício²

¹Farmacêutica-Bioquímica, Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. ludmilafarm@gmail.com.br

²Médico, Professor Doutor do Departamento de Clínica Médica da Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros, MG, Brasil. joãofelicio@yahoo.com

João Felício Rodrigues Neto

Endereço: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, CEP: 39.401-002 Montes Claros – MG, Brasil. Telefones: (38) 3224-8383 / 9961-3522

RESUMO

O desenvolvimento de atividades educacionais de caráter público constitui um dos meios de alcançar o uso racional de medicamentos, propostos pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, com objetivo de compreender a percepção e utilização da educação em saúde sobre o uso racional de medicamentos pelos médicos da saúde da família. Os sujeitos da pesquisa foram sete médicos, que trabalharam na saúde da família no ano de 2011. Os dados foram obtidos por meio de entrevista individual semi estruturada e analisados pela técnica de análise do conteúdo, modalidade temática que permitiu a construção de três categorias empíricas e suas subcategorias: Percepção do conceito do uso racional de medicamentos de forma parcial; Percepção do conceito de educação em saúde de forma parcial; Não valorização da potencialidade da utilização da educação em saúde no uso racional de medicamentos. Os resultados evidenciaram que a percepção dos profissionais sobre os conceitos são fragmentadas e divididas em conceitos relacionados aos profissionais, à enfermidade, ao medicamento e ao paciente e comunidade. A utilização da educação em saúde pelos médicos prioriza o modelo tradicional de Educação em saúde, privilegiando a transmissão do conhecimento técnico-científico.

Palavras-chave: Educação em Saúde. Uso de medicamentos. Saúde da Família. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

The development of educational activities of public feature is one of the means of achieving the rational drug utilization, proposed by the World Health Organization (WHO). It is a qualitative, descriptive and exploratory research that aimed to understand the perception and usage of Health Education about the rational drug utilization by Family Health. The subjects of the research were seven physicians who have worked on the family health in 2011. The data were obtained by an individual semi-structured interview and analyzed by the analysis of the content technique in thematic modality that emerged three empirical categories and their subcategories: Perception of the concept of the rational drug utilization in a partial manner. Perception of Health Education concepts partially. Not valuing the potentiality of the use of Health Education in Rational drug utilization. The results showed that the perception of the concepts are fragmented and divided into concepts related to the professionals, the disease, the drug and the patient and community. The use of education in health by the physicians in this study prioritizes the traditional model of Education in health, with particular emphasis on the transmission of technical-scientific knowledge.

Keywords: Health education. Drug utilization. Family health. Qualitative research.

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo, mais de 50% dos medicamentos são receitados, dispensados e vendidos de forma inadequada¹. Essa prática irracional não é exclusiva do Brasil, sendo considerada um importante problema de saúde pública em todo o mundo, com grandes conseqüências econômicas². Atualmente, o simbolismo de que se revestem os medicamentos na sociedade tem contribuído para o seu uso irracional³. A baixa freqüência de textos tratando dos riscos de utilização de medicamentos tende a reforçar o mito da saúde promovido pelo uso de medicamentos e o caráter simbólico do seu poder de cura⁴.

É importante que a abordagem educativa esteja presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças facilitando a incorporação de idéias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades⁵. No entanto, esses aspectos não são suficientes para transformar o cotidiano do usuário, já que a pedagogia utilizada tem papel fundamental, sendo a problematizadora capaz de fazê-la⁶.

O desenvolvimento de atividades educacionais de caráter público constitui um dos meios de alcançar o uso racional de medicamentos, proposto pela Organização Mundial de Saúde-OMS¹ que reconhece o farmacêutico como o profissional mais capacitado para este trabalho, inclusive prestando assessoramento técnico aos demais profissionais de saúde^{7,8}. Estabeleceu também como seu grande desafio para a próxima década a melhoria na racionalidade do uso de medicamentos, havendo uma necessidade de promover a avaliação desse uso e vigiar o seu consumo¹.

As estratégias para promover o uso racional de medicamentos distribuem-se segundo o público-alvo que queremos sensibilizar, sendo categorizadas como estratégias educacionais, gerenciais e regulatória².

Nos últimos anos, novas estratégias educacionais e gerenciais para lidar com a educação permanente dos médicos são concebidas e implantadas⁹.

Estudos em grandes organizações e, em menor grau, no sistema de saúde apontam consistentemente para a importância das redes informais e das comunidades profissionais para trazer grandes mudanças¹⁰. Um dos instrumentos utilizados durante as práticas educativas têm sido as comunidades de prática que são organizações que se definem pela partilha de uma prática entre os seus diferentes membros¹¹.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem proposto a Educação Permanente como uma estratégia de transformação das práticas de formação, de atenção, de gestão, de formulação de políticas, de participação popular e de controle social no setor saúde¹². No estado de Minas Gerais, o Programa de Educação Permanente para os médicos da saúde da família tem como propósito induzir cultura de mudança e renovação da prática do profissional e criar um sistema de melhoria permanente da *performance* clínica em busca da excelência dos cuidados ao paciente⁹.

A maioria dos estudos que avalia a educação em saúde na utilização dos medicamentos está focalizada na apresentação de resultados que refletem as práticas encontradas, não se preocupando em indicar possíveis formas de atuação para reverter tais práticas. Muitos profissionais de saúde não se sentem suficientemente habilitados para desenvolver prática profissional mais próxima do usuário¹³. Sentimos, portanto, a necessidade de responder algumas questões subjetivas do porquê das ações de educação em saúde não estão atingindo os objetivos esperados. O propósito deste trabalho é compreender a percepção e utilização da educação em saúde para o uso racional de medicamentos-URM pelos médicos inseridos na atenção primária em uma cidade de médio porte de Minas Gerais.

MÉTODOS

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo e exploratório em cenários da atenção primária onde utiliza a estratégia saúde da família na cidade de Teófilo Otoni-MG. O número de sujeitos integrados foi considerado suficiente, quando os dados da pesquisa se tornaram repetitivos, não acrescentando novas informações¹⁴.

O critério de inclusão utilizado para o estabelecimento dos sete sujeitos deste estudo foi ser médico e estar inserido na Estratégia Saúde da Família-ESF, num período superior a seis meses. O critério de exclusão estabelecido foi a não aceitação em participar da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada pela autora, no consultório médico da ESF, após a leitura dos objetivos da pesquisa e obtenção do Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista individual semi-estruturada iniciou com as seguintes questões norteadoras: “O que você entende sobre uso racional de medicamentos?”, “Qual a importância das ações educativas para o uso correto de medicamentos”, “Em algum momento das suas atividades profissionais você realiza ações educativas na promoção do URM? Onde? Como? Quais?”, “Quais os profissionais mais indicados para este trabalho?” e “Como você vê a presença do farmacêutico nesta perspectiva?”. As entrevistas foram gravadas, com duração média de 35 minutos, e em seguida transcritas, permitindo, assim, contar integralmente com as informações fornecidas pelos entrevistados, possibilitando a fidedignidade dos dados. Os dados foram coletados nos meses de março e abril de 2011.

Para a análise dos dados, foi utilizada a técnica de análise do conteúdo¹⁵, na modalidade temática, com as categorias não definidas *a priori*. Num primeiro momento, realizou-se a leitura flutuante das entrevistas, definindo-se as unidades de registro e de contexto. Posteriormente, definiram-se as categorias de análise de modo que permitissem agrupar as unidades de registro e contexto com características comuns ou que se relacionavam

entre si. Finalmente, procedeu-se a interpretação dos dados, buscando desvendar o conteúdo subjacente ao que foi manifesto. Na análise dos resultados, as falas foram codificadas como M1...M7. Esta pesquisa está em conformidade com os princípios da Declaração de Helsinque, tendo sido submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros-UNIMONTES, parecer número 2051/10.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram entrevistados sete médicos. Cinco eram do sexo masculino e dois feminino; quatro eram casados, dois separados e um solteiro. A idade variou entre 27-41 anos.

