

Estudo do perfil sociodemográfico e psicossocial de mães de neonatos e seus conhecimentos sobre a Triagem Auditiva Neonatal

Study of the social-demographic and psychosocial profile of mothers of newborns and their knowledge about Newborn Hearing Screening

Fernanda Donato Mahl*

Ângela Leusin Mattiazzi**

Otília Valéria Melchiors Angst***

Themis Maria Kessler****

Eliara Pinto Vieira Biaggio*****

35

Artigo Original • Original Paper
O Mundo da Saúde - 2013;37(1):35-43

Resumo

Este estudo teve como objetivos caracterizar o perfil sociodemográfico e psicossocial das mães de neonatos que realizaram Triagem Auditiva Neonatal (TAN); avaliar seu conhecimento sobre TAN; e mensurar o nível de ansiedade materna frente à testagem do bebê. Participaram do estudo 107 mães, que inicialmente responderam um questionário com o objetivo de obter os dados socioeconômicos (escolaridade e profissão), demográficos (idade e estado civil) e psicossociais (suporte social e planejamento da gestação). A segunda parte do questionário referiu-se aos aspectos da TAN: conhecimentos e importância da TAN, informante do procedimento, consequências da perda auditiva e aos sentimentos envolvidos na realização da TAN. Em seguida, para investigar o nível de ansiedade materna antes da realização da TAN, foi utilizado um questionário de ansiedade. A idade das mães variou entre 14 e 44 anos; 53,27% mulheres tinham escolaridade igual ou inferior ao fundamental completo. No que se refere à ocupação, 66,36% das entrevistadas referiu ser dona de casa; 64,49% são casadas; e 88,78% planejaram a gestação. Ao investigar o suporte social, 88,79% possuía o marido como fonte de apoio financeiro, afetivo e emocional. Em relação ao conhecimento sobre TAN, 76,64% não sabia o que era o exame. Além disso, 42% das mães souberam que seu filho faria o procedimento durante a internação, e a enfermeira foi o principal profissional da saúde que informou sobre a TAN. Observou-se o predomínio de reações negativas (81,70%) frente à TAN quando a mãe não conhecia o procedimento. Concluiu-se que o perfil encontrado foi de mães jovens, com baixa escolaridade, donas de casa, casadas, com suporte social do marido e que planejaram a gestação. O conhecimento sobre TAN foi restrito. Existiu associação entre sentimentos negativos e falta de conhecimento sobre TAN.

Palavras-chave: Audição. Características da População. Escala de Ansiedade frente a Teste. Serviços de Saúde da Criança. Triagem Neonatal.

* Psicóloga. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios da Comunicação Humana da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria-RS, Brasil. E-mail: fe.donato@hotmail.com

** Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria-RS, Brasil. E-mail: angelinha_90@hotmail.com

*** Graduanda em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria-RS, Brasil. E-mail: vauoo.angst@hotmail.com

**** Fonoaudióloga. Doutora em Letras pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria-RS, Brasil. E-mail: tkessler@terra.com.br

***** Fonoaudióloga. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Professora Adjunta do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM. Santa Maria-RS, Brasil. E-mail: eliarapv@yahoo.com.br

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Abstract

This study aimed to characterize the social-demographic and psychosocial profiles of mothers of newborns submitted to Newborn Hearing Screening (NHS); to evaluate their knowledge of NHS and to measure the level of maternal anxiety towards baby testing. Subjects were 107 mothers who at the outset answered a questionnaire in order to supply socio-economic (education and occupation), demographic (age and marital status) and psychosocial (social support and planning of pregnancy) data. The second part of the questionnaire referred to aspects of the NHS: the importance and the knowledge about NHS, procedures' informant, consequences of the hearing loss and the feelings involved in making NHS. Then, to investigate the level of maternal anxiety prior to NHS, an anxiety questionnaire was used. The mothers' ages ranged from 14 to 44 years, 53.27% of the women have educational status equal or inferior to Elementary School. As regards occupation, 66.36% of the interviewed mothers said to be housewives, 64.49% of them are married and 88.78% of them planned pregnancy. When investigating the social support, 88.79% of them have a husband as financial, affective and emotional support. As regards knowledge about NHS, 76.64% did not know what it was. In addition, 42% of the mothers knew that their children were submitted to the procedure during hospitalization and the nurse was the main health professional who informed them about NHS. It was observed that negative reactions (81.70%) about NHS predominated when mothers did not know what the procedure is. It was concluded that the profile was: mothers are young, have low education, the majority is housewives, married, having social support from the husband and planned pregnancy. Knowledge of NHS was rare. There was a relationship between negative feelings about the test and the lack of knowledge about NHS.

Keywords: Hearing. Population Characteristics. Test Anxiety Scale. Child Health Services. Neonatal Screening.

INTRODUÇÃO

A Deficiência Auditiva (DA) é uma das alterações congênitas mais frequentes em recém-nascidos, ocorrendo aproximadamente em um a dois bebês a cada 1.000 nascidos vivos¹. Por isso, tem sido objetivo de inúmeras discussões, especialmente no que se refere às estratégias diagnósticas mais apropriadas, visando à identificação e intervenção precoces da deficiência auditiva infantil.

O momento adequado para a detecção da DA infantil é até o terceiro mês de vida, e a intervenção, até o sexto mês², pois assim garante-se a exposição sonora adequada no período em que ocorre a maturação do sistema auditivo, determinante para a aquisição da linguagem e fala.

Tendo em vista a importância da audição para o desenvolvimento infantil, o diagnóstico precoce torna-se de extrema necessidade. Dessa forma, o *Joint Committe on Infant Hearing* (JCIH)³ entende por triagem auditiva neonatal um procedimento capaz de identificar os neonatos com suspeita de DA e considera a TAN o primeiro passo para evitar os prejuízos linguísticos, sociais, emocionais e cognitivos causados pela DA.

Para que o diagnóstico e intervenção sejam precoces, é necessário que haja a participação familiar nesse processo, tanto para que a família aceite e tenha interesse em realizar a TAN, como para que, nos casos de detecção de perda auditi-

va, a família possa ser orientada sobre os programas de reabilitação auditiva e participe efetivamente da intervenção à DA infantil⁴.

Dessa forma, os fatores socioeconômicos, demográficos e psicossociais, assim como as questões emocionais maternas, são fatores que interferem na saúde materno-infantil⁵ e, por isso, devem ser levados em consideração nos programas de TAN⁶.

A maternidade marca uma nova fase na vida da mulher e, quando o bebê nasce, muitos são os sentimentos que a mãe experimenta⁷. Nesse período, a mulher pode sentir-se angustiada e até mesmo insegura, sendo comuns quadros de ansiedade no âmbito do pós-parto⁸, quando podem ocorrer preocupações maternas com relação à saúde do bebê^{9,10}.

Ao longo do período puerperal e no primeiro ano de vida do bebê, a mãe pode sentir-se ansiosa, principalmente em relação aos cuidados iniciais e adoecimento do bebê. Muitas mulheres sentem medo que algo de errado aconteça com relação ao desenvolvimento do seu filho¹¹.

No contexto da TAN, a ansiedade materna é amplamente estudada, e pesquisas que relacionam questões emocionais e adesão na TAN são múltiplas e diversificadas^{6,7,8,9,10,11,12}. No entanto, na literatura, não foram encontradas pesquisas que relacionem a ansiedade materna, mensurada por meio do Inventário

de Ansiedade de Beck (BAI)¹³, com a TAN. Esse inventário mede a intensidade dos sintomas de ansiedade, tais como medo, insegurança e nervosismo, com ênfase nos aspectos somáticos. O instrumento apresenta propriedades psicométricas adequadas para a utilização na população brasileira, estando aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia e está entre as escalas de avaliações clínicas mais utilizadas em pesquisas^{14,15}.

Sendo assim, este estudo justifica-se pela importância do conhecimento de todas as questões que podem influenciar na adesão aos programas de TAN, desde conhecimento sobre tal triagem por parte da família, as variáveis sociodemográficas e psicossociais, além de questões emocionais maternas. Sabe-se que a mãe é a pessoa mais próxima do bebê¹² e, por conta disso, é importante conhecer sua idade, estado civil, planejamento da gestação, nível de escolaridade, ocupação e seus sentimentos frente à testagem do bebê. Tais questões merecem atenção do profissional de saúde^{16,17}, já que podem influenciar (negativa ou positivamente) no desenvolvimento do bebê e na adesão ao Programa de TAN.

Considerando o exposto até então, o objetivo do presente estudo foi caracterizar o perfil sociodemográfico e psicossocial das mães atendidas, bem como avaliar seu conhecimento a respeito da TAN, além de mensurar o nível de ansiedade materna frente à testagem do bebê.

MÉTODO

Esta pesquisa configura-se como quantitativa e de caráter transversal e foi realizada no Programa de Triagem Auditiva Neonatal (TAN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, Brasil e está inserido no Projeto de Pesquisa: "Suspeita de Deficiência Auditiva: relações entre estado emocional materno e risco ao desenvolvimento infantil". Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM e pela Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão (DEPE) do HUSM sob o n. 06291712.0.0000.5346.

