

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde sobre uso correto e racional de medicamentos na sua prática profissional

Thaís Scalco

Porto Alegre, 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde sobre uso correto e racional de medicamentos na sua prática profissional

Dissertação apresentada por **Thaís Scalco**
para obtenção do grau de mestre em
Assistência Farmacêutica

Orientadora: Profa. Dra. Tânia Alves Amador

Porto Alegre, 2021.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 09 de setembro de 2021, pela Banca Examinadora constituída por:

Profa. Dra. Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Profa. Dra. Karin Hepp Schwambach

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Prefeitura Municipal de Porto Alegre, RS

Prof. Dr. Marcelo Soares Fernandes

Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

CIP - Catalogação na Publicação

Scalco, Thaís
Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde sobre uso correto e racional de medicamentos na sua prática profissional / Thaís Scalco. -- 2021. 82 f.
Orientador: Tânia Alves Amador.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Porto Alegre, BR-RS, 2021.

1. Agentes Comunitários de Saúde. 2. Uso de Medicamentos. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Estratégia Saúde da Família. 5. Assistência Farmacêutica. I. Amador, Tânia Alves, orient. II. Título.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, saúde e força para chegar até aqui.

À minha família pelo amor, incentivo, compreensão e ensinamentos. Vocês são meus exemplos!

Ao Marcel, amado companheiro, por toda compreensão, carinho e cumplicidade.

À professora Dra. Tânia Alves Amador pela orientação, atenção, serenidade e suporte nessa jornada.

Às minhas colegas do PPGASFAR Cássia, Suellen e Roberta pelo incentivo e parceria, além da amizade construída ao longo desta caminhada. Obrigada!

À Secretaria de Saúde de Marau – RS pela disponibilidade de horários e colaboração na realização desta pesquisa.

Aos Agentes Comunitários de Saúde pela colaboração e por tornarem esse estudo possível.

À UFRGS e ao PPGASFAR pelo ensino de qualidade.

À todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para realização desse estudo.

Obrigada!

“Sem sonhos, a vida não tem brilho.
Sem metas, os sonhos não têm alicerces.
Sem prioridades, os sonhos não se tornam reais”.

Augusto Cury

RESUMO

Introdução: A promoção do uso racional de medicamentos (URM) é um desafio do Sistema Único de Saúde (SUS) e uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM). A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) é fundamental e estratégica para minimizar os riscos do uso inadequado de medicamentos. Os ACS entram nas casas, verificam as condições dos medicamentos, oferecem suporte para as equipes de saúde na identificação de possíveis e reais problemas relacionados ao uso de medicamentos. Nesse contexto, a participação do farmacêutico na Estratégia de Saúde da Família (ESF) é fundamental na promoção do URM por meio da orientação dos usuários e na educação permanente das equipes, inclusive dos ACS. É necessário reconhecer a importância dos ACS na atenção à saúde, identificar as suas fragilidades e potencialidades para que possam contribuir com a promoção do URM. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi descrever os conhecimentos e atitudes dos ACS acerca da orientação sobre o uso correto e racional de medicamentos nas comunidades. **Métodos:** Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e descritivo, por meio de aplicação de dois questionários aos ACS do município de Marau, Rio Grande do Sul (RS). O primeiro visou a identificação da formação e informação sobre medicamentos que os ACS possuíam, além das suas atitudes frente as situações envolvendo o uso de medicamentos, e o segundo buscou avaliar os conhecimentos dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos. Foram pesquisados 51 ACS, durante os meses de outubro e novembro de 2020. **Resultados:** A totalidade dos ACS investigados eram do sexo feminino (100,0%), 41,18% eram adultos jovens, tinham entre 30 e 40 anos, com média de idade de $39,01 \pm 10,07$ anos. A maioria possuía ensino médio completo (94,12%) e tinham acima de 3 anos de atuação (58,83%). Em relação à formação e informação sobre medicamentos, apesar de 47,06% das ACS investigadas já terem realizado algum curso relacionado à utilização de medicamentos, 98,04% sentem necessidade de formação e 74,51% admitem não ter conhecimentos suficientes para dar informações aos usuários sobre os medicamentos. A principal fonte de informação utilizada pelas ACS são as bulas (84,31%) e os enfermeiros são os profissionais de referência para solucionarem problemas (96,08%) e esclarecerem as dúvidas (74,51%) das ACS sobre a farmacoterapia dos usuários. Os idosos (96,08%) são os usuários que mais solicitam informações sobre os medicamentos. As informações mais solicitadas pelos usuários são a indicação terapêutica (72,55%), a frequência/horário de administração (54,90%) e a duração/período do tratamento (49,02%) dos medicamentos. Já as principais possíveis situações de risco identificadas pelas ACS foi a automedicação (88,24%), o horário de administração inadequado (70,59%) e a utilização da dose diferente da prescrita (66,67%). Dentre as ACS, 96,08% consideram importante a orientação das famílias sobre os medicamentos, mas 80,39% afirmam que precisam de capacitação contínua para realizar essa atividade. A média de acerto das ACS no instrumento de avaliação dos conhecimentos sobre medicamentos foi de $8,57 \pm 1,62$ questões, o que demonstrou um elevado nível de desempenho. **Conclusão:** É evidente a necessidade de inserir o farmacêutico e demais profissionais da saúde, no desenvolvimento de programas de educação permanente para as ACS, a fim de que esses profissionais desenvolvam competências e tenham segurança em atuar na promoção do URM nas comunidades.

Palavras-chave: *Agentes Comunitários de Saúde, Uso de Medicamentos, Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, Assistência Farmacêutica.*

ABSTRACT

Introduction: Promoting rational drug use (RDU) is a challenge for the Unified Health System (Sistema Único de Saúde - SUS) and one of the guidelines of the National Medicines Policy (NMP). The role of Community Health Workers (CHWs) is fundamental and strategic to minimize the risks of inappropriate use of medication. The CHWs enter the homes, check the conditions of the medications, offer support to the health teams in identifying possible and real problems related to the use of medications. In this context, the participation of the pharmacist in the Family Health Strategy (FHS) is essential in promoting the URM through user guidance and continuing education of the teams, including the CHWs. It is necessary to recognize the importance of CHWs in health care, identify their weaknesses and potential so that they can contribute to the promotion of the URM. **Aims:** The aim of this study was to describe the knowledge and attitudes of CHWs regarding guidance on the correct and rational use of medicines in communities. **Methods:** A cross-sectional quantitative and descriptive study was carried out through the application of two questionnaires to the CHWs in the municipality of Marau, Rio Grande do Sul (RS). The first aimed to identify the training and information about medications that the ACS had, in addition to their attitudes towards situations involving the use of medications, and the second sought to assess the knowledge of the CHWs about the correct and rational use of medications. 51 CHWs were surveyed during the months of October and November 2020. **Results:** All of the investigated CHWs were female (100.0%), 41.18% were young adults, aged between 30 and 40 years, with a mean age of 39.01 ± 10.07 years. Most had completed high school (94.12%) and had been working for more than 3 years (58.83%). Regarding training and information about medications, although 47.06% of the investigated CHWs had already taken a course related to the use of medications, 98.04% felt the need for training and 74.51% admitted not having sufficient knowledge to provide information to users about medications. The main source of information used by the CHWs are the package insert (84.31%) and the nurses are the reference professionals to solve problems (96.08%) and clarify the doubts (74.51%) of the CHWs about the pharmacotherapy of users. The elderly (96.08%) are the users who most request information about medications. The most requested information by users are the therapeutic indication (72.55%), the frequency/time of administration (54.90%) and the duration/period of treatment (49.02%) of the medications. The main possible risk situations identified by the CHWs were self-medication (88.24%), inadequate administration time (70.59%) and the use of a different dose than prescribed (66.67%). Among the CHWs, 96.08% consider the guidance of families about medications important, but 80.39% say they need continuous training to carry out this activity. The mean of correct answers of the CHWs in the instrument to assess knowledge about medications was 8.57 ± 1.62 questions, which demonstrated a high level of performance. **Conclusion:** The need to include the pharmacist and other health professionals in the development of continuing education programs for the CHWs is evident, so that these professionals develop skills and feel confident in working in the promotion of the URM in the communities.

Keywords: *Community Health Workers, Drug Utilization, Primary Health Care, Family Health Strategy, Pharmaceutical Services.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, capacitação e principais fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelas ACS. Marau, RS, 2020.....	34
Tabela 2 - Distribuição dos principais grupos de usuários que solicitam informações sobre medicamentos, principais informações solicitadas e possíveis fatores de risco identificados durante as visitas domiciliares das ACS. Marau, RS, 2020.....	43
Tabela 3 - Condutas adotadas por ACS em caso de dúvidas sobre medicamentos e opinião sobre orientar acerca do uso correto. Marau, RS, 2020.	44
Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de saúde da unidade que solucionam os problemas relacionados a farmacoterapia dos usuários identificados pelas ACS e esclarecem as suas dúvidas sobre os medicamentos. Marau, RS, 2020.	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição das 51 Agentes Comunitárias de Saúde nas Estratégias de Saúde da Família de Marau, RS, 2020.	29
Figura 2 - Distribuição do número de questões respondidas corretamente pelas ACS. Marau, RS, 2020.	48

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DEF	Dicionário de Especialidades Farmacêuticas
ESF	Estratégia Saúde da Família
GHC	Grupo Hospitalar Conceição
HED	Hospital Ernesto Dornelles
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NASF – AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNACS	Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

UFFS	Universidade Federal da Fronteira Sul
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo geral.....	13
2.2 Objetivos específicos.....	14
3 REVISÃO DO TEMA.....	14
3.1 A Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS).....	14
3.2 O ACS como promotor de saúde nas comunidades	18
3.3 A importância do URM na APS.....	21
4 MATERIAIS E MÉTODOS	25
4.1 Tipo do estudo.....	25
4.2 Local do estudo	25
4.3 População e amostra em estudo.....	26
4.4 Ética na pesquisa	26
4.5 Coleta de dados.....	27
4.6 Análise dos dados.....	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 Dados sociodemográficos e profissionais dos ACS de Marau, RS	29
5.2 Fatores que podem envolver uso inseguro de medicamentos pela comunidade de acordo com situações vivenciadas por ACS.....	35
5.3 Conhecimentos dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos	48
6 CONCLUSÃO	50
REFERÊNCIAS.....	53
ANEXOS	62
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	63

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) 66	
ANEXO C - Carta de Anuência.....	70
ANEXO D - Declaração de Concordância e Ciência	71
ANEXO E - Instrumento para Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde	72
ANEXO F - Instrumento para Avaliação dos Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Medicamentos.....	76

1 INTRODUÇÃO

A promoção do uso racional de medicamentos (URM) é um dos desafios a ser enfrentado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), visto que aparece como uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos (PNM). Desta forma, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) torna-se fundamental para minimizar os riscos do uso inadequado dessas substâncias e melhorar a qualidade de vida das pessoas em suas comunidades (NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008).

No cotidiano dos ACS surgem dúvidas dos usuários sobre problemas com a utilização de medicamentos, e estes realizam intervenções ou encaminham para a unidade de saúde. No entanto, os ACS não se consideram capazes para a promoção do uso correto e racional de medicamentos, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018). Outros estudos também destacaram a necessidade de formação e qualificação dos ACS quanto ao uso correto e racional de medicamentos (GUIMARÃES et al., 2017; MARQUES, 2008; NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008).

É necessário reconhecer a importância dos ACS na atenção à saúde, identificar as suas fragilidades e potencialidades para que possam contribuir efetivamente com a promoção do URM e com a qualidade do cuidado em saúde ofertado para a população. No entanto, não se pretende que o ACS se responsabilize pela orientação do uso correto de medicamentos, mas que identifique problemas advindos da utilização e faça o elo entre as necessidades do usuário e a equipe de saúde, para resolvê-las (SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018).

Os ACS possuem um papel essencial, uma vez que, entram nas casas dos usuários e verificam as condições dos medicamentos nos domicílios, desta forma são capazes de dar suporte para as equipes de saúde na identificação de possíveis e reais problemas relacionados com a utilização de medicamentos (LASTE et al., 2012).

Os ACS são os principais responsáveis pelo estabelecimento de vínculo entre comunidade e os profissionais da saúde, diminuindo a distância e criando uma relação de confiança entre os envolvidos (KAULING et al., 2013). Os ACS estão inseridos nos contextos das comunidades e conhecem seus hábitos, suas crenças, sua linguagem, sua cultura, sua rotina e seu entendimento sobre as informações prestadas. A atuação

dos ACS para a promoção do URM torna-se estratégico para a conscientização das comunidades (NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) é atribuição dos ACS o desenvolvimento de atividades que visem a promoção da saúde, prevenção das doenças e agravos, além da vigilância à saúde, por meio das visitas domiciliares e de ações educativas no âmbito individual e coletivo, que envolvam os domicílios e a comunidade (BRASIL, 2012a; BRASIL, 2017).

Ainda, é importante destacar que a capacitação dos ACS para necessidades básicas da Assistência Farmacêutica colabora para o incremento de ações que visem à promoção do uso racional e correto dos medicamentos (REIS; VITOR, 2014).

O farmacêutico não faz parte da equipe mínima da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no entanto a sua participação é fundamental na promoção do URM por meio da orientação dos usuários e na educação permanente das equipes, inclusive dos ACS, bem como para a garantia da integralidade do cuidado em saúde (FOPPA et al., 2008).

Os ACS estão em constante contato com os usuários de medicamentos, e estes geralmente possuem dúvidas e questionamentos em relação ao uso destes produtos. Dessa forma, os ACS podem auxiliar a população de seus territórios promovendo o uso correto e racional de medicamentos por meio de suas atitudes, no entanto eles não possuem uma formação específica na área que os encoraje na realização desta prática. Por este motivo é recomendável que se identifique os conhecimentos pré-existentes do ACS e promover ações que os capacitem na promoção do uso correto e seguro de medicamentos.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Este estudo teve por objetivo descrever os conhecimentos e atitudes dos ACS, que atuam no município de Marau, no estado do Rio Grande do Sul (RS), acerca do uso correto e racional de medicamentos nas comunidades.

2.2 Objetivos específicos

Este estudo propôs alcançar os seguintes objetivos específicos:

- a) Descrever os ACS quanto aos dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e tempo de atuação no cargo);
- b) Identificar a formação e informações que os ACS possuem sobre uso correto e racional de medicamentos;
- c) Identificar as categorias de usuários que mais possuem dúvidas e as informações mais solicitadas pelos usuários aos ACS sobre medicamentos;
- d) Identificar os profissionais da ESF que solucionam e esclarecem as dúvidas e problemas sobre farmacoterapia entre usuários e ACS;
- e) Descrever as possíveis situações de risco que envolvem a farmacoterapia, identificadas pelos ACS;
- f) Descrever o conhecimento dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos.

3 REVISÃO DO TEMA

3.1 A Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Mesmo que a concepção moderna da Atenção Primária à Saúde (APS) tenha ocorrido em diversos países a partir de 1920, a institucionalização mundial ocorreu na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, em 1978 (MENDES, 2015).

Na conferência da Alma-Ata a APS foi definida como:

Cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação (OMS/ UNICEF, 1979, p. 3).

No Brasil, a APS também se desenvolveu a partir dos anos 20, marcada por vários ciclos. No entanto, a enorme expansão dos cuidados primários em saúde no

Brasil ocorreu com a instituição do SUS em 1990, seguida da implantação do Programa Saúde da Família (PSF), vigente até os dias de hoje na saúde pública brasileira. Esse ciclo foi denominado de ciclo da Atenção Básica à Saúde, que teve sua origem da experiência do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida no Ceará (MENDES, 2015).

A origem de um trabalho semelhante ao realizado pelos ACS ocorreu com as visitadoras sanitárias que na época estavam ligadas ao Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), criado em 1942, e tinham como função realizar visitas domiciliares, atividades de promoção à saúde, prevenção de doenças, monitoramento e acompanhamento de grupos de risco, além de vigilância sanitária. Outro programa importante que consolidou o perfil do ACS foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) que surgiu no Nordeste em 1976, e privilegiava o recrutamento de auxiliares que morassem no local. Já em 1987, o Programa de Agentes de Saúde do Ceará que surgiu como um auxílio às populações atingidas pela seca se transformou em uma ampla ação de promoção à saúde. Com a aprovação da Constituição e do SUS, em 1991 foi criado o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PNACS), com o objetivo de unir as várias ações que existiam espalhadas pelo país (MATHIAS, 2008).

Mesmo que a origem dos ACS seja anterior às políticas públicas que instituíram esse profissional no SUS, foi a partir da criação destas políticas que o ACS surge formalmente com uma ocupação reconhecida nacionalmente. Em 1991, no Brasil nasce o PNACS, que no ano seguinte, teve sua denominação alterada para PACS. A implantação desses programas iniciou nos estados do Nordeste, priorizando ações na área materno-infantil e foram fundamentais para o lançamento do PSF em 1994 (BORNSTEIN, 2016).