Quanto ao tempo de trabalho na ESF, variou entre um ano e meio a 13 anos. Apenas um possuía especialização em Saúde da Família, os demais possuíam outras especializações (dermatologia, geriatria, endocrinologia, cirurgia plástica e infectologia). Este dado confirma a realidade do Brasil, onde cerca de 2,8% dos médicos incluídos no Sistema Único de Saúde (SUS) são generalistas, contra cerca de 50% ou mais na Inglaterra e Canadá¹⁶.

No que se refere à educação permanente, apenas um médico participou de capacitação sobre o URM. Os demais só estudaram sobre o tema durante a graduação médica, o que está em desacordo com as orientações da OMS que aponta a educação formal e permanente em farmacoterapia da equipe de saúde^{1,17}.

As categorias encontradas foram:

- Percepção do conceito do uso racional de medicamentos de forma parcial;
- Percepção do conceito de Educação em Saúde de forma parcial;
- Não valorização da potencialidade da utilização da Educação em Saúde no URM.

PERCEPÇÃO DO CONCEITO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS DE FORMA PARCIAL

Esta categoria emergiu do conceito proposto pela OMS sobre o URM que define:

“O paciente recebe o medicamento apropriado a sua necessidade clínica, na dose e posologia corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para si e para a comunidade¹”.

Percebemos que os médicos têm conceitos fragmentados, um completando o outro, mas de maneira geral não de forma integral e podemos dividi-los com conceitos relacionados aos profissionais, à enfermidade, ao medicamento, ao paciente e à comunidade.

CONCEITOS RELACIONADOS AOS PROFISSIONAIS

A OMS propõe que para o uso racional de medicamentos é preciso, inicialmente, estabelecer a necessidade do uso, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis¹.

“URM é você prescrever o medicamento de acordo com a indicação (...) (M2).”

“(...) se tratar o paciente aquela é melhor, a outra é melhor (...) (M1)”.

“(...) eu tenho uma mão leve ao prescrever medicações (...) (M6)”.

Nessa perspectiva, o conhecimento dos médicos, habilidades e atitudes relacionadas à prescrição são influências importantes sobre estas práticas, bem como suas percepções sobre a inovação e os riscos e benefícios dos medicamentos¹⁸.

CONCEITOS RELACIONADOS COM A ENFERMIDADE

O medicamento deve ser apropriado às suas necessidades clínicas¹ e o prescritor responsável pela indicação de um medicamento com base na interpretação que faz daquilo que o paciente lhe diz¹⁹.

“(...) prescrever de acordo com indicação precisa da patologia que o paciente tem. (M2).”

“(...) por que usar e em que patologia deve estar sendo usado...(M5).”

Percebemos nas falas dos entrevistados a preocupação com o conceito de prevenção das doenças, como evitar a manifestação de agravos específicos (prevenção primária), de promover a cura, limitando-se os danos (prevenção secundária), ou de reabilitar o indivíduo (prevenção terciária)²⁰.

“(...) é o uso adequado pra certas doenças.... e que a doença tem que ser tratada.(M1).”

Neste primeiro momento, os relatos não trazem o enfoque da promoção de saúde defendida na Carta de Ottawa com a visão positiva da saúde, identificando-a com bem estar e qualidade de vida e não simplesmente com a ausência de doença²¹.

CONCEITOS RELACIONADOS AO MEDICAMENTO

Reconhecidos como instrumentos indispensáveis às ações de saúde, os medicamentos ocupam posição central na terapêutica da atualidade⁴. As propriedades inerentes aos fármacos (por exemplo, fatores como a farmacologia, farmacocinética, farmacodinâmica, dosagem, formulação, gosto e facilidade de administração) são importantes na decisão da prescrição¹⁸, conforme descritas nestas colocações:

“(...) prescrever o medicamento no tempo certo, na dosagem certa (...)(M1).”

“Todo medicamento tem seu efeito benéfico e seu efeito deletério. (M4).”

“O que tem de melhor tem que levar em conta a ação, os fatores de resistência. (M5).”

Dessa forma, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento¹, para que a efetividade terapêutica seja realmente alcançada²².

CONCEITOS RELACIONADOS AO PACIENTE E COMUNIDADE

O acesso aos medicamentos essenciais à saúde da população é o 1º passo para o estabelecimento de uma política de medicamentos¹⁹. É importante que esteja disponível de modo oportuno¹.

“A gente sabe que o que adianta a gente fechar um diagnóstico, você passar um medicamento, eu posso até considerar ele adequado, mas o paciente não usar...(M7)”

É importante também que tenha um preço acessível¹, uma vez que pode influenciar, de modo substantivo, a utilização do restante do cuidado médico¹⁹.

“O que tem de melhor tem que levar em conta custo benefício. (M5).”

“Eu acho que o URM é você prescrever o medicamento avaliando custo benefício. (M4).”

E que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade¹.

“Uso racional eu entendo como uso controlado dentro das orientações que são feitas pelo medico no momento da prescrição da medicação. (M3)”

E que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível¹.

“... se o paciente teve uma boa resposta ou não...(M1).”

O uso adequado dos medicamentos não depende apenas de uma prescrição de qualidade, mas também de uma dispensação responsável¹⁹. Podemos perceber com as falas contidas nesta subcategoria, a participação do prescritor e paciente, não sendo reconhecido o

papel do dispensador que é responsável pela dispensação correta, incluindo informações apropriadas sobre os medicamentos prescritos. A interação entre médico, farmacêutico e paciente possibilita o surgimento de expectativas, demandas e troca de informações que terão conseqüências diretas no resultado da terapêutica¹⁹.

Os requisitos para a promoção do URM são muito mais complexos e envolvem uma serie de variáveis. Para que sejam cumpridos, devem contar com a participação de diversos atores sociais: pacientes, profissionais de saúde, legisladores, formuladores de políticas publicas, indústria, comércio e governo²³.

PERCEPÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE DE FORMA PARCIAL

Esta categoria reúne elementos que identificam as concepções de educação em saúde pelos médicos da Estratégia Saúde da Família. Percebemos que os médicos também possuem conceitos fragmentados sobre educação em saúde, podendo dividi-los em conceitos relacionados aos profissionais, à enfermidade, ao medicamento e ao paciente e comunidade.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA AO PROFISSIONAL

Dentre as intervenções fundamentais para promover o URM, podemos destacar a educação médica continuada como requisito para o desempenho da profissão e a educação da população sobre medicamentos¹.

A educação permanente dos médicos ao longo de toda a sua vida profissional é um problema em todos os países do mundo²⁴. A necessidade de aprendizagem do médico é diária. Para cada atendimento médico surgem algumas dúvidas que, se dissipadas antes de quaisquer

tomada de decisão, traz benefícios para ele e para o paciente. É um processo cotidiano, não se faz a partir de eventos periódicos; é uma educação permanente⁹.

“Eu faço isso comigo...uma vez por mês eu elejo um tema.(M5)”

Não há dúvidas de que os riscos associados à terapêutica podem ser minimizados se houver consciência dos profissionais da saúde em melhorar a qualidade das informações ou discutir alternativas de tratamento para resolver de forma definitiva a queixa do paciente¹³.

As falas a seguir refletem a especialidade do profissional nas ações de educação em saúde.

“Dentro da minha formação de geriatria a gente tem que conhecer profundamente tanto patologias quanto efeitos colaterais dos medicamentos (...). A minha conduta é sempre uma conduta geriátrica. (M6).”

A presença de especialistas trabalhando como generalistas no serviço prejudicam o processo de assistência, pois não foram preparados para este trabalho que necessita de assistência integral, humanizada e com responsabilidade pela continuidade dos cuidados prestados¹⁶.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA COM A ENFERMIDADE

A forma como a população compreende e conceitua as doenças e os tratamentos é um dos fatores que influenciam o uso de medicamentos²⁵.

Um estudo realizado por Gazzinelli mostrou que a modificação de postura dos sujeitos esteve ligada a um processo de (re) conhecimento da doença com base em suas representações e experiências com a enfermidade²⁶.

É importante que a educação em saúde busque explorar a forma como a doença é elaborada culturalmente, buscando levar o sujeito ao reconhecimento desta como algo anômalo, retirando a visão de ser normal, natural²⁶.