O programa de TAN do HUSM é um serviço de referência localizado na região central do Rio Grande do Sul, vinculado ao Sistema

Único de Saúde (SUS) e atende 31 municípios dessa região.

Foram entrevistadas 107 mães que compareceram ao Programa de TAN durante o mês de setembro de 2012. A pesquisa foi realizada por meio de um questionário de múltipla escolha e foi aplicado individualmente pela pesquisadora em uma sala reservada para essa finalidade, no próprio Setor de Fonoaudiologia onde a TAN é realizada.

Inicialmente, realizou-se o questionário com o objetivo de obter os dados socioeconômicos (escolaridade e profissão), demográficos (idade e estado civil) e psicossociais (suporte social e planejamento da gestação).

A segunda parte do questionário refere-se aos aspectos da TAN: conhecimentos e importância da TAN, informante do procedimento, consequências da perda auditiva e aos sentimentos envolvidos na realização da TAN. Esse questionário foi desenvolvido pelos autores especialmente para esta pesquisa.

Para investigar o nível de ansiedade materna antes da realização da TAN, aplicou-se o Inventário de Ansiedade de Beck¹³, constituído de 21 itens que são afirmações descritivas de sintomas de ansiedade e que permitem a classificação em níveis de intensidade de ansiedade: mínimo de 0 a 10, leve de 11 a 19, moderado de 20 a 30 e grave de 31 a 63. A escala é apropriada para idades entre 14 e 80 anos e pode ser usada em sujeitos não-psiquiátricos. Quanto ao tempo de aplicação, estima-se de 5 a 10 minutos. Esse instrumento de avaliação foi escolhido pela possibilidade de realizar-se uma avaliação ágil, fácil de ser respondida e não cansativa para as mães. Cabe ressaltar que a psicóloga da equipe do Programa de TAN do HUSM foi quem aplicou tal instrumento no grupo estudado.

As mães foram entrevistadas antes da realização da TAN nos seus filhos, após receberem informações sobre os objetivos e a metodologia do estudo. As que concordaram com os procedimentos a serem realizados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); aquelas que não concordaram foram excluídas da pesquisa, sendo então realizada apenas a TAN.

Os dados coletados foram tabulados em uma planilha do programa *Microsoft Office Excel* 2007. Primeiramente, realizou-se análise descritiva das variáveis e a seguir foi efetuada análise estatística por meio do teste Qui-quadrado. Para todas as comparações, foi adotado nível de significância de 0,05 (5%).

RESULTADOS

A idade das mães variou entre 14 e 44 anos, sendo a média de idade de 27,07 anos. Observa-se na Tabela 1 a distribuição das mães por faixas etárias e destaca-se que 70% possuíam idade igual ou inferior a 31 anos e que a faixa etária predominante foi de 26 a 31 anos.

Tabela 1. Medidas descritivas em relação à idade da mãe

Faixa etária	Número de mães	%	Média de idade (anos)
14 a 19 anos	20	18,69%	17,25
20 a 25 anos	23	21,49%	21,96
26 a 31 anos	32	29,91%	28,62
32 a 37 anos	25	23,36%	34,12
38 a 44 anos	7	6,54%	39,71

Em relação à escolaridade, 57 (53,27%) mulheres tinham escolaridade igual ou inferior ao fundamental completo, 10 (9,35%), ensino médio incompleto, 34 (31,78%), ensino médio completo, dois (1,87%), nível superior incompleto e quatro (3,74%), nível superior completo.

No que se refere à ocupação, 71 (66,36%) das entrevistadas referiu ser dona de casa e não possuíam renda pessoal, 36 (33,64%) tinham alguma atividade profissional. Entre as que trabalham, as profissões mais comuns foram: serviços gerais e vendedora.

Quanto ao estado civil, 101 (94,4%) eram casadas ou possuíam união consensual, cinco (4,67%) eram solteiras e apenas uma (0,93%) era separada. A propósito, em relação ao suporte social, 95 (88,79%) possuíam o marido como fonte de apoio financeiro, afetivo e emocional e 12 (11,21%) tinham a própria mãe

como a principal forma de auxílio. Sobre o planejamento da gestação, 95 (88,78%) foram planejadas, 10 (9,35%) não foram planejadas, uma (0,93%) foi indesejada e uma (0,93%) referiu-se à adoção.

Em relação aos aspectos da TAN, a média de dias do nascimento até a realização do exame foi de 50,11 dias. Observa-se na Tabela 2 que a classe de maior frequência foi entre zero e 50 dias (61,68%), com mínimo de um dia e máximo de 255 dias após o nascimento para a realização da avaliação.

Tabela 2. Frequências por classes em relação à idade do bebê

Faixa etária	Número de bebês	%	Média de idade (dias)
0 a 30 dias	43	40,19%	12,42
31 a 90 dias	48	44,86%	53,63
Acima de 90 dias	16	14,95%	140,87

Em relação ao conhecimento sobre a TAN, 82 (76,64%) mães não sabiam o que era o teste e 25 (23,36%) afirmaram saber o que era. No entanto, a maioria das mães, 101 (94,39%), confirmou que, apesar de não conhecer o que era a TAN, iria trazer o bebê para a realização do exame. Dessas, 16 (14,95%) já haviam submetido outro filho à TAN e 91 (85,05%) tinham dois filhos ou mais e não haviam sido informadas sobre o teste no nascimento deles.

Das 107 mães, 35 (32,7%) ficaram sabendo que o filho faria a TAN antes da internação no hospital, 45 (42%), durante a internação e 27 (25,3%), depois da alta hospitalar. Para 54 (50,46%), quem informou sobre a TAN foi a enfermeira, para 34 (31,78%), o pediatra, 15 (14,02%) não lembravam e para três (2,8%) não foi explicado.

A Tabela 3 apresenta os profissionais que informaram sobre a TAN e quando se obteve essa informação. Antes e durante a internação, temos que a enfermeira foi a profissional que mais forneceu informação. Entre o profissional responsável pelas informações depois da alta hospitalar está o pediatra, sendo fonte de informação de 13 (48,15%) mães.

Tabela 3. Frequências relacionadas à informação sobre a TAN e período da informação

	Pediatra	Enfermeira	Não lembra	Não foi explicado	Mais de uma opção	Total
Antes da internação	7 (20,59%)	17 (50,00%)	9 (26,47%)	0 (0,00%)	1 (2,94%)	35
Durante a internação	14 (31,11%)	31 (68,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	45
Depois da alta hospitalar	13 (48,15%)	6 (22,22%)	4 (14,81%)	3 (11,11%)	1 (3,70%)	27
Total	34	54	13	3	2	107

Na Tabela 4, pode-se observar o número de mães que apresentaram sentimentos negativos frente ao exame e se essas tinham conhecimento ou não da TAN. Foi verificada associação estatisticamente significativa pelo teste do

qui-quadrado, entre a alternativa ansiedade, medo e preocupação ao fato de a mãe não saber o que é a TAN ($p < 0,05$). E, ainda, para as mães satisfeitas, há associação com o fato de saberem o que é a TAN.

Tabela 4. Conhecimento materno sobre TAN e sentimentos frente à testagem do bebê

Sabe o que é a TAN?	Ansiosa	Medo	Insegura	Preocupada	Satisfeita	Mais de uma opção	Total
Sim	2 (8,00%)	0 0,00%	1 4,00%	2 8,00%	19 (76,00%)	1 (4,00%)	25
Não	41 (50,00%)	11 (13,41%)	0 (0,00%)	15 (18,29%)	7 (8,54%)	8 (9,76%)	82
Total	43	11	1	17	26	9	107

Analisou-se o conhecimento materno sobre TAN e o nível de ansiedade durante a testagem dos

filhos, mensurado pelo Inventário de Ansiedade de Beck¹³. Tais dados foram apresentados na Tabela 5.

Tabela 5. Conhecimento materno sobre TAN e o nível de ansiedade

	Mínimo	Leve	Moderado	Total
Sabe o que é a TAN	24 (96,00%)	1 (4,00%)	0 (0,00%)	25
Não sabe o que é a TAN	4 (4,88%)	77 (93,90%)	1 (1,22%)	82
Total	28	78	1	107

Ao testarmos a associação entre saber o que é a TAN e o nível mínimo e leve de ansiedade, utilizando o teste do qui-quadrado, temos p -valor $< 0,05$. Sendo assim, há associação significativa entre saber ou não o que é a TAN e os níveis de ansiedade durante a realização do exame.

DISCUSSÃO

As variáveis deste estudo trouxeram maiores informações sobre as características sociodemográficas e psicossociais das mães que compareceram ao programa de TAN. As particularidades do

perfil materno, como a idade, o nível de escolaridade, estado civil e suporte social são muitas vezes determinantes para a busca de auxílio durante a gestação e podem influenciar no modo como a mãe compromete-se com o desenvolvimento e saúde de seu bebê depois do parto¹⁸. As questões sociodemográficas e psicossociais devem sempre ser levadas em consideração, pois os Programas de Triagem Neonatal precisam ser voltados de forma específica para diferentes realidades, com o intuito de maior sensibilização e acolhimento dessas mães para ocorrer maior efetividade e adesão aos Programas de TAN¹².