O Ministério da Saúde percebeu a importância dos ACS, a partir das experiências exitosas acumuladas por esses profissionais nos serviços básicos de saúde, e começou a focalizar a família e não mais somente o indivíduo. Surgiu então a necessidade de acrescentar novos profissionais, para que os ACS não trabalhassem de forma isolada, o que já acontecia no Ceará com a supervisão do trabalho do ACS pelo enfermeiro (ROSA; LABATE, 2005).

Em 1996, o nome PSF foi substituído por ESF, uma vez que os programas possuem um caráter vertical e enfocados em determinado problema. A partir de então, a Saúde da Família é considerada pelo Ministério da Saúde como estratégia de

reorganização da saúde no Brasil e consolidação do SUS (BORNSTEIN, 2016). Determina o atendimento do indivíduo e família, de forma integral e contínua, com ações voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, com enfoque na família em seu ambiente físico e social. A Saúde da Família estrutura os serviços de saúde, de modo que os profissionais estejam mais próximos do seu elemento de trabalho, isto significa, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades e prestam a assistência por meio de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, de acordo com as reais necessidades da população (ROSA; LABATE, 2005).

A reorientação da atenção à saúde é ainda mais materializada com a PNAB publicada em 2006, na intenção de substituir o modelo biomédico de assistência à saúde, que priorizava a cura de doenças e a demanda espontânea, por um modelo que aborde a promoção de saúde e prevenção de doenças, com enfoque nas famílias em seus territórios, uma vez que a determinação social da saúde é melhor compreendida (BORNSTEIN, 2016).

Na PNAB, publicada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, a Atenção Básica em Saúde assume a seguinte definição:

Conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, texto digital).

Segundo Mendes (2015) os atributos da APS compreendem o primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Já as funções estabelecidas são resolubilidade, comunicação e responsabilização. Ainda, o autor considera que somente haverá uma APS de qualidade, eficiente e efetiva quando todos os atributos forem operacionalizados e cumprirem suas funções.

É estimado que quando as Equipes de Saúde da Família funcionam satisfatoriamente são capazes de resolver até 85% dos problemas de saúde da população, por meio de um atendimento elevado, prevenindo doenças, evitando internações e melhorando a qualidade de vida da comunidade (ROSA; LABATE, 2005). Além disso, a APS é capaz de absorver e resolver a maioria dos problemas, sem encaminhamentos a outros níveis de atenção à saúde (MENDES, 2015).

Um dos problemas evidenciados ao longo desses anos ao analisar a APS, é a visão estereotipada que os cuidados primários em saúde são simples. No entanto, a APS cuida dos problemas mais prevalentes de saúde da população, geralmente com baixa densidade tecnológica, mas isso não significa que as condições atendidas não sejam complexas (MENDES, 2015).

Existem evidências robustas internacionais dos resultados positivos dos sistemas de saúde com forte orientação para a APS, uma vez que são mais adequados, pois se organizam a partir das demandas da população, mais efetivos para enfrentar o predomínio das condições crônicas, mais eficientes pois apresentam os menores custos, mais equitativos pois discriminam positivamente grupos e regiões menos favorecidas e com maior qualidade porque enfatizam a promoção da saúde e a prevenção de doenças por meio de tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde (MENDES, 2015).

Segundo a PNAB, a Atenção Básica é a principal porta de entrada do sistema de saúde e o centro de comunicação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), além disso ela coordena o cuidado e ordena as ações e serviços disponibilizados. A Saúde da Família é compreendida como a estratégia prioritária para expandir e consolidar a Atenção Básica à Saúde (BRASIL, 2017).

Segundo a PNAB, publicada pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, as Equipes de Saúde da Família são compostas, no mínimo por médico e enfermeiro, ambos preferencialmente especialistas em Saúde da Família e Comunidade, além de auxiliar e/ou técnico em enfermagem e ACS. Também podem fazer parte das equipes agentes de combate as endemias e os profissionais de saúde bucal. O número de ACS deve ser definido de acordo com a base populacional, além de critérios demográficos, epidemiológicos e socioeconômicos. Em locais de grande dispersão territorial, áreas de risco e vulnerabilidade social é recomendado 100% de cobertura, com no máximo 750 pessoas por ACS. Além disso, a população adscrita deve ser de até 2.000 a 3.500 pessoas por equipe, localizada dentro do território, a fim de garantir os princípios e diretrizes da Atenção Básica (BRASIL, 2017).

Na PNAB, publicada pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, era previsto que número de ACS deveria ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família. Além disso, estava também previsto a existência de um enfermeiro para até no máximo 12 ACS e no mínimo 04, constituindo assim uma equipe de ACS,

não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Ainda, cada Equipe de Saúde da Família deveria ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, mas a média recomendada era de 3.000. Nesta portaria, não estava previsto a presença dos agentes de combate a endemias nas Equipes de Saúde da Família (BRASIL, 2011).

Dentro da integralidade proposta pela implementação do SUS é preciso considerar o medicamento como insumo essencial no desenvolvimento de ações para a promoção do cuidado em saúde. Entretanto, apesar das diretrizes de acesso aos medicamentos estarem presentes na PNAB, o farmacêutico não está incorporado nas equipes, logo o acompanhamento da farmacoterapia fica sob responsabilidade dos médicos, enfermeiros e também dos ACS (MARQUES, 2008).

3.2 O ACS como promotor de saúde nas comunidades

O ACS é o componente da equipe que reside na área de atuação, o que estabelece uma ideia de aproximação e conhecimento das condições de vida, atributos culturais e a dinâmica social e familiar da população atendida (BORNSTEIN, 2016). Uma característica especial deste profissional é a facilidade de comunicação com as famílias, uma vez que eles transmitem as informações e estabelecem um diálogo com elas, aproximando o serviço de saúde das comunidades (BRASIL, 2010).

Dentre as atribuições dos ACS, estabelecidas pela PNAB, é possível destacar sua importância no diagnóstico do território, a fim de mapear a área de atuação da equipe, o desenvolvimento de ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos, e de vigilância, por meio de atividades educativas individuais e coletivas na UBS (Unidade Básica de Saúde), nos domicílios ou nas comunidades e a realização das visitas domiciliares (BRASIL, 2017).

Ainda, as atribuições específicas dos ACS que deverão ser desenvolvidas em sua área de abrangência são: realizar a adscrição, cadastrar os indivíduos e famílias e atualizar os dados permanentemente; coletar informações que apoiem o diagnóstico da comunidade; registrar os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos, para fins de planejamento e acompanhamento; desenvolver ações para integração da equipe de saúde e a comunidade; informar os usuários sobre datas e horários de consultas e exames; participar de processos de regulação para acompanhar as

necessidades dos usuários e exercer outras atribuições que lhe forem conferidas (BRASIL, 2017).

Com a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, em 2017, é observado que as Equipes de Atenção Básica podem não ter em sua composição o ACS, mesmo que a política defina que essas equipes devam seguir os mesmos princípios e diretrizes das Equipes de Saúde da Família, e que deva ter um caráter transitório. É um fato importante de ser mencionado uma vez que o ACS é primordial na mobilização e orientação das comunidades. Outra alteração importante trazida pela reformulação da PNAB, publicada pela Portaria nº 2.436/ 2017, é a descaracterização do trabalho do ACS, visto que ocorre a priorização de atividades clínicas no escopo de suas atribuições (ALMEIDA et al., 2018).

Conforme a PNAB, instituída pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, não constava a definição de Equipes de Atenção Básica, apenas as Equipes de Saúde da Família, deste modo a presença do ACS era obrigatória, com no máximo de 12 ACS por equipe. Com a publicação da PNAB, pela Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, continua a ser obrigatório a presença do ACS nas Equipes de Saúde da Família, sem constar um número máximo por equipe. Entretanto, surge também a denominação de Equipes de Atenção Básica, visto que é facultado a presença do ACS na sua composição (BRASIL, 2011; BRASIL, 2017).

Segundo a PNAB, (Portaria nº 2.436/2017), podem ser consideradas atividades dos ACS, realizadas em caráter excepcional e assistidas por profissional de saúde de nível superior, após treinamento, a aferição da pressão e temperatura axilar, medição da glicemia capilar, realização de técnicas limpas de curativo e a indicação de necessidade de internação hospitalar e domiciliar (BRASIL, 2017). Com a incorporação dessas novas atribuições existe a possibilidade de descaracterizar a natureza educativa do ACS na promoção da saúde e prevenção de doenças, por meio da realização de procedimentos considerados mais curativos e geralmente desenvolvidos pelo técnico de enfermagem, o que pode ocasionar a fragilização da categoria e possibilidade de extinção (SILVA et al., 2020).

A atuação do ACS na Atenção Básica é fundamental para a concretização do conceito ampliado de saúde e pode ser considerado um elemento nuclear das ações em saúde. Esse profissional atua na orientação da comunidade e informação da equipe de saúde sobre as situações das famílias, sobretudo aquelas em apresentam maior vulnerabilidade social, se tornando um sujeito articulador (COSTA et al., 2013).

O trabalho na Atenção Básica se caracteriza por diversas ações, entre elas a Promoção da Saúde, que estimula a obtenção de novas atitudes pelas pessoas, favorecendo modificações para modos de vida mais saudáveis e sustentáveis (BRASIL, 2017). Dessa forma, a atuação do ACS na educação em saúde é primordial para a participação dos usuários nos serviços de saúde e consolidação das intervenções nas comunidades (MARQUES, 2008), e neste contexto, as visitas domiciliares são consideradas o principal instrumento de trabalho utilizado pelos ACS (GAMA, 2018).

Alguns estudos foram realizados com a atuação do ACS em outros países, como por exemplo, um estudo randomizado e controlado que foi elaborado nos Estados Unidos demonstrou que a visita domiciliar pelos ACS para crianças com asma não controlada aumentou os dias sem sintomas e a qualidade de vida do cuidador, além de reduzir a utilização e os custos de cuidados de saúde urgentes (CAMPBELL et al., 2015).

Ao evidenciar o ACS como educador, na perspectiva da educação popular em saúde é reconhecido seu papel mediador na transformação das práticas em saúde, uma vez que está inserido como sujeito popular, e também vinculado aos serviços (STOTZ; DAVID; BORNSTEIN, 2009). Ao unir culturas distintas, do saber científico e do popular, o profissional passa a ser uma ligação cultural, proporcionando mais impulso ao trabalho educativo (MARQUES, 2008).

O ACS é um elemento fundamental para a gestão das informações seguras sobre o uso correto e racional de medicamentos e para manter a qualidade de vida das pessoas atendidas nas comunidades. A promoção do URM por meio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e consumo, caracterizam o medicamento como um instrumento para ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. A partir disso, o Ministério da Saúde lançou em 2006 uma nova edição do manual “O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos”, a fim de preparar os ACS para ampliar as ações de saúde e URM no SUS. Dentre os temas abordados estão conceitos básicos sobre os medicamentos, diagnóstico e o perfil de utilização na comunidade, orientação das famílias sobre o uso correto, ações de farmacovigilância, armazenamento domiciliar e riscos da automedicação (BRASIL, 2006b).

Um inquérito nacional, realizado em 2015, que contemplou ACS distribuídos nas unidades de APS no Brasil, demonstrou que entre 20 a 25% dos ACS referiram

espontaneamente que entregavam medicamentos e orientavam quanto ao seu uso durante as visitas domiciliares (NUNES et al., 2018). O ACS precisa assumir o papel ativo na comunidade, por meio do trabalho em conjunto com a equipe de saúde e as famílias, na garantia dos medicamentos essenciais, nas orientações sobre os cuidados na utilização e armazenamento dos medicamentos, no auxílio da adesão aos tratamentos propostos e na orientação adequada sobre os riscos da automedicação (BRASIL, 2006b).

A Educação Permanente é necessária nos espaços de prática, a fim de qualificar os ACS, para que possam realizar suas legítimas atribuições na comunidade e na Equipe de Saúde da Família (COSTA et al., 2013). A Educação Permanente em Saúde é compreendida como a aprendizagem que ocorre no trabalho, local onde o aprender e o ensinar está no cotidiano, transformando as práticas dos trabalhadores em saúde (BRASIL, 2017).

Algumas pesquisas realizadas em várias regiões no país buscaram compreender a relação entre os ACS e o uso de medicamentos pelas famílias nas comunidades, por meio da sua rotina de trabalho com as equipes de saúde e durante as visitas domiciliares, a fim de compreender o papel deste profissional na orientação da farmacoterapia. Em todos os estudos foi afirmado a importância do ACS na promoção do URM, no entanto é ressaltado a necessidade de capacitá-los para que eles se sintam capazes em realizar essa atividade de promoção a saúde na comunidade (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; KAULING et al., 2013; MARQUES, 2008; NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008; SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018).

3.3 A importância do URM na APS

Desde a criação do SUS, com a Lei nº 8.080/1990, que regulamentou as ações e serviços de saúde, em todo o território nacional, está incluído no campo de atuação do SUS, a execução de ações de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica (BRASIL, 1990).

Já em 1998, a Portaria nº 3.916 aprovou a PNM, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, com o propósito de garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população daqueles considerados essenciais. A presença do estímulo ao uso irracional e

desnecessário de medicamentos, além da automedicação na sociedade brasileira, contribuem para um aumento na utilização destes produtos, o que implica na necessidade de promover o seu uso racional, reorientar as práticas e criar um espaço educativo para as equipes de saúde e usuários (BRASIL, 2001).

A promoção do URM é uma das diretrizes da PNM e possui como definição:

Processo que compreende a prescrição apropriada; a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis; a dispensação em condições adequadas; e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 2001, p. 37).

Ainda, a PNM estabelece que devem ser priorizados os processos educativos de usuários, consumidores, prescritores e dispensadores sobre os riscos da automedicação, não adesão aos tratamentos, alteração do medicamento prescrito e utilização de medicamentos tarjados sem prescrição. Além disso, determina que a propaganda de produtos farmacêuticos deverá respeitar todas as normas legais vigentes e diretrizes éticas (BRASIL, 2001).

Em 2004, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) por meio da Resolução nº 338, que determina em um de seus eixos estratégicos a promoção do URM, por meio de ações que disciplinem a prescrição, a dispensação e o consumo (BRASIL, 2004).

É estimado que em torno de 60% de todos os pacientes atendidos pelo sistema de saúde no Brasil sofram de alguma morbidade relacionada a medicamentos, e destes casos 53% são considerados evitáveis. O mesmo estudo estimou que as morbidades relacionadas a medicamentos no Brasil chegam a custar cinco vezes o valor investido pelo Ministério da Saúde para garantir medicamentos gratuitos no sistema de saúde. Dessa forma, profissionais e gestores devem ficar atentos para diminuir a morbidade relacionada a medicamentos, por meio de uma avaliação segura da farmacoterapia e acompanhamento farmacoterapêutico nos diversos níveis de atenção, para o reconhecimento precoce de problemas relacionados aos medicamentos (FREITAS et al., 2018).

O processo de reorientação da Assistência Farmacêutica no Brasil, principalmente após a publicação da PNM e da PNAF é manifestada gradualmente na mudança do seu paradigma técnico (medicamento) para uma abordagem orientada ao usuário. Um estudo integrante da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e

Promoção do URM demonstrou que apesar do trabalho do farmacêutico ainda estar centralizado no ciclo logístico dos medicamentos, também envolve atividades direcionadas à atenção dos usuários, o que pode significar um aperfeiçoamento das práticas ou expectativa de mudança no processo de trabalho do farmacêutico nos serviços de saúde. Essas mudanças permitem aos farmacêuticos assumirem uma conduta multidisciplinar e colaborativa, a fim de alcançar os objetivos da atenção à saúde (COSTA et al., 2017).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou em 2017 o terceiro Desafio Global para a Segurança do Paciente com o tema “Medicação sem Danos”. A iniciativa visa reduzir em 50% os danos graves e evitáveis associados a medicamentos em todos os países no período de cinco anos. A proposta coloca maneiras de melhorar a prescrição, distribuição e consumo, além de aumentar a conscientização entre os usuários sobre os riscos envolvendo o uso indevido de medicamentos (OMS, 2017).

Os erros relacionados aos medicamentos causam ao menos uma morte todos os dias nos Estados Unidos, e ainda, prejudicam aproximadamente 1,3 milhões de pessoas anualmente no território estadunidense. O desafio global convoca os países a estabelecerem medidas e abordarem os fatores: medicamentos com alto risco de dano; pacientes que tomam diversos medicamentos e usuários que passam por diferentes níveis de atenção à saúde, com o propósito de reduzir os erros e danos por esses produtos (OMS, 2017).

Os erros que resultam em danos graves, podem ser cometidos por profissionais de saúde, bem como pelos pacientes, quando ordenam, prescrevem, dispensam, preparam, administram ou consomem o medicamento errado, ou na dose errada ou no momento errado. No entanto, todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis. Uma cultura organizacional que não ocorre a culpabilização quando ocorrem erros é o melhor ambiente para cuidados seguros (OMS, 2017).