“Qualquer dorzinha de cabeça não precisa usar antibióticos... sempre avaliar o meio onde se vive pra evitar certas doenças. (M1).”

Pôde-se observar que os médicos possuem uma visão curativista, com foco nas patologias, apresentando uma relação profissional-paciente impositiva, de acordo com o modelo tradicional da educação em saúde.

Não conseguem se despir do rigor do conhecimento científico voltado para a prevenção, para o biológico.

“Oriento que infecção é diferente de inflamação. (M3).”

As ações de saúde não se resumem apenas em processos de intervenção na doença, mas processos de intervenção para que o indivíduo e a coletividade disponham de meios para a manutenção ou recuperação do seu estado de saúde²⁷.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA AO MEDICAMENTO

É necessário que a população esteja orientada sobre como proceder em relação ao uso de medicamentos, para que estes tenham uma ação segura e diminua os riscos de efeitos colaterais ou adversos e de interações medicamentosas.

“Ação educativa previne o uso abusivo de determinadas drogas...e previne também até os efeitos colaterais das associações entre eles.(M6).”

A educação acerca do uso de medicamentos está envolvida em grande parte das atividades relacionadas com o estabelecimento e manutenção da saúde do indivíduo.

“Sempre que possível eu procuro estar orientando pra que serve o medicamento. (M4).”

Faz-se necessário que a sociedade se conscientize e entenda que o mesmo medicamento que cura, pode matar ou deixar danos irreversíveis²³.

“Eu abordo a necessidade de tomar o tempo necessário, a quantidade necessária, eu explico porque, da resistência... (M5).”

É importante que o profissional ressalte também os pontos negativos dos medicamentos como os efeitos transitórios, os efeitos adversos, possíveis efeitos rebotes²⁸.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA AO PACIENTE E COMUNIDADE

O doente e o público 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 desnecessária⁴.

A busca da conscientização da população quanto aos perigos da automedicação pelos profissionais de saúde está presente na maioria das entrevistas, visto que é uma prática frequente no Brasil e em outros países, sendo geralmente influenciada por amigos, familiares e balconistas de farmácias.

Em seus estudos, Beckhayser et al.,²⁹ constatou ser uma prática freqüente em crianças realizadas por seus responsáveis.

“(...) a gente fala sempre pra não automedica (M3).”

A automedicação, tal como a prescrição errônea, pode ter como consequência efeitos indesejáveis, iatrogenias e mascaramento de enfermidades evolutivas³⁰. É importante que os profissionais que compõem as equipes estejam realmente comprometidos com a comunidade, valorizando o diálogo e a participação efetiva desta³¹. Um dos fatores decisivos para a adesão é a confiança depositada pelo paciente na prescrição, na equipe de saúde e no médico³².

“(...) dar liberdade para o paciente não ficar constrangido de retornar pra buscar entendeu, uma nova abordagem terapêutica baseada em confiança lógico. (M4).”

Educação em saúde, como prática social, traz implícita a visão cultural, que consiste em valores, crenças e visões de mundo, situados em tempo e espaço delimitado³³.

“É claro que isso é um trabalho de longo tempo, pois é mudança de hábito, mudança de cultura(...) (M3).”

Os trabalhadores devem refletir sobre diferenças culturais e atuar na perspectiva da educação humanizadora, crítica, reflexiva, voltada para a formação do homem integral e autônomo³³.

NÃO VALORIZAÇÃO DA POTENCIALIDADE DA UTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Esta categoria se propõe a identificar as formas de utilização da Educação em Saúde sobre medicamentos pelos médicos da saúde da família. Foi percebida uma série de problemas e desafios na prática e limitações na utilização da educação em saúde com certa ingenuidade na transferência de conhecimentos. Foram identificadas utilizações de educação em saúde relacionadas aos pacientes e comunidade e relacionadas aos profissionais.

UTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADAS AO PACIENTE E COMUNIDADE

Ao questionar as práticas de educação em saúde desenvolvida por eles, a maioria citou que realiza apenas durante a consulta médica, limitando-se apenas em orientações ao paciente.

“Eu uso de paciente para paciente, só durante a consulta (M1).”

“Eu faço ação educativa durante a consulta médica (M6).”

“Não há um treinamento específico, a orientação é dada no momento da consulta (M3).”

Um estudo realizado há dez anos revelou dados que persistem atualmente, como alto grau de implantação de consultas médicas e dificuldades de realizações de ações educativas pelos médicos das equipes³⁴. Esses dados se confirmam com os achados de Leite et al.,³² com poucas sugestões dos autores dos estudos avaliados para ações mais concretas dos profissionais de saúde na promoção do uso racional de medicamentos, restringindo-se mais à necessidade de prestar informação ao paciente.

Mudar a prática profissional de um médico é um processo complexo. Na maioria das vezes, a aquisição de novos conhecimentos, habilidades e atitudes são insuficientes para empreender nova prática. Quando os médicos tomam conhecimento e compreendem as novas evidências, eles podem mudar sua prática e melhorar o cuidado aos seus pacientes⁹. Neste contexto o conhecimento e a aprendizagem se tornaram os novos imperativos estratégicos das organizações³⁵. O conhecimento, e não simplesmente a informação, é a principal fonte de potencial inovativo de uma organização³⁶.

Nesta perspectiva, o termo “Gestão do Conhecimento” é entendido como um conjunto de processos que orienta a criação, disseminação e utilização do conhecimento para atingir plenamente os objetivos de uma organização, sendo efetivo somente quando há identidade coletiva e a existência de uma ampla rede social, sendo as redes humanas um dos veículos chaves para compartilhamento de conhecimentos¹⁰.

Um exemplo dessas redes são as Comunidades de Práticas-CoP, que reúnem pessoas unidas informalmente por interesses comuns no aprendizado e na aplicação destas prática. Em uma comunidade de prática, o conhecimento é construído à medida que indivíduos compartilham idéias através de mecanismos colaborativos como narração e trabalho coletivo^{10, 37}.

Na maioria das vezes a produção e a transmissão de informações a respeito dos medicamentos não se traduzem necessariamente em conhecimento¹⁹. Então a partir do diálogo e intercâmbio de saberes técnico-científicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um saber sobre o processo saúde-doença³⁸.

“Eu tento fazer me esforçar ao máximo, pra aquele paciente analfabeto saia com a informação dentro da cabeça uma vez que eles são analfabetos....(M2).”

A partir da troca de informações, crenças e valores, pode existir acordos que orientem comportamentos e viabilizem a saúde e a vida³⁹.

Entretanto, há profissionais que não orientam os pacientes devido à falta de tempo.

“Muito pouco, devido a falta de tempo...A gente usa mas não chega a informar o paciente(...)(M7).”

Alguns profissionais de saúde, quando passam a executar atividades laborais em várias instituições, apresentam um preço-tempo elevado, podendo produzir conseqüências negativas para o URM⁴⁰. Segundo a OMS, o excesso de trabalho desses profissionais é um dos principais motivos que contribuem para o uso irracional dos medicamentos¹. Um estudo realizado sobre o perfil dos profissionais na Atenção Primária observou que em relação à disponibilidade de dedicação exclusiva, 32,1% de seus profissionais trabalham em outros locais, acumulando atividades profissionais (100% dos médicos, 67% dos enfermeiros e 17% dos ACS)⁴¹.

A maioria dos profissionais sugestionou a palestra como a principal ação de educação em saúde para ser desenvolvida na unidade.

“(...) na forma de palestra, pois eles entendem muito quando a gente se reúne (M1).”

“Eu acho que a forma mais barata e mais otimizada seria a palestra (M4).”

“O que poderia ser feito seria incluir nas palestras orientações sobre o uso racional de medicamentos (M6).”

“Fazendo palestras, entregando panfletos para aqueles que sabem ler, mostrar para aqueles que não sabem. Acho que um guia informativo sobre a medicação mais usada (M1).”