Neste estudo, a idade predominante das mães foi entre 26 e 31 anos, como foi possível observar na Tabela 1. Para Silva e Surita¹⁹, as mulheres que engravidam nesse período, em grande parte dos casos, apresentam gestações planejadas e desejadas, fato que foi possível perceber nesta pesquisa, sendo que o planejamento da gestação esteve presente em 88,78% das mães. Nesse contexto, o planejamento da gestação pode ser considerado um fator positivo, sendo que pode exercer influência direta e decisiva sobre as condutas da mãe em relação à saúde auditiva do bebê e adesão ao Programa de TAN.

No que se refere ao quesito profissional, o fato da maioria das entrevistadas terem como profissão as atividades do lar (66,36%) e, provavelmente, mais convívio e contato com seus filhos, evidencia a importância do conhecimento das mães sobre a realização da TAN, já que os pais podem ser os primeiros a suspeitar a deficiência auditiva do bebê¹². No entanto, para que esse fato ocorra, ressalta-se a importância de que a mãe tenha o mínimo de esclarecimento sobre saúde auditiva para buscar para seu filho as melhores ações de saúde, fato que será abordado detalhadamente em seguida.

No que se refere à escolarização, a maioria (53,27%) tem escolaridade igual ou inferior ao ensino fundamental incompleto. Os resultados deste estudo são similares aos de Lima, et al¹² e Griz, et al²⁰, que encontraram percentuais menores de mães com ensino fundamental incompleto, 34,1% e 36,1%, respectivamente.

Os estudos citados acima afirmam que a baixa escolaridade pode diminuir as oportunidades de aprendizagem relacionadas aos cuidados com

a saúde e, também, ocasionar a não valorização de ações preventivas de doenças, retardando a procura por assistência médica e propiciando um agravamento na doença. Resultados parecidos foram encontrados no estudo de Simão, et al²¹, ou seja, o ensino fundamental incompleto predominou entre as mães entrevistadas. No entanto, esses autores afirmam que, apesar de as mães não possuírem conhecimentos técnicos sobre prevenção, a experiência, a capacidade de observação e cuidados com o bebê proporcionam outro tipo de conhecimento, o do senso comum.

Esse fato também se evidenciou nesta pesquisa, pois, apesar de as mães não saberem o que era a TAN, 101 (94,39%) afirmaram que iriam trazer o bebê para a realização do exame porque acreditavam ser importante fazer as avaliações quanto antes, para evitar problemas de saúde no futuro, e 93 (86,9%) confirmaram que a deficiência auditiva interferiria na comunicação, no desenvolvimento emocional e escolar da criança. Tais conhecimentos podem advir da observação do desenvolvimento dos outros filhos, uma vez que 91 (85,05%) das entrevistadas possuíam dois ou mais filhos.

Quanto ao estado civil, a maioria, 101 (94,4%), relatou estar casada ou possuir união consensual. No contexto da TAN, pode-se pensar que o estado civil, assim como o planejamento da gestação, é um dado importante, pois a formação de um novo núcleo familiar e o tipo de relacionamento (casada ou morando junto) pode muitas vezes motivar a mulher a engravidar e também a dedicar-se à saúde do neonato, sendo esse o período essencial para a realização da avaliação auditiva do bebê.

Gabriel e Dias²² afirmam que atualmente o homem é mais participante nas tarefas de cuidados e também mais atencioso e preocupado com a educação e saúde dos filhos. A relação estável com o parceiro pode tornar-se um fator protetivo, pois o cônjuge torna-se uma das referências mais importantes e tem influência direta sobre a mãe e suas ações durante e após a gestação, entre elas a realização da TAN.

A propósito, no que se refere ao período pré e pós-natal, destacaram-se, neste estudo, a importância dos profissionais de saúde envolvidos nessa fase da vida da mulher, no que se re-

ferre à orientação aos pais sobre a realização da TAN. O enfermeiro foi o profissional responsável pela maior parte das informações sobre o teste, antes (50,00%) e durante (68,89%) a internação hospitalar. Depois da alta, o pediatra (48,15%) destacou-se como sendo o profissional que mais forneceu informações sobre a triagem. Esses dados sobre os profissionais da saúde e o período em que as mães receberam informação sobre a TAN podem ser visualizados na Tabela 3.

Para Rangel, Ferrite e Bregow¹⁸, a realização da TAN não depende somente da família, mas também do profissional de saúde, sendo necessário que conheçam, valorizem e contribuam para a efetividade do programa da TAN. Uma orientação clara e precisa sobre a importância da realização da TAN oferecerá às mães maiores condições de reconhecerem a necessidade da realização da testagem do bebê¹⁸. Portanto, os profissionais da saúde, dando a importância para a detecção precoce da deficiência auditiva, saberão orientar adequadamente as famílias que também valorizarão a importância em realizar a TAN em seus bebês.

No entanto, a maioria das entrevistadas 45 (42%) foi informada sobre a TAN durante a internação hospitalar, ou seja, após o nascimento do bebê (Tabela 3), o que evidencia que, durante o período pré-natal, a maioria das mães não recebeu informações sobre a realização do teste.

Sabe-se que o acompanhamento durante a gravidez é importante para o desenvolvimento de ações educativas em saúde, além de favorecer a detecção precoce e a prevenção de diversas doenças²³. Durante o pré-natal, geralmente, a família é mais receptiva às sugestões e orientações direcionadas à saúde da criança¹⁸. Contudo, pode-se dizer que questões relativas à saúde auditiva, ou pelo menos a informação sobre a conveniência de realizar a TAN, são ainda pouco abordadas durante o pré-natal.

Convém afirmar que o pouco conhecimento da mãe sobre a TAN pode ser influência da falta de informação durante a gestação. Das mães atendidas durante o período deste estudo, 82 (76,64%) não sabiam o que era a teste (Tabela 4). Esse dado é compatível com os estudos de Ribeiro e Mitre²⁴ e de Hilú e Zeigelboim²³, nos quais a grande maioria das mães entrevistadas,

75% e 72%, respectivamente, afirmaram não conhecer o teste.

Possivelmente, esse fato também se reflete na média de tempo transcorrido entre o nascimento até a realização do exame. A maioria dos bebês (44,86%) tinha entre 31 e 90 dias no momento da TAN, como foi descrito na Tabela 2. No entanto, quando a triagem é feita após o terceiro mês de vida, protela-se o diagnóstico e a intervenção²⁵. Segundo o JCIH³, todos os recém-nascidos devem ser triados ao nascimento ou diagnosticados, no máximo, até os três meses de idade. Desse modo, sugere-se a necessidade de aumentar a divulgação da TAN no período pré-natal, assegurando que as avaliações possam ser realizadas até os três meses, favorecendo, assim, a intervenção precoce até os seis meses de idade.

Frente a isso, nos últimos anos, alguns pesquisadores têm se voltado para o estudo das atitudes dos familiares diante da TAN. Para Tochetto, et al⁶, entre os principais empecilhos para o sucesso dos programas de triagem auditiva estão a falta de informação dos pais e a ansiedade desencadeada nas mães pela situação de seu filho estar sendo testado.

No presente estudo, verificou-se o predomínio de reações negativas (81,70%) frente à testagem do bebê nas mães que não sabiam o que era a TAN (Tabela 4). Os sentimentos mais frequentes foram ansiedade (50%), preocupação (18,29%) e medo (13,41%).

Em contrapartida, o conhecimento sobre a avaliação foi relacionado à satisfação materna frente ao bebê realizar o exame (76%). No estudo de Hergils, et al²⁶, também foram constatadas atitudes positivas frente à TAN em 93,06% dos pais após receberem informações sobre o assunto durante o pré-natal.

Tais achados, apresentados na Tabela 5, reafirmam a importância de informar as mães / pais a respeito da TAN. Houve também associação entre os níveis de ansiedade (mínimo, leve, moderado) durante a TAN. Para as mães que sabiam o que era a TAN, 24 (96%), o nível de ansiedade foi mínimo. Já para as mães que não sabiam o que era a TAN, 77 (93,90%), o nível de ansiedade foi leve. Com isso, acredita-se que a ansiedade materna estava associada à falta de informação sobre a triagem.

Para Tochetto, et al⁶, quando as informações recebidas pelos pais são consideradas suficientes, existe o predomínio de sentimentos positivos durante a realização do exame. Já informações insuficientes podem fazer com que os pais reajam de uma forma insatisfatória ou mesmo apresentem um aumento do grau de preocupação e ansiedade¹⁹.

CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa foram importantes para revelar ao programa de TAN os aspectos que precisam ser melhorados quanto à divulgação da TAN junto à população e, principalmente, junto aos profissionais de saúde responsáveis pelo pré-natal, neonatologia e puerpério. Quando se trata da saúde do bebê, é importante conhecer a realidade sociodemográfica e psicossocial dos usuários de cada programa e deve-se garantir a informação adequada sobre a TAN e sobre a audição do bebê desde a gestação, para diminuir as dúvidas e o grau de preocupações maternas, entre elas a ansiedade. Com isso, será possível viabilizar suporte à família dentro do contexto do programa de TAN, bem como disseminar informações adequadas frente ao perfil de cada população.

As principais características sociodemográficas e psicossociais das mães identifica-

das nesse estudo foram: mães adultas jovens, com ensino fundamental incompleto, donas de casa, casadas, com mais de um filho, tendo como suporte social o marido e que planejaram a gestação. Nesse aspecto, maior atenção deve ser dada às mães com baixa escolaridade e que não trabalham formalmente. A compreensão desses dados sociodemográficos e psicossociais são importantes para traçar o perfil das mães atendidas, para delinear estratégias de informações e orientações junto a essa população e também para definir ações em saúde na área materno-infantil.

Neste estudo, também foi possível concluir que a grande maioria das mães entrevistadas não sabia o que era a TAN e tinham sido informadas sobre o teste durante a internação hospitalar. Houve predomínio de ansiedade nas mães que não sabiam o que era a TAN. Ainda que sejam necessárias mais pesquisas sobre o tema, o presente estudo indica o quanto é importante que, durante o período pré-natal, as gestantes sejam informadas sobre a TAN. A relevância da triagem auditiva neonatal ainda é um assunto pouco conhecido pela população em geral. Portanto, é necessário difundir conhecimentos a respeito, em benefício de um número cada vez maior de crianças com deficiência auditiva e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. Declau F, Doyen A, Robillard T, Varebeke SJ. Universal newborn hearing screening. *B-ENT*. 2005;1:16-21.
2. Yoshinaga-Itano C, Sedey AL, Coulter DK, Mehl AL. Language of early – and later – identified children with hearing loss. *Pediatrics*. 1998;102(5):1161-71.
3. Joint Committee On Infant Hearing – JCIH. Year 2007 Position statement: principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs. *Pediatrics*. 2007;120(4):898-921.
4. Fernandez JC, Nozawa MR. Estudo da efetividade de um programa de triagem auditiva neonatal universal. *Ciêns Saúde Colet*. 2010;15(2):353-61.
5. Minayo MCS. Tendências do campo da saúde no Brasil no século XXI. In: Bricenõ R, Minayo MCS, Coimbra CE, organizadores. *Ciência e tecnologia para século XXI*. Rio de Janeiro: Academia Brasileira de Ciências; 2002. p. 46-79.
6. Tochetto TM, Petry T, Gonçalves MS, Silva ML, Pedroso FS. Sentimentos manifestados por mães frente à triagem auditiva neonatal. *Rev CEFAC*. 2008;10(4):566-71.
7. Frizzo GB. A qualidade da interação pai-mãe-bebê em situação de depressão materna [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
8. Lopes RC, Donelli TS, Lima CM, Piccinini CA. O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto. *Psicol Reflexão Crítica*. 2005;18(2):247-54.
9. Beltrami L. Ansiedade materna puerperal e risco para alterações no desenvolvimento infantil [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011.
10. Carlesso JPP. Análise da relação entre depressão materna e índices de risco ao desenvolvimento infantil [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2011.

11. Rapoport A, Piccinini CA. Maternidade e situações estressantes ao longo do primeiro ano de vida do bebê. *Psico-USF*. 2011;16(2):215-25.
12. Lima MLLT, Assis ABR, Mercês GB, Barros PF, Griz SMS. Triagem auditiva: perfil socioeconômico de mãe. *Rev CEFAC*. 2008;10(2):254-60.
13. Beck AT, Steer RA. Beck Depression Inventory Manual. San Antonio: Psychological Corporation; 1993.
14. Nardi AE. Comentários do debatedor: escalas de avaliação de ansiedade. *Rev Psiquiatr Clín [Internet]*. 1998 [acesso 18 Out 2012];25(6). Disponível em: <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol25/n6/ansi256i.htm>
15. Keedwell P, Snaith RP. What do Anxiety Scales Measure? *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(3):177-80.
16. Sabroza AR, Leal MC, Gama SGN, Costa JV. Perfil sociodemográfico e psicossocial de puérperas adolescentes do Município do Rio de Janeiro, Brasil – 1999-2001. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl 1):S112-S20.
17. Aquino TA, Guimarães MJB, Sarinho SW, Ferreira LOC. Fatores de risco para a mortalidade perinatal no Recife, Pernambuco, Brasil, 2003. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(12):2853-61.
18. Rangel SB, Ferrite S, Begrow DDV. Fatores que influenciam a não adesão ao retorno para a triagem auditiva neonatal. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2011;35(4):948-65.
19. Silva JLCP, Surita FGC. Idade materna: resultados perinatais e via de parto. *Rev Bras Ginecol Obstetr*. 2009;31(7):321-5.
20. Griz SMS, Barbosa CP, Silva ARA, Ribeiro MA, Menezes DC. Aspectos demográficos e socioeconômicos de mães atendidas em um programa de triagem auditiva neonatal. *Rev Soc Bras Fonoaudiol*. 2010;15(2):179-83.
21. Simão R, Conto JD, Fujinaga CI. Concepções de gestantes sobre a perda auditiva. *Rev Salus Guarapuava PR*. 2008;2(1):23-35.
22. Gabriel MR, Dias ACG. Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estudos Psicol*. 2011;16(3):253-61.
23. Hilu MRPB, Zeigelboim BS. O conhecimento, a valorização da triagem auditiva neonatal e a intervenção precoce da perda auditiva. *Rev CEFAC*. 2007;9(4):563-70.
24. Ribeiro FG, Mitre EI. Avaliação do Conhecimento sobre triagem auditiva Neonatal de pacientes no pós-parto imediato. *Rev CEFAC*. 2004;6(3):294-9.
25. Aurélio FS, Tochetto TM. Triagem Auditiva Neonatal: experiências de diferentes países. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2010;14(3):355-63.
26. Hergils L, Hergils A. Universal neonatal hearing screening-parental attitudes and concern. *Br J Audiol*. 2000;34(6):321-7.

Utilização de medicamentos: limites e possibilidades das orientações dos Agentes Comunitários de Saúde às famílias

Drug use: limits and possibilities of the instructions Communitarian Health Agents give to families

Greice Peplau Kauling*

Luciane Bisognin Ceretta**

Magada Tessman Schwalm***

Valdemira Santina Dagostin****

Maria Tereza Soratto*****

Resumo

O presente estudo objetivou conhecer os limites e possibilidades referentes às orientações realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde – ACS sobre a utilização de medicamentos pelas famílias atendidas pelas Estratégias de Saúde da Família – ESF. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritivo-exploratória e de campo. Aplicou-se entrevista semiestruturada com 15 ACS de oito unidades da Estratégia de Saúde da Família de um município do extremo sul de Santa Catarina. Os dados foram analisados pela categorização de dados. Os maiores problemas relatados pelas ACS na utilização das medicações pelas famílias foram relacionados a: armazenamento de medicação; automedicação; horário e quantidades incorretas; interação e reação adversa dos medicamentos; dificuldade de entendimento e adesão das famílias às orientações; e uso associado de plantas medicinais com medicações de uso contínuo. Sugere-se a partir dos resultados da pesquisa a capacitação das ACS para o uso racional de medicamentos, sendo que essa atividade poderá ser desenvolvida pelos farmacêuticos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. A assistência farmacêutica na ESF pressupõe uma mediação entre o saber das ACS e o saber das famílias assistidas, o que implica a escuta atenta, diálogo mútuo, identificando as necessidades dos familiares e busca da formação de vínculos com a comunidade e o uso racional de medicamentos.

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Programa Saúde da Família. Assistência Farmacêutica.

Baseado na Monografia de Pós-Graduação em Gestão da Atenção Básica em Saúde – UNESC (Universidade do Extremo Sul Catarinense), Criciúma-SC, Brasil. Kauling GP, Soratto MTS. Utilização de Medicamentos: limites e possibilidades das orientações dos ACS – Agentes Comunitários de Saúde às Famílias [monografia]. Criciúma (SC): Universidade do Extremo Sul Catarinense; 2013. (Especialização em Gestão da Atenção Básica em Saúde)

* Farmacêutica. Habilitada em Análises Clínicas. Pós-Graduada em Gestão da Assistência Farmacêutica. Pós-Graduada em Gestão da Atenção Básica em Saúde – UNESC (Universidade do Extremo Sul de Santa Catarina). Farmacêutica do NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família da Prefeitura Municipal de Criciúma-SC, Brasil. E-mail: grefarcri@hotmail.com

** Enfermeira. Doutora em Ciências da Saúde. Mestre em Enfermagem. Coordenadora UNASAU – Unidade Acadêmica de Saúde. Professora do Curso de Enfermagem – UNESC. E-mail: luk@unesc.net

*** Enfermeira. Mestre em Educação. Doutoranda em Ciências da Saúde. Coordenadora e Professora do Curso de Enfermagem – UNESC, Criciúma-SC, Brasil. E-mail: mts@unesc.net

**** Enfermeira. Mestre em Ciências da Saúde. Doutoranda em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Enfermagem – UNESC, Criciúma-SC, Brasil. E-mail: vsd@unesc.net

***** Enfermeira. Mestre em Educação. Professora do Curso de Enfermagem – UNESC, Criciúma-SC, Brasil. E-mail: guiga@engeplus.com.br

As autoras declaram não haver conflitos de interesse.