A utilização inadequada, abusiva ou insuficiente dos medicamentos prejudica a população, além de ocasionar custos ao sistema de saúde. O uso incorreto de medicamentos no Brasil é oriundo de diversos fatores, entre eles a polifarmácia, o uso irracional de antimicrobianos, a automedicação, a prescrição não orientadas por diretrizes clínicas e uma grande quantidade de fármacos disponíveis comercialmente (WANNMACHER, 2012).

O uso de medicamentos, como recurso terapêutico, tornou-se o principal instrumento tecnológico na saúde, principalmente após a Segunda Guerra Mundial,

com os avanços na ciência e de recursos capazes de avaliar a segurança e eficácia dos fármacos. No entanto, o medicamento não é considerado apenas um recurso terapêutico, mas também admitiu a forma de mercadoria, oriundo do processo de industrialização e capitalismo presente na sociedade atual (RENOVATO, 2008).

Para que o URM ocorra efetivamente é necessária a participação de vários atores sociais, como usuários, profissionais de saúde, formuladores de políticas públicas, indústria, comércio e governo, uma vez que se trata de um problema complexo que envolvem ações no âmbito coletivo (AQUINO, 2008).

A orientação para o URM deve ser compartilhada entre os profissionais nas várias etapas da Assistência Farmacêutica, como na prescrição, na dispensação e no acompanhamento farmacoterapêutico. Os profissionais farmacêuticos operam na interface da dispensação e distribuição, e desta forma garantem a qualidade no cuidado à saúde (MARQUES, 2008).

Um estudo realizado em uma UBS do município de São Paulo demonstrou que a integração do farmacêutico na equipe multiprofissional reduziu a falta de medicamentos, melhorou a qualidade da prescrição, reduziu o número de medicamentos prescritos e obteve um maior nível de aceitação nas recomendações de alterações da farmacoterapia, portanto demonstrou que as intervenções realizadas pelo farmacêutico colaboraram para o acesso e promoção do URM (MELO; CASTRO, 2017).

Outro estudo realizado em um município no Norte do Paraná, avaliou a adesão a terapia farmacológica contínua em indivíduos com mais de 40 anos de idade, e estimou uma prevalência de não adesão de 63,50%. Os fatores relacionados a não adesão no estudo foram o não acompanhamento pelo ACS, descontinuidade no acesso gratuito aos medicamentos e a complexidade/elevada frequência de utilização dos medicamentos ao longo do dia. Os fatores associados a não adesão no estudo não se referem diretamente ao indivíduo, o que aponta para as necessidades de estruturação dos serviços de saúde e de atuação dos profissionais. Para que haja integralidade é preciso oferecer acompanhamento farmacoterapêutico, principalmente aos usuários mais propensos a descontinuação da terapia proposta. A não adesão pode ocasionar impactos negativos no âmbito individual e coletivo (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014).

Os ACS como transformadores de atitudes dos usuários, por meio da educação em saúde e criação de rotinas eficazes e seguras para o uso de medicamentos pela

comunidade, trazem benefícios na cura de doenças e na continuidade dos tratamentos dos pacientes crônicos, com consequente melhoria da qualidade de vida da população (CASTRO et al., 2019).

Diante do exposto, os ACS possuem um papel fundamental, pois vivem próximos das famílias e fornecem suporte para as equipes de saúde, na detecção de problemas relacionados aos medicamentos dos usuários. Entretanto, necessitam de capacitação para poderem identificar as situações de risco nas comunidades (GAMA, 2018).

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 Tipo do estudo

Foi realizado um estudo transversal, quantitativo e descritivo, por meio da aplicação de dois questionários, instrumentos para a coleta de dados com os ACS do município de Marau, RS, durante os meses de outubro e novembro de 2020.

4.2 Local do estudo

O município de Marau, RS está localizado na região Nordeste Rio-Grandense, pertencendo a 6ª Coordenadoria Regional de Saúde e a Região de Saúde 17 – Planalto (RIO GRANDE DO SUL, 2020). O município tem uma população estimada em 2020, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), de 44.858 habitantes (IBGE, 2021).

Em relação a área da saúde, o município de Marau, RS é estruturado com 12 Estratégias da Saúde da Família (ESF), o que permite ter 100 % de cobertura. As equipes são formadas por médico (40 horas semanais), enfermeiro (40 horas semanais), técnico de enfermagem (40 horas semanais), ACS (40 horas semanais), auxiliar de limpeza (40 horas), auxiliar administrativo (40 horas semanais), cirurgião-dentista e auxiliar em saúde bucal (20 horas semanais), psicólogo (20 horas semanais), e, também, algumas unidades de saúde que possuem dispensação de medicamentos contam com farmacêutico (20 horas).

Além disso, duas destas unidades, são cenários de prática dos alunos do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Atenção Básica, iniciado em

2013 pelo Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (BRASIL, 2014a), e atualmente regulamentado pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), nas especialidades de Enfermagem, Farmácia e Psicologia, com o propósito do município cooperar na formação de recursos humanos na área da saúde, principalmente para a Atenção Básica.

A dispensação de medicamentos no município de Marau, RS até março de 2020, ocorria na Farmácia Central (40 horas semanais) e em mais cinco unidades de saúde do município (20 horas em cada), locais considerados estratégicos para dispensação. A dispensação ocorre sempre com a presença do farmacêutico e o município possui atualmente cinco farmacêuticos, um exclusivo para atividades de vigilância sanitária e os demais envolvidos na Assistência Farmacêutica. No entanto, em decorrência da situação de saúde pública produzida pela pandemia do novo coronavírus, a dispensação, durante todo o período de situação de emergência da saúde coletiva, ocorreu apenas na Farmácia Central (40 horas) e nas duas ESF que são cenários de prática para a Residência Multiprofissional em Saúde (20 horas cada). Logo, durante a realização deste estudo, apenas duas ESF contavam com farmácia e farmacêutico, com carga horária de 20 horas semanais.

4.3 População e amostra em estudo

O município de Marau, RS possui no total 64 cargos criados para ACS, desta forma a amostra correspondeu a totalidade de ACS que preencheram os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo.

Os critérios de inclusão constituíam na presença dos ACS na data previamente agendada com cada enfermeira responsável pela unidade de saúde, na aceitação em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – ANEXO A) e no preenchimento e resolução dos questionários propostos. No entanto, os critérios de exclusão foram os ACS que não responderam aos questionários ou que desistiram de participar do estudo durante a pesquisa.

4.4 Ética na pesquisa

Esta pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Ernesto Dorneles (HED) sob o parecer de aprovação 4.276.132 de 14 de

setembro de 2020, (ANEXO B). Além disso, obteve autorização para ser realizada pelo Secretário de Saúde do Município de Marau, RS, conforme Anexo C. Ainda, obteve ciência e concordância da enfermeira responsável de cada unidade de saúde, conforme Anexo D.

Os ACS que aceitaram participar da pesquisa assinaram o TCLE, conforme estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde CNS 466/2012, dado que considera o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção aos participantes de pesquisas científicas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Os riscos da pesquisa foram caracterizados como mínimos, o que poderia ocasionar algum desconforto ao dispender em torno de 60 minutos para responder os questionários, e a identificação dos participantes que foi evitada por meio de sigilo de dados pessoais e confidenciais.

Já os benefícios, embora caracterizados como indiretos, constituíram-se na contribuição para à literatura de dados referentes ao tema, uma vez que a questão de pesquisa é de relevância para a saúde pública, além da possibilidade desta pesquisa criar e/ou aprimorar espaços de educação permanente para os ACS.

4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada durante os meses de outubro e novembro de 2020 por meio da aplicação do instrumento de coleta de dados, constituído por dois questionários (ANEXO E e ANEXO F). A coleta dos dados foi conduzida pela farmacêutica e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica que é desenvolvido em rede com Instituições de Ensino Superior.

Previamente à coleta de dados, a pesquisadora apresentou a proposta de estudo para as enfermeiras responsáveis por cada uma das unidades de saúde. Também foi explicado para os ACS o objetivo do estudo e a forma de aplicação dos questionários. Os questionários foram entregues para que os ACS pudessem preencher e refletir sobre a resposta mais adequada para cada questão, conforme sua dinâmica de atuação e conhecimento sobre a temática. A coleta de dados ocorreu em cada ESF, em data previamente agendada com a Enfermeira Responsável, em ambiente reservado e seguiu as recomendações sanitárias preventivas do novo coronavírus.

A coleta de dados foi realizada por meio da aplicação de dois instrumentos de coleta de dados, visto que o primeiro visou à caracterização da população, conhecer a formação e informação sobre medicamentos que os ACS possuem, além das atitudes dos ACS frente às situações envolvendo o uso de medicamentos na comunidade (ANEXO E). Já o segundo buscou avaliar os conhecimentos dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos (ANEXO F). O instrumento de coleta dos dados avaliativos sobre o uso correto e racional de medicamentos (ANEXO F) foi composto por dez questões objetivas desenvolvidas pelo Ministério da Saúde no Curso de Capacitação “O trabalho do agente comunitário de saúde na promoção do uso correto de medicamentos” (BRASIL, 2006b).

Os instrumentos de coleta de dados (ANEXO E; ANEXO F) foram construídos a partir dos questionários elaborados por Marques (2008), uma vez que obtiveram validação aparente e de conteúdo por este mesmo autor, em sua dissertação. Por meio do contato, via e-mail, o autor que elaborou e realizou a validação dos questionários, autorizou a utilização nesta pesquisa.

4.6 Análise dos dados

Os dados foram armazenados em planilhas no *software* Microsoft Excel. A digitação foi validada, mediante dupla conferência. As variáveis selecionadas foram: sexo, faixa etária, escolaridade, tempo de serviço, número de famílias atendidas pelos ACS por semana, realização de capacitação específica, frequência de debates em equipe sobre medicamentos no último mês, dúvidas frequentes de usuários sobre a farmacoterapia, frequência de perguntas sobre medicamentos pelos usuários na última semana, entre outras, além do teste de conhecimentos dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos (ANEXO F), contabilizando o número de acertos de cada ACS.

Foi realizada análise estatística descritiva, com frequência, porcentagem, média e desvio padrão, conforme o tipo de variável. Também foram criadas tabelas de referências cruzadas ou *Crosstabs*, para verificar a relação entre duas ou mais variáveis.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dados sociodemográficos e profissionais dos ACS de Marau, RS

No período da coleta dos dados, o município estava com cinco cargos vagos para ACS, dois em licença-saúde, dois em licença-maternidade e três dispensados do comparecimento ao trabalho por se enquadrarem no Artigo 4, do Decreto 5.645 de 19 de março de 2020 (MUNICÍPIO DE MARAU, 2020), que decretou situação de emergência e estabeleceu medidas complementares à prevenção do novo coronavírus no âmbito do município de Marau, RS. Além disso, durante a coleta de dados aconteceu uma recusa em participar do estudo. Desta forma, 51 ACS responderam o instrumento de coleta de dados e formaram a amostra do estudo. A distribuição dos ACS nas unidades de ESF é apresentada na Figura 1.

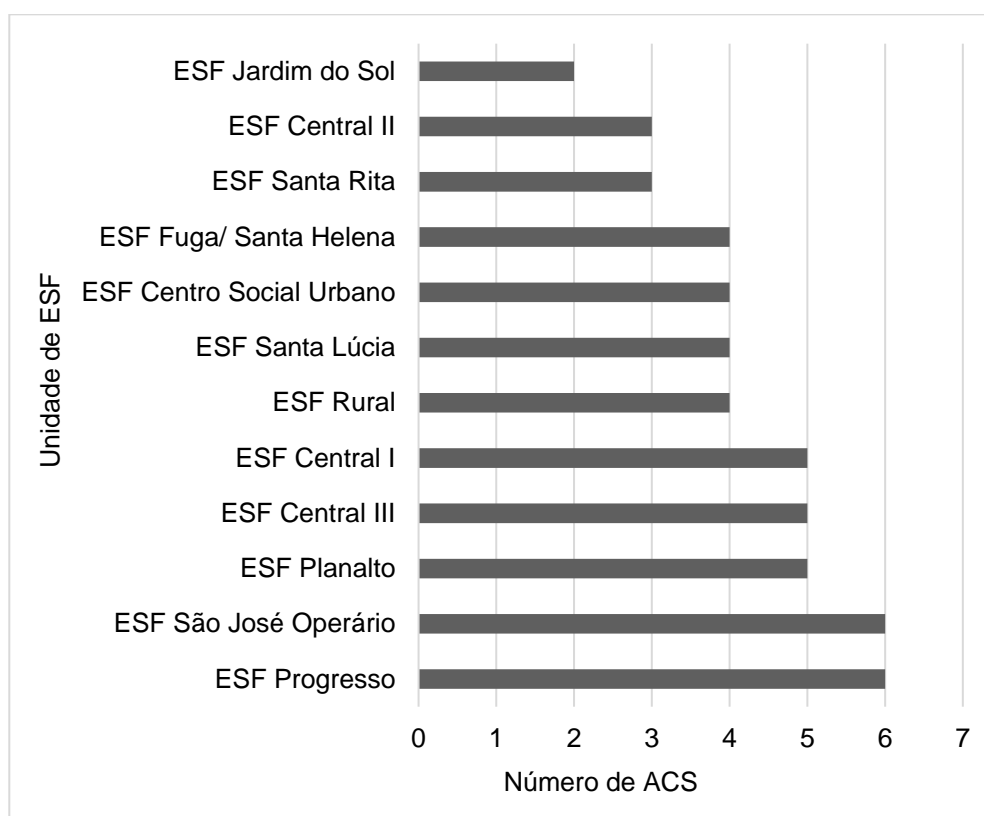


Figura 1 - Distribuição das 51 Agentes Comunitárias de Saúde nas Estratégias de Saúde da Família de Marau, RS, 2020.

Os dados desta seção estão apresentados e detalhados na Tabela 1.

As ACS participantes deste estudo eram 100% (n=51) do sexo feminino. A média de idade foi de $39,01 \pm 10,07$ anos, caracterizadas como adultos jovens, na

faixa etária de 31 a 40 anos (n=21). Esses dados apresentam similaridade com outros estudos em diferentes regiões brasileiras, que também apontaram maior frequência de ACS do sexo feminino (FONSECA, 2019; GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; KAULING et al., 2013; PEDRAZA; SANTOS, 2017; SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018) e de adultos jovens (FONSECA, 2019; GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; PEDRAZA; SANTOS, 2017).

De maneira geral as profissões de saúde, como Enfermagem e Farmácia e cursos técnicos de Enfermagem, são predominantemente formadas por mulheres (MATOS; TOASSI; OLIVEIRA, 2013), portanto, é admissível imaginar que a profissão de ACS seria similar. A maioria dos estudos atribuem esse fenômeno, denominado de *feminização*, à característica cuidadora confiada às mulheres, majoritariamente responsável pelo cuidado de crianças, idosos e, portanto, com maior confiabilidade junto às comunidades atendidas por esses profissionais (FONSECA, 2019; GARCIA et al., 2017; PEDRAZA; SANTOS, 2017).

A maioria, ou seja, 94,12% (n=48) das ACS de Marau, RS possuem ensino médio completo. De fato, segundo a Lei nº 13.595/2018 (BRASIL, 2018a) a escolaridade exigida para o cargo de ACS é o ensino médio completo. No entanto, é observado neste estudo que 45,10% (n=23) possuem nível de escolaridade superior a exigida. Desses (45,10%), ensino Superior Incompleto representa 21,57% (n=11), Superior Completo 13,73% (n=7) e Técnico 9,80% (n=5). Resultados semelhantes foram encontrados em Mato Grosso (CABRAL; GLERIANO; NASCIMENTO, 2019), Sergipe (GAMA, 2018) e Tocantins (GUIMARÃES et al., 2017). A análise de variáveis cruzadas apontou que as ACS com curso superior incompleto são do curso de Direito (n=3) e duas delas entraram no serviço há seis meses, seguido de Ciências Contábeis e Administração, que ingressaram há seis ou sete meses. O fato de pessoas com profissões tão distintas da área da saúde estarem ingressando como ACS, pode estar relacionado a alta taxa de desemprego e associado aos problemas econômicos no país.

A média do tempo de trabalho na função de ACS foi de $72,20 \pm 63,40$ meses com mínima de 6 e máxima de 240 meses. No entanto, é importante notar que 45,10% (n=23) ACS já exerciam esse trabalho há mais de seis anos e que 35,29% (n=18) estavam há menos de um ano no exercício da função. A baixa rotatividade de profissionais é importante para aumentar o vínculo do ACS com a comunidade, conhecer as necessidades da população e compreender as suas funções como

profissional da saúde (GAMA, 2018). A criação do vínculo ao longo do tempo e a confiança entre profissionais e usuários, proporciona facilidade nos tratamentos de uso contínuo, cooperação para a adesão ao tratamento e evita consultas desnecessárias e sem resolutividade (CABRAL; GLERIANO; NASCIMENTO, 2019).

Para a aquisição de conhecimento das ACS sobre temas relacionados aos medicamentos, elas foram questionadas acerca da presença em cursos de capacitação e a percepção da importância em realizar esses cursos. As ACS também foram perguntadas se consideravam capacitadas suficientemente para informar a população sobre os medicamentos. A esse respeito, 47,06% (n=24) já realizou algum curso relacionado aos medicamentos. No entanto, 98,04% (n=50) sentem necessidade de formação e 74,51% (n=38) admitem não ter conhecimentos suficientes para dar informações aos usuários sobre os medicamentos.