A palestra geralmente se limita à simples transmissão de conteúdo acrítico e descontextualizado, visto que as práticas educativas não são percebidas pelos trabalhadores da saúde como fazendo parte de suas atividades. Os momentos educativos freqüentemente são desvalorizados no processo de trabalho, que é centrado na prática clínica, individual e curativa³⁹.

O trabalho das equipes de Saúde da Família está fundamentado nos referenciais teóricos de vigilância e promoção da saúde, assim devem atuar planejando seu processo de trabalho não apenas para atender a demanda espontânea, mas especialmente, a desenvolver ações para pessoas que ainda não conhecem ou não freqüentam o serviço de saúde³³.

“Nós poderíamos estar trabalhando a população adstrita como um todo... fazer por microáreas, e sensibilizá-los quanto ao uso de medicação(...) (M5).”

A equipe deveria também se responsabilizar pela população adstrita em seu território, resgatando os vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre ela e a população, dentro dos princípios do SUS³³.

Os resultados explanados nessa subcategoria confirmam os achados de Besen et al.,⁴² que constataram que a maioria dos profissionais da ESF desconhece os fundamentos da educação em saúde e realizam praticas educativas verticais e patologizantes, distanciando-se da proposta de promoção da saúde, não privilegiando a criação de vínculo entre trabalhadores e população.

UTILIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE RELACIONADA AOS
PROFISSIONAIS

Ao questionar quais os profissionais mais indicados para realizar este trabalho, foram considerados relevante à participação de todos os profissionais que compõem a equipe.

“(...) dentro da equipe do PSF eu que todos, desde o médico, o enfermeiro e os ACS (M6).”

“Eu acho que ele deveria ir a campo (médico) pelo seu poder de convencimento (M5).”

“Na equipe do PSF acho o médico e o enfermeiro, pois não temos os outros profissionais (M7).”

O enfermeiro é um educador por natureza que, ao sistematizar e individualizar o cuidado e voltar-se não somente para a doença, pode exercer influência sobre o estilo de vida das pessoas, fazendo-as sujeitos de suas próprias decisões e mobilizando toda sociedade para a implantação de políticas públicas saudáveis⁴³.

“O enfermeiro é uma profissão de cuidados mais eminentemente de mudança de comportamento a nível de eixo educativo(...) (M5).”

Geralmente há um descompasso entre o que pensam e sentem usuários e profissionais de saúde. Nesse sentido, é importante o papel do agente comunitário na equipe, pois por pertencer àquela comunidade, ele conhece os problemas, necessidades de saúde e cultura da população local e as dificuldades para enfrentá-los. Podendo atuar como facilitador da relação entre a equipe e a comunidade³³.

“(...) os ACS são a voz do PSF na comunidade (...) (M6); Na verdade a gente precisa conseguir trazer ACS mais pra perto do paciente né (M2).”

Foi considerada também relevante a contribuição do farmacêutico na equipe como orientador e colaborador nas ações de educação em saúde.

“Eu acho o médico, o farmacêutico e o enfermeiro, são as três únicas áreas que teriam condição técnica pra poder estar executando esse tipo de trabalho (M4).”

“Seria interessante ter um farmacêutico com a gente, pra fazer essas orientações pra dar mais um suporte, pra estar presente na equipe também (M3).”

“Seria importante justamente para orientar os ACS (farmacêutico) (M2).”

A percepção dos médicos nestes discursos está de acordo com os achados de Loch-Neckel et al.,⁴⁴ que constataram que a maioria dos profissionais inseridos na equipe conhece e reconhece a importância do farmacêutico na atenção primária e as suas possibilidades de contribuição. Na mesma perspectiva, a OMS reconhece o farmacêutico como o profissional mais capacitado para conduzir ações destinadas à melhoria do acesso e promoção do URM, inclusive prestando assessoramento técnico aos demais profissionais de saúde^{45,46}.

Porém, essa realidade não se faz presente, pois essas atividades são muitas vezes consideradas ainda incipientes no serviço público de saúde, onde este profissional tem uma interação limitada com a equipe de saúde⁴⁷, e a assistência farmacêutica é muitas vezes realizada com o objetivo primordial de garantir o abastecimento dos medicamentos nas unidades locais, mediante processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, prescrição e dispensação⁴⁸. Como podemos perceber nas falas seguintes em que os profissionais consideram importante a presença da farmácia na unidade.

“O paciente já sairia com a receita, pegaria a medicação e poderia pegar informações complementares com o farmacêutico sobre medicamentos (M4).”

“Eu acho que deveria ter a farmácia. A farmácia com o farmacêutico(...) (M3).”

“Eu acho até estranho aqui na nossa região não tem farmacêutico na unidade...eu acho fundamental ter uma farmacinha básica (M1).”

A atividade de orientação aos usuários na farmácia da Unidade Básica de Saúde-UBS é difícil por ser este local o final do processo de atendimento⁴⁹. Portanto, é importante que o farmacêutico redefina seu trabalho com o medicamento, dando uma nova amplitude a ele, assumindo um papel central na Atenção Farmacêutica, centrado no seguimento/acompanhamento farmacoterapêutico. É durante esta prática, que são identificados inúmeros problemas relacionados aos medicamentos e dificuldades na adesão ao

tratamento farmacológico⁵⁰. A Atenção Farmacêutica permite que o farmacêutico colabore com os profissionais de saúde e com os pacientes para alcançar os resultados terapêuticos desejados⁵¹.

A participação da equipe multiprofissional nas atividades de educação em saúde e a incorporação do farmacêutico nesta perspectiva deve acontecer com uma preparação prévia. Para que ocorra a incorporação de idéias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades é importante que, primeiro, a educação propicie idéias para que estas sejam incorporadas na prática, gerando então mudança de comportamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção e utilização de educação em saúde pelos médicos neste estudo priorizam o modelo tradicional de Educação em saúde, privilegiando a transmissão do conhecimento técnico-científico. Percebe-se que os conceitos são fragmentados; ausência de conhecimentos sobre o URM na formação prévia; utilização de metodologias aplicadas pontualmente e na perspectiva paternalista. Percebe-se ainda a preocupação com a prevenção das doenças e não com a promoção da saúde; profissionais pouco disponíveis e não reconhecimento das necessidades, em suas ações. Sugere-se que a educação em saúde seja realizada com capacitação nas metodologias, com o profissional preparado para fazê-la. E que a incorporação do farmacêutico na equipe como sugestionado pelos profissionais e recomendado pela OMS, aconteça com a incorporação de idéias e práticas que possibilitem mudança de comportamento. Podemos ser mais inovadores com a abordagem pedagógica de forma a otimizar e alcançar a excelência no cuidado e atenção à saúde.

Este trabalho pode contribuir para o debate sobre a transformação da prática educativa de modo que as atividades de educação em saúde sejam entendidas, não como uma atividade a mais a ser realizada, mas como um instrumento que reorienta o uso indiscriminado dos medicamentos. Neste sentido, elas possam desmistificar o simbolismo de que reveste o medicamento no processo saúde-doença e que a consulta médica não se resume apenas em uma prescrição medicamentosa. O que se propõe é uma mudança de atitude, sem necessariamente acrescentar mais uma atividade, pois é no cotidiano, na prática das atividades regulares que se estabelece a ação educativa; mas é preciso que o profissional esteja apto e disposto a mudar as suas ações para o bem da população.

Pode-se considerar como limitação deste estudo, o fato da investigação ter sido realizada apenas em nível local, tornando-se necessárias investigações semelhantes em outros Estados do Brasil para possíveis cotejamentos.

Bernardi, Ludmila Soares Antunes trabalhou na concepção, coleta, análise e interpretação dos dados, redação do artigo.

Rodrigues-Neto, João Felício trabalhou na concepção, análise e interpretação dos dados, redação do artigo e a sua revisão crítica.