Abstract

The present study aims to know the limits and possibilities on the instructions given by Community Health Agents – ACS on the use of drugs by families assisted by the Family Health Strategy – ESF. This is a qualitative, descriptive, exploratory and field work. We applied half-structured interviews with 15 ACS from eight units of the Family Health Strategy in a city in the southern end of Santa Catarina. Data were analysed and classified in categories. The major problems reported by ACS in the use of medications by families were related to: storage of medication; self-medication; schedule and incorrect amounts; interaction and adverse reaction of medicines; families having difficulties understanding instructions and adherence to treatment; and the use of plant based drugs with continuous use medicine. It is suggested from the results of the research that ACS be trained for the rational use of medicines by families, and this activity may be developed by pharmacists from Family Health Support Nuclei – NASF. Pharmaceutical care in FHS requires mediation between ACS knowledge and the knowledge of families assisted, which implies attentive listening, a real dialogue, identifying the needs of families and making efforts to create bonds with the community, and the rational use of medicines.

Keywords: Community Health Workers. Family Health Program. Pharmaceutical Services.

INTRODUÇÃO

A história da Assistência Farmacêutica no Brasil teve seu início quando um conjunto de forças da Sociedade Civil e do Estado se reuniu para debater o estabelecimento de uma Política de Assistência Farmacêutica e de Medicamentos, o que ocorreu no ano de 1988, no Encontro Nacional de Assistência Farmacêutica e Política de Medicamentos, ocorrido em Brasília. Nesse evento, foi definido que a Assistência Farmacêutica e a Política de Medicamentos seriam instrumentos estratégicos na formulação das políticas de saúde¹.

As ações que envolvem a Assistência Farmacêutica não estão limitadas apenas à produção e distribuição de medicamentos, mas abrangem um conjunto de processos necessários à promoção, prevenção e recuperação da saúde, individual e coletiva, centrado no medicamento. A partir desse entendimento, a Assistência Farmacêutica abrange as seguintes atividades: pesquisa, produção, distribuição, armazenamento, prescrição e dispensação, sendo essa última ação entendida como ato essencialmente de orientação quanto ao uso correto e farmacovigilância^{1,2,3}.

Para que o Sistema Único de Saúde (SUS) se torne mais forte e estabelecido perante a sociedade, o agente comunitário de saúde (ACS) tem tido um papel importante, pois promove a integração dos serviços de saúde da Atenção Primária à Saúde e as pessoas da comunidade⁴.

O agente comunitário de saúde deve residir na comunidade que irá trabalhar e, sendo assim, passa a fazer parte da equipe da unidade de

saúde. Presta apoio à população diretamente nas residências, identificando questões não somente de saúde, mas tantas outras que podem receber suporte da unidade de saúde. Orienta, conduz e acompanha processos que podem ser importantes para a população do bairro que atende⁵.

A partir da capacitação realizada pelos farmacêuticos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF, intitulada “Sensibilização sobre assistência farmacêutica para os Agentes Comunitários de Saúde”, surgiu a necessidade de ampliar o conhecimento sobre as dificuldades enfrentadas por esses profissionais em relação às orientações às famílias relacionadas à utilização dos medicamentos.

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, são atribuições dos ACS: promover a integração da equipe de saúde com a população; trabalhar com adscrição das famílias em base geográfica definida; desenvolver ações educativas com as famílias; realizar e atualizar os cadastros; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, e de vigilância à saúde, mantendo a equipe informada sobre as famílias em situação de risco; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; e ajudar na prevenção/controlar da malária e da dengue⁶.

Diante disso, o ACS pode ser visto como um trabalhador *sui generis*, uma vez que suas funções transcendem o campo da saúde, exigindo-lhe atenção a múltiplos aspectos das condições de vida da população⁶.

O acompanhamento dos grupos de risco, como crianças, gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes da saúde mental e acamados, orientações sobre os cuidados com a higiene e prevenção da dengue, a importância do cumprimento do calendário vacinal das crianças e do acompanhamento pré-natal das gestantes, incentivo à amamentação e uso correto das medicações incluem-se como áreas de atuação em educação em saúde do ACS⁶.

O ACS é percebido desta forma, como o elo entre a equipe de saúde e a comunidade, sendo o principal responsável pela efetivação do vínculo nessa relação^{6,7}.

O objetivo do presente artigo foi conhecer os limites e possibilidades referentes às orientações realizadas pelos ACS sobre a utilização de medicamentos pelas famílias na Estratégia Saúde da Família.

MÉTODO

Abordagem Metodológica

A abordagem metodológica adotada para este estudo caracterizou-se como qualitativa, descritivo-exploratória e de campo. Os sujeitos do estudo constituíram-se de quinze Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), que atuam nas Unidades de Saúde da Família, de um município do Sul de Santa Catarina. A pesquisa teve como instrumento para coleta de dados a entrevista semiestruturada. Os dados foram analisados pela categorização de dados⁸.

A pesquisa seguiu o disposto na Resolução n. 196/96⁹ do Conselho Nacional de Saúde⁵ e foi aprovada pelo Comitê de Ética da UNESC – CEP n. 134344/2012.

Para preservar o sigilo decorrente da aplicação das entrevistas realizadas com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução n. 196/96⁹ que envolvem pesquisa com Seres Humanos e Grupos Vulneráveis, utilizou-se a sigla “ACS” para as participantes da pesquisa seguidas do respectivo número.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)

Todas às Agentes Comunitárias de Saúde são do sexo feminino. A idade variou de 19 a 60 anos. Em relação à formação, todas as ACS possuem 2º grau completo, sendo pré-requisito para seleção, e sete (07), superior incompleto. O tempo de trabalho das ACS nas Estratégias de Saúde da Família (ESF) variou de seis (06) meses a dez (10) anos.

A Lei n. 10.507, de 10 de junho de 2002, criou a profissão de Agente Comunitário, sendo que o Art. 3º cita que o Agente Comunitário de Saúde deverá preencher os seguintes requisitos para o exercício da profissão: residir na área da comunidade em que atuar; haver concluído com aproveitamento curso de qualificação básica para a formação de Agente Comunitário de Saúde; haver concluído o ensino fundamental¹⁰.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) compõem uma importante estratégia de aperfeiçoamento e de consolidação da Estratégia Saúde da Família (ESF), pois as principais ações desse programa se dão por meio dos ACS, pessoas escolhidas dentro da comunidade para atuarem junto à população^{11,12}.

Os ACS se caracterizam como um recurso humano central e estratégico para a implementação de ações de promoção da saúde, viabilizando o desenvolvimento de ações básicas voltadas para a comunidade¹³.

Problemas relacionados à utilização de medicamentos, encontrados pelas ACS nas visitas domiciliares

A maioria das ACS (12) encontraram problemas no armazenamento de medicação e automedicação quando realizaram visita domiciliar às famílias; além de horário e quantidades incorretas (11); interação e reação adversa dos medicamentos (09); dificuldade de entendimento e adesão das famílias às orientações (07); e uso associado de plantas medicinais com medicações de uso contínuo (06) (Quadro 1).

Quadro 1. Problemas relacionados à utilização de medicações encontradas pelas ACS em visita domiciliar às famílias

Problemas relacionados à utilização de medicamentos		Agentes Comunitárias de Saúde (ACS)
Armazenamento de medicação	12	1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14
Automedicação	12	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 15
Horário e quantidade incorretos	11	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 13, 15
Interação e reação adversa	9	5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14
Dificuldade de entendimento e adesão das famílias às orientações	7	1, 2, 3, 5, 7, 8, 13
Uso associado de plantas medicinais	6	1, 2, 7, 8, 12, 14

Fonte: Dados da pesquisa, 2013.

Em relação ao uso das medicações, os pacientes e familiares possuem a dificuldade de ler e escrever; confundem a medicação da unidade de saúde com a medicação adquirida em farmácias comerciais, além da embalagem dos laboratórios; utilizam a medicação em horários e quantidade incorreta. Isso é destacado nas falas:

Dificuldade em ler e escrever das famílias. Ter que repetir várias vezes as mesmas orientações. (ACS 2)

Os idosos se atrapalham muito; os medicamentos da ESF mais os medicamentos comprados acabam gerando confusão nos pacientes. (ACS 9)

É difícil de uma casa armazenar corretamente; os pacientes deixam de usar medicamento porque não se sentem bem, param por conta própria; a questão da diferença do laboratório (da embalagem) influencia muito no entendimento, eles confundem e tomam errado. (ACS 13)

O armazenamento apropriado e a conservação dos medicamentos são fatores fundamentais para a sua eficácia, devendo sempre existir certas medidas referentes ao cuidado e estabilidade da dose desses fármacos¹⁴.