Estudos desenvolvidos nas regiões Norte e Nordeste do Brasil também apontaram a necessidade percebida por ACS de maior formação sobre medicamentos frente ao insuficiente conhecimento mencionado para fornecer informações seguras à população sobre a farmacoterapia (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; MARQUES et al., 2020). Ainda, a execução de atividades sem a devida capacitação ocasionaria insatisfação dos profissionais, uma vez que não permite alcançar os resultados esperados (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017).

Os ACS precisam ser incluídos em atividades de Educação Permanente, a fim de que sejam capazes de realizar um trabalho participativo e reflexivo na comunidade principalmente nas ações de educação em saúde. É imprescindível que os ACS compreendam a comunidade e seus problemas, e incentivem a mudança da população em relação à saúde (GUIMARÃES et al., 2017).

Considerando que as ACS informaram que sentem necessidade de maior capacitação para auxiliar os usuários em suas dúvidas sobre medicamentos, as respostas das ACS sobre a fonte de informação que utilizam para sanar suas dúvidas, corroboram para esta necessidade. A principal fonte de informação indicada foram as bulas, 84,31% (n=43). Esse dado se assemelha aos encontrados nos estudos de Gama (2018); Guimarães et al. (2017) e Marques (2008), que descreveram respectivamente 87,00%, 71,14% e 83,20%. Em seguida, aparecem as buscas na internet, 66,67% (n=34). Entre as ACS que responderam que utilizavam a bula e a internet como fonte de informação, onze não haviam participado de cursos de

capacitação e oito haviam. Aquelas que usavam somente a bula, sete se capacitaram e três não.

No Brasil, a bula é um documento legal sanitário que possui informações técnico-científicas e orientadoras para URM (BRASIL, 2009). As bulas são os principais meios de informação disponíveis aos usuários de medicamentos e adotam um papel essencial na promoção do uso racional, uma vez que alertam sobre os riscos da automedicação e sobre a importância da continuidade do tratamento. Além disso, ressaltam a necessidade de prescrição na dispensação de medicamentos de venda sob prescrição e realizam um trabalho educativo com os usuários (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; VOLPATO; MARTINS; MIALHE, 2009).

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) tem a função de avaliar e aprovar o material elaborado pela indústria antes da comercialização (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; VOLPATO; MARTINS; MIALHE, 2009). Entretanto, cabe destacar que a bula é produzida pelo fabricante do medicamento, deste modo não é considerada literatura científica, elaborada de forma isenta (GUIMARÃES et al., 2017). Também se ressalta, que apesar da bula conter informações importantes, não pode ser a única fonte de informação para auxiliar usuários de medicamentos, especialmente aqueles que fazem uso de polimedicação.

A Resolução RDC N° 47/2009 da ANVISA regulamenta as regras para a elaboração das bulas, e estabelece que o texto das bulas para os pacientes, deve ser claro, objetivo, sem a repetição de informações e escrito em linguagem apropriada e de fácil compreensão (BRASIL, 2009; GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; VOLPATO; MARTINS; MIALHE, 2009).

A segunda fonte de informação mais utilizada pelas ACS na busca de informações sobre medicamentos foi a internet 66,67% (n=34). E assim como nas bulas, a maioria não havia realizado cursos de capacitação e entraram no serviço há seis ou oito meses. A internet é uma ferramenta importante de difusão do conhecimento na área da saúde (GUIMARÃES et al., 2017; OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013). Na internet as informações sobre medicamentos são acessadas facilmente, embora existam informações sem qualidade e credibilidade, que dificultam a confiabilidade e possibilitam a divulgação de informações errôneas e prejudiciais à saúde da população (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013).

O Brasil é o quinto país na procura de orientações sobre saúde na internet, principalmente para automedicação e diagnóstico. Portanto, torna-se fundamental a regulamentação da qualidade das informações em saúde, pois trará confiabilidade aos usuários que não conseguem diferenciar conteúdos com credibilidade daqueles sem respaldo científico (GAMA, 2018; OLIVEIRA; GOLONI-BERTOLLO; PAVARINO, 2013).

Por fim, na atualidade, o volume de informações disponibilizado na internet é imenso, em um curto período de tempo, contudo também encontramos o fenômeno das *fake news*, que são informações falsas distribuídas por meio de *sítes* ou redes sociais, e que se baseiam em opiniões e crenças pessoais, culturais ou religiosas em detrimento do conhecimento científico. E inclusive por causa deste fenômeno, destaca-se a necessidade de capacitação das ACS para desenvolver habilidades e adquirir conhecimentos, a fim de que possam filtrar informações sobre medicamentos baseadas em evidências científicas, transformando-as em facilitadoras do URM.

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica, capacitação e principais fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelas ACS. Marau, RS, 2020.

(continua).

Características sociodemográficas		
	n	%
Sexo		
Feminino	51	100,0
Masculino	0	0
Faixa etária (anos)		
21 – 30	10	19,61
31 – 40	21	41,18
41 – 50	12	23,53
51 – 60	8	15,68
Grau de escolaridade		
Fundamental completo	2	3,92
Médio incompleto	1	1,96
Médio completo	25	49,02
Técnico	5	9,80
Superior incompleto	11	21,57
Superior completo	7	13,73
Tempo de trabalho na função (meses)		
< = 12 m	18	35,29
12 – 36	3	5,88
37 – 72	7	13,73
73 – 108	4	7,84
109 – 144	9	17,65
145 – 180	9	17,65
> 180	1	1,96
Capacitação das ACS sobre Medicamentos		
Participação em cursos		
Sim	24	47,06
Não	23	45,10
Não sei dizer	3	5,88
Não respondeu	1	1,96
Necessidade de capacitação		
Sim	50	98,04
Não	0	0,00
Não sei dizer	1	1,96
Considera ter conhecimento		
Sim	5	9,80
Não	38	74,51
Não sei dizer	7	13,73
Não respondeu	1	1,96

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, capacitação e principais fontes de informação sobre medicamentos utilizadas pelas ACS. Marau, RS, 2020.

(conclusão).

Fontes de informação sobre medicamentos*		
Bulas de medicamento	43	84,31
Internet	34	66,67
Manuais do Ministério da Saúde ou do Município	7	13,73
Livros	4	7,84
Lista de medicamentos do município	4	7,84
Outros (procura auxílio com profissionais da equipe)	3	5,88
DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas	2	3,92
Televisão	1	1,96

Nota: *As ACS tinham a possibilidade de assinalar mais de um item nesta questão.

5.2 Fatores que podem envolver uso inseguro de medicamentos pela comunidade de acordo com situações vivenciadas por ACS

Neste estudo, as ACS relataram que realizam, em média, $25,84 \pm 10,55$ visitas semanais, o que representa cinco a seis visitas diárias. Nos estudos realizados em Palmas, TO e Ribeirão Preto, SP, os valores encontrados da média de visitas semanais dos ACS foram superiores 46,60 (GUIMARÃES, 2014) e 35,80 (MARQUES, 2008). É importante ressaltar que a situação imposta pelo coronavírus na saúde pública, modificou e reorganizou várias atividades que eram realizadas pela Atenção Básica, o que pode ter impactado no número de visitas semanais realizadas pelas ACS neste estudo.

A PNAB, publicada pela Portaria nº 2.436/2017, não estabelece a frequência média mensal de visitas domiciliares a ser realizada pelo ACS a cada família adscrita, no entanto determina que a periodicidade deve ser estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades da saúde da população (BRASIL, 2017).

A importância do ACS, por meio do contato com cada família, é evidente, uma vez que identifica as demandas em saúde e proporciona a continuidade do cuidado, pois é o responsável em detectar as necessidades e acompanhar a saúde das famílias. O ACS possui identidade comunitária e reúne características que o aproxima de sua comunidade, fortalecendo os vínculos. É o profissional que conhece os determinantes sociais da saúde na população adscrita, uma vez que vivencia os mesmos, dessa forma o seu discurso possui aplicabilidade na realidade daqueles sujeitos (GUIMARÃES, 2014).

Segundo a Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006, o ACS deve residir na área da comunidade em que atuar, desde a data da publicação do edital do processo seletivo (BRASIL, 2006a). No entanto, com a publicação da Lei nº 13.595/2018, é permitido ao ACS alterar sua área de atuação quando houver risco à integridade física do profissional ou de membro de sua família decorrente de ameaça de membro da comunidade, e ainda, no caso de aquisição de casa própria fora da área geográfica de sua atuação, e neste caso poderá manter a sua vinculação na mesma equipe, ou ser remanejado, para a equipe atuante na área onde está localizada a casa obtida (BRASIL, 2018a). As modificações realizadas na legislação podem dificultar a criação de vínculo da ACS com os usuários, e conseqüentemente do usuário e com a equipe de saúde, o que poderá ocasionar fragilidades na execução das políticas públicas e inclusive, impactar na promoção do URM nas comunidades.

De acordo com as respostas das ACS, 90,19% (n=46) informaram que foram questionadas duas ou mais vezes na última semana, durante as visitas domiciliares, sobre o uso de medicamentos. No estudo realizado em Ribeirão Preto, SP o valor encontrado foi de 69,50% (MARQUES, 2008) e em um estudo realizado em três cidades do Nordeste foi de 76,00% (MARQUES et al., 2020). O instrumento de coleta de dados utilizado neste estudo não possibilita identificar quais as dúvidas foram frequentes naquela semana, para analisar se tinham relação com a situação de emergência sanitária do novo coronavírus, ou se os domicílios visitados eram majoritariamente de pessoas idosas, reconhecidamente usuárias de polimedicação.

Reforçando esse ponto de vista, de acordo com as ACS, o grupo de usuários que mais solicita informações sobre os medicamentos durante as visitas domiciliares são os idosos 96,08% (n=49) (TABELA 2). Neste sentido, um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do URM, com 6.844 pessoas idosas, identificou uma prevalência de 93,00% no uso de pelo menos um medicamento nesta população, e entre esses a polifarmácia, uso de pelo menos cinco medicamentos, foi de 18,00%, sendo a região Sul do Brasil a que mais apresentou idosos em uso de polifarmácia (25,00%) (RAMOS et al., 2016), portanto guardando uma relação entre os dados observados no estudo e os dados informados pelas ACS de Marau, RS. Seguindo dos idosos, as ACS citaram com mais frequência os pacientes em tratamento de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus 64,71% (n=33) e gestantes 29,41% (n=15).

Complementarmente, as mudanças nos contextos demográficos e epidemiológicos que ocorreram em todo o mundo, no século XX, guardadas as devidas proporções em cada país, possibilitou maior longevidade às populações, contudo se percebeu em paralelo, a presença de doenças crônicas. Consequentemente, ocorreu uma ampliação dos tratamentos farmacológicos de longa duração, ocorrência de polifarmácia e uso de múltiplos medicamentos simultaneamente, a fim de controlar ou prevenir seus agravos (PEREIRA et al., 2017).

A falta de adesão ao tratamento farmacológico prescrito, bem como a alteração posológica do tratamento medicamentoso ocorre principalmente com pessoas idosas, dada a debilidade da própria idade, escolaridade, fatores sociais, econômicos, psicológicos e a utilização de vários medicamentos simultaneamente (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017). Os fatores enumerados, podem justificar porque as ACS referiram os idosos como o grupo de usuários que mais solicita informações sobre medicamentos durante as visitas domiciliares.

O acompanhamento pelo ACS tem resultados positivos na adesão ao tratamento farmacológico, e o seu papel precisa ser valorizado no cuidado continuado (REMONDI; CABRERA; SOUZA, 2014). As informações fornecidas pelos ACS podem contribuir para a compreensão dos usuários sobre os seus medicamentos e reforçar a adesão a terapia farmacológica, o que resulta, consequentemente, na diminuição da morbidade e internações desnecessárias (GUIMARÃES et al.; 2017).

A orientação ao usuário idoso, seja hipertenso e/ou diabético, permite conscientizá-lo sobre seu estado de saúde e a importância de seguir o regime terapêutico proposto, a fim de que o tratamento seja efetivo e seguro, além de permitir um maior entrosamento entre profissionais e usuários (GUIMARÃES et al.; 2017).

De acordo com as ACS, durante as visitas domiciliares, os usuários costumam solicitar informações sobre indicação terapêutica 72,55% (n=37), a frequência/ horário de administração 54,90% (n=28) e duração/período do tratamento 49,02% (n=25). Outras questões comuns também citadas são a possibilidade de partir o comprimido ou abrir a cápsula 47,06% (n=24), as reações adversas/efeitos colaterais dos medicamentos 39,22% (n=20) e o uso concomitante com álcool 39,22% (n=20) (TABELA 2).

Em estudos realizados em Simão Dias, SE, Palmas, TO, Ribeirão Preto, SP e Porto Alegre, RS constataram que as principais dúvidas apresentadas pelos usuários nas visitas domiciliares dos ACS se referem a indicação terapêutica e

frequência/horário de administração dos medicamentos (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; MARQUES, 2008; NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008), resultados que corroboram com os encontrados neste estudo. A indicação terapêutica dos medicamentos também foi elencada como principal dúvida, apresentada pelos usuários aos ACS, em um estudo realizado em um município da macrorregião centro-sul de Minas Gerais (SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018).

Vários estudos demonstram o desconhecimento da população sobre a farmacoterapia utilizada. Um estudo realizado em São Francisco de Paula, RS, demonstrou que é insuficiente o conhecimento que o usuário da Atenção Básica possui sobre o tratamento farmacológico da hipertensão arterial, podendo comprometer o uso correto e seguro dos medicamentos. Ainda coloca que, apesar do acesso gratuito aos medicamentos, muitos usuários não sabem utilizar corretamente, o que contraria as políticas de URM (MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013).

Outro estudo realizado no município de Grão-Pará, SC, demonstrou que após a consulta médica, menos de 40% dos usuários conheciam o nome do medicamento prescrito e a duração do tratamento, e somente 60% conheciam a dose e a frequência de administração (OENNING; OLIVEIRA; BLATT, 2011). Em um estudo realizado em Santa Cruz do Sul, RS os autores concluíram que praticamente metade da amostra não teria condições de realizar o tratamento farmacológico com segurança, uma vez que, poucos usuários sabiam a dose prescrita, os possíveis efeitos adversos, as interações e o que fazer em caso de esquecimento de uma ou mais doses (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

A prescrição incompreensível, a linguagem técnica, a ausência do farmacêutico na Atenção Básica e a timidez dos usuários em expor suas dúvidas, dificulta a compreensão do uso do medicamento por parte do usuário (GAMA, 2018). Ainda, a ausência de informações acerca da doença e do tratamento, ou a dificuldade de compreensão das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde podem ocasionar a não adesão involuntária do usuário (GUIMARÃES et al., 2017).

Portanto, é necessário aperfeiçoar os meios de fornecer informações aos usuários, reorganizando a orientação da prescrição e possibilitando a presença ativa do farmacêutico na dispensação dos medicamentos (MARQUES, 2008). Além disso, torna-se essencial a atuação dos ACS na comunidade, em ações de educação e saúde, que visem o uso correto, seguro e racional de medicamentos (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; MARQUES, 2008; NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008).

No entanto, 54,90% (n=28) das ACS pesquisadas, referiram não estar preparadas para fornecer informações sobre medicamentos durante as visitas domiciliares, pois apenas às vezes sabem responder as perguntas feitas pela população (resultado não apresentado na tabela). Esse dado é similar em outros estudos, bem como a necessidade de capacitação, relatada pelas ACS, para a concretização de um trabalho mais efetivo na comunidade (GAMA, 2018; GUIMARÃES, 2014; MARQUES, 2008; MARQUES et al., 2020; NUNES; AMADOR; HEINECK, 2008).

É fundamental capacitar os ACS, para que esses profissionais sejam capazes de orientar os usuários e identificar problemas relacionados ao uso de medicamentos nas comunidades (MARQUES, 2008), e, além disso, estabelecer as conexões indispensáveis entre os usuários e equipe de saúde (SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018). Apesar da necessidade de capacitação evidenciada, 62,75% (n=32) das ACS pesquisadas relataram que, às vezes, durante as visitas domiciliares, identificam usuários utilizando medicamentos inadequadamente (resultado não apresentado na tabela).

A principal possível situação de risco relacionada ao uso de medicamentos identificada nas visitas domiciliares pelas ACS foi a automedicação 88,24% (n=45). O horário de administração inadequado e a utilização da dose diferente da prescrita foram apontados, respectivamente, por 70,59% (n=36) e 66,67% (n=34). Outro dado importante encontrado foi a presença de medicamentos vencidos nos domicílios, relatado por 54,90% (n=28) das ACS pesquisadas (TABELA 2).

Outros estudos realizados em diferentes regiões brasileiras também demonstraram que a automedicação e o horário de administração incorreto foram as principais situações de risco, relacionadas ao uso de medicamentos, encontradas pelos ACS durante as visitas domiciliares (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; KAULING et al., 2013; MARQUES, 2008; MARQUES et al., 2020; SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018).

A automedicação é definida como a seleção e utilização de medicamentos para tratar doenças ou sintomas por pessoas, sem a prescrição ou supervisão de um profissional habilitado, compreendida como uma etapa do autocuidado (DOMINGUES et al., 2017; GALATO; MADALENA; PEREIRA, 2012; WHO, 1998). Entretanto, a automedicação possui riscos inerentes, que podem acarretar graves implicações à saúde individual e coletiva da população (DOMINGUES et al., 2017).

Alguns fatores estimulam a prática da automedicação como a dificuldade de acesso ao sistema de saúde, custos elevados com planos e consultas médicas, aliados à venda indiscriminada de medicamentos (DOMINGUES et al., 2017). No entanto, essa prática deve ser desenvolvida na perspectiva do URM, sem influências mercadológicas que favoreçam o uso desorientado desses produtos (MARQUES, 2008).

A automedicação é uma prática que ocorre no Brasil, e geralmente envolve medicamentos isentos de prescrição, porém não isentos de riscos, o que merece atenção por parte dos gestores e profissionais da saúde, uma vez que a ocorrência de efeitos adversos e intoxicações podem representar um aumento de custos com a saúde (ARRAIS et al., 2016).

A administração de medicamentos em horários inadequados e em dose diferente da prescrita foram possíveis situações de risco expressivas listadas pelas ACS estudadas (TABELA 2). No entanto, é indispensável orientar os usuários sobre a importância da administração dos medicamentos nos horários e nas doses estabelecidas pelo prescritor, a fim de evitar problemas de efetividade e segurança, com concentrações insuficientes ou tóxicas do fármaco no organismo (MARQUES, 2008).

Algumas pesquisas realizadas em municípios do Sudeste brasileiro evidenciaram a presença de medicamentos vencidos em 45,40% e 34,00% dos domicílios analisados (FERNANDES et al., 2020; SANTOS; LOPES, 2017), dados que condizem com as situações de riscos envolvendo medicamentos relatadas pelas ACS pesquisadas. Essa situação precisa ser apontada, pois o uso de medicamentos impróprios para o consumo caracteriza um risco potencial à saúde do usuário (FERNANDES et al., 2020; GUIMARÃES, 2014; MARQUES, 2008). No município de Marau, RS, todas as ESF recebem os medicamentos com validade vencidas, para ser realizada a destinação adequada.

Diante das situações de risco envolvendo medicamentos encontradas nas visitas domiciliares, e os relatos apresentados em diversos estudos, a reflexão sobre URM nas equipes de saúde se faz necessária. É importante que haja uma conexão entre ACS, farmacêutico e usuário, com o objetivo de criar um vínculo entre o serviço e a comunidade, visando não somente buscar problemas, mas também pensar sobre seus motivos e determinantes, considerando as experiências e saberes dos usuários, assim como, dos profissionais. A reflexão e o planejamento articulado com os diversos

atores envolvidos no processo garantem intervenções exitosas nas comunidades (GUIMARÃES et al., 2017; MARQUES, 2008).

No Brasil, informar e educar em saúde, principalmente relacionado ao uso de medicamentos, é um trabalho difícil, uma vez que a propaganda atua fortemente no país, influenciando a automedicação, a prescrição e as expectativas dos usuários (GUIMARÃES et al., 2017). Tais circunstâncias, fortalecem a necessidade da presença e participação do farmacêutico na Atenção Básica (GAMA, 2018), para além do seu desempenho na dispensação de medicamentos, atuar nos serviços clínicos e na atenção farmacêutica, e ainda, participar nas equipes de saúde, por meio da orientação e capacitação dos demais profissionais para o URM.

Das ACS pesquisadas, 76,48% (n=39) relataram que às vezes ou quase sempre identificam, durante as visitas domiciliares, pessoas utilizando medicamentos de forma errada, no entanto, 43,14% (n=22) delas relataram que nenhuma vez, no último mês de trabalho, foram discutidos temas relacionados a farmacoterapia dos usuários nas reuniões de equipe (resultado não apresentado na tabela).

Alguns autores, que pesquisaram a atuação do ACS, sugerem que a inexistência de debates sobre os problemas identificados pelos ACS em relação aos medicamentos, nas reuniões de equipe, somadas a carência de conhecimentos para se responsabilizar pela resolução dos problemas encontrados nos domicílios, provocam um sentimento de decepção nos ACS, o que ocasiona um desestímulo nesses profissionais que deixam de acreditar na possibilidade de atuação nas questões envolvendo medicamentos na comunidade (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017, MARQUES, 2008). Um estudo realizado em um município da região Sudeste do Brasil demonstrou que, apesar das dúvidas e os problemas do uso incorreto de medicamentos se apresentarem cotidianamente aos ACS, o que prevaleceu foi o encaminhamento à equipe de saúde (SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018), dado que corrobora com os achados neste estudo.

A maioria das ACS, 52,94% (n=27), responderam que quando não sabem responder uma pergunta sobre medicamentos, durante as visitas domiciliares, procuram o enfermeiro para esclarecer a dúvida e retornar ao domicílio com a resposta. Algumas ACS procuram o médico 49,02% (n=25) e outros informam ao paciente para questionar o médico na próxima consulta 39,22% (n=20) (TABELA 3).

De acordo com as respostas, quando as ACS identificam problemas nos domicílios relacionados a farmacoterapia dos usuários ou quando possuem dúvidas

sobre os medicamentos, as ACS procuram os enfermeiros da equipe de saúde, visto como o profissional de referência, para solucionar os problemas 96,08% (n=49) e esclarecer as dúvidas 74,51% (n=38) (TABELA 4). Esse profissional também foi identificado em outros estudos, realizados em diferentes regiões brasileiras, como profissional da equipe evidenciado pelos ACS para solucionar os problemas e esclarecer as dúvidas sobre medicamentos (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; KAULING et al., 2013; MARQUES, 2008).

Segundo a PNAB, publicada pela Portaria nº 2.436/2017, é papel do enfermeiro planejar, gerenciar e avaliar as ações dos ACS em conjunto com os demais membros da equipe, além de supervisionar suas ações. A política também permite ao enfermeiro solicitar exames e prescrever medicamentos conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas (BRASIL, 2017). Nesse sentido, o enfermeiro atua nas ações de educação em saúde, inclusive relacionadas a farmacoterapia (GUIMARÃES et al., 2017).

Entretanto, a PNAB, publicada pela Portaria nº 2.436/2017, também estabelece que a coordenação do trabalho do ACS passa a ser dos profissionais de saúde de nível superior que fazem parte da equipe. Além disso, prevê a incorporação do Gerente de Atenção Básica, nas UBS, preferencialmente com nível superior e experiência em Atenção Básica (BRASIL, 2017). As alterações que ocorreram com a PNAB podem trazer impactos na organização do cuidado em saúde e realização de atividades já estabelecidas pelas Equipes de Saúde da Família no país.

A atuação do enfermeiro na Atenção Básica é ampla e está em contínua qualificação, seja na prática clínica, educativa individual e coletiva ou na atuação gerencial (FERREIRA; PÉRICO; DIAS, 2018). Além disso, os profissionais enfermeiros que atuam na Saúde da Família precisam de diversos saberes e práticas, e, desta forma desenvolvem competências como liderança, educação permanente, ética, comunicação, trabalho em equipe, gestão de pessoas e gerenciamento de recursos materiais, cuidado à saúde e tomada de decisões, a fim de responder as demandas diante da complexidade da Atenção Básica (LOPES et al., 2020).

Tabela 2 - Distribuição dos principais grupos de usuários que solicitam informações sobre medicamentos, principais informações solicitadas e possíveis fatores de risco identificados durante as visitas domiciliares das ACS. Marau, RS, 2020.

Variáveis		n	%
Usuários que mais solicitam informações	Idosos	49	96,08
	Pacientes em tratamento da Diabetes ou Hipertensão	33	64,71
	Gestantes	15	29,41
	Cuidadores de pacientes acamados	10	19,61
	Usuárias de contraceptivos orais (anticoncepcional)	7	13,73
	Cuidadores de pacientes da saúde mental	7	13,73
	Cuidadores de crianças	4	7,84
		n	%
Informações mais solicitadas por usuários	Indicação terapêutica	37	72,55
	Frequência/ horário de administração	28	54,90
	Duração/ período do tratamento	25	49,02
	Partir comprimido/ abrir cápsula	24	47,06
	Reações adversas/ efeitos colaterais	20	39,22
	Uso concomitante com álcool	20	39,22
	Veículo apropriado para administração	19	37,25
	Necessidade de utilização	15	29,41
	Dose/ medida	5	9,80
	Vias de administração	5	9,80
	Outros	4	7,84
		n	%
Possíveis fatores de risco	Automedicação	45	88,24
	Horário de administração inadequado	36	70,59
	Dose diferente da prescrita	34	66,67
	Medicamento vencido	28	54,90
	Não adesão a farmacoterapia	25	49,02
	Medicamento diferente do prescrito	20	39,22
	Medicamento armazenado em local inadequado	19	37,25
	Reação adversa a medicamento	14	27,45
	Medicamento dispensado errado	4	7,84
	Uso de medicamento por via errada	1	1,96

Tabela 3 - Condutas adotadas por ACS em caso de dúvidas sobre medicamentos e opinião sobre orientar acerca do uso correto. Marau, RS, 2020.

Variáveis		n	%
Condutas das ACS sobre dúvidas com medicamentos	Procura o(a) enfermeira(a) para esclarecer a dúvida e retorna	27	52,94
	Procura o(a) médico(a) para esclarecer a dúvida e retorna	25	49,02
	Orienta a perguntar ao médico(a) na próxima consulta	20	39,22
	Procura o(a) farmacêutico(a) para esclarecer a dúvida e retorna	13	25,49
	Procura outro profissional para esclarecer a dúvida e retorna	10	19,61
	Orienta a procurar um(a) farmacêutico(a)	8	15,69
	Outros	5	9,80
	Procura em livros, revistas, bulas de medicamentos, etc.	3	5,88
	n	%	
Opinião das ACS sobre orientar as famílias para o uso correto dos medicamentos	Ação importante, para evitar problemas com medicamentos	8	15,69
	Ação importante, mas precisa de capacitação contínua	41	80,39
	Ação pouco importante, pois outros profissionais orientam	0	0,00
	Não é função do ACS	1	1,96
	Não sei dizer	1	1,96

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais de saúde da unidade que solucionam os problemas relacionados a farmacoterapia dos usuários identificados pelas ACS e esclarecem as suas dúvidas sobre os medicamentos. Marau, RS, 2020.

	Profissionais que solucionam os problemas		Profissionais que esclarecem dúvidas	
	n	%	n	%
Enfermeiro (a)	49	96,08	38	74,51
Médico (a)	14	27,45	33	64,71
Farmacêutico (a)	7	13,73	11	21,57

No entanto, a demanda excessiva de atividades ao enfermeiro na ESF, o afasta do cuidado direto, fragilizando sua identidade profissional, uma vez que assume atribuições de outros profissionais, o que provoca o distanciamento da essência de sua profissão (FERNANDES et al., 2018). Neste caso, a Educação Permanente sobre o URM, poderia envolver uma equipe interprofissional com a presença do farmacêutico, que tem formação adequada para coordenar assuntos que envolvam o uso adequado de medicamentos nas comunidades, com objetivo final de integrar os conhecimentos e as habilidades com os demais membros da equipe.

Tais circunstâncias apresentadas podem justificar os dados encontrados neste estudo, uma vez que demonstram a força da atuação dos enfermeiros junto as ACS, além da proximidade e confiança estabelecida entre esses profissionais (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; MARQUES, 2008).

É importante ressaltar que, das 12 unidades de saúde estudadas, apenas duas contavam com farmácia e farmacêutico, no período analisado, o que pode ter contribuído para a baixa procura do farmacêutico pelas ACS, a fim de sanar dúvidas ou solucionar problemas referentes aos medicamentos.

Diante do exposto, faz-se necessário que a atuação das equipes seja guiada pela interprofissionalidade, ou seja, na convivência entre os diferentes profissionais estabelecendo uma atenção à saúde mais abrangente e integrada, a fim de alcançar a melhor resposta às necessidades de saúde da população (MATUDA et al., 2015). Além disso, a educação permanente, possibilita compartilhar informações e conhecimentos, a fim de potencializar o trabalho em equipe colaborativo (GUIMARÃES et al., 2017).

Com a publicação da PNAB pela Portaria nº 2.436/2017, que realizou a revisão de diretrizes para organização da Atenção Básica no âmbito do SUS, o antigo NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família) passou a ser chamado de NASF – AB (Núcleo

Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica). O farmacêutico não faz parte da composição mínima da Equipe de Saúde da Família, mas ele poderia estar ligado ao NASF-AB (BRASIL, 2017).

O NASF – AB é compreendido como uma equipe multiprofissional e interdisciplinar formada por profissionais da saúde, complementar às Equipes da Atenção Básica. É composto por diferentes ocupações da área da saúde, para atuar de forma integrada e dar suporte aos profissionais das Equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (BRASIL, 2017).

No entanto, devido ao novo modelo de financiamento de custeio da APS no âmbito do SUS, as equipes multiprofissionais deixaram de estar vinculadas as equipes NASF-AB, e desta forma o gestor municipal tem autonomia para compor suas equipes multiprofissionais, definindo os profissionais, a carga horária e os arranjos da equipe, que deve ser selecionada de acordo com as demandas dos territórios, ampliando assim a composição mínima das Equipes de Saúde da Família e de Atenção Básica (BRASIL, 2020). Essa mudança, poderá trazer impactos nas configurações das equipes, uma vez que os profissionais poderão compor as equipes, conforme necessidades dos territórios e organização da gestão. No município estudado, todas as Equipes de Saúde da Família contam com profissional psicólogo 20 horas semanais, e algumas equipes com farmacêutico 20 horas semanais, além da equipe mínima prevista.

Ainda, diversas estratégias de intervenções farmacêuticas demonstraram ter bons resultados de saúde para os usuários e o sistema, principalmente na Atenção Básica, como ações de revisão da farmacoterapia, conciliação dos medicamentos, avaliação e promoção da adesão terapêutica, aconselhamento ao usuário e acompanhamento dos resultados da farmacoterapia (BRASIL, 2014b). Dados que reforçam a importância da presença do farmacêutico na composição das Equipes de Atenção Básica. Além disso, quando o farmacêutico atua em conjunto com os ACS, as informações sobre o URM podem ser difundidas na comunidade por meio da orientação das famílias (MARQUES, 2008).

Para a maioria das ACS pesquisadas, 96,08% (n=49), a orientação das famílias sobre os medicamentos nas visitas domiciliares, é considerada uma ação importante para evitar problemas com a farmacoterapia. Entretanto, 80,39% (n=41) referem que precisam de capacitação contínua para realizar essa atividade corretamente (TABELA 3).

Dados encontrados em Simão Dias, SE, Palmas, TO e Ribeirão Preto, SP foram semelhantes aos encontrados neste estudo, o que reforça o reconhecimento pelos ACS da importância de orientar a comunidade sobre o uso adequado de medicamentos. No entanto, confirmam suas limitações em realizar essa atividade, uma vez que admitem a necessidade de capacitações sobre URM, a fim de qualificar o seu trabalho junto aos usuários e equipe de saúde (GAMA, 2018; GUIMARÃES et al., 2017; MARQUES, 2008).

Um estudo realizado em um município do estado de Minas Gerais constatou que os ACS não se sentem capazes para promover o uso correto e racional de medicamentos, como está preconizado pelo Ministério da Saúde (SOUSA; SANTOS; MENDONÇA, 2018). Outro estudo realizado em um município do extremo sul de Santa Catarina também identificou a necessidade de capacitação dos ACS e a potencialidade deste profissional em orientar as famílias quanto a utilização adequada dos medicamentos (KAULING et al., 2013).

Em suma, a capacitação permanente de ACS, por uma equipe multiprofissional com atuação interprofissional, incluindo o farmacêutico, é essencial para que esses atores possam auxiliar os usuários de medicamentos a serem coparticipes na responsabilidade pelo uso racional e seguro de medicamentos.

5.3 Conhecimentos dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos

O número de questões respondidas corretamente no questionário de avaliação dos conhecimentos dos ACS sobre uso correto e racional de medicamentos, está apresentado na Figura 2.

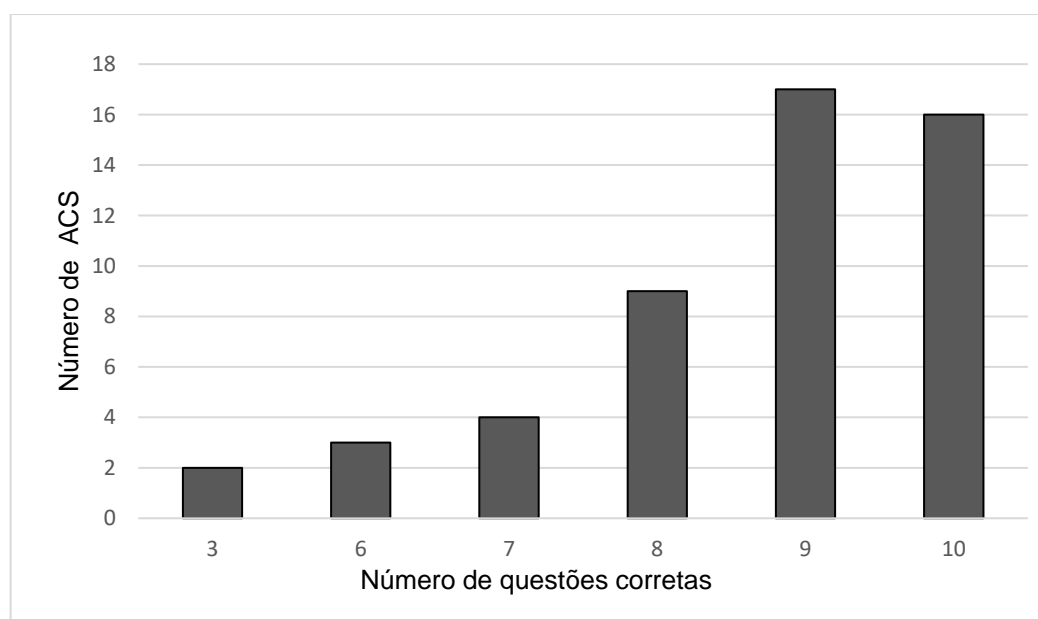


Figura 2 - Distribuição do número de questões respondidas corretamente pelas ACS. Marau, RS, 2020.

A média de acertos das ACS foi de $8,57 \pm 1,62$ questões, com um mínimo de três e um máximo de dez acertos. Das ACS pesquisadas, 33,33% (n=17), responderam corretamente nove das dez questões propostas. No estudo realizado por Marques (2008), em Ribeirão Preto, SP a média de acertos foi de $8,20 \pm 1,30$ questões e 42,10% dos ACS, também acertaram nove das dez questões, dados que corroboram com este estudo. Na sequência, é possível destacar que 31,37% (n=16) das ACS acertaram todas as questões do instrumento, o que demonstra um desempenho excelente.

Importante destacar que as questões sobre aspectos relacionados a adesão ao tratamento, medidas de formas farmacêuticas líquidas e automedicação, numeradas no Anexo F, como 9, 4, 1 e 8, foram as que apresentaram o melhor desempenho das ACS, uma vez que, respectivamente 100% (n=51), 98,04% (n=50), 94,12% (n=48) e 94,12% (n=48), responderam corretamente. No estudo realizado em Palmas, TO e Ribeirão Preto, SP a questão que abordava sobre a adesão ao tratamento

farmacológico também foi a que obteve um maior número de acertos dos ACS, 90,65% (GUIMARÃES, 2014) e, 97,89% (MARQUES, 2008), respectivamente.

No entanto, a questão que abordava a forma que as ACS poderiam contribuir para evitar a falta de medicamentos essenciais, por meio do diagnóstico da comunidade, a fim de auxiliar a equipe no conhecimento do real perfil de utilização de medicamentos, obteve um maior número de respostas erradas, uma vez que apenas 43,14% (n=22) das ACS pesquisadas responderam corretamente. Essa questão está no Anexo F descrita como número 3. Nos estudos realizados por Guimarães (2014) e Marques (2008), a mesma temática da questão, também apresentou o pior desempenho do conjunto, pois apenas 24,80%, e 25,30% respectivamente, dos ACS acertaram.

Segundo Marques (2008) é necessário esclarecer ao ACS o seu papel na garantia do acesso da população aos medicamentos. Além disso, Guimarães (2014) destaca que os ACS não reconhecem a importância do diagnóstico da comunidade, como um instrumento fundamental para o planejamento da Assistência Farmacêutica, capaz de fornecer informações para a tomada de decisão dos gestores e suas equipes.

O processo de ensino-aprendizagem dos ACS deve ser amplo, que permita o alcance de competências e habilidades com abrangência em conteúdos contemporâneos, dessa forma, os ACS ampliarão a capacidade de atuarem com qualidade e resolutividade no SUS (GUIMARÃES, 2014).

As ACS estão em constante contato com usuários de medicamentos, seja nas visitas domiciliares ou nas atividades dentro das ESF, o que as estimula a buscarem informações, com a intenção de possibilitar um cuidado integral ao usuário. Logo, apesar das ACS alcançarem um resultado elevado na pesquisa, é importante considerar outros achados, como a insegurança ao declararem que não possuem conhecimentos suficientes para dar informações sobre medicamentos e a necessidade de capacitação na área, dados apontados pelas próprias ACS.

O desenvolvimento desta pesquisa ocorreu em meio a pandemia de coronavírus, que produziu grandes mudanças nos hábitos e rotinas de todos, especialmente nos processos de trabalho da área da saúde, o que ocasionou limitações ou algum viés neste estudo. Também se constitui uma limitação o baixo número de ACS no município e por ser um estudo transversal não há possibilidade de estabelecer correlações de causa e efeito entre as variáveis.

6 CONCLUSÃO

Por meio do conjunto de dados apresentados foi possível identificar as atitudes e os conhecimentos das ACS que atuam no município de Marau, RS, acerca da orientação sobre o uso correto e racional de medicamentos nas comunidades.

A totalidade das ACS investigadas eram do sexo feminino, 41,18% (n=21) possuía entre 30 e 40 anos de idade, com ensino médio completo e um tempo médio de trabalho como ACS de aproximadamente 6 anos.

As ACS pesquisadas referiram os idosos como o grupo de usuários que mais solicita informações sobre os medicamentos durante as visitas domiciliares, e as informações mais solicitadas pelos usuários são a indicação terapêutica, a frequência/horário de administração, duração/período do tratamento e a possibilidade de partir o comprimido ou abrir a cápsula. Já as principais possíveis situações de risco relacionadas ao uso de medicamentos identificadas pelas ACS foi a automedicação, o horário de administração inadequado, a utilização da dose diferente da prescrita e a presença de medicamentos vencidos nos domicílios.

Os enfermeiros da equipe de saúde são vistos pelas ACS estudadas como o profissional de referência para solucionar os problemas e esclarecer as dúvidas das ACS quando identificam problemas nos domicílios relacionados a farmacoterapia dos usuários ou quando possuem dúvidas sobre os medicamentos. Além disso, a principal fonte de informação utilizada pelas ACS para obter informações sobre os medicamentos são as bulas.

Apontamos a baixa procura das ACS pelo farmacêutico para busca de informações sobre medicamentos. Nesse contexto, um fator importante que precisa ser mencionado, é a ausência do farmacêutico na maioria das equipes de saúde, o que pode justificar uma limitação de acesso a este profissional.

Ainda, quase a metade das ACS pesquisadas, (47,06%), já realizaram algum curso relacionado aos medicamentos e responderam corretamente nove ou dez das questões propostas, o que demonstrou um desempenho excelente no instrumento de Avaliação dos Conhecimentos dos ACS sobre Medicamentos (ANEXO F). No entanto, a maioria admitiu não ter conhecimentos suficientes para dar informações aos usuários sobre os medicamentos.

A presença feminina ainda é dominante entre os ACS e um nível de escolaridade maior auxilia no desenvolvimento das ações no território. A criação de

vínculo é importante para as ACS conhecerem as necessidades dos seus usuários, de modo que, a existência de baixa rotatividade dos profissionais se torna um elemento essencial, principalmente na Atenção Básica.

A insegurança em orientar as famílias sobre o uso dos medicamentos pelas ACS necessita ser explorada pelas Equipes de Saúde da Família. A Educação Permanente e a capacitação contínua das ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos podem permitir que essas profissionais se sintam capazes em orientar as famílias, realizar intervenções ou encaminhar a unidade de saúde quando perceberem problemas relacionados ao uso de medicamentos nos domicílios. A participação das ACS na promoção do URM é primordial para a saúde pública, uma vez que esse profissional cria o vínculo da equipe de saúde com o usuário, além de conhecer as demandas em saúde do território.

Embora PNAB, publicada pela Portaria nº 2.436/2017, continuar priorizando a ESF como prioritária na expansão, consolidação e qualificação da Atenção Básica, a introdução de Equipes de Atenção Básica na revisão da política, sem a obrigatoriedade da presença do ACS, desconfigura a importância do trabalho da Saúde da Família na Atenção Básica realizado nos últimos anos, e inclusive, poderá dificultar a promoção do URM nas comunidades, dada a importância deste profissional nas equipes.

Apesar do desempenho excelente na avaliação demonstrar que as ACS possuem conhecimentos sobre o uso correto e racional de medicamentos, não significa que essas profissionais tenham competência ao orientarem os usuários, uma vez que a maioria considera que precisa capacitação contínua sobre o tema. Os processos educativos, como a Educação Permanente das Equipes de Saúde da Família tornam-se importantes, uma vez que se configura na aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam no cotidiano, com o objetivo de qualificar e aperfeiçoar o processo de trabalho (BRASIL, 2018b). Nesse contexto, o farmacêutico tem um papel relevante na promoção ao URM ao oferecer ao usuário informações acerca do uso adequado dos medicamentos, mas principalmente, ao poder capacitar as equipes, incluindo os ACS, por meio da Educação Permanente e o Apoio Matricial.

Portanto, fica como sugestão para os gestores, a inserção do farmacêutico nas Equipes de Saúde da Família para contribuir, junto com os demais profissionais, no

desenvolvimento de um programa de Educação Permanente para as equipes, especialmente as ACS, a fim de promover efetivamente o URM nas comunidades.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, E. R. de et al. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). **Revista Panamericana de Salud Pública [online]**, v. 42, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

AQUINO, D. S. de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 13, n. supl. p. 733-736, 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232008000700023>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, supl. 2, 13s, fev. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000300311&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a política nacional de assistência farmacêutica. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html>. Acesso em: 19 jul. 2021.

BRASIL. Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. Regulamenta o § 5º do art. 198 da Constituição, dispõe sobre o aproveitamento de pessoal amparado pelo parágrafo único do art. 2º da Emenda Constitucional nº 51, de 14 de fevereiro de 2006a, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11350.htm>. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Lei nº 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. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 03 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001/Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 40 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 24 de out. 2011, Brasília, DF, Seção 1, p.48-55. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 09 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica, no âmbito do sistema único de saúde (SUS). Diário Oficial da União, 22 de set. de 2017, edição 183, seção 1, p. 68. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 10 set. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 47, de 8 de setembro de 2009. Estabelece regras para elaboração, harmonização, atualização, publicação e disponibilização de bulas de medicamentos para pacientes e para profissionais de saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 9 de set. de 2009, edição 172, seção 1, p. 31. Disponível em: <<http://antigo.anvisa.gov.br/legislacao#/visualizar/28431>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf>. Acesso em: 31 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde; organização de Ananyr Porto Fajardo, Daniela Dallegre. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2014a. 347 p. Disponível em: <<https://ensinoepesquisa.ghc.com.br/images/Publicacao/residncias%20em%20sade%202014.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. NOTA TÉCNICA Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Disponível em: <<https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>>. Acesso em: 19 mai. 2021.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 18 de abr. 2018a, edição 74, seção 1, p. 3. Disponível em: <https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/10859112/do1-2018-04-18-lei-n-13-595-de-5-de-janeiro-de-2018-10859108>. Acesso em: 10 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. O trabalho dos agentes comunitários de saúde na promoção do uso correto de medicamentos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. – 2. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. 72 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_agentes_saude_promocao_medicamentos.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012b. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 de jun. 2013, seção 1, p. 59. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 108 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 73 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

BORNSTEIN, V. J. História e contexto de atuação dos agentes comunitários de saúde no Brasil. In: BORNSTEIN, Vera Joana et al (Org.). **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. p. 27-34. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39423>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

CABRAL, J. F.; GLERIANO, J. S.; NASCIMENTO, J. D. M. do. Perfil sociodemográfico e formação profissional de agentes comunitários de saúde. **Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde da UNIARP**, v. 9, n. 2, p. 193-209, nov. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.uniarp.edu.br/index.php/ries/article/view/1537/1065>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

CAMPBELL, J. D et al. Visitas domiciliares de agentes de saúde comunitários para crianças com asma matriculadas no Medicaid: efeitos sobre os resultados e custos da asma. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 11, p. 2366-2372, nov.

2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4605150/>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

CASTRO, A. E. A. et al. Educação em Saúde de Agentes Comunitários de Saúde para Promoção do Uso Racional de Medicamentos. **Revista de Ensino, Educação e Ciências Humanas**, v. 20, n. 3, p. 254-259, 2019. Disponível em: <<https://revista.pgsskroton.com/index.php/ensino/article/view/7067>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

COSTA, E. A. et al. Conceptions on pharmaceutical services in Brazilian primary health care. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 51, supl. 2:5, nov. 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007107>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

COSTA, S. de M. et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 18, n. 7, p. 2147-2156, 2013. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000700030>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

DOMINGUES, P. H. F. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação em adultos no Distrito Federal: estudo transversal de base populacional. **Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 319-330, jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222017000200319&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2021.

FERNANDES, M. C. et al. Identity of primary health care nurses: perception of "doing everything". **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 71, n. 1, p. 154-159, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0382>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

FERNANDES, M. R. et al. Prevalência e fatores associados à presença de medicamentos vencidos em estoques caseiros. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 390-399, set. 2020. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2020000300390&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 abr. 2021.

FERREIRA, S. R. S.; PÉRICO, L. A. D.; DIAS, V. R. F. G. The complexity of the work of nurses in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 71, suppl. 1, p. 752-757, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0471>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

FONSECA, R. B. G. O perfil do Agente Comunitário de Saúde e sua feminização. **Revista Enfermagem Brasil**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 430-436, jun. 2019. Disponível em: <<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/2723/html>>. Acesso em: 10 dez. 2020.

FOPPA, A. A. et al. Atenção farmacêutica no contexto da estratégia de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 727-737, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a20.pdf>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

FREITAS, G. R. M. de. et al. Drug-Related Morbidity in Brazil: A Cost-of-Illness Model. **Value in Health Regional Issues**, v. 17, p. 150 -157, dez. 2018. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2212109918301997>>. Acesso em: 02 ago. 2021.

FROHLICH, S. E.; DAL PIZZOL, T. da S.; MENGUE, S. S. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, p. 1046-1054, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000600009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2021.

GALATO, D.; MADALENA, J.; PEREIRA, G. B. Automedicação em estudantes universitários: a influência da área de formação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3323-3330, dez. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 abr. 2021.

GAMA, A. R. **Papel dos agentes comunitários de saúde do município de Simão Dias - SE na promoção do uso racional de medicamentos: diagnóstico e intervenções**. 2018. Monografia (Graduação em Farmácia). Universidade Federal de Sergipe, Lagarto, SE, 2018. Disponível em: <<https://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/8820>>. Acesso em: 10 abr. 2020.

GARCIA, A. C. P. et al. Agente comunitário de saúde no Espírito Santo: do perfil às atividades desenvolvidas. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 283-300, abr. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462016005004102&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GUIMARÃES, M. S. A. **Perfil e ações dos agentes comunitários de saúde para promoção do uso racional de medicamentos no âmbito da estratégia da saúde da família no município de Palmas - TO**. 2014. 112 f., il. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/17795>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

GUIMARÃES, M. S. A. et al. Estratégia Saúde da Família e Uso Racional de Medicamentos: o Trabalho dos Agentes Comunitários em Palmas (TO). **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 183-203, abr. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462017000100183&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 set. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. Cidades: Marau. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=431180&search=rio-grande-do-sul|marau>>. Acesso em: 11 abr. 2021.

KAULING, G. P. et al. Utilização de medicamentos: limites e possibilidades das orientações dos Agentes Comunitários de Saúde às famílias. **Revista O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 37, n.1, p. 44-55, mar. 2013. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/utilizacao_medicamentos_limites_possibilidades_orientacoes.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2019.

LASTE, G. et al. Papel do agente comunitário de saúde no controle do estoque domiciliar de medicamentos em comunidades atendidas pela estratégia de saúde da família. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1305-1312, mai. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000500024&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 set. 2019.

LOPES, O. C. A. et al. Competências dos enfermeiros na estratégia Saúde da Família. **Revista Escola Anna Nery** [online], v. 24, n. 2, p. 1-8, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0145>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

MARQUES, T. et al. Agentes Comunitários de Saúde e a promoção do uso racional de medicamentos no nordeste do Brasil. **Revista Scientia Plena**, v. 16, n. 9, p. 1-6, set. 2020. Disponível em:

<<https://www.scientiaplena.org.br/sp/article/view/5402/2320>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

MARQUES, T. C. 105 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade de São Paulo. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, 2008. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-06102008-132626/pt-br.php>>. Acesso em: 10 ago. 2019.

MATHIAS, M. ACS: um trabalhador inventado pelo SUS. *Revista Poli, saúde, educação e trabalho*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 24, set./out., 2008. Disponível em: <<https://www.epsjv.fiocruz.br/upload/EdicoesRevistaPoli/R1.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2021.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. de. Profissões e Ocupações de Saúde e o Processo de Feminização: Tendências e Implicações. **Revista Athenea Digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/118035/000894801.pdf>>. Acesso em 09 set. 2021.

MATUDA, C. G. et al. Colaboração interprofissional na Estratégia Saúde da Família: implicações para a produção do cuidado e a gestão do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 20, n. 8, p. 2511-2521, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015208.11652014>>. Acesso em: 09 set. 2021.

MELO, D. O. de; CASTRO, L. L. C. de. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 22, n. 1, p. 235-244, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.16202015>>. Acesso em: 05 ago. 2021.

MENDES, E. V. A Construção Social da Atenção Primária à Saúde. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. 193 p. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-CONSTR-SOC-ATEN-PRIM-SAUDE.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2021.

MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2263-2274, ago. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2021.

MUNICÍPIO DE MARAU. Decreto Executivo Municipal nº 5.645, de 19 de março de 2020. Decreta situação de emergência e estabelece medidas complementares à prevenção da disseminação do COVID-19 (novo Coronavírus), no âmbito do município de Marau. Diário Oficial Município de Marau, 19 de março de 2020, ano IV, edição 586-A, seção 1, p. 2-7. Disponível em: <https://dosp.com.br/exibe_do.php?i=MTAwMzIz>. Acesso em: 10 abr. 2021.

NUNES, C. A. et al. Visitas domiciliares no Brasil: características da atividade basilar dos Agentes Comunitários de Saúde. **Saúde em Debate [online]**, v. 42, n. esp. 2, p. 127-144, out. 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042018S209>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

NUNES, C. C.; AMADOR, T. A.; HEINECK, I. O medicamento na rotina de trabalho dos agentes comunitários de saúde da unidade básica de saúde Santa Cecília, em Porto Alegre, RS, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 85-94, mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2019.

OENNING, D.; OLIVEIRA, B. V. de.; BLATT, C. R. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3277-3283, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2021.

OLIVEIRA, F. de; GOLONI-BERTOLLO, E. M.; PAVARINO, E. C. A Internet como fonte de Informação em Saúde. **Journal of Health Informatics**, São Paulo, SP, v. 5, n. 3, p. 98-102, jul./set. 2013. Disponível em: <<http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/267>>. Acesso em: 17 abr. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. **Cuidados primários de saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, Alma-Ata, Rússia. Brasília, UNICEF, 1979. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **OMS lança esforço global para reduzir pela metade os erros relacionados a medicamentos em 5 anos**, Comunicado à imprensa, Genebra, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halve-medication-related-errors-in-5-years>>. Acesso em: 04 ago. 2021.

PEDRAZA, D. F.; SANTOS, I. Perfil e atuação do agente comunitário de saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família em dois municípios da Paraíba. **Revista Interações**, Campo Grande, v. 18, n. 3, p. 97-105, set. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-70122017000300097>. Acesso em: 10 jan. 2021.

PEREIRA, K. G. et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista brasileira de epidemiologia**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 335-344, abr./jun. 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2017000200335&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 abr. 2021.

RAMOS, L. R. et al. Polypharmacy and Polymorbidity in Older Adults in Brazil: a public health challenge. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 50, suppl. 2, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006145>>. Acesso em: 20 ago. 2021.

REIS, R. F. D. S.; VITOR, C. C. Capacitação dos agentes comunitárias de saúde na promoção do uso correto dos medicamentos. **Revista Cosems MG**, Minas Gerais, p.16, set. 2014. Disponível em: <http://www.cosemsg.org.br/site/Arquivos/06_publicacoes/02_revistas/2015_Revista%20Congresso.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

REMONDI, F. A.; CABRERA, M. A. S.; SOUZA, R. K. T. de. Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais. **Revista Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 126-136, jan. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100126&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2020.

RENOVATO, R. D. O uso de medicamentos no Brasil: uma revisão crítica. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 89, n. 1, p. 64-69, 2008. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Rogério-Renovato/publication/270883884_Medicines_use_in_Brazil_a_critical_review/links/54b6f3130cf2bd04be33824f/Medicines-use-in-Brazil-a-critical-review.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Coordenadorias Regionais de Saúde. Disponível em: <<https://saude.rs.gov.br/crs>>. Acesso em: 17 dez. 2020.

ROSA, W. de A. G.; LABATE, R. C. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000600016>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

SANTOS, R. C.; LOPES, M. L. de S. A farmácia domiciliar e a utilização de medicamentos em residências da zona rural do município de Ubá (MG). **Revista Científica da Faminas (RCFaminas)**, Muriaé, v. 12, n. 2, maio/ago. 2017, p. 27-36. Disponível em:

<<http://periodicos.faminas.edu.br/index.php/RCFaminas/article/view/376/340>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

SILVA, T. L. e et al. Política Nacional de Atenção Básica 2017: implicações no trabalho do Agente Comunitário de Saúde. **Saúde em Debate [online]**, v. 44, n. 124, p. 58-69, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-1104202012404>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

SOUSA, M. D. C. V. B.; SANTOS, C. P. D.; MENDONÇA, S. D. A. M. Complexidades do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde com Pacientes em Uso de Medicamentos. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 605-619, ago. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000200605&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 ago. 2019.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; BORNSTEIN, V. J. O agente comunitário de saúde como mediador: uma reflexão na perspectiva da educação popular em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v.12, n.4, p.487-497, 2009. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25745/2/AgenteComunitario.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2021.

VOLPATO, L. F.; MARTINS, L. C.; MIALHE, F. L. Bulas de medicamentos e profissionais de saúde: ajudam ou complicam a compreensão dos usuários? **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.30, n.3, p. 309-314, dez. 2009. Disponível em: <<http://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/431/429>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

WANNMACHER, Lenita. Conduas Baseadas em Evidências sobre Medicamentos Utilizados em Atenção Primária à Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados** / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 156 p. Tema 1, p. 9-14. Disponível em: <https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf>. Acesso em 19 jul. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). The Role of the pharmacist in self-care and self-medication: report of the 4th WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, The Hague, The Netherlands, ago.1998. World Health Organization. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/handle/10665/65860>>. Acesso em: 10 abr. 2021.

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa **Conhecimentos e Atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Uso Correto e Racional de Medicamentos na sua Prática Profissional**. A pesquisa se refere ao projeto de **Mestrado da farmacêutica Thaís Scalco**, discente do **Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)**, orientada pela Prof^a Dr^a Tânia Alves Amador. O objetivo central do estudo é: **Analisar os conhecimentos e atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde, que atuam no município de Marau, no estado do Rio Grande do Sul, acerca da orientação nas comunidades sobre o uso correto e racional de medicamentos.**

Sua participação ocorrerá de forma direta, respondendo aos questionários sobre seus conhecimentos e atitudes acerca do uso correto e racional de medicamentos, que serão aplicados pela pesquisadora, **Thaís Scalco**. O tempo de duração dos questionários é de aproximadamente **60 minutos**, mas você não é obrigado (a) a terminar, isto é, você pode pedir para cancelar sua participação a qualquer momento.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os dados obtidos serão utilizados somente para este estudo para publicações científicas, sendo os mesmos armazenados pela pesquisadora durante 5 (cinco) anos e, após este prazo, totalmente destruídos (conforme preconiza a Resolução CNS/MS nº 466/12). Sempre será mantido sigilo dos dados pessoais dos participantes.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação, sem nenhuma forma de penalização e sem prejuízo à sua saúde ou bem-estar físico. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária. Não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações.

Considerando que toda pesquisa oferece algum tipo de risco, nesta pesquisa o risco a ser considerado é o tempo de preenchimento do questionário, que poderá gerar desconforto e se constituir em uma potencial dificuldade para a participação na pesquisa, mas você pode desistir de participar a qualquer momento. Pode também ser considerado um risco a identificação dos participantes, mas nós usaremos códigos para não identificá-la(o), todos os cuidados serão tomados para garantir a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas.

A sua participação não interferirá, de nenhuma forma (positiva ou negativa), no seu trabalho na Secretaria Municipal de Saúde do município de Marau, RS e também

não lhe prejudicará ou beneficiará quanto a execução de suas atividades de trabalho.

Sua participação é muito importante, pois contribuirá para acrescentar à literatura dados referentes ao tema e possibilita criar e/ou aprimorar espaços de educação permanente para os ACS. Além disso, a questão da pesquisa é de relevância para a saúde pública, demonstrando a necessidade de conhecermos suas atividades e abordagens sobre uso racional de medicamentos, visto que os Agentes Comunitários de Saúde são promotores da saúde na comunidade, principalmente através da educação da população.

Desde já, agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações. Se houver dúvidas sobre a ética da pesquisa entre em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Ernesto Dornelles, localizado na Av. Ipiranga, nº 1801, 7º andar, Porto Alegre/RS – CEP: 90160-092, Fone: (51) 3217-8840, e-mail: cep@hed.com.br, de segunda a sexta-feira, nos horários: 08h00min às 12h00min e 13h00min às 17h30min.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A responsável pela pesquisa pode ser encontrada pelo (51) 3316-5305, pelo e-mail: tania.alvesa@gmail.com, ou ainda no endereço: Av. Ipiranga, 2752 – Azenha, Porto Alegre/RS – CEP: 90610-000.

Explicitaremos oralmente para o(a) participante da pesquisa que é garantida a liberdade para desistência da participação a qualquer momento e também, caso desejar entrar em contato para tomar conhecimento dos resultados parciais e finais desta pesquisa.

Todos os voluntários que aceitarem participar da pesquisa assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), deste modo uma via permanecerá com o entrevistado e outra com o(a) pesquisador(a). Durante a realização da pesquisa, serão obtidas as assinaturas dos participantes da pesquisa e do(a) pesquisador(a). Também constarão em todas as páginas do TCLE as rubricas do(a) pesquisador(a) e do(a) participante da pesquisa.

Eu _____,
concordo em participar da pesquisa, por livre e espontânea vontade, permitindo que às informações que prestarei sejam utilizadas para o desenvolvimento da mesma.

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

Assinatura do participante

Data: ___/___/___

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

Data: ___/___/___

Thaís Scalco

Mestranda Assistente da Pesquisa

ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

HOSPITAL ERNESTO
DORNELLES - HED

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Conhecimentos e atitudes dos agentes comunitários de saúde sobre uso correto racional de medicamentos na sua prática profissional

Pesquisador: Tânia Alves Amador

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34701120.8.0000.5304

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.276.132

Apresentação do Projeto:

Título: CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE USO CORRETO E RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL.

É necessário reconhecer o papel do agentes comunitários de saúde (ACS) na atenção à saúde e criar propostas de capacitação, para que esses profissionais se apropriem do conhecimento, identifiquem problemas referente ao uso inadequado de medicamentos e realizem as intervenções necessárias, sejam elas ações ou encaminhamentos, para que o cuidado da população seja de qualidade. São profissionais que possuem um papel essencial, uma vez que, entram nas casas dos usuários e verificam as condições dos medicamentos nos domicílios, desta forma são capazes de dar suporte para as equipes de saúde na identificação de possíveis e reais problemas relacionados com a utilização de medicamentos.

Com isso, não se pretende que o ACS se responsabilize pela orientação do uso correto de medicamentos, mas que identifique problemas advindos da utilização e faça o elo entre as necessidades do usuário e a equipe de saúde, para resolvê-las.

O profissional farmacêutico não faz parte da equipe mínima da ESF, no entanto a sua participação nas equipes de saúde é fundamental na orientação dos usuários e formação das equipes, quanto

Endereço: Av. Ipiranga, 1801 - 7º andar -

Bairro: Azenha

CEP: 90.160-093

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3217-8840

E-mail: cep@hed.com.br

HOSPITAL ERNESTO DORNELLES - HED



Continuação do Parecer: 4.276.132

ao Uso Racional de Medicamentos, bem como para a integralidade do cuidado em saúde. Ainda, é importante destacar que a capacitação dos ACS para necessidades básicas da Assistência Farmacêutica colabora para o incremento de ações que visem à promoção do uso racional e correto dos medicamentos.

A partir dos dados apresentados, esta pesquisa possui como tema os conhecimentos e atitudes dos ACS sobre uso correto e racional de medicamentos na sua prática profissional, no município de Marau, Rio Grande do Sul (RS).

A pesquisa será realizada no mês de setembro ou outubro de 2020, no espaço de Educação Permanente dos ACS, que ocorrem semanalmente em cada uma das 12 equipes de Estratégias da Saúde da Família (ESF) do município de Marau. A amostra corresponderá a totalidade de ACS presentes no dia, visto que o município possui no total 63 cargos criados para ACS.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO GERAL

Identificar os conhecimentos e atitudes dos Agentes Comunitários de Saúde, que atuam nas Estratégias de Saúde da Família do município de Marau, RS, acerca da orientação nas comunidades sobre o uso correto e racional de medicamentos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Caracterizar os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) quanto aos dados sociodemográficos (sexo, idade, escolaridade e tempo de atuação no cargo);
- b) Identificar a formação e informações que os ACS possuem sobre uso correto e racional de medicamentos;
- c) Identificar as categorias de usuários que mais possuem dúvidas acerca da utilização de medicamentos;
- d) Identificar as informações mais solicitadas pelos usuários aos ACS sobre medicamentos;
- e) Descrever as situações de risco que envolvem a farmacoterapia, segundo opinião dos ACS;
- f) Identificar os profissionais da ESF que solucionam e esclarecem as dúvidas e problemas sobre farmacoterapia entre usuários e ACS;
- g) Descrever os problemas relacionados ao uso de medicamentos identificados pelos ACS;
- h) Verificar o conhecimento dos ACS sobre o uso correto e racional de medicamentos, por meio das respostas do instrumento de coleta de dados (APÊNDICE E).

Endereço: Av. Ipiranga, 1801 - 7º andar -

Bairro: Azenha

CEP: 90.160-093

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3217-8840

E-mail: cep@hed.com.br

HOSPITAL ERNESTO DORNELLES - HED



Continuação do Parecer: 4.276.132

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS: Os riscos da pesquisa podem ser caracterizados como mínimos, o que pode ocasionar alguns desconfortos, pela necessidade dos ACS em dispendar 60 minutos ou um pouco mais para responder os questionários, visto que a pesquisadora informará que os participantes estarão livres para desistir da pesquisa a qualquer momento. Os riscos relacionados à identificação dos participantes serão evitados por meio de sigilo de dados pessoais e confidenciais. A pesquisadora ao apresentar os resultados às instituições participantes, em eventos, em publicações científicas se compromete a garantir o anonimato dos participantes e as informações não serão usadas para prejudicar pessoas ou comunidades.

BENEFÍCIOS: Embora não haja benefícios diretos aos participantes, considera-se um benefício indireto a contribuição para a literatura de dados referentes ao tema. Além disso, a questão da pesquisa é de relevância para a saúde pública, demonstrando a necessidade de avaliarmos as atitudes e conhecimentos sobre uso racional e correto de medicamentos, visto que os ACS são promotores da saúde na comunidade, principalmente através da educação da população. O desenvolvimento desta pesquisa possibilita criar e/ou aprimorar espaços de educação permanente para os ACS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Os instrumentos de coleta de dados são validados (validação aparente e de conteúdo): APÊNDICE D – Instrumento para Caracterização dos

Agentes Comunitários de Saúde

APÊNDICE E – Instrumento para Avaliação dos Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Medicamentos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A pesquisadora apresentou o Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram atendidas. Sem óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Av. Ipiranga, 1801 - 7º andar -

Bairro: Azenha

CEP: 90.160-093

UF: RS

Município: PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3217-8840

E-mail: cep@hed.com.br

HOSPITAL ERNESTO DORNELLES - HED



Continuação do Parecer: 4.276.132

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1527555.pdf	13/08/2020 22:26:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_13_08.pdf	13/08/2020 22:25:48	Thaís Scalco	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_de_pesquisa_13_08.pdf	13/08/2020 22:23:57	Thaís Scalco	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_responsabilidade.pdf	06/07/2020 22:49:34	Thaís Scalco	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRostoJunhoAssinada.pdf	24/06/2020 15:16:06	Tânia Alves Amador	Aceito
Declaração de concordância	declaracao_de_concordancia_e_ciencia.pdf	23/05/2020 22:36:49	Thaís Scalco	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_anuencia.pdf	23/05/2020 22:35:36	Thaís Scalco	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 14 de Setembro de 2020

**Assinado por:
PAULO DORNELLES PICON
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Ipiranga, 1801 - 7º andar -	CEP: 90.160-093
Bairro: Azenha	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3217-8840	E-mail: cep@hed.com.br

ANEXO C - Carta de Anuência



CARTA DE ANUÊNCIA

Aceito que a pesquisadora **THAÍS SCALCO** pertencente a **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL** desenvolva sua pesquisa intitulada **CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE USO CORRETO E RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL**, vinculado ao **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado na **ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, NAS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARAU – RS**, em data que será previamente agendada com a Enfermeira Responsável pela unidade, e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.


Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
PM Marau/RS

Assinatura do Responsável pela Instituição

Carimbo identificador do Responsável

Marau, 11 de setembro de 2019.

ANEXO D - Declaração de Concordância e Ciência

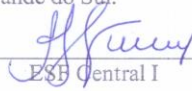


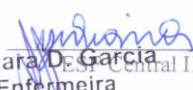

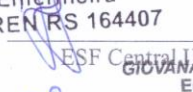

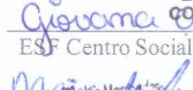
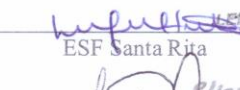
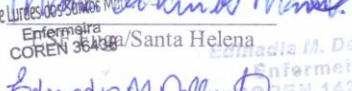
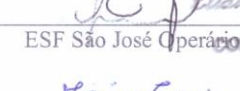
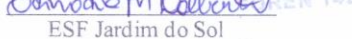



DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA E CIÊNCIA

Declaramos estar cientes e de acordo que a pesquisadora **THAÍS SCALCO** pertencente a **UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL** desenvolva sua pesquisa intitulada **CONHECIMENTOS E ATITUDES DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE USO CORRETO E RACIONAL DE MEDICAMENTOS NA SUA PRÁTICA PROFISSIONAL**, vinculado ao **PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA**.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer todos os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12 CNS/MS; a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa; que não haverá nenhuma despesa para esta instituição e no caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade solicitar a retirada da minha concordância a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

O referido projeto será realizado na **ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE, NAS RESPECTIVAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE MARAU – RS**, em data que será previamente agendada com a Enfermeira Responsável pela unidade, e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

 ESF Central I	ANDRÉIA FIORAVANÇO Enfermeira COREN 123141	 Enfermeira COREN 122903	 Enfermeira COREN/RS 151.327
 ESF Central II	Juliana Serafini dos Santos Enfermeira COREN/RS 164365	 Enfermeira COREN/RS 151.327	
 ESF Central III	GIOVANA CASAGRANDE Enfermeira COREN 74611	 Enfermeira COREN/RS 130808	
 ESF Centro Social Urbano		 Enfermeira COREN/RS 104806	
 ESF Santa Helena		 Enfermeira COREN/RS 150501	
 ESF Jardim do Sol		 Enfermeira COREN RS 123159	

Marau, 11 de setembro de 2019.

ANEXO E - Instrumento para Caracterização dos Agentes Comunitários de Saúde

1. Qual a Estratégia de Saúde da Família que você trabalha?

- | | |
|--------------------------|------------------------|
| (1) Central I | (7) Planalto |
| (2) Central II | (8) Progresso |
| (3) Central III | (9) Santa Lúcia |
| (4) Centro Social Urbano | (10) Santa Rita |
| (5) Fuga/Santa Helena | (11) São José Operário |
| (6) Jardim do Sol | (12) Rural |

2. Qual a sua idade? _____ anos.

3. Qual seu sexo?

- (1) Feminino (2) Masculino (3) Outro

4. Qual o seu grau de escolaridade?

- (1) Fundamental Incompleto
(2) Fundamental Completo
(3) Médio Incompleto
(4) Médio Completo
(5) Técnico. Qual curso? _____
(6) Superior Incompleto. Qual curso? _____
(7) Superior Completo. Qual curso? _____

5. Faz quanto tempo que você trabalha como Agente Comunitário de Saúde? _____ anos _____ meses.

6. Quantas famílias você visita em média por semana? _____ famílias por semana.

7. Você já fez algum curso de capacitação específico sobre medicamentos?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei dizer

Se sim, qual foi o curso? _____

Quem deu? _____

Quando foi? Mês _____ ano _____

Qual foi a carga horária? _____ horas.

8. Você sente necessidade de fazer algum curso de capacitação para dar informações e orientar corretamente as famílias sobre os medicamentos?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei dizer

9. No último mês, quantas vezes foram discutidos pela sua equipe temas relacionados aos medicamentos que as famílias usam?

- (1) nenhuma
- (2) 1 vez
- (3) 2 vezes
- (4) 3 vezes
- (5) 4 vezes ou mais.

10. Na sua última semana de trabalho, durante as visitas domiciliares quantas vezes te perguntaram sobre o uso de medicamentos?

- (1) nenhuma
- (2) 1 vez
- (3) 2 ou 3 vezes
- (4) 4 ou 5 vezes
- (5) 6 vezes ou mais.

11. Assinale as principais dúvidas sobre os medicamentos que as pessoas apresentam durante as visitas domiciliares? (pode assinalar mais de um item).

<input type="checkbox"/>	a. Horário de tomar os medicamentos.
<input type="checkbox"/>	b. Até quando tomar o medicamentos (período do tratamento).
<input type="checkbox"/>	c. Os efeitos colaterais ou reações adversas dos medicamentos.
<input type="checkbox"/>	d. Para que o medicamento é indicado.
<input type="checkbox"/>	e. Porque ele precisa tomar aquele medicamento.
<input type="checkbox"/>	f. Com o que tomar os medicamentos (água, leite, suco, etc.).
<input type="checkbox"/>	g. Se pode quebrar o comprimido ou abrir a cápsula.
<input type="checkbox"/>	h. Medida de medicamentos, líquidos, xaropes, etc.
<input type="checkbox"/>	i. Via de administração do medicamento.
<input type="checkbox"/>	j. Uso concomitante com álcool.
<input type="checkbox"/>	k. Outros. Especifique:

12. Assinale os pacientes que mais pedem informações a você sobre os medicamentos? (pode assinalar mais de um item).

<input type="checkbox"/>	a. Idosos.
<input type="checkbox"/>	b. Pacientes em tratamento de tuberculose ou hanseníase.
<input type="checkbox"/>	c. Pacientes em tratamento para AIDS.
<input type="checkbox"/>	d. Pacientes em tratamento da Diabetes ou Hipertensão.
<input type="checkbox"/>	e. Usuárias de contraceptivos orais (anticoncepcional).
<input type="checkbox"/>	f. Cuidadores de pacientes da saúde mental.
<input type="checkbox"/>	g. Cuidadores de crianças.
<input type="checkbox"/>	h. Cuidadores de pacientes acamados.
<input type="checkbox"/>	i. Gestantes.

13. Você considera ter conhecimentos suficientes para dar informações sobre os medicamentos?

(1) Sim (2) Não (3) Não sei dizer

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

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

15. O que você costuma fazer quando durante a visita te fazem alguma pergunta sobre medicamento e você não sabe responder? (pode assinalar mais de um item).

	a. Digo para paciente perguntar ao médico(a) na próxima consulta.
	b. Digo para paciente procurar um(a) farmacêutico(a).
	c. Procuo o(a) médico(a) para tirar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta.
	d. Procuo o(a) enfermeira(a) para tirar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta.
	e. Procuo o (a) farmacêutico(a) para tirar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta.
	f. Procuo outro profissional de saúde da unidade para tirar a dúvida e volto ao domicílio com a resposta. Especifique o profissional:_____
	g. Procuo primeiro em livros, revistas, bulas de medicamentos, etc.
	h. Outros. Especifique:

16. Qual é o profissional da Unidade que costuma tirar suas dúvidas sobre os medicamentos?

	a. Médico(a).
	b. Enfermeiro(a).
	c. Farmacêutico(a).
	d. Outros. Especifique:

17. Onde você costuma obter informações sobre medicamentos? (pode assinalar mais de um item).

	a. Televisão.
	b. Jornais e revistas.
	c. Livros.
	d. Internet.
	e. Bulas de medicamento.
	f. DEF – Dicionário de Especialidades Farmacêuticas.
	g. Lista de medicamentos do município.

	h. Manuais do Ministério da Saúde ou do Município.
	i. Nenhum.
	j. Outros. Especifique:

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

(1) Sempre (2) Quase sempre (3) Às vezes (4) Raramente (5) Nunca

19. Assinale os problemas que você já identificou durante as visitas. (pode assinalar mais de um item).

	a. Paciente usando medicamento em horário errado.
	b. Paciente tomando medicamento diferente do prescrito.
	c. Paciente tomando medicamento em dose diferente da prescrita.
	d. Paciente tomando medicamento por via errada.
	e. Paciente tomando ou guardando medicamento com validade vencida.
	f. Paciente guardando medicamento em local inadequado.
	g. Paciente recebeu medicamento trocado na unidade de saúde.
	h. Paciente que apresentou reação ao medicamento.
	i. Paciente que se recusa em tomar o medicamento.
	j. Paciente usando medicamento por conta própria ou indicado por vizinhos e parentes.

20. Para quem você costuma encaminhar o problema depois de identificá-lo no domicílio durante a visita?

	a. Médico(a) da equipe.
	b. Enfermeiro(a) da equipe.
	c. Farmacêutico(a).
	d. Gerente da unidade.

21. O que acha do agente comunitário de saúde orientar as famílias sobre os medicamentos durante as visitas domiciliares?

- (1) acho uma ação muito importante para evitar problemas com os medicamentos.
 (2) acho uma ação importante, mas preciso de treinamento contínuo para realizá-la corretamente.
 (3) acho pouco importante, pois outros profissionais já fazem essa orientação.
 (4) acho que essa não seja uma função do agente comunitário de saúde.
 (5) não sei dizer.

ANEXO F - Instrumento para Avaliação dos Conhecimentos dos Agentes Comunitários de Saúde sobre Medicamentos

Caro Agente de Saúde,

Você está sendo convidado a responder 10 questões sobre o uso correto de medicamentos, visto que não é preciso se identificar, basta responder as questões abaixo com muita atenção.

Assinale apenas a alternativa correta.

- 1. Seu Carlos é morador da comunidade Progresso, que utiliza muitos medicamentos indicados por parentes, vizinhos e pelos balconistas da farmácia. Não importa qual seja o problema, lá vai seu Carlos atrás de algum medicamento que tenha sido bom para algum conhecido seu. Observando está pequena história, você acha que seu Carlos utiliza os medicamentos:**

A) de forma irracional, pois devemos apenas utilizar exclusivamente os medicamentos essenciais.

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

C) de forma racional, pois a automedicação é uma forma de auto-cuidado que deve ser incentivada pelas equipes de saúde da família.

D) de forma racional, pois ele sempre procura utilizar medicamentos que já sejam conhecidos por seus parentes ou vizinhos, o que diminui a chance de problemas ao consumi-los.

- 2. O uso racional de medicamentos possui várias etapas diferentes, nos quais devem estar envolvidos todos os membros da equipe de saúde da família. Assinale abaixo as atividades que os Agentes Comunitários de Saúde devem desenvolver para contribuírem nesse trabalho.**

A) Dispensar os medicamentos na unidade de saúde da família, orientando os usuários sobre a utilização correta.

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

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

D) Administrar medicamentos aos pacientes que procuram a equipe de saúde da família.

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

A) Através do seu conhecimento sobre a comunidade, já que o agente de saúde conhece sua microárea e sabe exatamente quais os medicamentos necessários para a sua realidade.

B) Através de seu trabalho junto à enfermeira da equipe, que pode receber as informações trazidas pelo agente de saúde e realizar o planejamento do uso de medicamentos na comunidade.

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

D) Realizando leituras dos prontuários do paciente, a fim de conhecer quais os medicamentos estão sendo utilizados por eles.

4. Assinale a alternativa correta:

A) Quando o paciente tem dúvidas sobre como ingerir o medicamento (água, leite?) o agente de saúde deve orientá-lo a ingerir com leite ou suco de frutas.

B) Quando existe a orientação de ingerir um medicamento em jejum, significa que os pacientes devem ingeri-lo imediatamente após o almoço.

C) Para facilitar a ingestão de medicamentos, o agente de saúde deve orientar os pacientes a mastigarem comprimidos, cápsulas e drágeas, o que torna mais fácil a sua utilização e não atrapalha o tratamento.

D) Quando são prescritos medicamentos em formas farmacêuticas orais líquidas, como xaropes e suspensões, deve-se utilizar os recipientes de medida que acompanham os medicamentos, evitando o uso de medidas domésticas.

5. Dona Marta recebeu de seu médico de família a prescrição de um antibiótico em forma de comprimidos, que deveria ser utilizado quatro vezes ao dia, sempre com um copo de água e ao menos meia hora antes das refeições. De que forma um agente de saúde poderia orientá-la sobre esta prescrição.

A) Dona Marta deveria utilizar o antibiótico 4 vezes ao dia, sempre que lembrasse.

B) Dona Marta deveria utilizar o antibiótico às 6 da manhã, meio-dia, 6 da tarde e meia noite, sendo que as refeições deveriam ser feitas por volta das 7 da manhã, 13 horas e 19 horas.

- C) Dona Marta poderia utilizar o medicamento em duas tomadas, aumentando a dose de cada uma, o que não traria problemas a ela, por ser um antibiótico.
 D) Dona Marta deveria utilizar o antibiótico às 8h da manhã, 14 horas, 20 horas, sendo que assim não haveria problemas de interações com as refeições.

6. Os medicamentos possuem ao menos três denominações diferentes: nome químico, nome genérico e nomes comerciais. Para que a comunidade tenha acesso facilitado aos medicamentos essenciais, o agente de saúde deve orientar os usuários a solicitar ao médico que a prescrição tenha:

- A) O nome genérico do medicamento, pois além da prescrição pelo nome genérico ser obrigatória pelos médicos do SUS, o nome genérico facilita a dispensação e elimina a confusão causada pelos nomes comerciais.
 B) O nome genérico, pois sem ele é impossível obter os medicamentos no SUS e mesmo nas farmácias comerciais.
 C) O nome de marca, pois isto assegura que o usuário irá consumir um produto de qualidade garantida.
 D) O nome de marca, pois é muito mais simples conhecer os nomes de marca dos medicamentos do que seus nomes genéricos, que são em maior quantidade.

7. Numere a coluna da direita relacionando a forma farmacêutica com a via de administração apropriada para cada uma delas:

1. Aerossol	() Via retal
2. Xaropes	() Via oral
3. Supositórios	() Via parenteral
4. Soluções injetáveis	() Via oftálmica
5. Colírios	() Via pulmonar

Assinale a alternativa que apresenta a sequência correta da coluna da direita, de cima para baixo:

- A) 1, 2, 3, 4, 5.
 B) 3, 2, 1, 5, 4.
 C) 3, 2, 4, 5, 1.
 D) 4, 2, 3, 1, 5.
- 8. Considerando a questão da automedicação em nosso País, é correto afirmar que:**

- A) Medicamentos que tenham tarja vermelha ou preta podem ser comprados sem receita médica.

- B) Nenhum medicamento, mesmo os de venda livre (sem tarjas coloridas) deve ser utilizado sem o devido esclarecimento de um profissional de saúde.
- C) Os medicamentos são totalmente livres de riscos para quem consome.
- D) O medicamento que é bom para uma pessoa, certamente também fará bem a outra que apresente sintomas parecidos.

9. Seu João utiliza dois medicamentos para o controle de sua pressão arterial, já que é hipertenso: Captopril 25 mg duas vezes ao dia e Hidroclorotiazida 25 mg uma vez ao dia. Aos finais de semana Seu João sempre deixa de tomar o remédio para dar um descanso ao corpo, como ele sempre diz. O que você acha da postura de seu João?

- A) Correta, pois não será um final de semana que vai levar o paciente a uma complicação de sua hipertensão.
- B) Correta, pois o paciente tem o direito de interromper seu tratamento medicamentoso quando bem entender, mesmo não sabendo dos riscos envolvidos nessa interrupção.
- C) Errada, pois a interrupção no tratamento só pode ser feita em dias de semana, já que os sábados e domingos as pessoas abusam ainda mais da alimentação, bebidas alcoólicas, etc.
- D) Errada, pois é fundamental o seguimento correto da prescrição médica.

10. Um dos princípios fundamentais do uso racional de medicamentos é saber que qualquer medicamento pode provocar reações adversas em quem o utiliza. Assinale a alternativa que descreve corretamente o que é reação adversa e o que o agente de saúde deve fazer ao suspeitar de uma reação em sua microárea.

- A) Reações adversas são todas e quaisquer respostas nocivas ou indesejáveis que possam surgir a partir da utilização de um medicamento. Ao suspeitar de uma reação adversa o agente de saúde deve comunicar o médico de sua equipe o mais rápido possível, a fim de acordar a orientação que será dada ao paciente.
- B) Reações adversas são as reações de rejeição do paciente ao uso do medicamento, como é comum em pacientes que utilizam muitos medicamentos e acabam interrompendo o tratamento. Cabe ao agente de saúde orientar o paciente para que este interrompa o tratamento e levar o problema à próxima reunião de equipe.
- C) São reações produzidas pela interação entre medicamentos diferentes utilizados pela mesma pessoa. Ao suspeitar destes casos o agente de saúde deve comunicar os demais membros da equipe de saúde da família para que, em conjunto, a equipe resolva o que fazer.

D) São reações provocadas pelo uso de álcool juntamente a um medicamento. Ao suspeitar destas reações o agente de saúde deve orientar o usuário a não utilizar álcool, observando dia após dia a melhoria de seu quadro clínico.

Obrigada pela colaboração!