REFERÊNCIAS

- 1- OMS-Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS: Promoción del uso racional de medicamentos-componentes centrales. Ginebra, 2002. [Acesso em 12 de agosto de 2010] Disponível em <<http://www.who.int/medicines/>>.
- 2- Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Uso racional de medicamentos.2003. [Acessado 18 de maio 2010]. Disponível em: http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/uso_racional_de_medicamentos.doc
- 3- Vieira FS, Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2007 Jan-Mar;12(1):213-20.
- 4- Lage EA, Freitas MIF, Acurcio FA. Informações sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional? Ciênc. saúde coletiva. 2005 Set-Dez;10(supl):133-9.
- 5- Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. Mundo Saúde. 2007 Jul-Set;31(3):320-8.
- 6- Freire P. Pedagogia do oprimido. 46^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
- 7- Organización Mundial de la Salud. Punto 19 del orden del día. 47^a Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1994.
- 8- Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de um grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi: OMS; 1998.
- 9- Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. Rev Med Minas Gerais. 2008; 18(4 Suppl):60-6.
- 10- Bate, S.P. and Robert, G. Knowledge Management and communities of practice in the private sector: lessons for modernising the National Health Service in England and Wales. Public Administration. 2002; 80(4):643-63.
- 11- Illera JLR. Como as comunidades virtuais de prática e de aprendizagem podem transformar a nossa concepção de educação. Rev de Ciências da Educação. 2007 Mai-Ago;(3):117-24.
- 12- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na 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: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

- 13- Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudo de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008; 13(Supl):793-802.
- 14- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 10^a ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 15- Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1979.
- 16- Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. *Rev Bras Educ Médica*. 2005 Maio-Ago;29(2):136-46.
- 17- World Health Organization. How to develop and implement a national drug policy. 2^a Ed. Genebra: World Health Organization; 2001.
- 18- Ingrid SS, Ethel ML, Ingram HLL. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. *Can J Clin Pharmacol*. 2009 Jan;16(1):103-25.
- 19- Pepe VLE, Castro CGSO. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cad. Saúde Pública*. 2000 Jul-Set;16(3):815-22.
- 20- Leavell S, Clark EG. *Medicina Preventiva*. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.
- 21- Carta de Ottawa: OMS- Organização Mundial da Saúde. In: *Promoção da Saúde e Saúde Pública: Contribuição para o Debate entre as Escolas de Saúde Pública na América Latina* (P. M. Buss, org.). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro Fundação Oswaldo Cruz, 1986; 158-162.
- 22- Castro OCGS, Mosegui GBG, Peixoto MAP, Castilho SR, Luiza VL. *Estudos de Utilização de Medicamentos: Noções Básicas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.
- 23- Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Abr;13(supl):733-6.
- 24- Davis AD, Thomson MA, Oxman AD, Haynes RB. Changing physician performance: a systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *JAMA* 1995 Set;274(9):700-5.
- 25- Nascimento MC. *Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde?* UERJ/IMS, Rio de Janeiro. (Série Estudos em Saúde Coletiva), 2000; 199.

- 26- Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiência da doença. Cad. Saúde Pública. 2005 Jan-Fev;21(1):200-6.
- 27- Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad Saúde Pública. 2003 Set-Out;19(5):1527-1534.
- 28- Tesser, C.D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. Interface Comunic Saúde Educ. 2006 Jul-Dez;10(20):347-62.
- 29- Beckhauser GC, Souza JM, Valgas C, Piovezan AP, Galato D. Utilização de medicamentos na Pediatria: a prática de automedicação em crianças por seus responsáveis. Rev Paul Pediatr. 2010; 28(3):262-8.
- 30- Hudson WO, Sousa JL, Silva MSN. A importância do profissional farmacêutico no combate a automedicação no Brasil. Revista Eletrônica de Farmácia. 2008; 5(1):67-72.
- 31- Campos L, Wendhausen A. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. Texto Contexto Enferm. 2007 Abr-Jun;16(2):271-9.
- 32- Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Rev CS Col. 2003; 8(3):775-82.
- 33- Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011 Jan;16(1):319-25.
- 34- Canesqui AM, Spinelli MAS. Saúde da Família no Estado de Mato Grosso, Brasil: perfis e julgamentos dos médicos e enfermeiros. Cad. Saúde Pública. 2006 Set;22(9):1881-92.
- 35- Allee V. Knowledge networks and communities of practice (OD Practitioner Online), 2000; 32(4):13.
- 36- Marshall L. Facilitating knowledge management and knowledge sharing: new opportunities for information professionals (Online) 1997; 21(5):92-8.
- 37- Wenger E. Communities of practice. Cambridge: Cambridge University, 1998 (Press).
- 38 – Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface-Comunic Saúde Educ. 2005; 9(16):39-52.
- 39- Chiesa AM, Westphal MF. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. Saúde em Debate. 1995;46:19-22.

- 40- Mota DM, Silva MGC, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Abr;13:589-601.
- 41- Cotta RMM, Schott M, Azeredo CM, Franceschini SC, Priore SE, Dias G. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*. 2006 Jul-Set;15(3):7-18.
- 42- Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Sociedade*. 2007 Jan-Abr;16(1):57-68.
- 43- Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil *Rev Enferm UERJ*. 2009 Abr-Jun;17(2):273-7.
- 44- Loch-Neckel G, Crepaldi MA. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. *Braz J Pharm Sci*. 2009 Apr-June;45(2):263-72.
- 45- Organización Mundial de la Salud. Punto 19 del orden del día. 47ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1994.
- 46- SESMG-Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG Nº 1416, de 21 de fevereiro de 2008.
- 47- Pepe VLE. Ao persistirem os sintomas, o medico deverá ser consultado. Isto é regulação? *Cad Saúde Publica* 2006 Dez;22(12).
- 48- Alonso FG. Uso racional de los medicamentos. *Med Clin* 1990; 94(16):628-32.
- 49- Araújo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência a na atenção primária do Sistema Único de Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Apr;13(supl):611-17.
- 50- Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev Bras de Ciên Farm*. 2008 Out-Dez;44(4):691-9.
- 51- Andrade MA, Silva VS, Freitas O. Assistência Farmacêutica como Estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em Idosos. *Semina Cienc Biol Saúde*. 2004 Jan-Dez;25:55-63.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão deste trabalho sinaliza que a educação em saúde para o uso racional de medicamentos no contexto da Saúde da Família tem sido realizada pelos médicos de forma pontual e nos moldes tradicionais de educação, privilegiando a transmissão do conhecimento técnico-científico, característico da visão curativista, preocupados com a prevenção das doenças e não com a promoção da saúde.

Embora os profissionais considerem importantes essas atividades, percebe-se uma limitação das práticas, conseqüência da ausência de conhecimento sobre o uso racional de medicamentos na formação prévia e falta de preparação da metodologia problematizadora da Educação em Saúde.

É importante que os profissionais de saúde, enquanto educadores estejam em constante reflexão do contexto de aplicação e de adaptação dos conhecimentos disponíveis na área da saúde. É relevante que eles percebam como os indivíduos atuam na construção de suas atividades práticas, para que elas visem o desenvolvimento da autonomia dos indivíduos no cuidado com a saúde; tornando-se um alicerce para desmistificar o simbolismo de que se revestem os medicamentos no processo saúde-doença e que a consulta médica não se resume apenas em uma prescrição.

A partir do potencial de transformação da prática educativa para o uso adequado dos medicamentos apontado neste estudo, acredita-se que é possível prosseguir rumo ao uso racional de medicamentos. Para tanto, faz-se importante que os profissionais de saúde e gestores entendam as atividades de educação em saúde, não como uma atividade a mais a ser realizada, mas como um instrumento que reorienta o uso indiscriminado dos medicamentos.

REFERÊNCIAS

- 1 - Freire P. Educação e mudanças. 30^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2007.
- 2 - Pelicioni MCF, Pelicioni AF. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo Saúde*. 2007;31(3):320-8.
- 3 - Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. *Rev Saúde Pública*. 1997;31(2):209-13.
- 4 - Campos L, Wendhausen A. Participação em Saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da Estratégia Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):271-9.
- 5 - Kawamoto EE, Santos HCM, Mattos MT. *Enfermagem Comunitária*. São Paulo: EPU; 1995.
- 6 - Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o PSF: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface Comunic Saúde Educ*. 2005; 9(16):39-52.
- 7 - Toledo MM, Rodrigues SC, Chiesa AM. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(2):233-8.
- 8 - Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 3916, de 30 de Outubro de 1998.
- 9 - Winfield AJ, Richards RME. *Pharmaceutical practice*. 2. ed. London: Churchill Livingstone, 1998: 523.
- 10 - Vieira FS, Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007;12(1):213-20.
- 11 - Sobravime-Sociedade Brasileira de Vigilância de Medicamentos. O que é uso racional de medicamento. São Paulo: Sobravime; 2001:50-6.
- 12 - Nascimento MC. Medicamentos: ameaça ou apoio à saúde? UERJ/IMS, Rio de Janeiro. (Série Estudos em Saúde Coletiva, n. 199), 2000.
- 13 - Rozenfeld S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(supl):561-8.