A conservação do medicamento deve acontecer em condições satisfatórias para a manutenção de sua estabilidade e integridade durante o período de vida útil (validade), observando que alguns medicamentos possuem vida útil após o início da utilização inferior ao prazo de validade da embalagem lacrada¹⁴.

Ressalta-se que, na fala da ACS 5, os pacientes, além de confundirem os tipos de medicações, utilizam em doses incorretas.

Confundem o tipo de medicamento (rótulo, embalagem); dose (ex: 3x/dia e utiliza 1x/dia). (ACS 5)

Em relação à dosagem de medicação a ACS 15, destacou que:

A pessoa ingere mais medicamentos do que o prescrito. (ACS 15)

A automedicação é considerada um problema pelas ACS, sendo mais comum à utilização pelos idosos, destacado nas falas:

Automedicação: antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos, acontece mais com os idosos, mas acontece com os jovens também. (ACS 1)

Tem farmacinha caseira; não questiono muito para não me intrometer e as pessoas não enjoarem de mim. (ACS 4)

Um indica para o outro medicamentos, principalmente de pressão. (ACS 12)

A automedicação é uma prática comum que pode dificultar e demorar o diagnóstico e cura e contribuir para a manutenção da cadeia de transmissão de doenças. É entendida como a seleção e uso de medicamentos para tratar doenças ou sintomas percebidos pelas pessoas sem a prescrição ou os cuidados de um médico¹⁵.

Uma observação importante que deve ser avaliada, por influenciar o consumo de medicamentos e se manifestar na atitude das pessoas que buscam tratamento em farmácias e nas práticas dos trabalhadores que buscam atender a essas expectativas, foi o papel central ocupado pelo

medicamento como solução para os problemas de saúde, a percepção de que toda doença exige um tratamento farmacológico. A supervalorização das terapias medicamentosas é considerada um elemento cultural, com o medicamento representando a esperança de cura para todos os males, inclusive os causados pela precariedade das condições de vida, ou mesmo, para resolver problemas decorrentes de hábitos inadequados ou estados fisiológicos¹⁵.

Quanto ao armazenamento, as ACS encontraram falta de higiene e cuidado com as medicações:

Medicamentos líquidos ficam abertos por muito tempo depois de usados; falta de cuidados com higiene no armazenamento. (ACS 3)

Mistura de medicamentos com várias coisas (grampo de cabelo, pilha, caixa de fósforo, moeda, bala, etc.). (ACS 10)

O estoque de medicamentos em domicílio pode influenciar os hábitos de consumo dos moradores, favorecendo a automedicação e a reutilização de prescrições. O excesso de medicamentos desnecessários e as sobras de tratamento podem, de certa forma, resultar em problemas no planejamento para aquisição de medicamentos no SUS e no controle da demanda, ou, ainda, sua falta¹⁶.

Falta de confiança da população foi citada como problema encontrado pelas agentes comunitárias:

População não acredita no medicamento, que o mesmo fará efeito e por isto não toma. (ACS 3)

Medicação do posto não funciona. (ACS 14)

Na assistência farmacêutica pautada pela humanização, reconhece-se a importância da colaboração do farmacêutico na equipe saúde da família para a promoção do uso racional dos medicamentos e que as estratégias empreendidas para potencializar a adesão dos usuários aos medicamentos devem estar contidas nas ações gerais de promoção da autonomia do sujeito, ou seja, as decisões e o controle sobre sua saúde. Como caminho a percorrer, há de se promover atitude emancipadora na assistência farmacêu-

tica, o que significa promover práticas que sejam mediadoras entre o saber dos profissionais de saúde e usuários, objetivando o cuidado mais qualificado das famílias¹⁷.

A ACS 8 referiu como problemas relacionados à utilização de medicamentos:

Ler a bula e não usar a medicação. (ACS 8)

De acordo com a ACS 7, os problemas relacionados à utilização correta das medicações:

Dependem do nível de esclarecimento das pessoas. (ACS 7)

A grande variedade de produtos farmacêuticos disponíveis, a compulsão dos pacientes por utilizar medicamentos, a qual constitui uma das pressões para a necessidade de prescrição medicamentosa, a propaganda de medicamentos, facilidade de acesso a medicamentos, bem como a formação dos profissionais de saúde que privilegiam ações curativistas em detrimento de estratégias de prevenção e promoção em saúde, entre outros fatores, podem contribuir para o mau uso de medicamentos¹⁸.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) traz dados que apontam as dimensões do uso irracional de medicamentos, afirmando que 15% da população mundial consome mais de 90% da produção farmacêutica; 50% de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou usados irracionalmente; os hospitais gastam de 15% a 20% de seus orçamentos para tratar agravos decorrentes do mau uso de medicamentos; e 40% dos pacientes que adentram os prontos-socorros com intoxicação são vítimas dos medicamentos^{18,19}.

Orientações dos ACS relacionadas à utilização de medicamentos na visita domiciliar

As ACS orientam as famílias sobre os cuidados referentes aos horários, dose e validade das medicações, além do armazenamento adequado, destacado nas falas:

Cumprir horários, pressão e diabetes normaliza quando utiliza a medicação. Armazenamento, não tem interesse em cumprir as orientações (“tanto faz como tanto fez”). (ACS 1)

Oriento sobre validade, horários, doses, falo

mesmo para cumprir o tratamento, não tenho vergonha! (ACS 6)

Peço para procurar o médico; sobre armazenamento explico as orientações da capacitação das ACS; um medicamento pode ser bom para uma pessoa e ruim para outra (reação adversa). (ACS 11)

Falo que a diferença do medicamento da unidade e do comprado é o fabricante; armazenamento, eu vejo como é mais fácil para o paciente, para ele se achar nos seus medicamentos. (ACS 14)

Um cômodo que está presente em toda e qualquer casa é a cozinha; disponibiliza água, o que favorece a administração do medicamento, além de ser de fácil acesso a todos os moradores. Entretanto, o acesso facilitado é fator de risco para intoxicações, e a proximidade aos alimentos pode induzir o uso desnecessário por parte dos moradores. A estabilidade da formulação dos medicamentos depende tanto do fármaco quanto da mistura de excipientes ou veículos usados, assim como da interação entre ambos face às condições às quais estão submetidos. Essas condições podem ser intrínsecas e extrínsecas. As primeiras, de responsabilidade do fabricante, estão relacionadas com a matéria-prima, com os processos produtivos e materiais de embalagem; as extrínsecas correspondem a fatores ambientais, como luminosidade, temperatura e umidade. Quando o armazenamento dos medicamentos não é feita corretamente, perde-se a estabilidade da fórmula farmacêutica, tornando os medicamentos inadequados para uso^{14,16}.

Além das orientações sobre os cuidados com as medicações, as ACS 2, 3 e 10 ressaltam a importância de mudanças nos hábitos de vida, como a alimentação adequada e realização de atividade física.

Pego a receita, olho horários dos medicamentos. Falo da alimentação, dos exercícios físicos. (ACS 2)

Quando observo que a pessoa utiliza muita medicação, oriento fazer atividade física e cuidar na alimentação. Solicito para ver a caixa de medicamentos e não deixam, dizem que está tudo correto, que não precisa olhar. (ACS 3)

Oriento mudanças de hábitos de vida juntamente com o uso da medicação, pois o medicamento não faz o efeito sozinho. Hipertensos e diabéticos devem se consultar a cada seis meses. (ACS 10)

A Política Nacional de Alimentação e Nutrição objetiva a implantação de estratégias nacionais, locais e regionais efetivas e integradas para a redução da morbimortalidade relacionada à alimentação inadequada e ao sedentarismo, com recomendações e indicações adaptadas frente às diferentes realidades dos países e integradas às suas políticas, com vistas a garantir aos indivíduos a capacidade de fazer escolhas saudáveis com relação à alimentação e à atividade física, prevendo ações de caráter regulatório, fiscal e legislativo que visem a tornar essas escolhas factíveis à população²⁰.

A ACS 9 destaca a importância de orientação aos cuidados familiares na utilização dos medicamentos.

Repasso as informações que aprendo nos cursos; quando tem familiares que podem ajudar a cuidar da medicação, converso e passo orientações sobre os cuidados. (ACS 9)

O elevado consumo de medicamentos é evidenciado, discutido e gera preocupação para os profissionais e autoridades de saúde. Juntamente a isso, a questão da adesão aos cuidados em saúde, particularmente às orientações terapêuticas e uso racional dos recursos e dos medicamentos, também tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos profissionais de saúde^{17,21}.

A maioria das ACS (08) solicitam que os pacientes procurem o médico e/ou enfermeiro para uma melhor orientação referente às medicações.

Oriento para marcar consulta e rever sobre suas medicações, nas casas não dá, não gosto de explicar muito nas casas. (ACS 4)

Mando marcar consulta com médico ou falar com enfermeira, às vezes tento marcar para o paciente, já tento reservar a vaga para a pessoa. Muitas pessoas só vêm ao médico quando estão muito doentes. (ACS 5)

Digo para procurar um médico, antes de fazer mudanças por conta própria; utilizar menor quantidade ou mais de medicamento ou até mesmo parar a medicação, ou acabar utilizando outros meios de tratamento (chás, etc.). (ACS 7)

Peço para procurar o médico. (ACS 11)

Está errado usar medicamento sem prescrição, e o correto é procurar o médico. (ACS 12)

Oriento consultar o médico, caso a pessoa ache que a dose não está correta. (ACS 15)

As dificuldades na compreensão dos usuários sobre o uso racional dos medicamentos, que acabam interferindo na adesão, estão frequentemente nas pautas das reuniões técnicas da UBS. Tais reuniões contam com a participação de médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais e a gerente. Em relação a essa questão, foi estabelecida, como encaminhamento conjunto, a identificação de usuários em situações de maior dificuldade para a adesão, como as pessoas com medicação de uso contínuo, faltosas em atendimento agendado e idosas. Prossegue-se a leitura dos prontuários e é feita uma programação de Visitas Domiciliárias (VD), com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a esses usuários selecionados¹⁷.

Destaca-se que a ACS 13, além de orientar os familiares, busca organização das medicações na visita domiciliar.

Tento organizar a medicação deles, oriento nunca deixar de tomar por conta própria, falo para procurar o médico. (ACS 13)

Uma estratégia utilizada é o uso de pictograma, que é a utilização de símbolos que representam um objeto ou conceito por meio de desenhos, como os horários de tomada de medicações, representados com figuras para o café da manhã, almoço e jantar¹⁷.

A ACS 8 relatou que orienta os pacientes quanto aos cuidados do uso das medicações associado aos chás caseiros.

Digo para nunca deixar de tomar o medicamento, e na dúvida perguntar ao médico ou enfermeira; não misturar com chás, usar o chá uma, duas vezes e só. (ACS 8)

É muito comum o uso de plantas medicinais

para uma grande parte da população, sendo essa uma prática histórica associada à utilização de medicamentos sintéticos, visto que os últimos são considerados mais caros e agressivos ao organismo. A disseminação do uso de plantas medicinais, assim como a automedicação, deve-se principalmente ao baixo custo e fácil acesso à grande parcela da população²².

Limites relacionados à orientação sobre a utilização de medicamentos às famílias

Os maiores limites encontrados pelos ACS são a falta de receptividade, adesão, interesse e participação das famílias em relação à utilização dos medicamentos, destacado nas falas:

A maioria não deixa verificar o estado de conservação dos medicamentos nas residências, oriento quanto à embalagem dos medicamentos que muda muito, bem como o formato dos comprimidos e cápsulas. (ACS 3)

O horário de encontrar as pessoas em casa é difícil (horário da ESF é o mesmo de trabalho das pessoas); entrar nas casas, ter receptividade, fazer laços de ligação, falta de interesse da população em se tratar, usar corretamente os medicamentos. (ACS 4)

Os pacientes saem do consultório com dúvidas sobre as orientações, inclusive da medicação e, quando os outros profissionais orientam o paciente, eles não aceitam, mesmo sem ter compreendido o que o médico falou; a comunidade não adere, não participa do que a unidade oferece. (ACS 7)

Algumas pessoas se costumam a mostrar o que usam, não mostram os medicamentos; os pacientes me escutam, mas se obedecem eu não sei. (ACS 14)

Tem pessoas que não deixam nem entrar na casa, principalmente morador novo. (ACS 15)

Armazenar medicamentos nas residências é uma prática comum, podendo representar um potencial risco para o aparecimento de agravos à saúde. A farmácia domiciliar localizada em lugares inadequados pode induzir ao consumo irracional e desperdício, bem como a facilidade

da automedicação e o aumento do risco de exposições tóxicas. Na concepção de rede e apoio matricial, os ACS têm papel fundamental, pois esses trabalhadores dentro da equipe de referência são os que efetivamente se responsabilizam por entrar na casa do usuário e verificar a condição do estoque domiciliar de medicamentos. Sendo assim, são suporte para a equipe na identificação de problemas potenciais e reais relacionados ao tratamento medicamentoso²³.

Para cinco ACS, não existem limites, pois as famílias aceitam o trabalho das agentes dando liberdade de acesso nas visitas:

A minha microárea, tenho bastante liberdade com as pessoas a ponto de falar mais braba com ele; não vejo nenhum limite, consigo fazer tudo e conversar bastante com as pessoas. (ACS 2)

Não tenho limites com meus pacientes, tenho liberdade total com eles; quando falo com os pacientes sempre uso o nome de outro profissional de saúde da ESF para reforçar as informações. (ACS 9)

Tenho acesso aos pacientes, porém eles são acomodados para certas coisas que são oferecidas como os grupos; a unidade se localiza no morro, eles reclamam do lugar. (ACS 10)

Tenho bastante acesso às pessoas da minha microárea, a população escuta o que eu falo. (ACS 12)

Os agentes comunitários de saúde possuem um papel muito específico, que os difere dos demais membros da equipe de saúde da família. São pessoas que convivem com a realidade e as práticas de saúde do bairro onde moram e trabalham, assim sendo identificam-se com a cultura, linguagem e os costumes de sua própria comunidade^{24,25}.

Ao contrário da fala da ACS 12, que destaca a adesão familiar às orientações sobre a utilização de medicamentos, a ACS 11 ressalta que não é ouvida:

Eu tenho boa aceitação nas visitas, entretanto a palavra de um profissional de saúde tem mais valor; a população escuta os profissionais de saúde. (ACS 11)

O saber dialogar com a família e dessa forma acolher e aproximar-se foi destacado pela ACS 1:

Jamais mandar e sim orientar a importância do tratamento, ter cuidado com o tom de voz, pois pode-se obter o efeito contrário, ou seja, a pessoa não faz o tratamento. (ACS 1)

Já a ACS 13 relatou que:

Pessoas mais idosas sempre aceitam mais orientações, mas os jovens nem tanto. (ACS 13)

A ACS 5 referiu as dificuldades no processo de trabalho entre as próprias agentes comunitárias, em que a burocracia e os papéis a serem preenchidos não recebem a devida atenção por parte de algumas ACS:

Dificuldades em equipe das ACS, muitas não colaboram com o funcionamento do serviço; as informações ficam perdidas, a parte burocrática (papelada) não é preenchida. (ACS 5)

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, as atribuições das ACS incluem: trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a microárea; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade²⁶.

Possibilidades relacionadas à orientação sobre a utilização de medicamentos

Como possibilidades, a maioria das ACS (09) consideram essencial a formação de grupos para orientar sobre a utilização de medicamentos:

Fazer grupo sobre uso de medicamentos, orientar sobre os perigos do uso incorreto, assustar mesmo que faz mal; deixar a população falar sobre seus problemas; fazer

grupos com adolescentes sobre gravidez, DST; grupo de gestantes, falando sobre vários assuntos, mas sobre os medicamentos também. (ACS 3)

Grupos seriam importantes. (ACS 4)

Grupos de Hipertensão quando aconteciam era bom, deve voltar acontecer; falar com linguagem popular, simples nos grupos, as pessoas gostam. (ACS 6)

Impor as atividades propostas pela unidade, por meio de pressão, tentar amarrar as pessoas para participar, pois se não eles vão empurrando com a barriga. (ACS 7)

Fazer grupos e falar de bulas. (ACS 8)

Reunir as pessoas para falar sobre os problemas da medicação com os profissionais de saúde falando, eles ouvem mais. (ACS 9)

Fazer uma mobilização com as pessoas para vir fazer grupo de Hipertensão e orientar sobre o tema do medicamento. (ACS 11)

Fazer grupos, esclarecer dúvidas. (ACS 13)

Fazer grupos, orientando as pessoas sempre. (ACS 15)

A Educação em Saúde permite a transformação da realidade por meio da conscientização crítica dos indivíduos. Entende-se que, em um processo contínuo de interação, postura de “escuta atenta” e abertura ao saber do outro, dá-se a possibilidade de uma construção compartilhada do conhecimento e de formas de cuidado diferenciadas a partir dessa construção. Observa-se que a educação em saúde é uma ferramenta e instrumento de grande valia para promoção em prevenção em todos os níveis de atenção, mas principalmente é na ESF que se busca fortalecimento e embasamento de ações para melhoria da qualidade de vida da população assistida²⁷.

É necessário conhecer para orientar, sendo que as ACS (04) solicitaram treinamento e capacitação sobre a ação dos medicamentos e orientações sobre a utilização dos medicamentos às famílias.

Informação para os ACS poderem repassar às famílias; conhecer as finalidades dos medicamentos para dizer às pessoas. (ACS 1)

Primeiro conhecer bem sobre medicação para poder orientar. (ACS 4)

Receber treinamento, capacitação para aferir pressão, HGT, sobre a finalidade de cada tipo de medicação; saber sobre os efeitos adversos, colaterais, os perigos do uso inadequado para poder alertar, colocar medo nas pessoas para quererem menos medicamento. (ACS 5)

Entender as bulas dos medicamentos para orientar os pacientes. (ACS 8)

A consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no Brasil requerem um saber e um fazer em educação permanente que sejam encarnados na prática concreta dos serviços de saúde. A educação permanente deve ser constitutiva, portanto, da qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição / atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa)²⁶.

As ACS ressaltaram a importância de orientações às famílias que visem à promoção e prevenção à saúde, uso racional de medicamentos, desenvolvimento de hábitos saudáveis, com alimentação adequada e realização de atividade física na busca de melhor qualidade de vida das famílias.

Tentar ver se a pessoas procuram o médico, faz atividade física, sair da rotina, mudar hábitos. (ACS 2)

Oriento sempre fazer atividade física, dieta, cuidar da alimentação, ter qualidade de vida; não adianta só usar medicamentos, se a pessoa se cuidar não precisa fazer uso de tanto tipo de medicamentos; conheço uma senhora que normalizou a pressão só com caminhada. (ACS 12)

Destaca-se na fala da ACS 2 a necessidade dos profissionais de saúde da ESF realizarem visita domiciliar aos pacientes que moram longe e se automedicam.

O médico, outros profissionais saírem para fora da unidade de saúde para atenderem quem mora longe e acaba se automedicando, pois não consegue chegar no posto de saúde porque não tem carro. (ACS 2)

Ressalta-se na fala da ACS 10 a sugestão de desenvolver estratégias para organização dos medicamentos, com material didático adequado, e visitas domiciliares com o intuito de orientar sobre a utilização adequada dos medicamentos.

Fazer visitas domiciliares para orientar sobre as diferenças do medicamento da ESF e do comprado; estratégias para organizar os medicamentos nas residências com materiais didáticos disponíveis. (ACS 10)

A ACS 14 destaca a necessidade de adaptação à rotina principalmente dos idosos, de forma a buscar a adesão das famílias às orientações sobre a utilização de medicamentos.

As pessoas já estão acostumadas, é difícil de mudar a cabeça deles; são tudo idoso, se mudar algo é capaz de eles não aderirem; sempre procurar fazer as coisas do modo que estão acostumados. (ACS 14)

A Política Nacional de Atenção Básica ressalta que, no processo de trabalho, as equipes devem desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis; desenvolver ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população, no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários; realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde, no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada e prover atenção integral, contínua e organizada à população adscrita; realizando o acolhimento com escuta qualificada²⁶.

As ACS têm entre suas atribuições: desenvolver atividades de promoção da saúde, de pre-

venção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde²⁶.

CONCLUSÃO

Os maiores problemas relatados pelas ACS na utilização das medicações pelas famílias foram relacionados: ao armazenamento de medicação; à automedicação; ao horário e quantidades incorretas; à interação e reação adversa dos medicamentos; à dificuldade de entendimento e adesão das famílias às orientações; e ao uso associado de plantas medicinais com medicações de uso contínuo.

As ACS orientam as famílias sobre os cuidados referentes aos horários, dose e validade, armazenamento adequado das medicações; encaminhando às famílias aos profissionais da ESF quando necessário.

As ACS vivenciam como limites para as orientações acerca do uso de medicações a falta de receptividade, adesão, interesse e participação das famílias em relação ao uso racional dos medicamentos, além de dificuldades inerentes ao processo de trabalho das agentes comunitárias.

Como possibilidades, as ACS sugeriram a orientação sobre o uso racional de medicamentos nos grupos terapêuticos; visita domiciliar dos profissionais da ESF nos grupos de risco e/ou vulneráveis; além de material didáticos adequados.

As ACS solicitaram capacitação sobre a ação dos medicamentos e orientações sobre a utilização dos medicamentos às famílias.

As ACS ressaltaram a importância de orientações às famílias que visem à promoção e prevenção à saúde, uso racional de medicamentos e o desenvolvimento de hábitos saudáveis, o que consolida as atribuições das ACS na ESF; sendo elo de ligação entre a comunidade e a equipe multiprofissional; atuando na melhoria da qualidade de vida das comunidades.

Sugere-se, a partir dos resultados da pesquisa, ações de capacitação e/ou sensibilização das ACS para o uso racional de medicamentos, abrangendo as temáticas: indicações, contra-indicações e interação medicamentosa dos principais fármacos utilizados na ESF; observação e orientação referente ao armazenamento e utilização das medicações; acolhimento das famílias; abordagem na visita domiciliar com linguagem acessível; agendamento de visita dos profissionais ou encaminhamento dos casos quando situações de risco ou vulnerabilidade.

Para aprimoramento do material didático, poderia ser feita oficina para montagem de caixas

com divisórias com uso de pictogramas para auxiliar na organização, identificação e guarda dos medicamentos, entre outras necessidades levantadas diariamente pelas ACS quando são feitas as visitas domiciliares.

Dessa forma, a Assistência Farmacêutica na ESF pressupõe uma mediação entre o saber das ACS e o saber das famílias assistidas, o que implica a escuta atenta, diálogo mútuo, identificando as necessidades dos familiares e busca da formação de vínculos com a comunidade e o uso racional de medicamentos. Sendo assim, a Assistência Farmacêutica é parte indispensável no processo de trabalho das Estratégias de Saúde da Família.

REFERÊNCIAS

1. Araújo ALA, Freitas O. Concepções do profissional farmacêutico sobre a assistência farmacêutica na unidade básica de saúde: dificuldades e elementos para a mudança. *Rev Bras Ciên Farm.* 2006 Mar;42(1):137-46.
2. Kornis GEM, Braga MH, Zaire CEF. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). *Rev Atenção Primária Saúde.* 2008 Mar;11(1):85-99.
3. Oliveira LCF, Assis MMA, Barboni AR. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política Nacional de Medicamentos à Atenção Básica à Saúde. *Ciêns Saúde Colet.* 2010;15(Supl 3):3561-7.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. 260 p.
5. Malfitano APS, Lopes RE. Educação popular, ações em saúde, demandas e intervenções sociais: o papel dos agentes comunitários de saúde. *Cad Cedes.* 2009;29(79):361-72.
6. Gomes KO, Cotta RMM, Cherchiglia ML, Mitre SM, Batista RS. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. *Saúde Soc.* 2009;18(4): 744-55.
7. Seoane AF, Fortes PAC. A percepção do usuário do Programa Saúde da Família sobre a privacidade e a confidencialidade de suas informações. *Saúde Soc.* 2009;18(1):42-9.
8. Minayo MCS. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 28a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2009. 108 p.
9. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução n. 196/96. [acesso 26 Feb 2013]. Disponível em: www.bioetica.ufrgs.br/res19696.htm
10. Brasil. Lei n. 10.507, de 10 de junho de 2002. Cria a Profissão de Agente Comunitário de saúde e dá outras providências; 2002. [acesso 27 Feb 2013]. Disponível em: http://pdfc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/leis/lei_10507_02
11. Marzari CK, Junges JR, Selli L. Agentes comunitários de saúde: perfil e formação. *Ciêns Saúde Colet.* 2011;16(Supl 1):873-80.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança do modelo de Atenção Básica. *Rev Bras Saúde Mater Infant.* 2003;3(1):113-25.
13. Santos MR, Pierantoni CR, Silva LL. Agentes Comunitários de Saúde: experiências e modelos do Brasil. *Physis.* 2010;20(4):1165-81.
14. Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. *Ciêns Saúde Colet.* 2010;15(Supl 3):3517-22.
15. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CS, Merchan-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciêns Saúde Colet.* 2010;15(Supl 1):1751-62.
16. Ribeiro MÃ, Heineck I. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. *Saúde Soc.* 2010;19(3):653-63.
17. Prata PBA, Cunha MR, Pereira ÉG, Nichiata LYI. Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas. *Mundo Saúde.* 2012;36(3):526-30.

18. Cunha KOA, Renovato RD, Descovi MS, Vesco JRD, Silva CA, Missio L, et al. Representações sobre uso racional de medicamentos em equipes da Estratégia Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP. 2012 Dez;46(6):1431-7.
19. Anvisa – Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Parcerias para diminuir o mau uso de medicamentos. Rev Saúde Pública. 2006;40(1):191-2.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 84 p.
21. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? Ciên Saúde Colet. 2008;13(Supl 1):733-6.
22. Santos RL, Guimaraes GP, Nobre MSC, Portela AS. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. Rev Bras Plantas Med. 2011;13(4):486-91.
23. Laste G, Deitos A, Kauffmann C, Castro LC, Torres ILS, Fernandes LC. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. Ciên Saúde Colet. 2012;17(5):1305-12.
24. Duarte LR, Silva DSJR, Cardoso SH. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Interface (Botucatu). 2007 Dez;11(23):439-47.
25. Nunes MO, Trad LB, Almeida BA, Homem CR, Melo MCIC. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. Cad Saúde Pública. 2002 Dez;18(6):1639-46.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 2011 [acesso 15 Feb 2013]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
27. Oliveira RL, Santos MH. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do Enfermeiro. Rev Enferm Integrada. 2011 Dez;4(2):833-44.