14 - OMS-Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de La OMS: Promoción del uso racional de medicamentos-componentes centrales. Ginebra, 2002. [Acesso em 12 de agosto de 2010] Disponível em <<http://www.who.int/medicines/>>.

15 - Lage EA, Freitas MIF, Acurcio FA. Informações sobre medicamentos na imprensa: uma contribuição para o uso racional? Ciênc. saúde coletiva. 2005;10(supl):133-9.

16 - Silva CMC, Meneghim MC, Pereira AC, Mialhe FL. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciênc. saúde coletiva. 2010 Ago;15(5):2539-50.

17 - Alves GG, Aerts D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva. 2011 Jan;16(1):319-25.

18 - Lima KA, Costa FNA. Educação em saúde e pesquisa qualitativa: relações possíveis. Alim Nutr. 2005 Jan-Mar;16(1):33-8.

19 - Pereira GS. O profissional de saúde e a educação em saúde: representações de uma prática. 1993. 127f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 1993.

20 - Costa NR. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. In: Pino IR (Coord.) Educação e saúde. São Paulo: Cortez, 1987;(Cadernos de Cedes-4):5-27.

21 - Canesqui AM. Trajetória da educação popular nas instituições estaduais de saúde. In: Paiva V (Org.). Perspectivas e dilemas da educação popular. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

22 - Vasconcelos EM. Redefinindo as práticas de saúde a partir da educação popular nos serviços de saúde. In: Vasconcelos EM. (Org.) A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde. São Paulo: Hucitec, 2001.

23 - Bate, SP, Robert G. Knowledge Management and communities of practice in the private sector: lessons for modernising the National Health Service in England and Wales. Public Administration. 2002;80(4):643-63.

24 - Illera JLR. Como as comunidades virtuais de prática e de aprendizagem podem transformar a nossa concepção de educação. Rev de Ciências da Educação. 2007 Mai-Ago; 3: 117-24.

25 - Brasil-Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na 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: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

- 26 - Silvério JB. Programa de educação permanente para médicos de família. Rev. Med Minas Gerais. 2008;18(4 Supl):60-6.
- 27 - Reis DC. Educação em Saúde. Aspectos históricos e conceituais. In: Gazzinelli MF, Reis DC, Marques RC. Educação em Saúde: Teoria, Método Imaginação. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006.
- 28 - Souza IPMA, Jacobina RR. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. Rev Baiana de Saúde Pública. 2009 Out-Dez;33(4):618-27.
- 29 - Figueredo AMN. Ensinado a Cuidar em Saúde Pública. São Paulo: Difusão; 2003:31.
- 30 - Figueredo MFS, Rodrigues-Neto JF, Leite MTS. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. Rev Bras Enferm. 2010 Jan-Fev;63(1):117-21.
- 31 - Alperstedt C. Universidades Corporativas: Discussão e Proposta de uma Definição. RAC. 2001 Set-Dez;5(3):165.
- 32 - Meister J. Educação corporativa. São Paulo: Makron Books, 1999.
- 33 - Allee V. Knowledge networks and communities of practice (OD Practitioner Online). 2000;32(4):13.
- 34 - Marshall L. Facilitating knowledge management and knowledge sharing: new opportunities for information professionals. (Online) 1997;21(5):92-8.
- 35 - Wenger E. Communities of practice. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
- 36 - Brasil-Ministério da Saúde. Saúde em família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Secretaria de Assistência à Saúde: Coordenação de Saúde da Comunidade, 1997.
- 37 - Amoretti R. A educação médica diante das necessidades sociais em saúde. Rev. Bras Educ Méd. 2005 Maio-Ago;29(2):136-46.
- 38 - Starfield B. Primary care: concept, evaluation and policy. New york: Oxford University, 1992 (Press).
- 39 - Costa M, López E. Educación para la salud. Madrid: Pirâmide, 1996:25-58.
- 40 - Vasconcelos EM. Educação popular e a atenção à saúde da família. 2ª ed São Paulo: Hucitec, 2001.

- 41 - Besen CB, Netto MS, Da Ros MA, Silva FW, Silva CG, Pires MF. A Estratégia Saúde da Família como Objeto de Educação em Saúde. *Saúde e Soc.* 2007 Jan-Abr;16(1):57-68.
- 42 - Moura RF, Sousa RA. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? *Cad. Saúde Pública.* 2002 Nov-Dez;18(6):1809-11.
- 43 - Melo G, Santos RM, Trezza MCSF. Entendimento e prática de ações educativas de profissionais do Programa Saúde da Família de São Sebastião-AL: detectando dificuldades. *Rev. Bras Enferm.* 2005 Maio-Jun;58(3):290-5.
- 44 - Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.* 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002.
- 45 - Machado MFAS, Vieira NFC. Educação em saúde: o olhar da equipe de saúde da família e a participação do usuário. *Rev Latino Am Enfermagem.* 2009 Mar-Abr;17(2).
- 46 - Santos MA, Peres DS, Zanetti ML, Otero LM, Teixeira CRS. Programa de educação em saúde: expectativas e benefícios percebidos por pacientes diabéticos. *Rev. Enferm UERJ.* 2009 Jan-Mar;17(1):57-63.
- 47 - Vinholes ER, Alano GM, Galato D. A Percepção da Comunidade Sobre a Atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em Ações de Educação em Saúde Relacionadas à Promoção do Uso Racional de Medicamentos. *Saúde Soc.* 2009 18(2):293-303.
- 48 - Lopes EM, Anjos SJSB, Pinheiro AKB. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. *Rev. Enferm UERJ.* 2009 Abr-Jun;17(2):273-77.
- 49 - Brasil. Ministério da Saúde. *Uso Racional de Medicamentos na Perspectiva Multiprofissional.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007.
- 50 - Marin N, Luiza VL, Castro OCGS, Santos M. *Assistência farmacêutica para gerentes municipais.* 20ª ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.
- 51 - Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Saúde.* Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005;109.
- 52 - Brasil. *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- 53 - Brasil. Lei 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. Brasília, DF: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 1990 Set;182;18.005-9.

54 - Castro OCGS, Mosegui GBG, Peixoto MAP, Castilho SR, Luiza VL. Estudos de Utilização de Medicamentos: Noções Básicas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2000.

55 - Ministério da saúde: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

56 - Cebrian R. Glosário de planificación y economia sanitária. 2ª ed. Madrid: Editora Diaz de Santos; 2000.

57 - OMS-Organização Mundial de Saúde. Organização Panamericana de Saúde. Uso racional de medicamentos.2003. [acessado 18 de maio 2010]. Disponível em: http://www.opas.org.br/medicamentos/site/UploadArq/uso_racional_de_medicamentos.doc

58 - Giachetto G, Banchemo P, Telechea H, Speranza N, Wolay M, Toledo M. Uso Racional de Medicamentos: ¿Qué Conocen los Médicos Residentes Sobre los Fármacos de Uso Corriente. Revista Médica del Uruguay. 2003;19(4):231-36.

59 - Sketris IS, Ingram EML, Lummis HL. Strategic opportunities for effective optimal prescribing and medication management. Can J Clin Pharmacol. 2009 Jan;16(1):103-25.

60 - Chaves GC, Emmerick I, Pouvourville N, Saint-Denis T, Fonseca ASA, Luiza VL. Indicadores de uso racional de medicamentos e acesso a medicamentos: um estudo de caso. Rev. Bras Farm. 2005;86(3):97-103.

61 - Sinitox-Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2002.

62 - Bartoletto ME, Bochner R. Impacto dos medicamentos nas intoxicações humanas no Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999 Out-Dez;15(4):859-69.

63 - World Health Organization. Global partnerships for health. WHO Drug Information. 1999;13(2):61-4.

64 - World Health Organization. Global strategy for containment of antimicrobial resistance. 2001.

65 - OMS. Uso racional de medicamentos: progresos realizados en la aplicación de la estrategia farmacéutica de la OMS. Documento EB 118/6. Ginebra: OMS;2006.

66 - Ashe D, Patrick PA, Stempel MM, Shi Q, Brand DA. Educational Poters to Reduce Antibiotic Use. Journal of Pediatric Health Care. 2006 May-June;20(3):194-97.

- 67 - Garjani A, Sallimnejad M, Shamsmohamadi M, Baghchevan V, Vahidi RG, Maleki-Dijazi N, et al. Effect of interactive group discussion among physicians to promote rational prescribing. *La Revue de Santé de la Méditerranée Orientale*. 2009;15(2):408-15.
- 68 - Fuertes EI, Henry B, Marra F, Wong H, Patrick DM. Trends in antibiotic utilization in Vancouver associated with a community education program on antibiotic use. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 2010 Jul-Aug;101(4):304-8.
- 69 - Hemo B, Shamir-Shtein NH, Silverman BG, Tsamir J, Heymann AD, Tsehoris S, et al. Can a Nationwide Media Campaign Affect Antibiotic Use? *The American Journal of Managed Care*. 2009 Aug;15(8):529-34.
- 70 - Mainous III AG, Diaz VA, Carnemolla M. A Community Intervention to Decrease Antibiotics Used for Self-Medication Among Latino Adults. *Annals of Family Medicine*. 2009 Nov-Dec;7(6):520-6.
- 71 - Holloway KA, Karkee SB, Tamang A, Gurung YB, Kafle KK, Pradhan R, et al. Community intervention to promote rational treatment of acute respiratory infection in rural Nepal. *Tropical Medicine and International Health*. 2008 Jan;14(1):101-10.
- 72 - Huang SS, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Kotch J, Schiff N, Stille CJ, et al. Parental Knowledge about antibiotic use: results of a cluster-randomized, multicomunity intervention. *Pediatrics*. 2007 April;119(4):696-706.
- 73 - Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Abr;13(supl):733-6.
- 74 - Moynihan R, Bero L, Ross-Degnan D, Henry D, Lee KMA, Walks J, et al. Coverage by the news of the benefits and risks of medications. *New England Journal of Medicine*. 2000 June;342(22):1645-50.
- 75 - Wong JS. Os usos inadequados e os efeitos adversos de medicamentos na prática clínica. *Jornal de Pediatria, Rio de Janeiro*. 2003;79(5):379-80.
- 76 - Naves JOS, Merchan-Hamann E, Silver LD. Orientação farmacêutica para DST: uma proposta de sistematização. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005;10(4):1005-14.
- 77 - Barros JAC. Políticas farmacêuticas: a serviço dos interesses da saúde? Brasília: Unesco, 2004.
- 78 - Mota DM, Silva MGC, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008 Abril;13:589-601.

79 - Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

80 - Jesus PRC. A linguagem da dor na Propaganda de Medicamentos: “a cura pela palavra”. Relato de experiência vivida em eventos de Comunicação e Saúde em 2005. Unirevista. 2006 Jul;1(3):1-9.

81 - Pianett GA, Carvalho BO, Silveira MR, Tavares LB, Silva LPA, Carvalho LFD. Educação e informação sobre produtos sujeitos à Vigilância Sanitária Brasileira. Infarma. 2010 Jul-Ago;22(7/8):9-13.

82 - Pepe VLE. Ao persistirem os sintomas, o medico deverá ser consultado. Isto é regulação? Cad. Saúde Publica. 2006 Dez;22(12).

83 - Lyra Jr DP, Neves AS, Cerqueira KS, Marcellini PS, Marques TC, Barros JAC. Influência da propaganda na utilização de medicamentos em um grupo de idosos atendidos em uma unidade básica de saúde em Aracaju (SE, Brasil). Ciênc. saúde coletiva. 2010;15(supl 3):3497-506.

84 - Hepler CD, Strand LM. Oportunidades y responsabilidades em la Atención Farmacêutica. Pharmaceutical Care, Espana. 1999;1:35-47.

85 - Araujo ALA, Pereira LRL, Ueta JM, Freitas O. Perfil da assistência a na atenção primaria do Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2008 Abr;13(supl):611-17.

86 - OMS-Organización Mundial de la Salud. Punto 19 del orden del día. 47ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra, 1994.

87 - SESMG-Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Resolução SES/MG Nº 1416, de 21 de fevereiro de 2008.

88 - OMS-Organización Mundial de la Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de un grupo de consulta de la OMS. Nueva Delhi: OMS; 1988.

89 - World Health Organization. Developing pharmacy practice. A focus on patient care. Handbook – Edição 2006. [acessado 15 julho. 2010]. Disponível em: www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/index.htm.

90 - Alonso FG. Uso racional de los medicamentos. Med Clin. 1990;94(16):628-32.

91 - Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. Rev.Bras Cienc Farm. 2008 Out-Dez;44(4):601-12.

92 - Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad. Saúde Publica*. 2002 Nov-Dez;18(6):1499-507.

93 - Nunes PHC, Pereira BMG, Nominato JCS, Albuquerque EMA, Silva LFN, Castro IRS. Intervenção farmacêutica e prevenção de eventos adversos. *Rev Bras de Ciên Farm*. 2008 Out-Dez;44(4):691-99.

94 - Foppa AA, Bevilacqua G, Pinto LH, Blatt CR. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. *Rev. Bras de Ciên Farm*. 2008 Out-Dez;44(4):691-99.

95 - MS-Ministério da Saúde. Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Editora do Ministério da saúde; 2009.

96 - Brasil. Lei nº 10172, de 09 de janeiro de 2001. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Superior. *Diário Oficial da União, Brasília, DF, 09 jan. 2001.*

97 - Andrade V, Coelho MASM. O processo educacional na promoção de ações comunitárias em saúde. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 1997;43(1):57-63.

98 - Stille CJ, Rifas-Shiman SL, Kleinman K, Kotch JB, Finkelstein JA. Physician Responses to a Community-Level Trial Promoting Judicious Antibiotic Use. *Annals of Family Medicine*. 2008 May-June;6(3):206-12.

99 - Shuval K, Berkovits E, Netzer D, Hekselman I, Linn S, Brezis M, et al. Evaluating the impact of an evidence-based medicine educational intervention on primary care doctors' attitudes, knowledge and clinical behaviour: a controlled trial and before and after study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2007;13:581-98.

100 - Souza IF, Biscaro A, Biscaro F, Fernandes MS. Uso Racional de Medicamentos: relato de experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC. *Rev. Bras Educ Médic*. 2010;34(3):438-45.

101 - Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Rev. CS Col*. 2003;8(3):775-82.

102 - Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudo de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008;13(supl):793-802.

103 - Pound P, Britten N, Morgan M, Yardley L, Pope C, Daker-White G, et al. Resisting medicines: a synthesis of qualitative studies of medicine taking. *Social Science and Medicine*. 2005;61(1):133-55.

104 - World Health Organization. How to investigate the use of medicines by consumers. Geneva: WHO/University of Amsterdam; 2004.

105 - Leite SN, Vasconcellos MPC. Compreendendo a relação saúde/doença/tratamento: estudos qualitativos em farmácia. In: Cordeiro BC, Leite SN, organizadores. O farmacêutico na atenção à saúde. Itajaí: Editora da Universidade do Vale do Itajaí; 2005.

106 - Minayo MCS, Deslandes SFN, Neto OC, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19ª ed. Petrópolis: Vozes; 2001.

APÊNDICE

Apêndice A – Termo institucional da Secretaria Municipal de Saúde

Teófilo Otoni 25 de novembro de 2010.

Exma Sra _____

Coordenadora da Atenção Básica _____

Nesta

Prezada coordenadora,

Vimos através deste, solicitar a permissão para a realização de Pesquisa na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se do PPGCS - Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UNIMONTES – Universidade Estadual de Montes Claros em parceria com a SES-MG- Secretaria de Estado da Saúde de MG, visando obter dados relacionados à saúde na região dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri.

A pesquisa em questão intitulada “Educação em saúde: percepção de profissionais de nível superior médicos e enfermeiros da Atenção Primária a Saúde sobre a educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero e uso racional de medicamentos em Teófilo Otoni–MG”.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter descritivo e exploratório. Os sujeitos da pesquisa serão os médicos e enfermeiros que trabalham nas equipes Saúde da Família do município de Teófilo Otoni–MG, utilizando o critério de saturação. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semi-estruturada, gravada e transcrita. Uma vez que as entrevistas forem realizadas e gravadas, os informes serão compilados em sua totalidade e integralidade, de forma a preservar a fidedignidade dos dados. Em seguida, os dados serão analisados. O objetivo: compreender a percepção de profissionais de nível superior médicos e enfermeiros sobre a educação em saúde na prevenção do câncer de colo do útero e uso racional de medicamentos na Estratégia Saúde da Família. O referido trabalho justifica-se uma vez que são escassos os estudos que abordem de forma sistemática as atividades educativas em saúde sob a ótica do profissional de nível superior, tanto na literatura nacional como internacional.

Pretende-se com a análise desses dados contribuir com a detecção da visão dos profissionais sobre as atividades de educação em saúde, que auxiliará no alcance dos objetivos preconizado pelo o Ministério da Saúde, no que tange às ações de Educação em Saúde para definição de políticas e programas direcionados para a atenção primária a saúde das mulheres e usuários. Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a implementação de estratégias eficazes para eliminar os erros existentes nas atividades de Educação em Saúde, e melhorar a qualidade da prestação desse serviço e assim aumentar a adesão dos usuários a este tipo de atividade, de forma a contribuir com a promoção de saúde e a prevenção de doenças.

Finalmente, pretende-se conhecer as ações desenvolvidas pelos profissionais, permitindo uma avaliação qualitativa da reorganização das ações de educação quanto a prevenção do câncer de colo do útero e uso racional de medicamentos no município de Teófilo Otoni. Neste estudo serão plenamente respeitados os preceitos da bioética determinados pela resolução 196/88 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, e pelas resoluções COFEN 311/2007 e CFF 417/2004, do Código de Ética dos Profissionais, Enfermeiros e farmacêuticos, à Constituição Federal Brasileira (CF) e à Lei 8080-90 do SUS. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo uma via para o pesquisador outra para o entrevistado. Este projeto de pesquisa obteve aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Montes Claros – UNIMONTES, processo 2051/10.

Agradecemos antecipadamente,

Orientador e responsável pelo projeto:

Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto – Pesquisador – UNIMONTES

Mestranda:

Ludmila Soares Antunes Bernardi

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título da pesquisa: Percepção dos médicos da ESF sobre a Educação em Saúde no Uso Racional de Medicamentos

Instituição promotora: Programa de Pós-Graduação em Ciência da Saúde

Patrocinador: Não se aplica

Pesquisadora: Ludmila Soares Antunes Bernardi

Orientador Responsável: Prof. Dr. João Felício Rodrigues Neto

Atenção: Antes de aceitar participar desta pesquisa, é importante que você leia e compreenda a seguinte explicação sobre os procedimentos propostos. Esta declaração descreve o objetivo, metodologia/procedimentos, benefícios, riscos, desconfortos e precauções do estudo. Também descreve os procedimentos alternativos que estão disponíveis a você e o seu direito de sair do estudo a qualquer momento. Nenhuma garantia ou promessa pode ser feita sobre os resultados do estudo.

- 1- Objetivo: Compreender a percepção dos médicos que trabalham nas Equipes de Saúde da Família sobre educação em saúde no Uso Racional de Medicamentos
- 2- Metodologia/procedimentos: Trata-se de uma pesquisa qualitativa descritiva. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semi-estruturada com os profissionais de nível superior que trabalham nas ESF do município de Teófilo Otoni -MG
- 3- Justificativa: Esta pesquisa se justifica uma vez que pretende contribuir com a detecção da visão dos profissionais sobre as atividades de educação em saúde no URM que auxiliará no alcance dos objetivos preconizado pelo o Ministério da Saúde, no que tange às ações de Educação em Saúde.
- 4- Benefícios: Os resultados dessa pesquisa subsidiarão a implementação de estratégias eficazes para eliminar os erros existentes nas atividades de Educação em Saúde no URM, e melhorar a qualidade da prestação desse serviço e assim aumentar a adesão dos usuários ao tratamento medicamentoso, evitando o uso irracional do mesmo, de forma a contribuir com a promoção de saúde e a prevenção de doenças.
- 5- Desconfortos e riscos: Não se aplica.
- 6- Danos: É garantida a manutenção da integridade física, psíquica e social dos participantes, ficando estes isentos de quaisquer riscos, danos ou agravos consequentes deste estudo.
- 7- Metodologia/procedimentos alternativos disponíveis: Não se aplica.

- 8- Confidencialidade das informações: Será mantido o sigilo quanto à identificação dos participantes. As informações/opiniões emitidas serão tratadas anonimamente no conjunto dos entrevistados e serão utilizadas apenas para fins de pesquisa.
- 9- Compensação/indenização: A participação é voluntária; não haverá nenhuma remuneração pela participação.
- 10- Outras informações pertinentes: Será garantida ao participante a liberdade de recusar ou retirar o consentimento sem penalização em qualquer etapa da pesquisa.
- 11- Consentimento:

Li e entendi as informações precedentes. Tive oportunidade de fazer perguntas e todas as minhas dúvidas foram respondidas a contento. Este formulário está sendo assinado voluntariamente por mim, indicando meu consentimento para participar nesta pesquisa, até que eu decida o contrário. Receberei uma cópia assinada deste consentimento.

_____ Nome do participante	_____ Assinatura do participante
_____ Nome da testemunha	_____ Assinatura da testemunha
_____ Nome da pesquisadora	_____ Assinatura pesquisadora
_____ Nome do orientador da pesquisa	_____ Assinatura do orientador


Endereço da pesquisadora: Ludmila Soares Antunes Bernardi


Rua desembargador Eustáquio Peixoto, 228 apt 302 Bairro São Diogo – Teófilo Otoni – MG
Cep: 39800-00 tel: (33) 3523-1502

Endereço do Orientador: Av. Cula Mangabeira 1562, Santo Expedito, Montes Claros – MG
CEP: 39.401-002, Telefones: (38) 3224-8383

ANEXOS

Anexo A - Parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa

 UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA
PARECER CONSUBSTANCIADO



Montes Claros, 09 de julho de 2010

Processo N. ° 2051/10.

Título do Projeto: EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DE ATORES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Coordenador: Prof^o Dr. João Felício Rodrigues Neto

Relatora: Prof^a. Ms. Simone de Melo Costa

Histórico

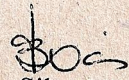
A educação em saúde é uma ação básica de saúde. Ela deve ser entendida como compromisso com a realidade da população e como qualidade no atendimento à saúde. Este trabalho tem como objetivo geral compreender a percepção dos profissionais de nível superior que trabalham nas Estratégias Saúde da Família- ESF e das usuárias que participam de grupos operativos de câncer de colo de útero e mama sobre educação em saúde. Trata-se de um estudo qualitativo tipo exploratório-descritivo, que será realizada nas 20 ESF do Município de Teófilo Otoni. Participarão 20 profissionais e 20 usuárias, que estejam inseridos na ESF num período superior a seis meses. A coleta de dados será realizada por meio de questionário para traçar o perfil sócio-demográfico do profissional e por entrevista semi-estruturada. Os dados serão submetidos à técnica de análise do discurso.

Mérito

Os resultados da pesquisa subsidiarão estratégias mais eficazes para condução das atividades de Educação em Saúde, melhorando a qualidade dos serviços e as ações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo 2051/10, e entende que o mesmo está completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de pesquisa.


Prof.^a. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes