

SIBELE CRISTINA RIBEIRO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS EM ALFABETIZAÇÃO NA REDE
MUNICIPAL DE ENSINO EM UBERLÂNDIA – MG**

BRASÍLIA/DF, 2011

SIBELE CRISTINA RIBEIRO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS EM ALFABETIZAÇÃO NA REDE
MUNICIPAL DE ENSINO EM UBERLÂNDIA – MG**

Dissertação apresentada como
requisito parcial para a obtenção do
Título de Mestre em Ciências da Saúde
pelo Programa de Pós-Graduação em
Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientador: Rafael Mota Pinheiro

BRASÍLIA, 2011

SIBELE CRISTINA RIBEIRO

**EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE
MEDICAMENTOS ENTRE ADULTOS EM ALFABETIZAÇÃO NA REDE
MUNICIPAL DE ENSINO EM UBERLÂNDIA – MG**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Aprovada em 15 de dezembro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Rafael Mota Pinheiro (presidente)
Universidade de Brasília

Janeth de Oliveira Silva Naves
Universidade de Brasília

Dayde Lane Mendonça da Silva
Universidade de Brasília

Com todo amor que houver nessa vida dedico este trabalho a você, Darquinha, mãe querida, pelo exemplo de luta que sempre me incentivou, pelo apoio e ajuda nas minha ausências e por sempre acreditar nos meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que sempre me abençoou e conduziu minhas decisões.

Aos meus filhos Davi e Ana Clara que suportaram minhas ausências, me inspiraram diariamente e me fizeram rir, mesmo nos momentos mais difíceis. Inspiraram-me com seu amor e carinho.

Ao meu esposo Júnior, por aceitar minhas escolhas e compartilhar comigo as dificuldades, pelo apoio e compreensão. Até no silêncio me incentivou. Amo você!

Ao querido professor Rafael Mota Pinheiro, meu orientador. Pela confiança que em mim depositou, aceitando-me como orientanda, por entender minhas limitações e me conduzir nesse trabalho com paciência, seriedade e muito profissionalismo.

Às doutoras que aceitaram participar desta banca, Janeth de Oliveira Silva Naves, Dayde Lane Mendonça da Silva, Muna Muhammad Odeh, pela relevante contribuição na avaliação deste trabalho.

À minha família, que torceu pela minha vitória, a vibração positiva de vocês me encorajou a concluir esta etapa da minha vida. Obrigada!

Aos meus alunos, Alessandra, Clener, João Paulo, Juliana, Lays Caroline, Lisieux, Ludmila, Danner, Adan, Ângelo, Luis Paulo, Thiago, Elines, Gabriela, Letícia, Monise, Naiâne, que tiveram uma contribuição significativa em diferentes etapas deste trabalho, sem vocês teria sido impossível desenvolver esse projeto.

Ao professor Flávio Rodrigues Oliveira pela ajuda com as análises estatísticas.

À Secretaria Municipal de Educação de Uberlândia, pelo apoio no trabalho.

Aos alunos sujeitos desse estudo, pelo carinho, receptividade, disposição, confiança e por compartilharem suas experiências para a consolidação deste estudo.

Sem vocês, esta conquista não seria possível. Muito obrigada!

RESUMO

O empoderamento pode ser oportunizado mediante processos educativos estruturados que facilitem a cada um adquirir e pôr em prática os conhecimentos, atitudes, valores, habilidades e competências necessárias à promoção e proteção da própria saúde, a de sua família e a da comunidade. A Organização Mundial da Saúde pondera sobre a necessidade de descrever práticas de uso comum de medicamentos e avaliar em que medida essas práticas são racionais para identificar os problemas relacionados a esse uso e recomenda também estratégias de intervenção educativa para a promoção do Uso Racional de Medicamentos. Os objetivos deste estudo foram reconhecer e avaliar o conhecimento, atitudes e práticas de alunos da alfabetização de jovens e adultos da rede municipal de ensino de Uberlândia- MG, relacionados aos medicamentos, além de desenvolver e avaliar uma estratégia de Educação em Saúde para a promoção do Uso Racional de Medicamentos e Promoção da Saúde junto a esse grupo. O presente trabalho desenvolveu-se em três etapas: o levantamento do perfil de automedicação dos adultos em alfabetização, a realização de uma intervenção educativa sobre o Uso Racional de Medicamentos e Promoção da Saúde e a comparação entre as concepções e conceitos relacionados aos medicamentos, dos alunos divididos em dois grupos, antes e depois da intervenção educativa. Para resgatar as necessidades do grupo-alvo no tocante ao tema propôs-se a investigação inicial das características deste grupo quanto à sua relação com os medicamentos. Na etapa do levantamento inicial participaram do estudo 216 estudantes da alfabetização de adultos, divididos em dois grupos – controle e intervenção, mediante a realização de uma entrevista semiestruturada. O consumo contínuo de medicamentos mostrou-se associado ao sexo feminino, idade avançada e à presença de doenças, nos dois grupos, que se mostraram estatisticamente homogêneos quanto às características avaliadas nesta primeira etapa. Quanto às práticas de uso dos medicamentos identificou-se que 31,9% não sabem o nome dos medicamentos que usam e o conhecimento leigo é citado por 69% dos entrevistados como utilizado na indicação ao uso de medicamentos sem prescrição. Uma vez desenhado o contexto em que se estava inserido partiu-se para a construção da atividade de intervenção. A idealização desta proposta educativa partiu das premissas construtivistas da pedagogia freiriana, que embasa as principais iniciativas da educação de adultos, onde se procurou deixar prevalecer o diálogo, em busca da transformação e emancipação características do trabalho de Paulo Freire. A ação educativa desenvolveu-se entre os componentes do grupo intervenção em quatro oficinas que culminaram com a apresentação dos temas pelos próprios alunos para as turmas chamadas controle. A entrevista pós-intervenção detectou um maior conhecimento sobre o papel do farmacêutico na orientação ao uso de medicamentos depois da intervenção educativa. Registraram-se mudanças relativas ao conhecimento dos locais adequados para o armazenamento e descarte após a intervenção. Este trabalho fornece bases para intervenções orientadas ao uso de medicamentos, visando mudanças positivas na relação do indivíduo com os mesmos, o que pode aumentar a sua motivação para com a automonitorização de sua saúde, sintomas e cuidados com os medicamentos, estendendo-se à família e comunidade.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica; Uso Racional de Medicamentos; Educação em Saúde.

ABSTRACT

Empowerment can be achieved through structured educational processes that facilitate each acquire and put into practice the knowledge, attitudes, values, skills and competences necessary for the promotion and protection of their health, their family and community. The World Health Organization indicates the need to describe the practices of common use of medicines and to evaluate the extent to which these practices are rational to identify problems related to their use and recommends educational intervention strategies to promote Rational Use of Drugs. This study aims to assess the knowledge, attitudes and practices related to medications among low literacy adult students in Uberlândia, MG, related to drugs, and develop and evaluate a health education strategy to promote Rational Use of Drugs and Health Promotion with this group. This work was carried out in three steps: the description of the profile of self-medication of adults in literacy, the implementation of an educational intervention to promote rational drug use and Health Promotion and the comparison between the ideas and concepts related to drugs, of students divided into two groups, pre and post the educational intervention. To redeem the needs of the target group with respect to the subject proposed to the initial investigation of the characteristics of this group as to their relationship with medicines. In the initial phase the study was conducted among 216 students of adult literacy, divided into two groups - control and intervention, by conducting a semi-structured interview. Continuous consumption of drugs was associated with female gender, elderly age and the presence of disease. The demand for a remedy is the first step taken in case of signs or symptoms. About the practices of drug utilization was identified that 31,9% don't know the name of the medicines they used and the popular knowledge is cited by 69% of as interviewed used in the indication for use of nonprescription medications. Once designed the context in which it was inserted we attempted to the construction of intervention activity. The idealization of this educational proposition came from the constructivist premises of the pedagogy of Freire, which underlies the main initiatives in adult education, where we tried to make dialogue prevail, looking for transformation and emancipation characteristics of the work of Paulo Freire. The educational activity developed between components of the intervention group at four workshops that culminated with the presentation of subjects by the students for the students of control group. The post-intervention interview detected a greater knowledge of the pharmacist's role in guiding the use of medications after the educational intervention. There were changes related to the knowledge of suitable places for storage and disposal of medicines after the intervention. This work provides the basis for targeted interventions to drug use, seeking positive change in the individual's relationship with them, which can increase their motivation to self-monitoring of their health, symptoms, medications and care, extending the family and community.

Keywords: Pharmaceutical services; Rational Drug Use; Health Education.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mapa dos setores sanitários do município de Uberlândia/MG, 2011	33
Figura 2	Correlação entre a autoavaliação da saúde e frequência de automedicação referida pelo total de alunos da alfabetização de adultos	53
Figura 3	Correspondência entre as classes dos medicamentos e as categorias a que pertencem, de acordo com os nomes citados, segundo os grupos intervenção e controle	57
Figura 4	Correspondência entre a classe e a finalidade terapêutica dos medicamentos referidos pelos entrevistados, nos grupos controle e intervenção	58
Figura 5	Primeira oficina – discussão sobre o Uso Racional de Medicamentos	65
Figura 6	Segunda oficina – Identificação das informações do rótulo	75
Figura 7	Elaboração de painéis temáticos – Terceira oficina	79
Figura 8	Painel sobre Uso Racional de Medicamento – terceira oficina	80
Figura 9	Painel sobre “Armazenamento correto dos medicamentos” – Terceira oficina	81
Figura 10	Painel sobre “Descarte de medicamentos vencidos” – Terceira oficina educativa	82

Figura 11	Painel sobre “Promoção da Saúde” – Terceira oficina educativa	83
Figura 12	Quarta Oficina – Preparação do grupo para apresentação	84
Figura 13	Quarta oficina – Apresentação do tema	85
Figura 14	Descrição do critério utilizado para avaliação das condições de uso dos medicamentos nos grupos controle e intervenção, antes e depois da intervenção educativa	99
Figura 15	Medidas de promoção à saúde indicadas pelos adultos em alfabetização na entrevista final	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Distribuição das escolas e turmas controle e intervenção segundo os setores sanitários do município de Uberlândia/MG	34
Quadro 2 – Consolidado das respostas orais à questão sobre benefícios e riscos do medicamento, dadas pelos alunos das turmas de alfabetização de adultos durante a primeira oficina da intervenção educativa	64
Quadro 3 – Grupos formados na primeira oficina da intervenção educativa, separados por turma	66
Quadro 4 – Distribuição das respostas ao questionamento sobre as atitudes necessárias para conseguir o efeito esperado do medicamento, por categorias, conforme discutido nos grupos de alunos da primeira oficina	67
Quadro 5 – Distribuição das respostas dos grupos sobre Uso Racional de Medicamentos e o consolidado do tema em cada turma durante a segunda oficina da intervenção educativa	72
Quadro 6 – Temas apresentados na construção do conceito de Promoção da Saúde, segundo os grupos formados pelos alunos na terceira oficina da intervenção educativa	78

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição, segundo características socioeconômicas e demográficas de adultos em alfabetização, dos grupos intervenção educativa e controle. Uberlândia, MG, 2011	47
Tabela 2 –	Distribuição dos grupos controle e intervenção segundo indicadores de condição de saúde. Uberlândia/MG, 2011	49
Tabela 3 –	Distribuição das doenças ou condições crônicas referidas pelos entrevistados como tendo sido diagnosticadas pelo médico, nos grupos intervenção e controle. Uberlândia/MG, 2011	50
Tabela 4 –	Resultados da análise da associação entre o consumo contínuo de medicamentos, as características socioeconômicas e indicadores da condição de saúde entre o total de alunos entrevistados na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011	51
Tabela 5 –	Distribuição da frequência de automedicação referida pelos adultos em alfabetização para os grupos controle e intervenção na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011	52
Tabela 6 –	Distribuição das atitudes relacionadas à automedicação descritas pelos entrevistados, nos grupos controle e intervenção, na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011	54
Tabela 7 –	Distribuição das classes terapêuticas de maior frequência na prática de automedicação avaliada, entre os grupos controle e intervenção na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011	55
Tabela 8 –	Descrição das orientações relativas aos medicamentos realizadas pelos médicos e/ou farmacêuticos lembradas pelos adultos em alfabetização na entrevista inicial, nos grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011	56
Tabela 9 –	Distribuição das atitudes relacionadas aos medicamentos descritas pelos alfabetizados adultos, grupos intervenção e controle. Uberlândia/MG, 2011	60
Tabela 10 –	Distribuição das respostas à pergunta “qual a pessoa	61

procurada quanto há alguma dúvida relacionada aos medicamentos”, segundo os grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011

Tabela 11 – Distribuição das respostas relacionadas ao cuidado com os medicamentos segundo os grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011	62
Tabela 12 – Análise comparativa da autoavaliação da saúde pelos entrevistados dos grupos controle e intervenção, antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011	90
Tabela 13 – Distribuição da frequência comparativa com que os entrevistados referem utilizar medicamentos sem receita, nos grupos controle e intervenção antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011	91
Tabela 14 – Distribuição da presença de alguma dificuldade para manter a própria saúde ou a da família, segundo os grupos controle e intervenção antes e depois de intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011	92
Tabela 15 – Distribuição das características da automedicação descritas pelos entrevistados antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011	93
Tabela 16 – Distribuição dos medicamentos citados como automedicação referida segundo as classes terapêuticas, pelos grupos controle e intervenção antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011	94
Tabela 17 – Comparação entre as pessoas indicadas a esclarecer dúvidas relativas aos medicamentos antes e depois da intervenção educativa	95
Tabela 18 – Distribuição das atitudes relacionadas aos medicamentos segundo os grupos controle e intervenção, nas entrevistas inicial e final. Uberlândia/MG, 2011	96
Tabela 19 – Distribuição dos entrevistados dos grupos controle e	97

intervenção depois da intervenção educativa, segundo a descrição de características que auxiliam na identificação dos medicamentos. Uberlândia/MG, 2011

Tabela 20 – Distribuição dos locais descritos como inapropriados para o armazenamento de medicamentos na entrevista pós-intervenção em relação aos grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011	98
Tabela 21 – Distribuição das respostas relacionadas ao destino dos medicamentos vencidos pelos entrevistados dos grupos controle e intervenção, antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/ MG	100
Tabela 22 – Distribuição de respostas à questão “Onde joga os medicamentos vencidos”, nas entrevistas pré e pós intervenção, segundo os grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011	101
Tabela 23 – Medidas de promoção do Uso Racional de Medicamentos indicadas pelos entrevistados após a intervenção educativa	102
Tabela 24 – Citações de menor frequência relacionadas a orientações de promoção à saúde pelos entrevistados dos grupos controle e intervenção durante a entrevista final. Uberlândia/MG, 2011	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS	Organização Mundial da Saúde.
URM	Uso Racional De Medicamentos.
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária.
EJA	Educação de Jovens e Adultos.
SUS	Sistema Único de Saúde.
PMEA	Programa Municipal de Educação de Jovens e Adultos.
IBGE	do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
SME	Secretaria Municipal de Educação.
NEJA	Núcleo de Educação de Jovens e Adultos.
EM	Escola Municipal.
UNITRI	Centro Universitário do Triângulo.
IE	Intervenção Educativa.
SPSS	Statistical Package for Social Science.
DCB	Denominação Comum Brasileira.
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	O INTERESSE INICIAL NA TEMÁTICA ABORDADA NESTA PESQUISA	16
1.2	A JUSTIFICATIVA DESTE ESTUDO	17
1.3	REFERENCIAL TEÓRICO	19
2	OBJETIVOS	30
2.1	OBJETIVO GERAL	30
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
3	MÉTODOS	31
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO	31
3.2	LOCAL DO ESTUDO	31
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO	32
3.4	PROCEDIMENTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA	35
3.4.1	Procedimentos de Coleta dos Dados na Entrevista Inicial	35
3.4.2	Desenvolvimento do Embasamento Teórico, Planejamento e Intervenção Educativa	37
3.4.2.1	Primeira Oficina – Construção de Conceitos	40
3.5.2.2	Segunda Oficina – Reconhecendo o medicamento	41
3.5.2.3	Terceira Oficina – Construção do Conceito de “Promoção da Saúde” e Confecção de Painel Informativo	42
3.5.2.4	Quarta Oficina – Apresentação dos Temas em Medicamentos e Promoção da Saúde	43
3.4.3	Procedimentos de Coleta dos Dados na Entrevista Inicial	43
3.5	ANÁLISE DOS DADOS	44
3.5.1	Análise das entrevistas	44
3.5.2	Análise dos Dados da Ação Educativa	45
3.6	ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	45
4	RESULTADOS	46
4.1	4.1 ENTREVISTA INICIAL – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS	46
4.1.1	Perfil dos Entrevistados	46

4.1.2	Indicadores da Condição de Saúde	48
4.1.3	Automedicação	52
4.1.4	Concepções e Conceitos Relativos aos Medicamentos	55
4.1.5	Avaliação do Cuidado com os Medicamentos	61
4.2	INTERVENÇÃO EDUCATIVA	62
4.2.1	Primeira oficina – Construção de conceitos	63
4.2.2	Segunda Oficina – Reconhecendo o medicamento	74
4.2.3	Terceira oficina – Construção do conceito de “Promoção da Saúde” e confecção de painel informativo	77
4.2.4	Quarta oficina – Apresentação dos temas em medicamentos e Promoção da Saúde	83
4.3	ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A ENTREVISTA INICIAL E A ENTREVISTA PÓS-INTERVENÇÃO NOS GRUPOS CONTROLE E INTERVENÇÃO	89
4.3.1	Autoavaliação da saúde	89
4.3.2	Automedicação	90
4.3.3	Conhecimento e cuidado com os medicamentos	94
4.4	MEDIDAS SUGERIDAS PELOS ENTREVISTADOS DEPOIS DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA	101
5	DISCUSSÃO	105
5.1	CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS RELACIONADAS AO MEDICAMENTO	105
5.2	A INTERVENÇÃO EDUCATIVA	117
5.3	SÍNTESE DAS MUDANÇAS OBSERVADAS APÓS A AÇÃO EDUCATIVA	125
6	CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	128
	REFERÊNCIAS	130
	APÊNDICES	151
	ANEXOS	180

1 INTRODUÇÃO

1.1 O INTERESSE INICIAL NA TEMÁTICA ABORDADA NESTA PESQUISA

Partindo-se de referenciais teórico-práticos sobre as questões gerais atreladas à atuação profissional do farmacêutico e à Educação em Saúde, percebe-se haver influência considerável da abordagem humanista de sua formação na possibilidade de se fazer presente na promoção da saúde. Ao assumir esse binômio como demanda importante para a comunidade entendemos ser primordial a criação de estratégias educativas para alcançar o usuário, principalmente aquele mais vulnerável, nas necessidades emergentes de sua relação com os medicamentos e nos aspectos envolvidos na promoção da saúde. Buscou-se atentar para os aspectos pedagógicos da Educação em Saúde, entendendo-a de maneira engajada visando, sobretudo à melhoria da qualidade de vida, pesquisando alternativas pedagógicas reflexivas, dialógicas, transformadoras e capazes de cultivar a autonomia pelo empoderamento do sujeito.

Assim sendo, o tema e o objeto de pesquisa foram definidos a partir da observação de grupos consideravelmente vulneráveis, em sua condição de adultos e idosos em alfabetização, inseridos no sistema público de ensino, onde se poderiam investigar os aspectos envolvidos na promoção da saúde e no uso de medicamentos.

A proximidade e a identificação com esta temática surgiu a partir da prática profissional enquanto educadora da rede municipal de ensino, no Programa de Educação de Jovens e Adultos, além da docência no ensino superior na área da saúde e instigada com as possibilidades de atuação do profissional farmacêutico junto à comunidade em territórios alternativos ao ambiente da farmácia.

A possibilidade de realizar a inserção do farmacêutico no ambiente escolar se concretizou a partir do apoio da Secretaria Municipal de Ensino do município que se disponibilizou em acolher o projeto nas salas de aula dos adultos em alfabetização. Deste ponto começou a se desenhar essa dissertação de mestrado, caracterizada por uma conexão entre investigação e ação pedagógica problematizadora, com a intenção de pesquisar a própria prática e avaliar sua efetividade.

1.2 A JUSTIFICATIVA DESTE ESTUDO

Os medicamentos são elementos importantes na recuperação e promoção da saúde em situações diversas, tanto que o uso de medicamentos encontra-se numa posição central dentre as opções terapêuticas disponíveis e ocupa um lugar de destaque na economia global (1). A valorização do poder do medicamento é fortemente influenciada pela cultura (2), de forma que o contexto em que o indivíduo está inserido interfere diretamente no enfrentamento da doença e na decisão sobre o uso de medicamentos. O caráter simbólico dos medicamentos tende muitas vezes, a competir com o seu valor terapêutico usual, fazendo do consumo de medicamentos uma pretensa fonte de felicidade e de saúde (3). O discurso em favor do consumo de medicamentos como forma de autocuidado favorece o processo de medicalização social, que leva a população a enxergar no medicamento a solução de problemas, sob o signo da autonomia (4).

Desta maneira torna-se importante não apenas garantir o acesso, mas principalmente promover o uso racional dos medicamentos e garantir a segurança no consumo, o que deve ser o foco dos órgãos ligados ao sistema de saúde (5). Compreender a utilização dos medicamentos do ponto de vista do usuário pode representar um instrumento útil para o reconhecimento das condições em que esse uso ocorre, permitindo ao profissional da saúde interagir melhor com o paciente a fim de alcançá-lo em suas necessidades de orientação (6).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda a descrição das práticas comuns de uso de medicamentos e a identificação dos problemas a elas relacionados para propor melhorias na utilização do uso racional pelos consumidores (7). O uso racional de medicamentos é bem reconhecido como uma importante parte da política de saúde. Esse termo *uso racional de medicamentos* (URM), que passou a ser difundido pela OMS a partir da Conferência de Nairobi, 1985, implica que o paciente receba o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, na dose necessária, pelo período de tempo adequado e ao menor custo (8). Entretanto, essa visão tende a ser limitada à terapêutica médica, sendo que a ideia de “racional” a partir da perspectiva dos consumidores pode diferir dessa concepção. Aquilo que é racional em um senso médico pode não o ser para o consumidor e vice-versa (9).

A própria OMS identifica lacunas quanto à existência de programas de promoção do uso racional de medicamentos e recomenda estratégias de intervenção educativa com este enfoque (10). Partindo ao encontro da concepção da OMS, a Política Nacional de Medicamentos também propõe políticas voltadas para o uso racional de medicamentos mediante a reorientação das práticas de consumo e o desenvolvimento de um processo educativo (11), pois os dados levantados no Brasil quanto à automedicação reforçam essa necessidade (12). Diversos autores alertam sobre a estatística do consumo de medicamentos no Brasil e seus riscos associados. Sabe-se que as intoxicações por medicamentos são as mais comuns e respondem por grande parte das internações ocorridas (13). Ainda assim, grande parte dos registros de uso inapropriado de medicamentos pela comunidade é negligenciada e poucas intervenções evidenciam a perspectiva dos consumidores de medicamentos, uma vez que a maioria dos estudos de intervenção encontra-se focada nos prescritores (9).

Ante ao exposto, o desenvolvimento de atividades educacionais que alcancem o uso responsável do medicamento torna-se um desafio. Conhecer e entender o contexto da situação do uso de medicamentos é essencial para se avaliar o impacto de uma intervenção educativa. Para se possibilitar intervenções efetivas é necessária a compreensão do contexto sociocultural em que o uso inapropriado de medicamentos se faz presente.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) levanta, no documento *Escolas Promotoras de Saúde* (14), que um dos grandes desafios na Educação em Saúde consiste em transcender os enfoques tradicionais. Propõe assim, a promoção de estratégias de ensino que fortaleçam o empoderamento da comunidade escolar mediante processos educativos estruturados que facilitem a cada um adquirir e pôr em prática os conhecimentos, atitudes, valores, habilidades e competências necessárias à promoção e proteção da própria saúde, a de sua família e a da comunidade. A própria OMS conclama à expansão nacional intervenções sustentáveis bem sucedidas em nível local (15).

No Brasil, iniciativas importantes para a promoção do uso racional de medicamentos estão em curso, como o projeto da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), intitulado “Educação e Promoção de Saúde no Contexto Escolar: o contributo da ANVISA para o uso racional de medicamentos”, que propõe

o foco nas crianças das séries iniciais do Ensino Fundamental (16). O presente estudo se direcionou a uma parcela pouco contemplada nos estudos de educação em saúde, os alfabetizando adultos inseridos na Educação de Jovens e Adultos (EJA), que se constituem carentes de conhecimento em saúde e ao mesmo tempo buscam uma educação capaz de aumentar-lhes a autonomia. A pouca alfabetização exerce um impacto negativo sobre o uso de medicamentos (17). Acredita-se ser possível avaliar a extensão do impacto desse nível de instrução na relação do indivíduo com o medicamento.

1.3 REFERENCIAL TEÓRICO

Os elementos histórico-conceituais da Promoção à Saúde passaram por diversas reformulações ao longo do séc. XX e, a partir da Carta de Ottawa em 1986, incorporaram oficialmente a noção de determinação social da saúde, passando a apresentar uma abordagem socioambiental (18, 19). O modelo biomédico hegemônico focado no olhar individualista para o campo da saúde sofre transformações graduais para atingir dimensões mais coletivas, motivando mudanças sanitárias e sociais (20).

As estratégias envolvendo políticas públicas comprometidas com o bem-estar social, a efetiva participação popular nas decisões e o fortalecimento dos serviços comunitários passaram a ser reconhecidos como os principais referenciais para a Promoção à Saúde (21). As metodologias de ação em saúde invocam um novo direcionamento a partir da reorientação dos serviços com foco na saúde e não na doença. Na medida em que se impõe a criação de ambientes favoráveis e de Promoção à Saúde, com o envolvimento de diversos setores, promovendo-se a interação dos serviços de saúde, comunidade e a sociedade organizada, torna-se possível a intervenção sobre os múltiplos determinantes do processo saúde-doença (22). A abordagem do movimento de Promoção à Saúde é híbrida e parte de múltiplas fontes que abarcam diferentes pontos de vista sobre a saúde, envolvendo processos destinados a reforçar a capacidade de o indivíduo seguir em direção à promoção de condições de ação consciente, contextualizada.

O empoderamento, tradução de **empowerment**, é caracterizado como um conceito estruturante da Promoção à Saúde, por seu potencial de transformação das

práticas comunitárias e profissionais em saúde (19). De acordo com a OMS, a mobilização de indivíduos e grupos vulneráveis a partir do reforço de sua autonomia e a melhoria da influência desses atores sobre as próprias condições sociais e econômicas capazes de impactar a saúde, são objetivos do empoderamento (23). Os processos de empoderamento são constituídos pela identificação das limitações em nível individual e coletivo, formulação de objetivos fundamentais e criação de estratégias para superar esses problemas e alcançar os objetivos propostos (24).

Uma das estratégias centrais da Promoção à Saúde está na participação comunitária ativa, atuando tanto nos processos decisórios, de planejamento, como nas ações implementares (19), sendo que neste contexto de possibilidades de ações insere-se a Educação em Saúde. Ainda que a Educação em Saúde se apresente como um componente da promoção de saúde, ela se realiza de forma mais específica voltada para a formação da consciência da manutenção da saúde e prevenção de doenças (25). A Educação em Saúde compreende a construção consciente de possibilidades de aprendizagem envolvendo algumas formas de comunicação desenhadas para promover a alfabetização em saúde, incluindo a melhoria do conhecimento e o desenvolvimento de habilidades que favoreçam a saúde individual e comunitária (23).

As raízes da Educação em Saúde no Brasil encontram-se historicamente originadas na educação sanitária. A partir da década de 70 ela é marcada pela institucionalização da iniciativa com ações idealizadas, apoiadas e implantadas pelo Ministério da Saúde (26). Os movimentos sociais surgidos na década de 80 que culminam com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) deram início à gestação da integração entre líderes populares e intelectuais que progrediu a partir de então (27).

Educação em Saúde é um desafio que propõe uma prática crítica e conscientizadora diante da realidade cotidiana. Segundo a Pedagogia de Paulo Freire (28) a educação deve estar fundamentada na reflexão a partir da realidade do educando, o que o instrumentaliza para a transformação de sua realidade e de si mesmo. De mesmo modo, a formação em saúde também deve ter como base essa premissa. A educação intercede pela saúde ofertando suas tecnologias construtivistas e de ensino-aprendizagem (29), na busca de transformar a realidade por meio de uma ação consciente.

As práticas educativas adquirem relevância nas ações voltadas para o campo de promoção da saúde na medida em que conseguem envolver a comunidade. A conscientização da comunidade é um pré-requisito para que sejam alcançados elevados níveis de saúde. Algumas ações podem auxiliar no desenvolvimento de habilidades dessa comunidade, entre elas, identificação das necessidades da população e intervenção educativa em saúde, de fácil acesso (30).

A abordagem buscada na Educação em Saúde procura considerar e valorizar as representações sociais, em um compartilhamento de saberes (31), evitando que o processo ensino-aprendizagem aconteça por meio da transferência do saber instituído, que o tornaria ineficaz em provocar mudanças de comportamentos e práticas (32,33,34). Não são raras as críticas que apontam o distanciamento entre a prática pedagógica em saúde do discurso da Educação em Saúde. A primeira se faz ineficaz em provocar mudanças de atitudes e valores, por estar pautada numa perspectiva conteudista, normativa e cientificista (35). Por outro lado, o discurso da Educação em Saúde tende a apropriar-se de novos referenciais teóricos, voltados para a participação comunitária, embasado na teoria de educação libertadora freiriana (36).

A participação comunitária, presente em diversos equipamentos sociais, pode ser também encontrada na escola. Esta, enquanto espaço constituído de maneira coletiva, pode contribuir para o estabelecimento de processos reflexivos sobre a realidade das comunidades e sobre a contribuição trazida para as condições de saúde. Quando os usuários do sistema de saúde buscam sua reinserção no processo de escolarização, por meio de programas como a Educação de Jovens e Adultos – EJA, abre-se caminho para o resgate de direitos historicamente negados aos sujeitos trabalhadores (37), entre eles, o direito à saúde.

Esses trabalhadores são submetidos a processos de trabalho que, entre outros determinantes, podem ser condicionantes da saúde e da doença em seus coletivos (38). No Brasil, aparece como agravante a realidade dos trabalhadores inseridos precocemente no mundo do emprego ou do subemprego, onde crianças e jovens se veem obrigadas a abandonar os estudos para compor o orçamento familiar, com uma mão-de-obra frágil e desqualificada. Nessa condição, o adulto trabalhador não consegue sequer apresentar uma formação escolar em nível de ensino fundamental completo.

Um trabalhador sem educação, na maioria das vezes é também um trabalhador sem saúde. As condições de saúde, moradia, higiene da grande massa de trabalhadores no Brasil são extremamente precárias (39). Além disso, as formas de produção exercem um grande impacto na saúde e na vida dos trabalhadores (40).

Assim, aparece o reconhecimento da vulnerabilidade social como forma de compreender os riscos de maneira contextualizada e integrada à realidade vivida pelos trabalhadores. Entre as causas dessa vulnerabilidade social está a falta de acesso à escola. As políticas educacionais brasileiras não construíram, ao longo do tempo, uma proposta democrática que buscasse amenizar as desigualdades que sustentam a estrutura socioeconômica do país. Pelo contrário, desde o estabelecimento dos primeiros planos educacionais, a educação tem sido um dos sustentáculos da exclusão social de grande parcela da população do país.

Observa-se, no processo de implantação da Educação Popular, o estabelecimento do ensino fundamental de jovens e adultos, que sofreu diversas mudanças no cenário histórico da educação no Brasil. Ao invés de se impor como atendimento educacional público de caráter universal, passou a ser compreendido como política compensatória coadjuvante no combate às situações de extrema pobreza, cuja amplitude pode estar condicionada às oscilações dos recursos públicos, sem que uma política articulada pudesse atender de modo planejado ao grande desafio de superar o analfabetismo e elevar a escolaridade da maioria da população (41). No sistema educacional brasileiro, a Educação Básica Popular tem representado o ponto mais fraco, constituindo-se como propedêutica, destituída de autonomia, elementar, que não conseguiu romper totalmente a estrutura social hierárquica, rígida e excludente. Para os setores populares, essa concepção tende a limitar as possibilidades de chegar aos níveis superiores do conhecimento, e tal limitação representa a negação do direito de entendimento dos diversos aspectos da vida, da exclusão e opressão, de entender a cidade e o campo, entender sua própria história (42).

A concepção positivista da educação, na qual a abordagem em saúde realiza-se de forma reducionista, com práticas impositivas e prescritivas de comportamentos ideais, é criticada por estar desvinculada da realidade e por dispor o estudante como objeto passivo de intervenções coercitivas (43).

Ainda assim, existe uma possibilidade de superar essa realidade e lutar por uma educação básica que possa garantir a formação humana que é de direito e que tenha sentido em si mesma, que possa absorver a Educação em Saúde, e não esteja em função de níveis a serem escalonados. Eymard Mourão Vasconcelos (27) alerta para a necessidade do movimento da Educação Popular romper os limites dos movimentos sociais e se aproximar dos profissionais de saúde, criando condições de superação das experiências alternativas pontuais e transitórias.

A escola constitui-se um espaço emblemático de ações de Promoção à Saúde e este cenário deve estar voltado para a concretização da interseção entre Educação e Saúde. Pommier e colaboradores (44) descrevem evidências substanciais da relação entre o sucesso escolar e a saúde, identificando a importância da escola na Educação em Saúde. Neste contexto, a escola pode ser considerada um dos poucos ambientes que possibilita a inter-relação de diversos atores sociais e representa um espaço de infinitas possibilidades, onde muitas iniciativas podem ser implantadas, e podem resultar em transformações positivas para a sociedade (45). No meio escolar pode-se realizar a experiência de Educação Popular na área da saúde. Brandão (46) propõe que essa experiência seja estendida a uma ação cultural ampliada de diálogo e de crescimento de todas as partes envolvidas, “em busca de saídas e de soluções sociais a partir do que se vive e do que se troca, do que se aprende e do que se motiva, quando se dialoga crítica e criativamente sobre a vida e o mundo por intermédio do corpo e da saúde”.

Raúl Leis R (47). expressa a essência da Educação Popular:

[...] é a metodologia da prática transformadora, válida não somente para os feitos educativos, mas também para o processo global de transformação, pois impregna-se da multiplicidade da prática social para propiciar seu reconhecimento, seu ordenamento e sua compreensão, interpretando-a desde uma perspectiva humana, plural, popular e transformadora. Isto implica a intervenção consciente, crítica e intencionada nas múltiplas dimensões e ações de uma realidade múltipla e complexa.

Ayres (48) propõe o conceito de vulnerabilidade como uma possibilidade de resgate do saber popular para a construção de práticas de saúde. O conhecimento tradicional, trazido e compartilhado entre educandos e educadores, pode instrumentalizar a educação em saúde, à medida que partimos do pressuposto de que o conhecimento só pode ser construído se o sujeito se reconhece como parte de um contexto maior. O processo de mudança de atitudes e de comportamentos na

incorporação de hábitos que favoreçam a saúde não ocorre de forma impositiva, mas requer autonomia e busca de superação das iniquidades sociais.

A construção de uma educação reflexiva na saúde, incorporando metodologias críticas e problematizadoras, aplica a proposta de educação pensada na Pedagogia de Paulo Freire (28). Como pedagogia crítica, o modelo educacional de Paulo Freire tem sido apontado como uma importante contribuição para a promoção da saúde, especificamente para a Educação em Saúde (49).

A inserção do trabalhador num contexto que propicia a discussão aumenta sua força. A partir de então, seria possível constatar a eficácia política de um discurso contra-hegemônico que, ao produzir conhecimentos e práticas compartilhados com os dominados, visa elevar sua consciência sanitária, rompendo com uma rede de relações de poder, que não se situa apenas nos aparelhos de Estado, mas que perpassa os interesses dos sujeitos nas práticas discursivas (40).

A escola, como instrumento de promoção da saúde do trabalhador, acrescenta esforços na busca de ferramentas que privilegiem a abordagem de temáticas em saúde e medidas de prevenção e que, ao incorporar o conhecimento dos trabalhadores, potencializem lutas pela melhoria das condições de trabalho e defesa da saúde.

Políticas de inclusão do trabalhador nos programas escolares devem ser implantadas e mantidas pelo Governo nas diversas esferas do poder e estimuladas pelas próprias unidades de trabalho. Paludo (50) analisa que o atual momento histórico requer estratégias de ação que impulsionem a ressignificação da Educação Popular em Saúde. O papel do Estado deve ser reorientado na ênfase da participação popular e na democratização dos espaços públicos. Este, deve caracterizar-se pela luta em favor da manutenção e ampliação dos direitos à alimentação, saúde, educação, trabalho e terra e políticas públicas. É relevante que no ensino fundamental a Educação em Saúde não vem sendo trabalhada conforme proposto pelas diretrizes nacionais, escancarando a inexistência de uma filosofia que embase a educação nacional (51).

A criação de uma política nacional de formação profissional em Educação Popular faz-se necessária para fortalecer os espaços e as ações educativas em saúde (27). Transformar a escola em um espaço aberto às ações de saúde será possível a partir do envolvimento da equipe pedagógica com as necessidades reais

da comunidade a que ela serve, considerando sua experiência de vida e identidade cultural.

A articulação entre os profissionais da educação e da saúde pode viabilizar projetos de construção de espaços de diálogo e interseção entre os interesses de educadores e educandos na Promoção da Saúde. Essa multiplicidade de atores viabiliza uma proposta pedagógica que supera o reducionismo e provoca a reflexão para a ação por meio de uma metodologia participativa. A identificação de conteúdos e metodologias prioritários na abordagem aos alunos, promovendo intervenções em saúde voltadas para a autonomia, passa pelo pacto entre os membros da comunidade educativa.

A experiência da Educação de Jovens e Adultos – EJA, tal qual como é praticada hoje, pode ser considerada uma opção importante para os jovens e adultos trabalhadores, especialmente porque no contexto da escolarização, sua condição é de excluídos da escola regular. “A Educação Popular, um dos movimentos mais questionadores do pensamento pedagógico, nasce e se alimenta de projetos da educação de jovens e adultos colados a movimentos populares nos campos e nas cidades, em toda a América Latina”, considera Arroyo (52).

No contexto do aluno na escola abre-se uma oportunidade para alcançá-lo em suas necessidades de “alfabetização em saúde”. Esses adultos possuem a particularidade de se apresentarem facilmente acessíveis durante o período escolar e, por sua própria condição de educandos estão abertos a novas conquistas. Os educandos da EJA compartilham de uma fragilidade socioeconômica que, juntamente com outros fatores, os afastou do ensino regular. Retornando à escola, buscam uma educação capaz de agregar sentido a si próprios, ao trabalho e à vida em sociedade.

A modalidade de ensino da EJA apresenta um currículo aberto, que propicia experiências interdisciplinares e permite um enfoque integrador, que valoriza a qualidade de vida (53). Contribui na construção de uma sociedade autossustentável, com a busca da conquista dos direitos do ser humano na sua totalidade (54). A EJA possui um caráter transformador na vida dos sujeitos e da comunidade na tentativa de alcançar novos horizontes para sua transformação social (37). Nesse aspecto, o ambiente escolar é ideal para a inserção de práticas de promoção à saúde, pois funciona como espaço de compartilhamento de saberes e de ampliação da

experiência social, desafiando a rigidez do plano curricular proposto inicialmente ao agregar possibilidade de discussão de temas emergentes a partir das necessidades dos educandos (55). A superação dos desafios propostos na construção do conhecimento faz parte da educação de adultos e os possibilita a ocupar o lugar de sujeitos de sua aprendizagem, pressupondo a utilização de metodologias ativas de ensino (32).

A caracterização desse grupo de pessoas – adultos com baixo nível de escolarização, é destacada pela baixa adesão às medidas preventivas de saúde, aos tratamentos farmacoterapêuticos, na medida em que a adesão é afetada pelo meio social e cultural, traduzida pela faixa salarial e escolaridade (56,57). Estudos que registraram intervenções visando atender às carências e interesses da comunidade e que respondem às representações sobre as enfermidades relacionadas ao objeto de pesquisa obtiveram resultados bastante positivos (58,59). Isso confirma a importância de buscar aproximação com a comunidade, para conhecer suas necessidades e a partir delas encontrar alternativas de intervenção às vulnerabilidades.

O presente estudo fundamenta-se na existência de uma interseção entre educação e saúde. Os serviços de saúde disponíveis hoje na maioria das vezes não dispõem de mecanismos para ir à busca dos usuários na comunidade e envolvê-los nas práticas educativas; classicamente espera-se que eles procurem a unidade de saúde e dessa forma ocorre também com as ações de educação em saúde (60).

Nas práticas de atenção à saúde insere-se o farmacêutico, cujo instrumento de intervenção é traduzido como *assistência farmacêutica* (61). A assistência farmacêutica, que se orienta para a promoção do uso racional de medicamentos, busca contribuir de maneira eficaz e efetiva para a transformação do investimento em medicamentos em incremento à saúde e à qualidade de vida (62). O envolvimento do profissional farmacêutico em programas de assistência à saúde provê qualidade aos cuidados com a saúde da comunidade (63).

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) defende que a prática do farmacêutico deve estar orientada para a educação em saúde e às práticas que reduzam a morbi-mortalidade relacionada aos medicamentos (61). Nesse aspecto, o medicamento está envolvido em grande parte das atividades relacionadas ao estabelecimento e a manutenção da saúde do indivíduo (25). A interação direta do

farmacêutico com o usuário do serviço de saúde deve envolver as concepções de seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica das ações de saúde (61).

Se, de alguma forma, as interações entre usuários e prestadores de serviços em saúde se configurarem de maneira superficial em termos de comunicação perceber-se-á uma relação direta com a baixa adesão dos pacientes às ações de promoção à saúde (64). É necessária uma adequação do conteúdo a ser trabalhado e da linguagem técnica científica ao nível cultural dos integrantes do grupo e, ainda, o planejamento de momentos de discussão após a exposição dos conteúdos. Essas discussões enriquecem o trabalho em grupo em relação a um trabalho de orientação individual (25). O uso de material didático apropriado ao perfil dos participantes é fundamental e possibilita uma forma de adequação aos problemas da comunidade.

O consumo de medicamentos pode se apresentar como um importante problema de saúde. O uso irracional de medicamentos tem impacto na saúde pública levando à resistência bacteriana aos antimicrobianos, reações adversas a medicamentos, erros de medicação, além dos impactos econômicos aos pacientes e ao sistema (65). A identificação dos problemas de utilização requer a descrição das práticas de uso comum de medicamentos (7), o que pode conduzir à busca de soluções racionais.

A OMS (65) descreve quatro diferentes estratégias interventivas para o combate do uso irracional de medicamentos. A estratégia de gestão inclui a orientação da prática clínica; a econômica baseia-se na oferta de incentivos para o uso racional; a regulação deve atuar na restrição das escolhas medicamentosas. A estratégia educativa por fim, objetiva orientar as práticas ou persuadir com técnicas pedagógicas os fornecedores e consumidores.

As ações de promoção à saúde, particularmente de promoção ao uso racional de medicamentos podem ser propiciadas pelo docente do curso de farmácia juntamente com os seus alunos e, ao serem levadas à comunidade colaboram, sobretudo para a formação de um profissional comprometido com a responsabilidade social. Diversos estudos revelam a importância da educação em saúde nos currículos universitários (25, 29, 66, 67). Deseja-se uma academia integrada, que dê respostas às necessidades concretas da comunidade e ao mesmo tempo comprometida com o processo de formação dos profissionais de saúde (68).

A mudança na prática farmacêutica, com ações voltadas aos pacientes, fundamentadas na filosofia da Atenção Farmacêutica e da Educação em Saúde é, sem dúvida, essencial para a construção da profissão farmacêutica vinculada à saúde tendo como maior beneficiário o paciente (69). O farmacêutico fazer uso das suas possibilidades de contato com o paciente fora do serviço de saúde e incorporar as ações de promoção à saúde ao seu cotidiano profissional (62).

O futuro da profissão do farmacêutico reside no grau de envolvimento do profissional com a saúde do usuário. A promoção de estilos de vida saudáveis constitui uma das atribuições do farmacêutico, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, que definiu o papel chave do farmacêutico:

estender o caráter de beneficiário da Atenção Farmacêutica ao público, em seu conjunto e reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde, junto com outros membros da equipe sanitária (70).

Evidências que avaliam iniciativas em saúde pública no âmbito da farmácia comunitária sugerem que os farmacêuticos podem, de fato, contribuir positivamente para a saúde na comunidade. Para que se concretizem essas possibilidades, é imperativa a mudança de comportamento tanto por parte dos farmacêuticos quanto por parte dos usuários. Atualmente, a identidade do profissional nos estabelecimentos farmacêuticos encontra-se diretamente associada à venda de medicamentos e é confundida com o papel dos balconistas, sem o devido reconhecimento da formação profissional pela população, com capacidade diferenciada quanto à orientação ampla na promoção da saúde (71).

Aos farmacêuticos cabe assumir seu papel na promoção da saúde e ao público em geral se dispor em aceitar farmacêuticos como prestadores de serviços de saúde pública (72). A eles é imperativo reconhecer sua importância como educadores e assumir a responsabilidade de trabalhar em favor do usuário, utilizando o medicamento como meio e não como fim, de maneira a evitar sua transposição ao enfrentamento das doenças do ponto de vista de seus determinantes socioambientais (71). A filosofia da Assistência Farmacêutica fundamenta essa conversão da prática profissional para o enfoque amplo no paciente, como possibilidade de reinício da construção da profissão farmacêutica (25).

Uma vez que o farmacêutico assuma a multidimensionalidade de sua ação tornar-se-á possível a compreensão integral do ser humano e o rompimento da fragmentação entre saberes e práticas (169).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a efetividade de uma intervenção educativa nas concepções sobre o uso racional de medicamentos entre adultos em alfabetização.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1 Reconhecer e avaliar o conhecimento, atitudes e práticas de alunos da alfabetização de jovens e adultos da rede municipal de ensino de Uberlândia- MG, relacionados aos medicamentos.

2.2.2 Identificar as necessidades do grupo de adultos alfabetizando quanto ao uso correto de medicamentos.

2.2.3 Desenvolver uma estratégia de Educação em Saúde para a promoção do Uso Racional de Medicamentos e Promoção da Saúde junto aos jovens e adultos do programa de alfabetização em Uberlândia- MG.

2.2.4 Comparar as concepções relativas ao uso correto de medicamentos antes e após a intervenção educativa proposta.

3 MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no período de agosto de 2010 a junho de 2011, em escolas públicas municipais de Uberlândia/MG, que trabalham com a Educação de Jovens e Adultos (EJA), no programa de alfabetização de adultos, denominado Programa Municipal de Educação de Jovens e Adultos – PME.A.

Trata-se de um estudo de intervenção, inserido no campo da saúde coletiva. A comparação antes e após ação educativa com grupo controle foi o desenho adotado.

O presente trabalho desenvolveu-se em três etapas distintas, apoiando-se em técnicas qualitativas e quantitativas, com delineamento descritivo analítico e comparativo, propondo: (a) o levantamento do perfil de automedicação dos adultos em alfabetização, (b) a realização de uma intervenção educativa sobre o Uso Racional de Medicamentos e Promoção da Saúde e, (c) a comparação entre as concepções e conceitos relacionados aos medicamentos, dos alunos divididos em dois grupos, antes e depois da intervenção educativa.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A cidade de Uberlândia, localizada no estado de Minas Gerais, região Sudeste, tem 4.115 km² de área. Possui 604.013 habitantes com densidade populacional de 146,7 habitantes por quilômetro quadrado, sendo que 211.954 são pessoas acima de 40 anos. Dados do Censo 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) mostram que mais de 70% dos domicílios de Uberlândia têm renda per capita de até dois salários mínimos. Uberlândia tem aproximadamente 17,9 mil pessoas analfabetas, segundo o Censo 2010 (73). Dos 478.424 habitantes com mais de 15 anos, 3,8% (17.924) não sabem ler e escrever.

A rede pública municipal de ensino de Uberlândia atende aos alunos da Educação Infantil e Ensino Fundamental, coordenada pela Prefeitura Municipal de Uberlândia através da Secretaria Municipal de Educação (SME), mantendo um total de 50 escolas municipais, as quais atendem alunos do 1º ao 9º ano, divididos em 37

escolas de Zona Urbana e 13 escolas de Zona Rural. Entre os setores desta secretaria está o Núcleo de Educação de Jovens e Adultos (NEJA), que atende ao Programa Municipal de Educação de Jovens e Adultos (PMEA – 1º Segmento, dos alunos adultos em alfabetização) e a Educação de Jovens e Adultos (74) (EJA – 2º Segmento, do 5º ao 9º ano do Ensino Fundamental).

O PMEA trata-se de um programa idealizado em 1989 na Rede Municipal de Ensino de Uberlândia para atender a jovens e adultos a partir de 15 anos de idade, que não tiveram acesso à escola em idade própria e que desejam concluir seus estudos referentes às séries iniciais do Ensino Fundamental (75). No segundo semestre de 2010 e primeiro semestre de 2011, quando se deram as etapas desta pesquisa, estiveram em funcionamento 45 turmas do PMEA, distribuídas nas 37 escolas da Zona Urbana. Desta maneira, o presente estudo foi realizado em escolas municipais onde se desenvolve o projeto do PMEA, no ensino noturno.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA DO ESTUDO

Os procedimentos amostrais basearam-se no documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) – *How to investigate drug use in health facilities* (76), que define parâmetros objetivos para a descrição de situações relacionadas ao uso de medicamentos. Neste instrumento são indicados passos para a definição das amostras a serem pesquisadas na investigação do uso de medicamentos. O presente trabalho seguiu tais procedimentos: identificação da área amostral e do tipo de local de estudo, que inclui reconhecer as áreas geográficas onde será realizado o trabalho e estabelecer os critérios de inclusão dos grupos controle e de estudo; organizar os locais e os grupos de serviço, agrupando-os por área geográfica; seleção dos locais por meio de amostragem sistemática aleatória, a partir de um procedimento que estabelece intervalos amostrais para a seleção dos locais. Dentre as 45 turmas do PMEA em atividade no segundo semestre de 2010 (ANEXO 1), foram sorteadas 16 salas para formarem as amostras, equivalendo a 35,5% do total.

A estratificação partiu da separação de setores geográficos para a formação de amostras, como sugerido anteriormente (76). Desta maneira, a amostragem das turmas foi aleatória estratificada por conglomerados. A divisão das escolas em

estratos baseou-se na distribuição realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, que divide a zona urbana em cinco setores sanitários: norte, sul, leste, oeste e central, mostrados no mapa (Figura 1).

SETORES SANITÁRIOS

MUNICÍPIO DE UBERLÂNDIA – ZONA URBANA



Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Uberlândia/MG (modificado)

Figura 1 Mapa dos setores sanitários do município de Uberlândia/MG, 2011

Em cada setor foram sorteadas quatro turmas, com exceção do setor central, que foi excluído por apresentar apenas uma turma de alfabetização de adultos em funcionamento, totalizando dezesseis turmas sorteadas. Entre as quatro turmas de cada setor, em duas realizou-se a intervenção educativa e outras duas serviram como controle, como descrito no Quadro 1.

Quadro 1- Distribuição das escolas e turmas controle e intervenção segundo os setores sanitários do município de Uberlândia/MG

SETOR SANITÁRIO	Escola Municipal (EM)	Turmas do PMEA	Grupo pesquisado
NORTE	E. M. Afrânio Rodrigues da Cunha R. Mundial Nº 640 B. Jd Brasília	Turma 1	Controle
		Turma 2	Intervenção
	E. M. Profª. Orlanda Neves Strack Rua da Produção sn B. Minas Gerais.	Turma 3	Controle
	E. M. Ladário Teixeira Rua Acre Nº 1044 Nª Sª das Graças	Turma 4	Intervenção
SUL	E. M. Prof. Domingos Pimentel de Ulhôa Rua Antonio Rezende Chaves, Nº 1540 B. Stª Mônica	Turma 5	Controle
		Turma 6	Intervenção
	E. M. Prof. Eurico Silva R. Antônio Alves Santos Nº 39 B. Conj. Viviane	Turma 7	Controle
		Turma 8	Intervenção
LESTE	E. M. Hilda Leão Carneiro R. Gamela, 220 – Morumbi	Turma 9	Controle
		Turma 10	Intervenção
	E. M. Prof. Oswaldo Vieira Gonçalves Pç. Independência s/n B. Custódio Pereira	Turma 11	Controle
		Turma 12	Intervenção
OESTE	E. M. Prof. Mário Alves Araújo e Silva Rua Roberto Margonari, 406, B. Luizote de Freitas.	Turma 13	Controle
		Turma 14	Intervenção
	E. M. Leôncio do Carmo Chaves R. Engenho Nº416 B. Planalto	Turma 15	Controle
		Turma 16	Intervenção

Os alunos matriculados no PMEA têm idade mínima de 15 anos, em diferentes fases de escolarização, no ciclo correspondente à alfabetização. Aqueles que já frequentaram a escola realizam uma avaliação diagnóstica inicial para verificação do nível de alfabetização em que o aluno se encontra. Esse aluno é mantido no programa pelo tempo necessário a ser considerado apto a ingressar no 2º ciclo do Ensino Fundamental. Aos educandos que alcançam bons resultados ao

longo do processo, os quais estariam aptos a avançar para a fase subsequente, são aplicadas ao final de cada semestre as avaliações de classificação para o 5º ano (75).

3.4 PROCEDIMENTOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

3.4.1 Procedimentos de Coleta dos Dados na Entrevista Inicial

A realização da entrevista contou com um roteiro semiestruturado para identificar conhecimentos, atitudes e práticas dos alfabetizados adultos (APÊNDICE A). Esse instrumento de coleta de dados foi adaptado a partir de instrumentos com propósitos semelhantes, utilizados em outros estudos (77, 78, 79). As entrevistas foram realizadas individualmente com todos os alunos das turmas sorteadas, durante um dia normal de aula. Inicialmente, em cada turma, descreveu-se o trabalho proposto e seus objetivos, garantindo-lhes o sigilo e a liberdade de recusa das entrevistas. Foram excluídas do estudo as entrevistas de alunos com alguma deficiência mental. Formou-se uma equipe de entrevistadores previamente treinados, constituída por cinco alunos do último período do curso de Farmácia do Centro Universitário do Triângulo (UNITRI).

Cinco conjuntos de variáveis independentes foram considerados na entrevista inicial: 1. características socioeconômicas e demográficas, 2. autoavaliação e cuidados com a saúde, 3. características da automedicação, 4. consumo de medicamentos, 5. avaliação do conhecimento e cuidado com os medicamentos (APÊNDICE A).

1. Características socioeconômicas e demográficas: no que se refere a essas variáveis foram analisadas a idade, o sexo, as condições de escolaridade, a renda familiar mensal considerando-se o salário mínimo vigente por ocasião da entrevista – R\$510,00, com quem mora, a responsabilidade pela casa e a presença de crianças em casa.

2. Autoavaliação e cuidados com a saúde: essa questão foi determinada por meio da pergunta *“De uma maneira geral, você considera sua saúde: muito boa, boa, razoável, ruim ou muito ruim?”*. A pergunta *“Algum médico ou profissional de saúde já disse que você tinha...”* foi utilizada para investigar a história de diagnóstico

médico. Artrite/reumatismo, câncer, hipertensão, asma/bronquite, diabetes, angina, “infarto”, derrame, doença renal crônica, “doença da coluna ou das costas” e depressão foram as doenças ou condições crônicas consideradas. Com relação ao uso de serviços de saúde, utilizou-se o tempo decorrido da última consulta médica. Foi questionada a presença de alguma dificuldade manter a própria saúde ou da família.

3. Automedicação: as características da automedicação foram avaliadas verificando-se qual a primeira providência tomada em caso de um sinal ou sintoma menor; qual a pessoa mais citada no aconselhamento sobre qual medicamento usar; sobre o costume de usar chás e outras preparações caseiras medicinais; quais medicamentos costumam ser usados sem receita; com que frequência ocorre a automedicação referida, através da pergunta: “*Você costuma tomar medicamento por conta própria? Sempre, frequentemente, às vezes, nunca*”.

4. Consumo de medicamentos: o consumo de medicamentos foi avaliado questionando-se sobre o uso diário de medicamentos, o número de medicamentos consumidos nas últimas duas semanas, de qual doença a pessoa sofre, sobre cada medicamento citado foi questionada a utilidade, o horário, a dosagem, o tempo de uso e a pessoa que indicou.

5. Conhecimento e cuidado com os medicamentos: o conhecimento e práticas relacionados aos medicamentos foram verificados com as questões sobre o hábito de ler a bula, a primeira pessoa procurada para orientações quanto às dúvidas relacionadas aos medicamentos, medida tomada em caso de esquecimento do horário do medicamento, sobre o costume de alterar a dose indicada pelo médico, quais orientações médicas/farmacêuticas quanto ao uso de medicamentos são lembradas, características utilizadas no reconhecimento do medicamento a ser usado (nome, cor, informações da embalagem, necessidade de ajuda de outra pessoa). Perguntou-se ainda sobre o local em que os medicamentos são adquiridos pela pessoa (farmácias/drogarias, unidades públicas de saúde, outros). Quanto à avaliação do cuidado com os medicamentos: foram questionados “Onde você guarda seus medicamentos? (cômodo da casa)”; “De que maneira você verifica se o medicamento está bom para ser usado?”; “O que faz com os remédios vencidos?”; “Quando joga fora, onde joga?”. Para a avaliação das frequências as questões abertas foram agrupadas em categorias com as respostas mais presentes.

3.4.2 Desenvolvimento do Embasamento Teórico, Planejamento e Intervenção Educativa

A construção da ação educativa buscou criar uma estratégia de abordagem sobre o Uso Racional de Medicamentos e medidas de Promoção à Saúde. Referenciais teóricos construtivistas subsidiaram a idealização dos encontros, chamados então de “oficinas”. Conforme o Construtivismo, o educando é sujeito ativo de seu próprio conhecimento, tornando-se capaz de transformar sua realidade a partir de uma ação consciente. A construção de uma educação reflexiva na saúde, incorporando metodologias críticas e problematizadoras, aplica a proposta de educação pensada na pedagogia de Paulo Freire (28). As técnicas pedagógicas aplicadas nas oficinas procuraram caracterizar os problemas relacionados ao conhecimento e ao uso dos medicamentos, como também aqueles surgidos a partir das próprias discussões. Assim, pretendeu-se articular essas questões com a realidade apresentada e buscar as possíveis soluções, viabilizando um processo contínuo de reflexão-ação-reflexão.

A aplicação da intervenção educativa propôs-se deliberadamente em, ao mesmo tempo, produzir conhecimentos relativos à saúde e ao uso de medicamentos e buscar uma transformação da realidade, implicando diretamente a participação dos alunos da alfabetização de adultos. Nesse aspecto, a iniciativa enquadra-se num tipo de pesquisa qualificada como pesquisa-ação, uma vez que, enquanto pesquisador, assume-se papéis simultâneos de pesquisador e participante, nos momentos de ação e de reflexão, colocando-se como autor de sua prática e discurso (80). Na medida em que se configura como uma ação para a contínua formação e emancipação dos sujeitos, a partir de sua tomada de consciência na direção de mudança de percepção e comportamento, torna científica a prática educativa enquanto exercício pedagógico (81).

As características da pesquisa-ação estão claramente presentes na situação proposta de pesquisa-intervenção: a preparação da ação envolve múltiplas possibilidades a fim de se obter os resultados almejados; os membros do público-alvo são sujeitos conscientes que colaboram com o pesquisador; a prática da pesquisa leva em consideração as conjecturas e intencionalmente, cria situações, objetivando a mudança do conhecimento. Para Thiollent (82) a relação participativa

dos sujeitos com o pesquisador nesta modalidade de pesquisa é essencial, podendo buscar a tomada de consciência dos atores envolvidos na ação ou a produção de conhecimento. O papel do pesquisador na pesquisa-ação é bem claro, devendo organizar os temas de discussão, criar condições de análise do problema em questão, propor novas pistas para que se explorem plenamente os termos da ação, além de permitir a expressão das percepções do grupo e avaliar a imagem do grupo. De certa maneira, a pesquisa-ação remete a Habermas, que defende a ação se derivando da escolha racional, orientada por estratégias que se desenvolvem a partir de um saber analítico, alicerçado na teoria (83). Barbier (80) descreve também a importância do *feedback* à comunidade, com a finalidade de comunicar-lhe os resultados da investigação e analisar suas reações, o que foi realizado junto a essa comunidade depois da intervenção educativa.

Os resultados da avaliação inicial de conhecimentos e práticas dos educandos foram considerados para a definição dos conteúdos da ação educativa. Por meio do levantamento desses temas pretendeu-se contemplar as dificuldades e concepções equivocadas na prática do consumo de medicamentos pelos educandos. Consideraram-se assuntos questionados na entrevista inicial, sobre a relação do indivíduo com os medicamentos:

- automedicação
- o seguimento das indicações profissionais, do tratamento e da posologia
- o papel do farmacêutico
- armazenamento de medicamentos
- descarte dos medicamentos

Outros temas foram desenvolvidos na atividade:

- Riscos e benefícios dos medicamentos
- Conceito de Uso Racional de Medicamentos
- Conceito e medidas de Promoção à Saúde

Utilizaram-se diversos materiais disponíveis como referenciais técnicos na abordagem do Uso Racional de Medicamentos e Promoção à Saúde, adaptando-os às necessidades e características da ação, doravante denominada Intervenção Educativa (IE). Material didático preparado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) no projeto “Educação e Promoção da saúde no contexto escolar: O contributo da ANVISA para o uso racional de medicamentos” (84) como também o

texto Educação em saúde - Técnicas educativas em saúde pública (85) serviram de apoio às atividades preparadas nas diversas oficinas.

Na perspectiva pedagógica construtivista parte-se do conhecimento do aluno na direção de orientar a elaboração das atividades a serem desenvolvidas, e propiciar a avaliação das mesmas; assim, foram traçados métodos que buscassem desenvolver conhecimentos, habilidades e atitudes considerados essenciais para que os educandos possam ser promotores do Uso Racional de Medicamentos e agentes na Promoção da Saúde.

Os encontros, ao mesmo tempo em que se preocuparam com a incorporação de informações sobre os temas propostos, buscaram coletar as impressões do aluno e os conceitos construídos pelos grupos. Para isso associou-se a técnica do grupo focal, cada vez mais usada na pesquisa qualitativa em saúde. Essa técnica tem conseguido satisfazer a nova tendência da educação em saúde, cujos propósitos se focam cada vez mais no grupo social, deslocando-se da perspectiva individual, que está alicerçada em abordagens universais, para a educação calcada nos valores culturais de seus possíveis beneficiários (86). Morgan (87) classifica uma das modalidades do grupo focal como uma proposta multi-métodos qualitativos, que integra seus resultados com os da observação participante, o que vem ao encontro aos propósitos desse estudo enquanto associa os relatos dos alunos nos grupos às intervenções da pesquisadora no momento de condensar as diferentes concepções. Os produtos gerados pelas discussões grupais são tidos como dados capazes de formular teorias, testar hipóteses e aprofundar o conhecimento sobre um tema específico (88).

Os temas e estratégias didáticas foram desenvolvidos em quatro encontros com cada turma, sendo que cada atividade teve uma duração média de 1h40min, com intervalo médio de quinze dias entre elas. Em todas as oficinas educativas estiveram presentes cinco alunos do 8º período do curso de Farmácia Unitri atuando como monitores e relatores, com a coordenação da pesquisadora, que dirigiu as atividades. As oficinas foram fotografadas e a quarta oficina foi integralmente filmada, com a autorização dos participantes. Cada uma das atividades é relatada a seguir.

3.4.2.1 Primeira Oficina – Construção de Conceitos

No primeiro contato com a turma foram feitas as apresentações da pesquisadora e dos monitores e a descrição da proposta de intervenção. A partir do anúncio de que se trataria de uma “conversa” sobre saúde e o uso de medicamentos foi lançado o primeiro questionamento sobre “Qual a relação do Homem com o medicamento”. Com uma argumentação geral sobre os objetivos da oficina, ressaltou-se a dualidade da relação entre o uso do medicamento e a promoção da saúde. Buscou-se o levantamento dos possíveis benefícios e também dos problemas enfrentados no uso de medicamentos, com questionamento da turma e esquematização das palavras-chave no quadro-negro. Essa introdução inicial abriu espaço para a manifestação dos alunos acerca de suas concepções no uso de medicamentos, ao mesmo tempo em que permitiu a orientação quanto aos riscos e benefícios relacionados aos mesmos. As respostas a todas as questões eram anotadas no quadro pela pesquisadora, enquanto conduzia a discussão, e pelo monitor-relator do grupo. O monitor descreveu seu relato em um instrumento previamente preparado para o registro das falas dos alunos (APÊNDICE B).

Em seguida foi lançada a questão: “Como se relacionar com o medicamento, que deve ser usado continuamente ou em um problema específico e temporário, para conseguir desse “remédio” o melhor resultado possível?” Para discuti-la, propôs-se a formação de grupos de quatro alunos em média e um moderador, onde houve a construção do conceito de “Uso Racional de Medicamentos”. O papel do moderador foi de instigar a formulação do conceito e anotar as observações dos alunos, registrando no instrumento de observação/grupo (APÊNDICE C).

O conceito sobre Uso Racional de Medicamentos formulado por cada grupo foi apresentado por um representante escolhido pelo próprio grupo, havendo então a consolidação de um conceito único do termo para a turma (APÊNDICE B).

Solicitou-se que os alunos levassem para o próximo encontro os medicamentos que utilizavam continuamente.

3.4.2.2 Segunda Oficina – Reconhecendo o medicamento

Utilizando-se os medicamentos de uso contínuo trazidos pelos alunos e outras embalagens distribuídas pelos monitores, aplicou-se uma adaptação do “Jogo da Embalagem” do caderno de atividades do Projeto Educação e Promoção Da Saúde No Contexto Escolar: O Contributo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para o Uso Racional de Medicamentos (89). Foi proposto que os alunos, em duplas, identificassem as características presentes nas embalagens dos medicamentos e completassem a tabela que lhes foi entregue, com o auxílio de monitores (APÊNDICE D). Em seguida comentou-se sobre as principais características da embalagem que permitem a identificação do medicamento, como o nome comercial, do princípio ativo, concentração, forma farmacêutica, data de validade. As observações, discussão e impressões sobre cada turma foram anotadas em um instrumento de relato próprio, por um relator (APÊNDICE E).

O grupo de alunos foi solicitado a formar um grande círculo para o desenvolvimento de uma dinâmica – “História da dona Margarida”, adaptado do material “Técnicas em Saúde Pública/USP” (85) (APÊNDICE F). Essa atividade pretendeu promover a aproximação e maior interação entre o grupo, além de reforçar comportamentos e conceitos de higiene, estimular a formação de hábitos, estimular a curiosidade e a investigação e avaliar as condições de automedicação.

Ainda nesse segundo encontro, utilizaram-se as “necessidades” levantadas pela problematização com o grupo na 1ª oficina para sugerir a sistematização dos principais assuntos abordados: em forma de material concreto – informativo dos conceitos mais relevantes para o grupo. Obtiveram-se as demandas dos alunos para a produção desse material informativo. Os alunos foram divididos em grupos para sugerir possibilidades de criação e aplicação do material a ser criado. Foram formados quatro grupos temáticos em cada turma, que se propuseram a trabalhar com temas específicos: local correto para armazenagem de medicamentos, descarte de medicamentos, Uso Racional de Medicamentos, Promoção da Saúde (APÊNDICE G). Cada grupo foi motivado a trazer para o encontro seguinte material ilustrativo (desenhos, figuras) para a confecção de um painel sobre o tema específico.

3.4.2.3 Terceira Oficina – Construção do Conceito de “Promoção da Saúde” e Confeção de Painel Informativo

Inicialmente, abordou-se com toda a turma a importância de cada um dos conceitos a ser trabalhados em grupo. Solicitou-se a formação dos grupos conforme o encontro anterior e cada monitor ficou responsável pela orientação de um grupo. Primeiramente, os alunos foram orientados a construir o conceito de **Promoção de saúde**: o que seria para o grupo promover a saúde, própria e a da família. O conceito foi discutido entre os componentes e registrado pelo monitor (APÊNDICE H). Cada grupo elegeu um representante para apresentar seu conceito, que foi consolidado, formando-se o conceito da turma.

A partir da proposta de confeccionar um painel informativo com os temas propostos, avaliou-se com o grupo os critérios de produção do material: Por que, como, o que produzir, para quem (APÊNDICE I). Foi sugerido que apresentassem seu tema para outra turma de alfabetização que não tivesse participado das oficinas – considerada como grupo controle.

Cada grupo contou com a ajuda de um monitor para a confecção de painéis em papel kraft, utilizando pincéis e recortes de figuras ilustrativas. Os próprios alunos comandaram o processo de produção do material, ficando os monitores responsáveis pela orientação e anotação de frases naqueles grupos que não conseguiram fazer sozinhos. Os temas desenvolvidos por grupo foram:

- Uso Racional de Medicamentos
- Armazenamento correto de medicamentos
- Descarte adequado de medicamentos
- Como promover sua saúde

Durante a confecção do material foram esclarecidas as dúvidas sobre o tema e reforçados os conceitos relacionados a ele. Cada grupo foi motivado a apresentar seu painel à outra turma e descrever as principais abordagens aprendidas sobre o tema no encontro seguinte. Aos alunos foi entregue um folder preparado pelo monitor, com os princípios do tema de grupo. Orientou-se que os alunos discutissem o tema em casa e compartilhasse o conteúdo preparado com a família.

3.4.2.4 Quarta Oficina – Apresentação dos Temas em Medicamentos e Promoção da Saúde

A proposta de apresentação dos temas previamente preparados para outra turma de alfabetização de adultos (grupo controle) iniciou com a reunião de cada grupo com o respectivo monitor que acompanhara o desenvolvimento do painel. Nesse momento foram rapidamente reforçados os assuntos a ser abordados pelos componentes e procurou-se tranquilizar os alunos quanto à apresentação.

As duas turmas – intervenção e controle – foram reunidas numa única sala onde foi descrita a proposta de apresentação. Ressaltou-se a participação ativa dos alunos alfabetizando na construção da temática, na discussão dos assuntos propostos e na produção da apresentação.

Na introdução de cada grupo realizou-se a apresentação de seus componentes, a descrição oral do tema utilizando o painel para correlacionar as figuras e frases ao assunto e a posterior discussão com a classe, lançando questionamentos e buscando esclarecer as dúvidas. Comentários complementares ao tema foram realizados no final de cada apresentação pelo monitor que acompanhou o processo de produção pelo grupo - aluno do 8º período do curso de Farmácia, esclarecendo as dúvidas questionadas pelos ouvintes.

O registro da participação da turma, da interação entre os componentes do grupo, da utilização das informações nos painéis, a capacidade de explorar o tema proposto foi feito com um instrumento próprio de relato por um dos monitores (APÊNDICE J).

3.4.3 Procedimentos de coleta dos dados na entrevista final

A entrevista final foi realizada uma semana após a IE. Um roteiro contendo questões comparativas do conhecimento, atitudes e práticas relacionados ao uso de medicamentos antes e depois da IE serviu de instrumento para a entrevista (APÊNDICE K). Além de questões comuns ao instrumento de coleta inicial foram também abordadas questões relacionadas aos temas aplicados nas oficinas, como medidas de Promoção à Saúde e de Uso Racional de Medicamentos. A entrevista foi realizada individualmente com os alunos em um dia normal de aula.

3.5 ANÁLISE DOS DADOS

3.5.1 Análise das entrevistas

Realizou-se a comparação entre os resultados da entrevista inicial dos dois grupos: aquele em que foi realizada a intervenção educativa na forma de oficinas e o grupo controle - que participou da apresentação final - para avaliar as semelhanças entre os grupos.

As perdas dos dois grupos não diferiram entre si. Esses resultados minimizam a possibilidade de que os resultados finais tivessem sido influenciados pelo viés das perdas diferenciadas e de certa forma asseguram que os alunos que completaram o estudo são representativos do total de entrevistados inicialmente.

Os dados das entrevistas foram digitados em banco do programa *Statistical Package for Social Science* - SPSS versão 17. Após a digitação realizada pela autora do estudo, foram conferidos cerca de 5% dos roteiros, para verificação da qualidade da digitação. Seguiu-se o processamento das frequências de respostas de todas as questões, reagrupamento de categorias, quando pertinente, análise de consistência (pela comparação das respostas dadas a questões relacionadas).

Os medicamentos citados tiveram seus princípios ativos identificados e sua codificação realizada de acordo com o *Anatomical Therapeutic Chemical Index* (ATC/DDD Index) (90). Esses medicamentos referidos durante a entrevista foram agrupados conforme o nome citado, na categoria da Denominação Comum Brasileira (DCB) ou do nome fantasia (para citação dos *medicamentos de Referência ou Similares*), conforme Resolução da ANVISA (91).

Foi primeiramente realizada uma análise descritiva das variáveis aleatórias estudadas, com cálculo das distribuições de frequências e percentagens para todas as variáveis do estudo. Os dados foram submetidos aos seguintes procedimentos estatísticos: teste Qui-quadrado de Pearson para as variáveis nominais sendo que, nas situações onde a tabela foi do tipo 2x2, foi utilizada a correção de continuidade. Aplicou-se o Teste Mann-Whitney para as associações das variáveis ordinais. Utilizou-se o valor de *P* inferior a 0,05 como estatisticamente significativo.

3.5.2 Análise dos Dados da Ação Educativa

Realizou-se uma leitura atenciosa e exaustiva aos instrumentais de cada atividade realizada nas oficinas educativas. Associaram-se os métodos de sumário etnográfico e análise de conteúdo para se proceder à análise do material (92). A avaliação das citações textuais dos participantes intercalou-se à descrição numérica de categorias explicativas que aparecem nas discussões. Os dados foram ordenados e categorizados a partir dos temas ou padrões recorrentes. Ao final, foram realizadas a interpretação dos dados e a aproximação com os autores que subsidiaram o referencial teórico do estudo.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O projeto de pesquisa foi encaminhado à Secretaria Municipal de Educação (SME), órgão da Prefeitura Municipal de Uberlândia, MG, para autorização de sua realização, tendo sido feitos também esclarecimentos e ajustes necessários à estrutura e rotina do PME.A.

A partir da aprovação do secretário municipal de Educação, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário do Triângulo – Unitri, tendo sido aprovado em julho de 2010 sob o Registro no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) nº 728017 (ANEXO B).

Antes de iniciar as etapas da pesquisa, as escolas sorteadas para comporem a primeira etapa de levantamento foram visitadas e esclarecidas dos objetivos do projeto, tendo sido solicitada das professoras de cada turma a autorização para as entrevistas com os alunos e para a intervenção educativa.

Os alunos das turmas de alfabetização foram convidados a participar do estudo e esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa. Foi assumido o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados. Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme a Resolução nº 196/96, referente à pesquisa envolvendo seres humanos (APÊNDICE L).

4 RESULTADOS

Os alunos das 16 turmas de alfabetização de adultos amostradas totalizaram 226 estudantes na fase inicial do estudo. O grupo de intervenção educativa iniciou com 116 entrevistados (das salas que participariam das oficinas educativas) e o grupo controle contou com 110 entrevistados (turmas em que ocorreria apenas a apresentação final – 4ª oficina). Houve uma perda de 46 participantes ao longo do estudo, sendo que esta foi proporcional nos dois grupos formados, correspondendo a 20,7% e 20% do total de participantes nos grupos intervenção e controle respectivamente. Assim, na etapa da entrevista final participaram 92 alunos do grupo intervenção e 88 no grupo controle.

Os resultados obtidos a partir da análise dos dados estão apresentados da seguinte maneira: 1. Caracterização dos entrevistados: perfil socioeconômico, de automedicação e de consumo e cuidado com os medicamentos. 2. Avaliação da Intervenção Educativa. 3. Comparação dos conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas aos medicamentos antes e após Intervenção Educativa.

4.1 ENTREVISTA INICIAL – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

4.1.1 Perfil dos Entrevistados

As mulheres compuseram 60% das turmas controle e 56% das turmas intervenção. Entre os dois grupos houve uma distribuição equivalente do número de alunos nas faixas etárias (Tabela 1). Os alunos acima de 50 anos perfizeram 36,4% do grupo controle e 46,5% do grupo intervenção. Ainda que se trate de turmas de alfabetização, o nível de ensino entre os alunos é heterogêneo, sendo que o tempo de frequência à escola de 72,7% dos adultos no grupo controle e 82,9% no grupo intervenção foi menor que três anos. A renda familiar foi de até dois salários mínimos em 59,1% e 56,9% dos grupos controle e intervenção, respectivamente. A maioria dos entrevistados mora com a família, não tem crianças em casa e é responsável pela casa. No nível de significância de 5% não houve diferença entre as proporções dos grupos controle e intervenção ($P > 0,05$).

Tabela 1- Distribuição, segundo características socioeconômicas e demográficas de adultos em alfabetização, dos grupos intervenção educativa e controle. Uberlândia, MG, 2011

Características sociodemográficas		GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL		Valor de P*
		n (110)	%	n (116)	%	n (226)	%	
Sexo do entrevistado	Masculino	44	40	51	44	95	42	0,639
	Feminino	66	60	65	56	131	58	
	Total	110	100	116	100	226	100	
Idade do entrevistado	Menor que 20 anos	8	7,3	13	11,2	21	9,3	0,467
	20 a 29 anos	8	7,3	5	4,3	13	5,8	
	30 a 39 anos	27	24,5	24	20,7	51	22,6	
	40 a 49 anos	27	24,5	20	17,2	47	20,8	
	50 a 59 anos	20	18,2	31	26,7	51	22,6	
	60 anos acima	20	18,2	23	19,8	43	19	
	Total	110	100	116	100	226	100	
Escolaridade	Até 3 anos de estudo	80	72,7	96	82,8	176	77,9	0,098
	Mais de 3 anos de estudo	30	27,3	20	17,2	50	22,1	
	Total	110	100	116	100	226	100	
Renda familiar mensal (SM)**	Até 1 SM	25	22,7	30	25,9	55	24,3	1,000
	Até 2 SM	40	36,4	36	31	76	33,6	
	De 2 a 4 SM	40	36,4	44	37,9	84	37,2	
	Superior a 4 SM	5	4,5	6	5,2	11	4,9	
	Total	110	100	116	100	226	100	
Com quem mora	Mora com a família	92	83,6	94	81	186	82,3	0,245
	Mora sozinho	16	14,5	22	19	38	16,8	
	Mora com outros	2	1,8	-	-	2	0,88	
	Total	110	100	116	100	226	100	
É responsável pela casa	Sim	73	66,4	81	69,8	154	68,1	0,678
	Não	37	33,6	35	30,2	72	31,9	
	Total	110	100	116	100	226	100	
Tem crianças em casa	Sim	40	36,4	46	39,7	86	38,1	0,710
	Não	70	63,6	70	60,3	140	61,9	
	Total	110	100	116	100	226	100	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$.

**SM: Salário-mínimo vigente à época da pesquisa (1 SM = R\$ 510,00)

4.1.2 Indicadores da Condição de Saúde

Para analisar a percepção do entrevistado quanto à sua saúde foram feitas perguntas relacionadas à autoavaliação da saúde e à história de acompanhamento médico e consumo de medicamentos. Os dados da Tabela 2 demonstram que os entrevistados que consideram sua saúde boa ou razoável predominam nos grupos controle e intervenção, mais da metade dos participantes fizeram consulta médica há menos de três meses antes da entrevista (60% e 57%, nos grupos intervenção e controle), quanto à dificuldade em manter a saúde, 47,3% do grupo controle e 37,1% do grupo intervenção mencionaram alguma dificuldade. A prevalência estimada do uso contínuo de medicamentos na população estudada foi igual a 42% e foi estatisticamente semelhante entre os dois grupos.

Tabela 2 – Distribuição dos grupos controle e intervenção segundo indicadores de condição de saúde. Uberlândia/MG, 2011

Indicadores da condição de saúde	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL		Valor de P*	
	n (110)	%	n (116)	%	n (226)	%		
Percepção da própria saúde	muito boa	15	13,6	20	17,2	35	15,5	0,889
	Boa	46	41,8	42	36,2	88	38,9	
	razoável	42	38,2	48	41,4	90	39,8	
	Ruim	3	2,7	4	3,4	7	3,1	
	muito ruim	4	3,6	2	1,7	6	2,7	
	Total	110	100,0	116	100,0	226	100,0	
Última consulta médica	há menos de 1 semana	18	16,4	17	14,7	35	15,5	0,587
	entre 1 sem e 1 mês	21	19,1	27	23,3	48	21,2	
	entre 1 e 3 meses	27	24,5	22	19,0	49	21,7	
	mais de 3 meses	39	35,5	37	31,9	76	33,6	
	não se lembra	5	4,5	13	11,2	18	8,0	
	Total	110	100,0	116	100,0	226	100,0	
Dificuldades referidas para manter a saúde	nenhuma	58	52,7	73	62,9	131	58,0	0,120
	alguma	52	47,3	43	37,1	95	42,0	
	Total	110	100,0	116	100,0	226	100,0	
Consumo de medicamentos de uso contínuo	Sim	46	41,8	49	42,2	95	42,0	0,949
	Não	64	58,2	67	57,8	131	58,0	
	Total	110	100,0	116	100,0	226	100,0	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$.

Entre os adultos da alfabetização, 69,1% do grupo controle e 68,1% do grupo intervenção relataram alguma doença ou condição crônica, sendo que as mais

citadas foram hipertensão e diabetes (Tabela 3). As outras doenças ou condições crônicas descritas como diagnosticadas pelo médico incluíram doenças da coluna, artrite, artrose, depressão, menopausa, colesterol alto, problemas de memória, entre outras.

Tabela 3 – Distribuição das doenças ou condições crônicas referidas pelos entrevistados como tendo sido diagnosticadas pelo médico, nos grupos intervenção e controle. Uberlândia/MG, 2011

Doenças	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL		Valor de <i>P</i> *
	n (110)	%	n (116)	%	n	%	
Hipertensão	21	19,1	24	20,7	45	19,9	
Diabetes	6	5,5	4	3,4	10	4,4	
Hipertensão e diabetes	8	7,3	2	1,7	10	4,4	
Outra	41	37,3	49	42,2	90	39,8	
Nenhuma	34	30,9	37	31,9	71	31,4	
Total	110	100,0	116	100,0	226	100	0,300

*Valor de *p*: teste do qui-quadrado de Pearson

Na Tabela 4 estão apresentados os resultados da análise da associação entre o consumo contínuo de medicamentos e as covariáveis consideradas neste estudo. Observe-se que todas as variáveis consideradas apresentaram, nessa análise, associações estatisticamente significantes com o consumo de medicamentos ($P < 0,05$). O consumo contínuo de medicamentos é mais observado entre as mulheres, sendo que esse uso aumenta com a idade. A maioria dos entrevistados que consomem medicamentos todos os dias considera sua saúde razoável (51,6%) e cita a presença de alguma doença ou condição crônica; entre esses, a última consulta médica ocorreu menos de um mês antes da entrevista. Observa-se que os participantes que declaram nunca se automedicarem são mais representativos entre aqueles que consomem medicamentos todos os dias.

Tabela 4 – Resultados da análise da associação entre o consumo contínuo de medicamentos, as características socioeconômicas e indicadores da condição de saúde entre o total de alunos entrevistados na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011

Variáveis	Consome medicamentos todos os dias		Valor de P*
	Sim (%)	Não (%)	
Sexo do entrevistado			
Masculino	29,5%	51,1%	
Feminino	70,5%	48,9%	0,002
Idade do entrevistado			
Menor que 20 anos	3,2%	13,7%	
20 a 29 anos	3,2%	7,6%	
30 a 39 anos	10,5%	31,3%	
40 a 49 anos	22,1%	19,8%	
50 a 59 anos	26,3%	19,8%	
60 anos acima	34,7%	7,6%	<0,001
Considera sua saúde			
Muito boa	4,2%	23,7%	
Boa	33,7%	42,7%	
Razoável	51,6%	31,3%	
Ruim	6,3%	,8%	
Muito ruim	4,2%	1,5%	<0,001
Última consulta médica			
Há menos de 1 semana	23,2%	9,9%	
Entre 1 sem e 1 mês	33,7%	12,2%	
Entre 1 e 3 meses	22,1%	21,4%	
Mais de 3 meses	17,9%	45,0%	
Não se lembra	3,2%	11,5%	<0,001
Doença diagnosticada			
Hipertensão	41,1%	4,6%	
Diabetes	9,5%	0,8%	
Nenhuma	7,4%	48,9%	
Outra	33,7%	44,3%	
Hipertensão e diabetes	8,4%	1,5%	< 0,001
Dificuldades para manter a saúde			
Nenhuma	50,5%	63,4%	
Alguma	49,5%	36,6%	0,054

continua

continuação

Tabela 4 – Resultados da análise da associação entre o consumo contínuo de medicamentos, as características socioeconômicas e indicadores da condição de saúde entre o total de alunos entrevistados na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011.

Variáveis	Consome medicamentos todos os dias		Valor de P*
	Sim (%)	Não (%)	
Se automedica			
Sempre	7,4%	2,3%	
Frequentemente	4,2%	6,9%	
Às vezes	54,7%	69,5%	
Nunca	33,7%	21,4%	0,03

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$.

4.1.3 Automedicação

A tabela 5 indica a frequência com que os entrevistados referiram se automedicação. Nota-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos controle e intervenção. Os que afirmam se automedicação “às vezes” são mais frequentes entre ambos os grupos.

Tabela 5 – Distribuição da frequência de automedicação referida pelos adultos em alfabetização para os grupos controle e intervenção na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011

Frequência de automedicação	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL		Valor de P*
	n (110)	%	n (116)	%	n (226)	%	
Sempre	6	5,5	4	3,4	10	4,4	
Frequentemente	6	5,5	7	6,0	13	5,8	
Às vezes	70	63,6	73	62,9	143	63,3	
Nunca	28	25,5	32	27,6	60	26,5	
Total	110	100,0	116	100,0	226	100,0	0,885

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $p < 0,05$.

Aqueles entrevistados que consideram sua saúde muito boa não se automedicação sempre, mostra a Figura 2. Os que descrevem a saúde como ruim ou

muito ruim se automedicam numa frequência menor do que aqueles que avaliam melhor sua saúde.

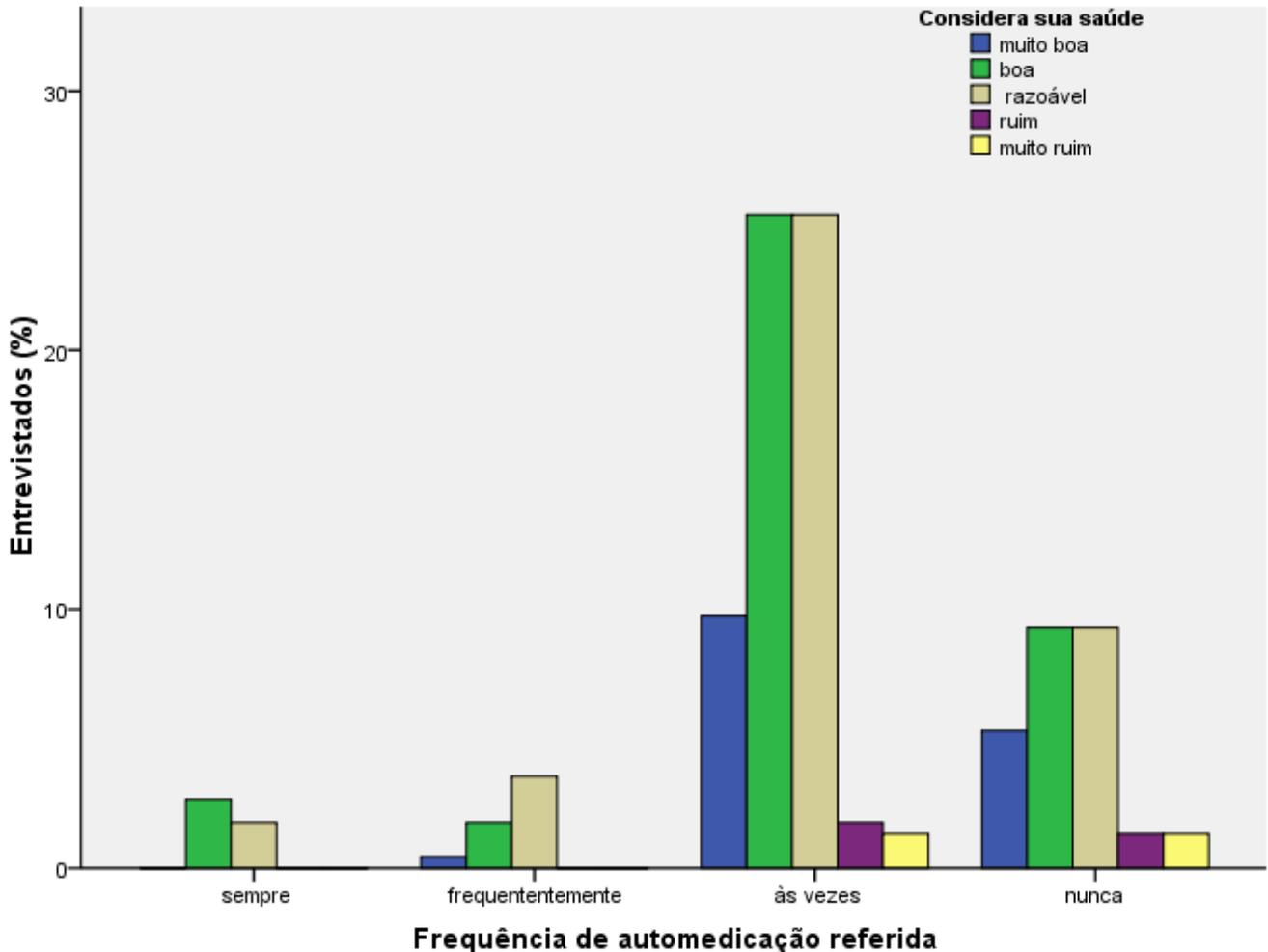


Figura 2 Correlação entre a autoavaliação da saúde e frequência de automedicação referida pelo total de alunos da alfabetização de adultos

As atitudes relacionadas à automedicação estão descritas na Tabela 6. Em todas as atitudes os grupos controle e intervenção mostraram homogeneidade ($P > 0,05$). A primeira providência em caso de alguma doença ou mal-estar é o uso de medicamento por conta própria, essa é a referência da maioria dos entrevistados em ambos os grupos (50% no grupo controle e 51,7% no grupo intervenção). Pessoas leigas (familiares, amigos e conhecimento próprio) são as mais citadas quando se questionou sobre quem mais aconselha sobre o uso de medicamentos. O uso de

chás ou outros remédios caseiros foi referido por 55,5% dos entrevistados do grupo controle e 47,4% daqueles do grupo intervenção.

Tabela 6– Distribuição das atitudes relacionadas à automedicação descritas pelos entrevistados, nos grupos controle e intervenção, na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011

Atitudes	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL		Valor de <i>P</i> *
	n (110)	%	n (116)	%	N (226)	%	
Qual a providência que você toma quando sente mal ou sente alguma dor							0,588
Toma remédio	55	50,0%	60	51,7%	115	50,9%	
Procura médico/vai ao pronto atendimento	42	38,2%	38	32,8%	80	35,4%	
Espera passar	8	7,3%	8	6,9%	16	7,1%	
Outros	5	4,5%	10	8,6%	15	6,6%	
Quem mais lhe aconselha sobre qual remédio usar quando sente alguma coisa							0,257
Usa o conhecimento próprio	35	31,8%	51	44,0%	86	38,1%	
Familiares	28	25,5%	32	27,6%	60	26,5%	
Amigos, conhecidos, vizinhos	6	5,5%	4	3,4%	10	4,4%	
Médico	32	29,1%	24	20,7%	56	24,8%	
Farmacêutico	5	4,5%	4	3,4%	9	4,0%	
Outros	4	3,6%	1	0,9%	5	2,2%	
Costumar usar chás ou outras preparações caseiras quando doente?							0,282
Sim	61	55,5%	55	47,4%	116	51,3%	
Não	49	44,5%	61	52,6%	110	48,7%	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$.

Os medicamentos não prescritos mais consumidos foram analgésicos/antipiréticos (citação de formulações contendo dipirona ou paracetamol) em 76,1% do grupo controle e 80,9% do grupo intervenção, como indicado na Tabela 7. A análise estatística não comprova a homogeneidade dos dois grupos ($P=0,05$).

Tabela 7– Distribuição das classes terapêuticas de maior frequência na prática de automedicação avaliada, entre os grupos controle e intervenção na entrevista inicial. Uberlândia/MG, 2011

Classe terapêutica	ENTREVISTA INICIAL					
	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL	
	n (110)	%	n (116)	%	n (226)	% Valor de <i>P</i> *
Analgésico	83	76,1%	93	80,9%	176	78,6%
Anti-inflamatório	19	17,4%	11	9,6%	30	13,4%
Relaxante muscular	25	22,9%	36	31,3%	61	27,2%
Outro medicamento	5	4,6%	21	18,3%	26	11,6%
Nenhum	21	19,3%	17	14,8%	38	17,0%

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$.

4.1.4 Concepções e Conceitos Relativos aos Medicamentos

Quanto à lembrança de possíveis orientações médicas ou farmacêuticas relacionadas ao uso de medicamentos, tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção a maioria dos entrevistados disse não se recordar (56,4% e 58,6%, respectivamente). A tabela 8 também demonstra que recomendações quanto ao horário de tomada do medicamento são as mais lembradas pelos alunos dos dois grupos, 51,2% do controle e 44,9% do grupo intervenção. Diversas outras orientações, com pequena frequência de citação, foram reunidas numa única categoria e incluem procurar o profissional em caso de dúvida, tomar o medicamento com água, não tomar remédio sem receita, além de outros cuidados médicos.

Tabela 8 – Descrição das orientações relativas aos medicamentos realizadas pelos médicos e/ou farmacêuticos lembradas pelos adultos em alfabetização na entrevista inicial, nos grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011

	GRUPO						Valor de P*
	GRUPO CONTROLE		INTERVENÇÃO		TOTAL		
	n (110)	%	n (116)	%	n (226)	%	
Você se lembra de alguma orientação médica/farmacêutica relacionada ao uso de medicamentos?							
Sim	48	43,6%	48	41,4%	96	42,5%	
Não	62	56,4%	68	58,6%	130	57,5%	0,732
Orientações médicas/farmacêuticas, lembradas pelos entrevistados quanto ao uso de medicamentos							
Quanto ao horário	22	51,2%	22	44,9%	44	47,8%	0,519
Quanto à dose	9	20,9%	11	22,4%	20	21,7%	
Quanto à duração do tratamento	4	9,3%	10	20,4%	14	15,2%	
Quanto à presença ou não de alimento	10	23,3%	17	34,7%	27	29,3%	
Outra orientação	15	34,9%	15	30,6%	30	32,6%	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$.

Procurou-se avaliar a correspondência entre os nomes dos medicamentos citados pelos entrevistados na entrevista inicial e as categorias *genérico*, *similar* ou *referência*, adotadas conforme Regulamentação da ANVISA (91). Na maioria das classes de medicamentos, os nomes referidos corresponderam à categoria similar ou de referência como a mais conhecida pelos entrevistados. O nome genérico foi mais citado por 71,4% do grupo intervenção ao referirem-se aos anti-hipertensivos. Formulações contendo relaxante muscular são praticamente desconhecidas pelo nome genérico (Figura 3).

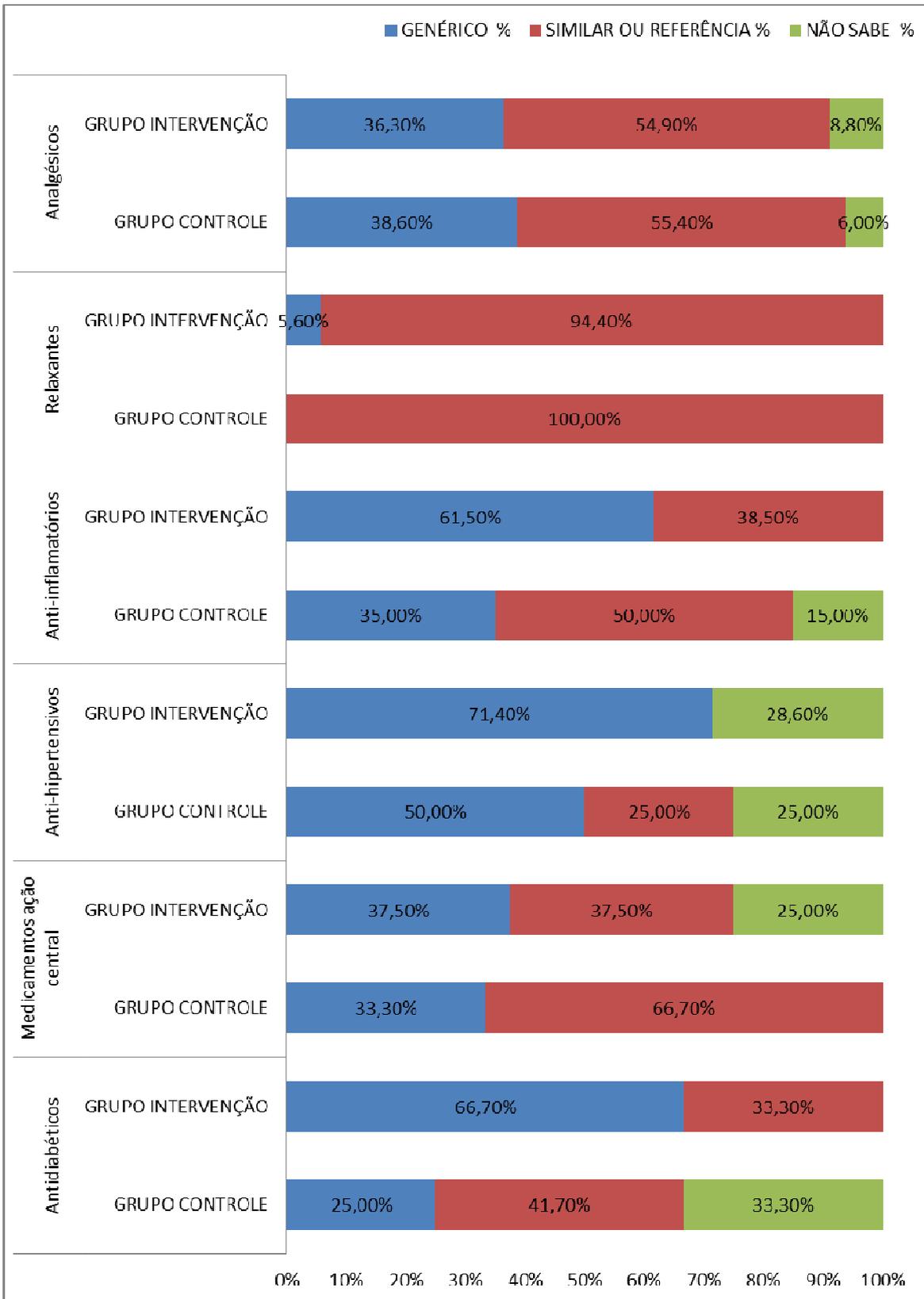


Figura 3 Correspondência entre as classes dos medicamentos e as categorias a que pertencem, de acordo com os nomes citados, segundo os grupos intervenção e controle

Para cada medicamento referido pelos entrevistados foi questionada qual seria a sua finalidade terapêutica. A partir desse relato buscou-se avaliar se as correspondências realizadas estiveram corretas ou erradas. Em todas as classes terapêuticas a maioria das descrições foi correta, como mostra a Figura 4.

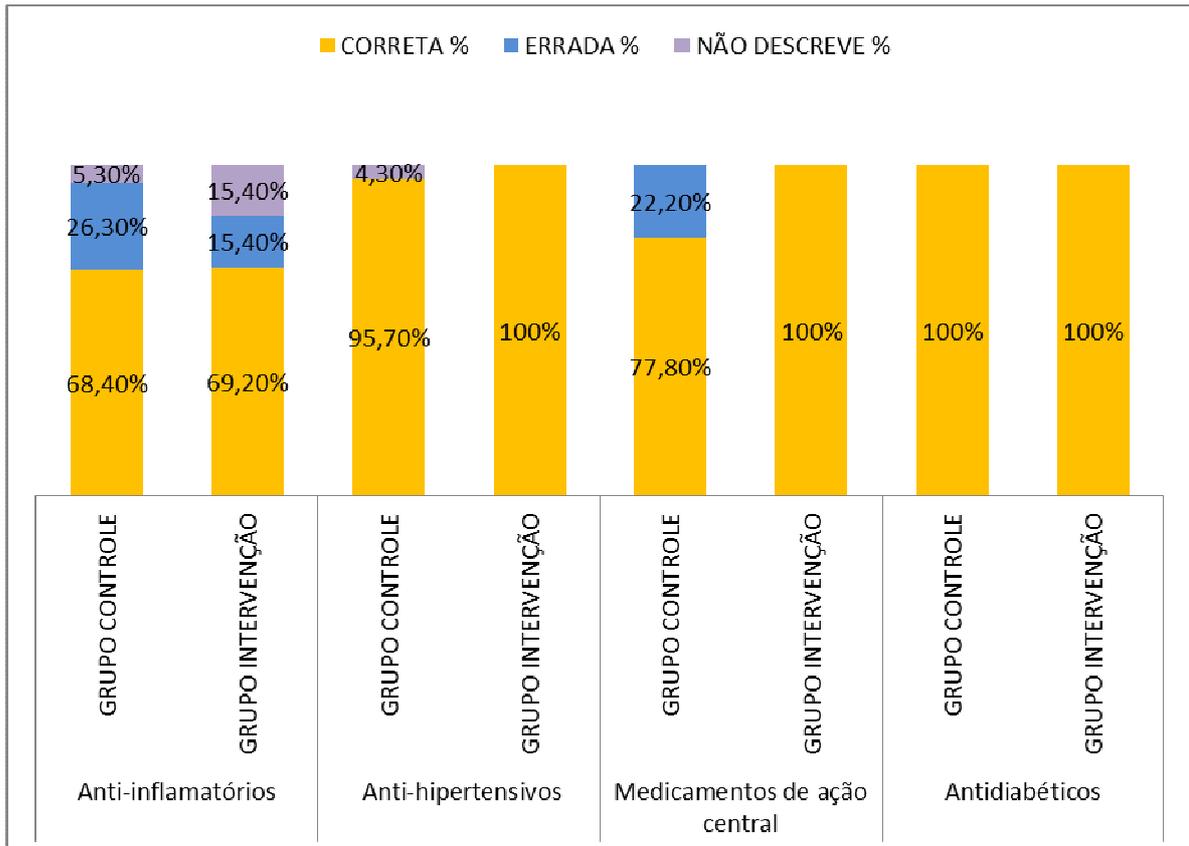


Figura 4 Correspondência entre a classe e a finalidade terapêutica dos medicamentos referidos pelos entrevistados, nos grupos controle e intervenção

Atitudes relacionadas aos medicamentos são descritas na Tabela 9. A maioria dos entrevistados afirma ler ou pedir a outra pessoa que leia a bula, sendo 69,1% no grupo controle e 65,5% no grupo intervenção. Cerca de 30% dos entrevistados nos dois grupos dizem não saber o nome dos medicamentos que usa. Quando questionados sobre a decisão quanto ao esquecimento do horário, 50,9% dos participantes do grupo controle e 52,6% do grupo intervenção disseram que deixam para tomar no próximo horário quando se esquecem e em ambos os grupos. Os entrevistados em sua maioria afirmaram que não costumam alterar a dose do

medicamento prescrito (76,4% entre o grupo controle e 90,5% entre o grupo intervenção), entretanto as frequências de respostas dos dois grupos não se mostraram estatisticamente homogêneas ($P < 0,05$). Mais da metade não se lembra de orientações médicas ou farmacêuticas relacionadas ao uso de medicamentos; 50,9% dos componentes do grupo controle e 58,6% do grupo intervenção adquirem os medicamentos no serviço público de saúde. O reconhecimento do medicamento pelo nome é referido por 70,9% dos indivíduos do grupo controle e 61,2% daqueles do grupo intervenção, ao serem questionados sobre como identificam o remédio que tomam.

Tabela 9 – Distribuição das atitudes relacionadas aos medicamentos descritas pelos alfabetizados adultos, grupos intervenção e controle. Uberlândia/MG, 2011

Atitudes	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL		Valor de <i>P</i> *
	n(110)	%	n(116)	%	n(226)	%	
Lê ou pede para alguém ler a bula							0,567
Sim	76	69,1%	76	65,5%	152	67,3%	
Não	34	30,9%	40	34,5%	74	32,7%	
Sabe o nome dos medicamentos que usa							0,975
Sim	56	50,9%	62	53,4%	118	52,2%	
Não	34	30,9%	38	32,8%	72	31,9%	
Não respondeu	20	18,2%	16	13,8%	36	16%	
O que faz quando se esquece de tomar o medicamento							0,801
Toma quando lembra	54	49,1%	55	47,4%	109	48,2%	
Toma no próximo horário	56	50,9%	61	52,6%	117	51,8%	
Costuma alterar a dose do medicamento receitado							0,004
Sim	26	23,6%	11	9,5%	37	16,4%	
Não	84	76,4%	105	90,5%	189	83,6%	
Lembra-se de alguma orientação quanto ao uso do medicamento							0,741
Sim	46	41,8%	46	39,7%	92	40,7%	
Não	64	58,2%	70	60,3%	134	59,3%	
Onde adquire o remédio							0,244
Farmácias ou drogarias	54	49,1%	48	41,4%	102	45,1%	
Rede pública de saúde	56	50,9%	68	58,6%	124	54,9%	
Como reconhece o medicamento que toma							0,260
Pelo nome	78	70,9%	71	61,2%	149	65,9%	
Pela cor	16	14,5%	17	14,7%	33	14,6%	
Outra informação da caixa	5	4,5%	12	10,3%	17	7,5%	
Necessita da ajuda de outra pessoa	11	10,0%	16	13,8%	27	11,9%	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando < 0,05.

Buscou-se avaliar qual a pessoa mais lembrada no que se refere ao esclarecimento de dúvidas relacionadas aos medicamentos (Tabela 10). A figura do médico é a mais citada pelos entrevistados com 42,5% do total de respostas, seguido de 19,9% referindo algum familiar, 18,6% que citaram o farmacêutico como pessoa procurada em caso de dúvida relacionada aos medicamentos, 4,9% que disseram serem os amigos ou vizinhos e 14,2% citando outras respostas, como o uso do conhecimento próprio ou outros profissionais da saúde.

Tabela 10 – Distribuição das respostas à pergunta “qual a pessoa procurada quanto há alguma dúvida relacionada aos medicamentos”, segundo os grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011

	GRUPO					
	GRUPO CONTROLE		INTERVENÇÃO		TOTAL	
Pessoas	n (110)	%	n (116)	%	n (226)	% Valor de P*
Médico	49	44,5%	47	40,5%	96	42,5%
Farmacêutico	21	19,1%	21	18,1%	42	18,6%
Familiares	20	18,2%	25	21,6%	45	19,9%
Amigos, vizinhos	4	3,6%	7	6,0%	11	4,9%
Outros	16	14,5%	16	13,8%	32	14,2%

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$.

4.1.5 Avaliação do Cuidado com os Medicamentos

A Tabela 11 descreve atitudes relacionadas ao armazenamento e descarte de medicamentos. Antes da intervenção, a cozinha é o cômodo citado por 46,4% dos respondentes do grupo controle e 58,6% do grupo intervenção, como local escolhido para guardar os medicamentos em casa. A data de validade é reconhecida como sendo útil para verificação das condições de uso de medicamentos por mais de 70% dos entrevistados em ambos os grupos. Os participantes que descreveram o lixo comum como local onde o medicamento é jogado corresponderam a 60,9% dos entrevistados no grupo controle e 76,7% o grupo intervenção; neste critério os grupos não demonstraram homogeneidade estatística entre si ($P < 0,05$). A possibilidade de devolver os medicamentos vencidos nos estabelecimentos de

saúde foi mencionada por apenas 7,3% do grupo controle e 7,8% do grupo intervenção.

Tabela 11 – Distribuição das respostas relacionadas ao cuidado com os medicamentos segundo os grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011

Cuidados		GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		TOTAL		Valor de P*
		n (110)	%	n (116)	%	n (226)	%	
Onde costuma guardar seus medicamentos	Cozinha	51	46,4%	68	58,6%	119	52,7%	0,098
	Quarto	44	40,0%	31	26,7%	75	33,2%	
	Outros	15	13,6%	17	14,7%	32	14,2%	
Como verifica se o medicamento está bom para ser usado	data de validade	84	76,4%	82	70,7%	166	73,5%	0,031
	pela aparência	9	8,2%	3	2,6%	12	5,3%	
	Outros	17	15,5%	31	26,7%	48	21,2%	
O que faz com os medicamentos vencidos	joga fora	93	84,5%	89	76,7%	182	80,5%	0,224
	Devolve aos serviços de saúde	8	7,3%	9	7,8%	17	7,5%	
	Outros	9	8,2%	18	15,5%	27	11,9%	
Quando joga fora, onde joga	lixo comum	67	60,9%	77	67,0%	144	64,0%	0,176
	vaso sanitário/pia cozinha	28	25,5%	18	15,7%	46	20,4%	
	Outro	15	13,6%	20	17,4%	35	15,6%	

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

4.2 INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Além da abordagem quantitativa, utilizada na análise e comparação das entrevistas pré e pós-intervenção, propôs-se resgatar o entendimento dos alunos sobre o uso de medicamentos, buscando compreender qualitativamente a sua relação com os medicamentos e sua resposta frente à ação educativa aplicada. Ainda, de acordo com a proposta de pesquisa-ação buscou-se descrever as reflexões sobre a prática pedagógica.

A proposta dialógica foi utilizada desde a primeira atividade educativa, onde houve a apresentação dos objetivos do projeto, ressaltando a importância da interação dos alunos e o agradecimento pela sua aceitação em participar, assim como a disponibilidade da professora da turma em conceder o espaço da aula e integrar o grupo.

A apresentação dos resultados obedeceu à ordem das atividades durante as etapas de cada oficina nas respectivas escolas, conforme detalhamento do procedimento metodológico. Em cada turma foram formados três ou quatro grupos de quatro a cinco componentes, totalizando 28 grupos nas turmas que participaram da intervenção. A descrição dos registros obtidos nos grupos foi realizada utilizando uma ordem numérica cronológica de participação, de modo que cada grupo recebeu uma sigla, de acordo com a turma, como: Primeira turma, grupo 1– T1G1, e assim sucessivamente.

4.2.1 Primeira oficina – Construção de conceitos

A primeira oficina teve duração média de 1h e 30min. Iniciou-se a apresentação descrevendo os objetivos da intervenção educativa aos alunos. A partir do questionamento sobre quais seriam as possíveis características da relação do homem com o medicamento, foi dada a partida em instigar os alunos à participação nas problematizações e discussões propostas.

As várias observações dos alunos sobre a dualidade homem-medicamento foram sendo anotadas no quadro-negro e lidas novamente, de modo a permitir que o momento também se apresentasse como oportunidade de contato dos alfabetizados com a escrita, uma vez que o processo de alfabetização é contínuo e deve ser valorizado em todas as situações.

Embora no primeiro momento os alunos se mostrassem um tanto tímidos, na medida em que surgiam relatos das experiências particulares com os medicamentos, a interação aumentava proporcionalmente. Todas as turmas se mostraram bastante atenciosas, mesmo aquelas em que havia um número maior de adolescentes, que interagiram ativamente com o tema, expondo diversas situações comuns, principalmente quanto à automedicação.

Foram descritas, nas diversas turmas, visões positivas do poder do medicamento, como a possibilidade de tratar doenças e sintomas, mas também se ressaltaram aspectos negativos, entre eles a possibilidade de reações adversas, alergias, dependência desenvolvida no seu uso, que podem segundo os alunos tornarem-se “veneno”. A problemática do medicamento foi ampliada com o questionamento que resultou num paralelo entre os benefícios e os riscos ou problemas que os medicamentos teriam a nos trazer. O consolidado das respostas descritas pelas turmas encontra-se no Quadro 2.

Quadro 2 – Consolidado das respostas orais à questão sobre benefícios e riscos do medicamento, dadas pelos alunos das turmas de alfabetização de adultos durante a primeira oficina da intervenção educativa

Discussão do questionamento sobre benefícios e riscos do medicamento	
BENEFÍCIOS	RISCOS OU PREJUÍZOS
“Curar a doença”	“Bolso”
“Sara a dor”	“Nem sempre consegue curar”
“Alívio”	“Automedicação”
“Controla o problema”	“Alergia”
“Faz-nos viver melhor”	“Intoxicação”
“Melhora a doença”	“Pode matar”
“Prevenir”	“Tem contra-indicação”
	“Quantidade errada pode ser veneno”
	“Droga, veneno”
	“Erros no tratamento”
	“Tomar com indicação de outros”

A partir da constatação de que o uso de medicamentos pode resultar em benefícios e prejuízos, indagou-se *Como se relacionar com o medicamento, que deve ser usado continuamente ou em um problema específico e temporário, para conseguir desse remédio o melhor resultado possível?* Solicitou-se então que essa discussão fosse realizada em grupos, que tiveram um moderador, aluno do curso de

Farmácia – UNITRI, conforme ilustrado na Figura 5. Os monitores foram orientados a registrarem as falas dos alunos, deixando o próprio grupo elaborar as soluções para as questões propostas. Essa orientação de condução das atividades em grupo, respeitando a autonomia e a opinião do grupo manteve-se nas demais oficinas e atividades.



Figura 5 Primeira oficina – discussão sobre o Uso Racional de Medicamentos
Foto: Sibeila Cristina Ribeiro, 2011

A ordem numérica cronológica dos grupos, conforme são registradas as respostas está descrita no Quadro 3. Entre as turmas que participaram da intervenção educativa (IE), quatro desenvolveram as atividades no 2º semestre de 2010. Em função do calendário escolar, as outras turmas participaram das oficinas no 1º semestre de 2011.

Quadro 3 – Grupos formados na primeira oficina da intervenção educativa, separados por turma

Primeira oficina – grupos de discussão			
Escola	Data de realização	Turma	Grupos
E.M. Mário Alves	27/09/2010	T1	T1G1 T1G2
E.M. Hilda Leão Carneiro	29/09/2010	T2	T2G1 T2G2 T2G3 T2G4
E.M. Afrânio Rodrigues da Cunha	30/09/2010	T3	T3G1 T3G2 T3G3
E.M. Ladário Teixeira	30/09/2010	T4	T4G1 T4G2 T4G3
E.M. Prof. Oswaldo Vieira Gonçalves	24/02/2011	T5	T5G1 T5G2 T5G3 T5G4
E.M. Eurico Silva	01/03/2011	T6	T6G1 T6G2 T6G3 T6G4
E.M. Leôncio do Carmo Chaves	02/03/2011	T7	T7G1 T7G2 T7G3 T7G4
E.M. Prof. Domingos Pimentel de Ulhoa	22/03/2011	T8	T8G1 T8G2 T8G3 T8G4
Total			28

Nesta primeira oficina, a discussão propiciada nos grupos levantou as atitudes necessárias para se conseguir do medicamento o efeito esperado, registradas pelo moderador de cada grupo no instrumento da atividade em grupos da 1ª oficina (APÊNDICE C). As citações foram classificadas em três categorias de atitudes, conforme o enfoque da resposta. a) Atitudes relacionadas ao uso do medicamento, b) Atitudes relacionadas ao estilo de vida, c) Atitudes baseadas em crenças e valores.

As citações relacionadas a cada uma dessas categorias foram descritas de acordo com os grupos, como demonstrado no Quadro 4.

Quadro 4 – Distribuição das respostas ao questionamento sobre as atitudes necessárias para conseguir o efeito esperado do medicamento, por categorias, conforme discutido nos grupos de alunos da primeira oficina

Categorias de atitudes necessárias ao efeito dos medicamentos	
Grupos	ATITUDES RELACIONADAS AO USO DO MEDICAMENTO
T1G1	“Usar durante todo o tratamento”
	“O médico coloca o horário certo para tomar”
	“Se não estiver sentindo bem, procurar o médico”
T1G2	“Tomá-lo no horário certo”
	“Não tomar remédio de estômago vazio”
	“Seguir a orientação médica, o tempo proposto”
	“Procurar um médico se for o caso de não estar fazendo efeito”
T2G1	Tomar o remédio na hora certa”
	“Precisa saber como tomar o remédio antes ou depois das refeições”
	“Não tomar remédio sem receita”
	“Não tomar remédio vencido”
	“Não deixar remédio em lugar baixo, para a criança não pegar”
	“Não deixar o remédio em lugar quente”
	“Não passar o remédio de um para o outro”
	“Não tomar remédio com as mãos contaminadas”
“Ler a bula”	
T2G2	“Que resolva os problemas de saúde”
	“O médico determina o prazo para cumprir com o remédio”
	“Manter os horários corretos”
	“Ir até o fim da medicação”
	“Que faça bem”
T2G3	“Observar os resultados do remédio”
	“Tomar só quando estiver com o problema”

Continua

continuação

Quadro 4 – Distribuição das respostas ao questionamento sobre as atitudes necessárias para conseguir o efeito esperado do medicamento, por categorias, conforme discutido nos grupos de alunos da primeira oficina

Categorias de atitudes necessárias ao efeito dos medicamentos	
Grupos	ATITUDES RELACIONADAS AO USO DO MEDICAMENTO
T2G3	“Não tomar medicamento que não conhece”
	“Comprar com receita médica”
	“Olhar a bula”
	“Não tomar remédio de outra pessoa”
	“Não tomar remédios misturados”
	“Não tomar medicamentos em horários descontrolados”
T3G1	“Tomar no horário correto”
	“Seguir o receituário médico”
	“Olhar a bula para ver se está tomando o remédio correto”
	“Seguir o tratamento até o fim”
T3G2	“Tomar pela receita”
	“Nos horários certos”
	“Não tomar dose a mais”
	“Efeitos colaterais, procurar o médico”
	“Efeitos que pode causar, escrito na receita”
	“Não parar o tratamento no meio”
T3G3	“Ler a bula”
	“Receita médica”
	“Tomar conforme orientação, não falhar”
	“Tomar na hora certa”
Grupos	ATITUDES RELACIONADAS AO USO DO MEDICAMENTO
T4G1	“Tomar com o estômago cheio”
	“Observar se o remédio está fazendo efeito ou não”
	“Trocar o remédio se não estiver fazendo bem”
	“Comprar o remédio e usar”
	“Olhar a validade”
	“Tomar na hora certa”
	“Seguir o tratamento”
	“Avaliar a receita”
T4G2	“Tomar remédio de acordo com a receita”
	“Ler a bula, instruções de uso”
	“Tomar remédio na hora certa”
	“Dependendo dos remédios, não tomar junto”

continua

continuação

Quadro 4 – Distribuição das respostas ao questionamento sobre as atitudes necessárias para conseguir o efeito esperado do medicamento, por categorias, conforme discutido nos grupos de alunos da primeira oficina

Categorias de atitudes necessárias ao efeito dos medicamentos	
Grupos	ATITUDES RELACIONADAS AO USO DO MEDICAMENTO
T4G2	“Quantidade”
T4G3	“Ler a bula”
	“Tomá-lo certo”
	“Validade”
	“Horário certo”
T5G1	“Tomar o medicamento quando não está mais aguentando”
	“Tomar os medicamentos só com receita médica”
	“Tomar nos horários certos”
T5G2	“Tomar o remédio certo para o que está sentindo”
	“Tomar no dia certo, na quantidade certa”
T5G3	“Tomar remédio no horário certo, que o médico passou”
	“Tomar na concentração correta”
T5G4	“Tomar pela prescrição do médico”
	“Marcar na caixinha o horário inicial que tomar os medicamentos”
	“No horário que o médico manda”
T6G1	“Tomar na hora indicada”
	“Tomar na dosagem certa”
	“Comprar com receita”
	“Procurar orientação médica”
T6G2	“Tomar o medicamento que o médico passou”
	“Dose certa”
	“Hora certa”
	“Ler a bula”
	“Ler a receita”
T6G3	“Orientação médica”
	“Ler a bula”
	“Seguir a orientação médica”
	“Cuidado com o armazenamento”
T6G4	“Tomar o remédio sempre na hora certa, obedecendo aos horários”
	“Ler a bula”
	“Olhar a orientação do médico”
	continua

continuação

Quadro 4 – Distribuição das respostas ao questionamento sobre as atitudes necessárias para conseguir o efeito esperado do medicamento, por categorias, conforme discutido nos grupos de alunos da primeira oficina

Categorias de atitudes necessárias ao efeito dos medicamentos	
Grupos	ATITUDES RELACIONADAS AO USO DO MEDICAMENTO
T6G4	“Cumprir os horários, e os dias em que irá tomar os medicamentos”
	“Cuidado no armazenamento”
T7G1	“Tomar na dose certa”
	“Como o médico receitou”
	“Ler a bula”
T7G2	“Usar corretamente”
	“Ir ao médico”
	“Tomar o medicamento certo”
	“Tomar o remédio e ficar quieto”
	“Tomar o remédio na hora certa”
	“Tomar com leite”
T7G3	“Tomar o medicamento na hora certa”
	“Ler a bula”
	“Armazenar no local correto”
	“Consultar o médico”
T7G4	“Tomar o medicamento certo”
	“Na hora certa”
	“Não tomar remédios, há não ser quando precisa mesmo, evitar tomar remédio”
	“Tomar com água”
T8G1	“Ir ao médico”
	“Usar o medicamento na hora e do jeito certo”
T8G2	“Tomar o remédio direitinho”
	“Tomar o medicamento na hora certa”
T8G3	“Tomar o remédio na hora certa”
	“A medicação certa”
	“Seguir o receituário médico”
T8G4	“Fazer consulta”
	“Tomar o medicamento de forma correta”
	“Tomar sempre no mesmo horário”
	continua

conclusão

Quadro 4 – Distribuição das respostas ao questionamento sobre as atitudes necessárias para conseguir o efeito esperado do medicamento, por categorias, conforme discutido nos grupos de alunos da primeira oficina

Categorias de atitudes necessárias ao efeito dos medicamentos	
Grupos	ATITUDES RELACIONADAS AO ESTILO DE VIDA
T1G2	“Boa alimentação”
T2G1	“Alimentar bem”
	“Dormir bem”
T3G2	“Fazer as dietas”
T4G1	“Seguir o hábito de vida correto”
	“Beber muita água”
T4G2	“Idade da pessoa”
T4G3	“Fumar, beber bebidas alcoólicas pode atrapalhar”
	“Ir ao médico”
	“Procurar o médico quando precisar e também procurar saber sobre minha saúde”
T5G2	Se tiver dieta certa, não precisa nem de medicamento”
	“Muita dieta”
	“Repouso”
	“Muito exercício”
T7G1	“Exercício”
T7G2	“Dieta”
	“Alimentação adequada”
T8G2	“Fazer exame”
ATITUDES BASEADAS EM CRENÇAS E VALORES	
T1G2	“Quando você toma um remédio tem que ter, fé. Se não, não adianta nem tomar”
T3G2	“Ficar no resguardo”
T4G2	“Esperança de melhora”
T5G2	“Nunca estressar”
	“Se tomar com fé, cura”
	“Viver calma”

As respostas relacionadas ao uso de medicamentos predominaram em todos os grupos, principalmente aquelas relacionadas ao cumprimento da posologia e orientações médicas. À medida que iam sendo descritas oralmente, a validade e a importância de cada atitude para se conseguir o maior benefício com o tratamento eram discutidas com a turma. Entre as atitudes relacionadas ao estilo de vida

prevaleceram os cuidados com a alimentação. As crenças e valores apareceram na minoria dos grupos.

Ainda em grupos, no momento seguinte foi proposta a formulação de um conceito relacionado ao Uso Racional de Medicamentos, para que um consolidado das respostas fosse organizado a partir da contribuição de cada grupo. Diferentes abordagens foram recolhidas nos grupos (Quadro5).

Quadro 5 – Distribuição das respostas dos grupos sobre Uso Racional de Medicamentos e o consolidado do tema em cada turma durante a segunda oficina da intervenção educativa

Grupo	Opiniões do grupo	Consolidado da turma
T1G1	“Solução correta para o problema; evitar o máximo que puder para não tomá-lo, remédio controlado não deve parar.”	Tomar o medicamento certo, seguindo a orientação médica, evitando o aconselhamento por outras pessoas, não interromper o tratamento.
T1G2	“Tomar o certo o remédio; seguir orientação do médico; que medicamento é certo; não tomar medicamento por orientação de outras pessoas.”	
T2G1	“Seguir a orientação certa, com receita médica; não tomar remédio vencido; acompanhamento do tratamento, seguir o tratamento.”	Seguir a receita, na quantidade certa, na hora certa; não tomar remédio vencido, tomar pelo tempo correto, seguir orientação do farmacêutico de confiança.
T2G2	“Seguir orientação de um farmacêutico de confiança; ir até o final do tratamento; horários certos, quantidade certa.”	
T2G3	“Tomar o remédio no horário, só enquanto estiver com o problema; comprar com receita médica.”	
T2G4	“Seguir a orientação médica, receita; dose, horário; tomar durante o período que o médico pediu”.	
T3G1	“Não misturar os remédios; se apresentar alguma reação não insistir com aquele medicamento. Tomar na hora certa, seguir a receita médica; quando tiver dúvidas pedir orientação ao farmacêutico.”	Não misturar os remédios; seguir a receita, os horários, a dose deverá ser correta; completar o tratamento.
T3G2	“Tomar o remédio certo, na dose certa, na hora certa. Repouso se necessário, seguir orientação médica.”	
T3G3	“Usar sempre, sem interromper o tratamento; tomar o remédio certo.”	
T4G1	“Ter o medicamento correto, seguir o tratamento, a duração e o modo de usar; acompanhamento médico.”	Usar o medicamento correto, na hora certa, seguindo a duração do tratamento, respeitando a validade. Evitar a automedicação e fazer o acompanhamento médico.
T4G2	“Tomar o medicamento na hora certa; de acordo com a receita, cumprindo todo o tratamento. Não tomar medicamento por conta própria.”	
T4G3	“Ir ao médico. Tomar todos os remédios durante todo o tratamento; olhar a validade; beber com bastante água.”	
T5G1	“Primeiramente consultar um médico. Tomar o medicamento nos horários corretos, tomar mais chá e evitar remédios, tomar o medicamento correto para cada doença.”	...
T5G2	“Procurar os médicos, evitar os remédios. Fazer exercícios. A pessoa tem que se alimentar bem; comer comida saudável e muita fé em Deus, pois ela é muito importante para ter uma saúde melhor.”	Tomar o menos possível, procurar o médico. Tomar o remédio certo, horário, quantidade, não se automedicar. Fazer atividade física, ter fé.
T5G3	“É tomar a quantidade certa, na hora certa. Ir nos médicos quando sentir necessidade de tomar um remédio. É tomar o medicamento de forma correta. E não se automedicar.”	
T5G4	“Não tomar o medicamento de maneira errada; tomar um medicamento dentro de três dias e se não resolveu o problema tomar outro.”	

continua

conclusão

Quadro 5 – Distribuição das ideias dos grupos sobre Uso Racional de Medicamentos e o consolidado do tema em cada turma durante a segunda oficina da intervenção educativa

Grupo	Opiniões do grupo	Consolidado da turma
T6G1	“Fazer o tratamento, tomar o medicamento certo, não confundir os horários, seguir a orientação do médico, ler a bula antes de usar, tomara quantidade certa.”	Uso racional de medicamento é o uso do medicamento certo, para a doença certa, com orientação do médico, seguindo a bula, obedecendo aos horários e a quantidade ou dose certa, evitando a automedicação.
T6G2	“Uso correto como o médico prescreveu.”	
T6G3	“Tomar o medicamento certo; procurar orientação médica, não elevar a dose, obedecer aos horários.”	
T6G4	“Procurar o médico, fazer os exames. Não fazer a automedicação.”	
T7G1	“Tomar o medicamento na hora certa.”	Tomar o remédio certo, de acordo com a receita médica, observando a hora certa, ler a bula, para a doença certa.
T7G2	“Tomar na hora certa. Fazer exercícios. Tomar direito para adquirir saúde. Ir ao médico.”	
T7G3	“Ler a bula. Ler a receita do médico. Tomar no horário correto. Não usar medicamentos vencidos. Manter o medicamento bem fechado e fora do alcance das crianças.”	
T7G4	“Não se esquecer de tomar o remédio, tomar na hora certa, procurar o médico, tomar o remédio certo para a doença.”	
T8G1	“Ir ao médico bom, tomar o remédio certo, na hora certa, preço bom ou de graça.”	Ir ao médico e fazer os exames. Usar o medicamento de forma correta, tomar a dose certa. Evitar a automedicação.
T8G2	“Tomar o medicamento com a receita médica, tomar menos medicamento; voltar no retorno do médico; tomar o remédio direito e não jogar fora.”	
T8G3	“Tomar o medicamento certo para a determinada doença, na dose certa, no tempo certo; evitar a automedicação.”	
T8G4	“Usar corretamente sob receita médica; tomar sempre no horário.”	

Cada grupo foi solicitado a apresentar oralmente as ideias sobre o Uso Racional de Medicamentos, com o auxílio do monitor, sendo estas anotadas no quadro pela coordenadora. A partir da reunião das mensagens dos diferentes grupos e sua discussão formulou-se um conceito único para cada turma (Quadro 5). Muito se percebeu de comum entre as observações. Os conceitos, em sua maioria agruparam evidências práticas relacionadas ao horário, o seguimento do tratamento, a dose.

Neste momento de consolidação ampliou-se a discussão de modo a abranger os princípios gerais do URM segundo a OMS (93), que agrega como condições que os "pacientes recebam medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas próprias necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade".

Ainda nos grupos, antes da discussão geral com a turma, o monitor lançou a questão sobre quais seriam as informações mais importantes na embalagem. As

informações citadas pelos grupos, de forma geral, foram relativas à data de validade, concentração – descrita como “quantidade de mg”, a quantidade total na embalagem, nome do medicamento, venda sob prescrição médica, se é para uso adulto ou pediátrico (restrição de uso por faixa etária), o lacre (APÊNDICE C). Foram relatadas também algumas considerações equivocadas como sendo componentes da embalagem, tais como: “seguir orientação médica”, “a maneira de usar”, “bula”, “horários”.

À medida que cada grupo descreveu as informações relacionadas à embalagem procurou-se enfatizar a importância do reconhecimento das características presentes no rótulo e esclarecer os equívocos. As diferenças na rotulagem dos medicamentos genéricos e sua equivalência aos medicamentos de referência foram introduzidas.

A primeira oficina foi concluída com a constatação pela turma de que os medicamentos devem ser usados segundo princípios racionais, de maneira que o indivíduo possa tirar dele os benefícios e evitar os riscos. Ao final, os alunos foram convidados a levar para o próximo encontro embalagens dos medicamentos que usassem continuamente.

4.2.2 Segunda Oficina – Reconhecendo o medicamento

A duração média desta oficina foi de 1h e 30min. A atividade iniciou retomando a importância de reconhecer na embalagem informações essenciais para a identificação do medicamento. Propôs-se que os alunos que tivessem levado caixas de remédio tentassem identificar algumas características. Aos alunos que não levaram medicamentos foram distribuídas embalagens diversas. Cada um recebeu uma tabela a ser completada com a identificação do nome, da forma farmacêutica, total na embalagem, data de validade, forma de uso, uso adulto ou pediátrico (APÊNDICE D), como mostra a Figura 6. Os alunos foram orientados a se organizarem em duplas, de forma que se ajudassem e trocassem informações entre si. Alguns, ainda assim optaram por realizar a atividade sozinhos.



Figura 6 Segunda oficina – Identificação das informações do rótulo de medicamentos

Foto: Sibeles Cristina Ribeiro, 2011

A caracterização dos rótulos foi um momento propício à observação da presença dos nomes comercial e do princípio ativo, de surgimento de variadas dúvidas que foram sendo esclarecidas individualmente junto aos alunos.

Uma caixa-modelo de medicamento genérico nas dimensões de 60x25x10 cm foi utilizada durante a explanação para reforçar as características a serem reconhecidas no rótulo, como as datas de fabricação e validade, as denominações comercial e genérica, além das informações completadas na tabela (APÊNDICE D).

Neste momento, a turma formou um grande círculo e deu-se o início a dinâmica da “História da D. Margarida” (APÊNDICE F). O envolvimento dos alunos com a brincadeira foi geral em todas as turmas, embora em duas delas um aluno tenha se recusado a participar.

Na medida em que cada frase da história era repetida pelos alunos, aquele que errava a frase saía da brincadeira. Os alunos que eram eliminados exprimiam sua frustração no momento dos comentários; essa experiência foi usada para ilustrar nossas frustrações frente às derrotas do cotidiano, e direcionada para as medidas

de promoção da saúde, os erros que cometemos em relação aos cuidados que deveríamos ter para manter nossa saúde e muitas vezes são negligenciados.

A atividade representou um momento de descontração em que os alunos riram muito com as tentativas e erros dos colegas e que reforçou a integração e a cumplicidade com a equipe. Essa mudança de percepção em relação ao grupo foi percebida imediatamente e a partir das oficinas seguintes, onde a receptividade e a liberdade dos alunos aumentaram consideravelmente.

Os alunos se concentraram muito para não errar e conseguiram avançar na brincadeira. O aluno que restava, ganhando a etapa, demonstrava evidente satisfação. Esse aluno era premiado com um bombom e os outros alunos aplaudiam e reconheciam o mérito do participante. Ao relato da tensão dos participantes em não errar foram acrescentados comentários sobre o esforço que devemos dedicar para a manutenção de nossa saúde e sobre o autocontrole e valorização pessoal, mediante o desenvolvimento da capacidade de realização.

A segunda etapa da dinâmica consistiu na brincadeira do “telefone sem fio” (APÊNDICE F). O restante da história da dona Margarida era repassado para a primeira pessoa do círculo, no lado direito e no esquerdo. Cada um que ouvia a narração a repassava no ouvido do participante seguinte. Quando a história repassada de cada lado chegava ao mesmo ponto no círculo, o participante narrava-a em voz alta e as versões de cada lado eram confrontadas. Em todas as turmas, as versões contadas da história eram completamente diferentes.

A discussão sobre a informação central da história e como ela se perdeu ao longo do processo, foi conduzida compartilhando as sensações dos alunos acerca da dinâmica. O relato de que algumas partes da história pareciam não fazer sentido foi comum. No momento em que a história correta era lida, com todos os seus detalhes, emergiram observações sobre as práticas de dona Margarida, de como elas são comuns no dia-a-dia de cada um de nós. Vários paralelos foram traçados com situações e práticas de promoção de saúde do ponto de vista da prevenção.

Na terceira etapa, dedicada à solução do mistério da história – *porque os personagens envolvidos foram ao hospital no dia seguinte ao jantar preparado por D. Margarida* – os participantes sugeriram possíveis respostas. Essa discussão é conduzida com o grupo levantando-se a importância do cuidado no preparo dos alimentos, a qualidade de produtos a ser consumidos, como o estado de

conservação dos peixes, o risco de contaminação dos alimentos por bactérias, como aconteceu com a farofa feita com miúdos cortados em uma tábua suja, segundo a história, a importância dos hábitos de higiene, cuidados com os dentes, a limpeza da casa, os riscos da automedicação, principalmente entre os idosos, cuja saúde muitas vezes já se encontra fragilizada, como a avó de D. Margarida que foi medicada antes de ser levada ao hospital. Como essa prática pode agravar o estado de saúde. Os alunos se reconheceram em várias citações e deram exemplos de práticas de saúde que consideraram importantes: “deixar os alimentos mergulhados no vinagre”, “colocar limão nas carnes”, “uma amiga tomou um remédio que fez bem a ela e ela queria que eu tomasse o mesmo”, “o remédio caseiro não faz o efeito certo”, “não tomar medicamento por conta própria”.

Após a discussão da dinâmica, os alunos passaram a formar grupos onde foram propostos temas específicos a serem sistematizados e apresentados em forma de painel. Em cada turma organizaram-se quatro grupos orientados por um monitor de curso de Farmácia – UNITRI, que trabalharam com os temas: Uso Racional de Medicamentos, armazenagem correta de medicamentos, descarte de medicamentos e Promoção da Saúde.

Foi pactuado com os alunos que no terceiro encontro os grupos reunir-se-iam novamente para consolidar as discussões e produzir um painel informativo sobre o tema proposto.

4.2.3 Terceira oficina – Construção do conceito de “Promoção da Saúde” e confecção de painel informativo

O encontro foi iniciado retomando-se com as turmas a importância do uso correto de medicamentos. Os alunos foram também motivados a discutir, nos mesmos grupos da oficina anterior, a Promoção da Saúde, reunindo as ideias em um conceito.

Cada grupo construiu o conceito de Promoção da Saúde agregando “maneiras” de promover a saúde (APÊNDICE H). Foi observada uma diversidade de abordagens, entretanto com o predomínio do sentido individual da promoção à saúde. Os temas relacionados pelos diferentes grupos são descritos no Quadro 6, utilizando para a identificação dos grupos, as siglas adotadas no Quadro 3.

Quadro 6 – Temas apresentados na construção do conceito de Promoção da Saúde, segundo os grupos formados pelos alunos na terceira oficina da intervenção educativa

Temas em Promoção da Saúde	Grupos
Alimentar-se bem	T1G1/ T1G3/ T2G2/ T3G1/ T4G2/ T4G3/ T4G4/ T5G1/ T6G2
Praticar exercícios	T1G2/ T1G3/ T2G2/ T3G1/ T4G1/ T4G2/ T4G4/ T5G1/ T6G2
Ter boa higiene	T1G1/ T1G2/ T2G1/ T2G2/ T3G1/ T4G1/ T4G2/ T5G1
Procurar regularmente o médico	T1G2/ T1G3/ T2G2/ T2G3/ T3G1/ T4G1/ T4G4/ T6G3
Alimentar-se na hora certa	T1G1/ T1G3/ T2G1/ T2G3/ T6G1/ T6G3
Dormir bem	T1G1/ T1G3/ T2G2/ T4G1/ T4G4
Evitar gordura	T1G1/ T1G3/ T2G1/ T2G2/ T6G1
Usar o medicamento corretamente	T1G1/ T1G2/ T2G1/ T2G3/ T6G3
Tomar bastante líquido	T1G2/ T1G3/ T2G2/ T4G2
Comer frutas e verduras	T1G1/ T4G1/ T6G1/ T6G3
Fazer exames	T1G1/ T2G2/ T4G1/ T4G4
Dar preferência à carne branca	T1G1/ T2G1
Tratamento dentário periódico	T1G1/ T4G1
Evitar bebidas alcoólicas	T1G1/ T1G2
Evitar o estresse	T1G2/ T1G3
Cultivar amizades	T3G1/ T6G3
Acordar cedo	T4G1/ T6G2
Não fumar	T1G2
Diminuir o sal	T1G3
Ser feliz	T3G1
Ter condição financeira	T6G1
Amar o próximo	T6G3
Dançar	T3G1
Vacinação	T4G3
Evitar automedicação	T5G1

Os consolidados sobre a Promoção da Saúde desenvolvidos com as turmas reuniram medidas relacionadas à alimentação, à atividade física, à medicina preventiva com consulta médica e realização de exames e assim como medidas de comportamento, como a maneira de ver a vida.

No momento das turmas em grupo para a discussão e organização do painel, o relator coletou as observações sobre as atividades dos grupos (APÊNDICE H). A abordagem teórica de cada tema foi discutida e as informações mais importantes foram registradas. As estratégias escolhidas para a montagem do painel, as frases e figuras adequadas para ilustrar cada tema foram sendo acordadas. Os alunos opinaram sobre o melhor título para o painel, buscaram figuras adequadas em

revistas e participaram da colagem e da escrita das frases, como ilustrado na Figura 7.



Figura 7 Elaboração de painéis temáticos – Terceira oficina
Foto: Sibeles Cristina Ribeiro, 2011

A produção do painel buscou se realizar utilizando materiais de fácil acesso aos alunos, como papel craft, recortes de revistas e canetas pincéis.

Os grupos que trabalharam com o tema “Uso Racional de Medicamentos” foram orientados quanto às condições adequadas de uso do medicamento. Os monitores procuraram incorporar o conceito de Uso Racional proposto pela OMS, considerando a utilidade do medicamento, a forma adequada de uso, a duração correta do medicamento, ao menor custo possível⁹³. Os painéis procuraram ilustrar a “rota da saúde”, considerando os passos para o uso correto, desde a consulta, passando pela compra do medicamento e as condições adequadas de uso, como mostrado na Figura 8. Os painéis produzidos por cada grupo estão representados no APÊNDICE M.



Figura 8 Painel sobre Uso Racional de Medicamento – terceira oficina
Foto: Sibe Cristina Ribeiro, 2011

O armazenamento de medicamentos foi abordado pelos grupos direcionando a orientação para as observações quanto aos cuidados necessários para manter as condições de uso dos medicamentos. Foi ressaltado que o calor, a luz, a umidade e a contaminação são fatores de risco para a conservação dos medicamentos, discutindo-se os melhores cômodos para o depósito dos remédios. O acesso aos medicamentos, a segurança das crianças e a manutenção das embalagens originais foram considerados nas discussões. Os painéis buscaram ilustrar locais adequados e inadequados para a armazenagem dos medicamentos Figura 9. O APÊNDICE N ilustra o conjunto de painéis deste tema.

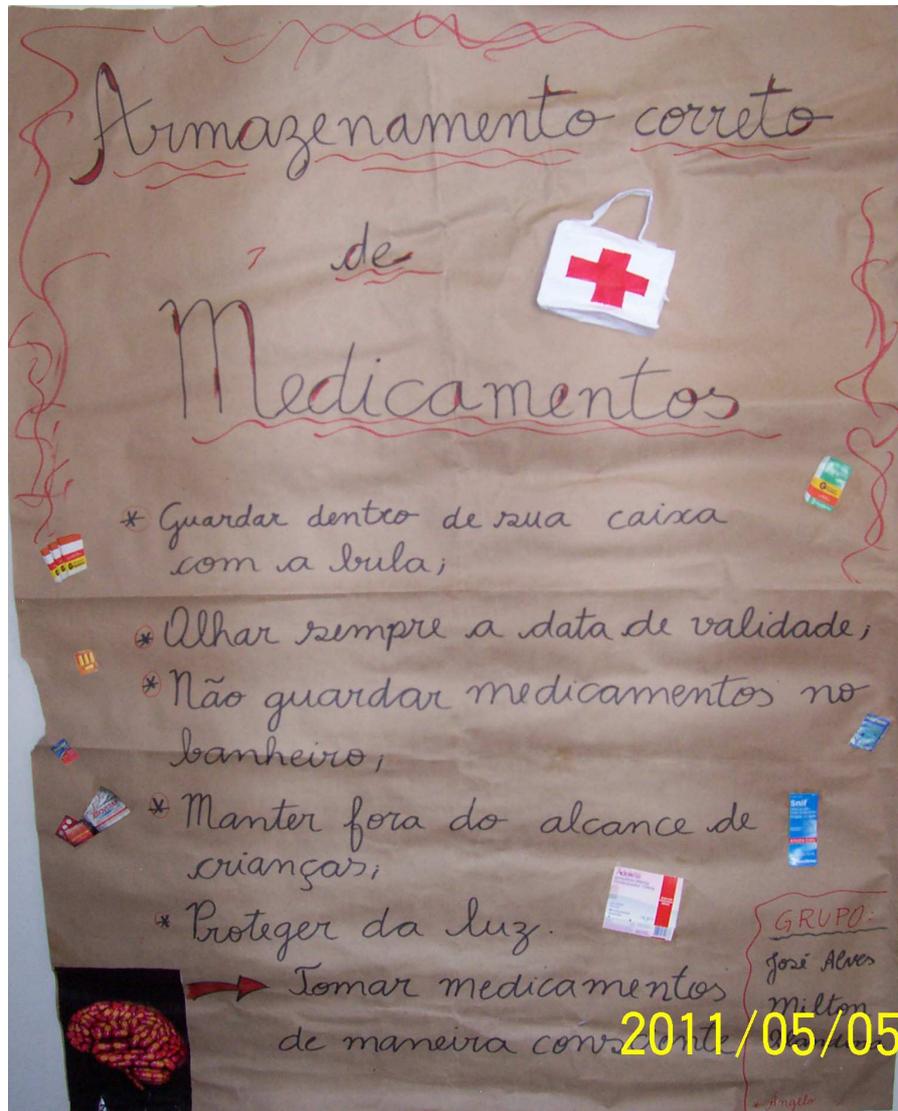


Figura 9 Painel sobre “Armazenamento correto dos medicamentos” – Terceira oficina
Foto: Sibele Cristina Ribeiro, 2011

O descarte de medicamentos vencidos foi abordado questionando-se primeiramente quais os fatores que levam ao acúmulo de medicamentos na farmácia doméstica, considerando-se a automedicação, o tratamento incompleto, a quantidade nas embalagens, superiores à necessária a um tratamento completo. O destino desses medicamentos foi levantado, problematizando os riscos do descarte no lixo comum, em que os medicamentos vão parar nos aterros onde diversas pessoas têm acesso e vivem do lixo, quando é jogado no sistema de esgoto, causa contaminação ambiental atingindo os aquíferos e podendo se reincorporar na cadeia alimentar. Foi levantado o destino dado aos medicamentos vencidos da rede de

saúde, como hospitais e farmácias que, em Uberlândia são recolhidos e encaminhados à incineração por uma empresa ambiental (94). A partir dessa reflexão foi proposto aos alunos que sugerissem em sua apresentação, o encaminhamento do resíduo doméstico dos medicamentos vencidos ao sistema de saúde, drogarias ou outras unidades de saúde. No painel, os grupos procuraram ilustrar o impacto ambiental dos medicamentos e sugerir o destino correto, como a Figura 10. Os painéis estão reunidos no APÊNDICE O.

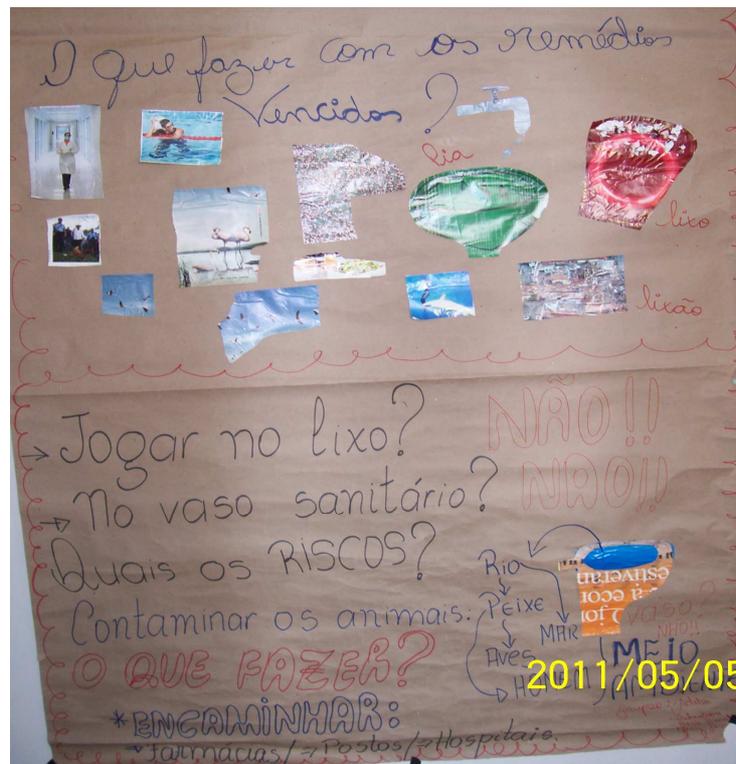


Figura 10 Painel sobre “Descarte de medicamentos vencidos” – Terceira oficina educativa

Foto: Sibeile Cristina Ribeiro, 2011

Os grupos que discutiram a “Promoção da Saúde” justificaram a produção do material para a conscientização das pessoas sobre a importância de se viver bem, em especial os alunos da outra turma de alfabetização que presenciariam a apresentação. Foram levantados os aspectos relacionados à prevenção de doenças, associando ao enfoque da saúde como bem-estar físico. Assim, a Promoção da Saúde foi associada à alimentação, à atividade física, à higiene pessoal, ao acompanhamento médico periódico. As figuras selecionadas para o painel representaram atitudes e hábitos saudáveis, como na Figura 11. O conjunto de painéis neste tema está representado no APÊNDICE P.



Figura 11 Painel sobre “Promoção da Saúde” – Terceira oficina educativa
Foto: Sibeles Cristina Ribeiro, 2011

Durante a confecção dos painéis os monitores procuraram motivar a apresentação do próximo encontro e encorajar os alunos. Os monitores reforçaram os conteúdos dos grupos e distribuíram folders informativos aos respectivos grupos, para serem levados para casa e compartilhados com a família. Essa foi a maneira encontrada para manter o grupo motivado e ligado ao tema.

4.2.4 Quarta oficina – Apresentação dos temas em medicamentos e Promoção da Saúde

Os alunos de todas as turmas mostraram-se ansiosos e até temerosos com a atividade de apresentação proposta. Alguns alunos, a princípio se recusaram a participar da apresentação. Cada monitor reuniu-se com o grupo orientado por ele, incentivando e tranquilizando os alunos, onde foi ressaltado que eles seriam

auxiliados em suas participações. Procurou-se retomar novamente com os alunos as abordagens de cada tema. Essa reunião inicial durou 20 min em média.

Após reunir as duas turmas, buscou-se descrever a proposta da apresentação a ser feita pelos alunos e a sua participação na produção dos painéis e organização do tema. A ordem de apresentação dos temas foi a mesma em todas as escolas. Cada monitor permaneceu junto aos componentes do grupo até o momento da apresentação, como mostrado na Figura 12.



Figura 12 Quarta Oficina – Preparação do grupo para apresentação
Foto: Sibeles Cristina Ribeiro, 2011

Um quinto estudante do curso de Farmácia registrou as principais observações da atividade no instrumento de avaliação (APÊNDICE J). As apresentações tiveram duração de 15 a 20 min em média (Figura 13). Todas as apresentações foram gravadas pela coordenadora.



Figura 13 Quarta oficina – Apresentação do tema
Foto: Sibebe Cristina Ribeiro, 2011

O primeiro tema a ser apresentado foi “Uso Racional dos Medicamentos”. Entre os alunos que formaram os grupos deste tema nenhum se recusou a falar durante a apresentação. O tempo médio de explanação por cada componente foi o mesmo. Durante a apresentação, os componentes mostraram e comentaram as figuras do painel, leram as frases escritas e utilizaram situações práticas para ilustrar os conceitos.

Os grupos relacionados ao tema Uso Racional de Medicamentos optaram por orientar os alunos, durante a apresentação do painel, do caminho que levará ao consumo do medicamento, com o uso correto. Partiu-se da necessidade da consulta médica para o diagnóstico do problema e a prescrição do medicamento correto, para a aquisição do medicamento considerando a importância da orientação farmacêutica, chegando ao uso correto do medicamento. Foram consideradas as condições em que a automedicação deve se orientar para que se diminuam os riscos de utilização.

Entre os conceitos-chave relacionados a esse tema, alguns foram comuns a todos os grupos: a necessidade de indicação médica para o uso de medicamentos; os horários corretos e a duração do tratamento. O uso do medicamento apropriado foi abordado por sete, dos oito grupos. Cinco grupos trataram também dos riscos da automedicação, da relação custo/benefício, e apenas quatro comentaram a princípio das vantagens da orientação farmacêutica. Os conceitos que não foram descritos a princípio foram tratados pelos monitores ao final da apresentação.

Os alunos que assistiram à apresentação mostraram-se atentos e fizeram perguntas relacionadas ao tema, tanto ao grupo quanto ao monitor. Os questionamentos foram: “Se esquecer de tomar o remédio na hora certa, o que fazer?”; “Qual a importância da farmácia e do farmacêutico?”; “Nem sempre tem farmacêutico na farmácia para orientar, o que fazer?”; “Existe diferença entre o genérico e o de marca, quanto ao efeito?”; “O que o balconista tem de diferente do farmacêutico para dar informações?”; “Por que é necessário esperar um tempo sem tomar medicamento antes de fazer alguns exames?”; “Qual o perigo de demorar muito para tomar o remédio esquecido?” O monitor de cada grupo completou as respostas que o grupo não sabia responder.

A segunda apresentação abordou o “Armazenamento de medicamentos”. Entre os grupos que apresentaram esse tema apenas um aluno se recusou a falar, pois se sentiu envergonhado, mas ao final da apresentação ele respondeu à pergunta da coordenadora sobre por que é inadequado guardar medicamentos na cozinha. O tempo de apresentação não foi homogêneo entre os alunos, havendo a predominância de um aluno em três dos oito grupos que apresentaram o tema. Todos os grupos exploraram adequadamente os painéis, mostrando e comentando as figuras e lendo as frases. Cinco grupos conseguiram ilustrar os conceitos transmitidos com situações práticas.

Os grupos procuraram descrever os locais adequados e os inadequados para guardar os medicamentos em casa. Foram enfatizados como locais inadequados a cozinha, por apresentar variação na temperatura e o banheiro, pela presença de umidade, contaminantes e calor. A luz, o calor, a umidade e a contaminação foram destacados como prejudiciais à qualidade dos medicamentos. Os cuidados com as crianças e a importância da embalagem original também foram ressaltados. O carro e a bolsa foram considerados lugares inapropriados para manter os medicamentos

por algum tempo. Esses conceitos foram comuns a todos os grupos. Três grupos citaram ainda as causas do acúmulo de medicamentos vencidos e a observação da validade.

Em relação ao armazenamento dos medicamentos as questões que surgiram foram: “Qual o local ideal para guardar a insulina na geladeira?”; “Quando a casa toda for muito quente, qual é o melhor lugar para os remédios?”; “Quem viaja muito, como fazer se não pode guardar os medicamentos no carro?”; “Como saber se o medicamento está contaminado?”; “O ideal é desencapar o medicamento só na hora de tomar?” As questões possibilitaram maior discussão sobre as condições de armazenamento e envolveram os alunos com o tema.

No tema “Descarte de medicamentos” buscou-se refazer o caminho do medicamento jogado no lixo comum, desde a coleta até o aterro sanitário de Uberlândia, que fica a céu aberto, não passa por um processo de separação seletiva e entra em contato com diversas pessoas que sobrevivem do lixo. O medicamento foi mostrado como substância química capaz de contaminar as pessoas, o solo e o lençol freático. Sobre a possibilidade de lançamento do medicamento na pia ou no vaso sanitário também foi realizada a reflexão da trajetória dessa substância, dos rios, peixes, outros animais e possivelmente o homem.

Os grupos do descarte de medicamentos apresentaram para a turma a possibilidade de encaminhamento dos medicamentos vencidos, da farmácia doméstica aos serviços de saúde da cidade, como drogarias, postos de atendimento e hospitais. O argumento para essa proposta feita pelos grupos foi de que já existe um sistema de coleta de medicamentos que atende esses estabelecimentos e dá um destino adequado aos medicamentos através da incineração controlada ambientalmente. Justificou-se que a aceitação desses medicamentos não traria custos extras aos sistemas, pois não corresponderiam a um acréscimo expressivo de volume sobre o que já é encaminhado.

Em quatro grupos do “armazenamento de medicamentos” houve predominância de um dos integrantes durante a apresentação. Nenhum aluno se recusou a participar da apresentação. O painel foi bem aproveitado por todos os grupos, as figuras procuraram ilustrar a trajetória do medicamento no ambiente. Os monitores ressaltaram, no final da apresentação, a importância da orientação farmacêutica para o descarte correto, a importância da verificação do prazo de

validade e o que fazer com os medicamentos vencidos em caso de não haver aceitação pelos estabelecimentos de saúde.

Algumas perguntas surgiram após a apresentação desse tema: “Quando o médico passa uma quantidade de comprimidos menor do que o que é vendido, o que fazer com as sobras?”; “Onde devo mesmo jogar os medicamentos?”; “Por que na farmacinha que temos em casa sobra tanto remédio?”; “A farmácia pode vender medicamento fracionado?”; “O que fazer com os remédios que estão para vencer?”.

A Promoção da Saúde foi abordada pelos grupos segundo uma orientação quanto aos hábitos saudáveis. Todos os grupos indicaram práticas de alimentação saudável, pelo consumo de frutas e verduras, a moderação no consumo de carnes vermelhas, de sal e gordura, e beber muita água. Foi comum ainda a indicação da importância dos exercícios físicos, como a prática de esportes, de dormir bem, de não fumar. Os cuidados de higiene também foram lembrados por três grupos, do total de oito que abordaram esse tema. Além de cuidados com o corpo todos os grupos procuraram descrever cuidados com o bem-estar, valorizando a convivência com a família, a religião, o amor.

Diversas atitudes de promoção da saúde foram descritas por grupos diferentes, que trataram dos temas de maneira bastante diversificada. A importância dos ambientes saudáveis foi considerada por quatro grupos, que citaram os locais nos quais as pessoas passam parte de suas vidas também sejam cuidados, proporcionando a integração do homem com a natureza. Entre os grupos, em quatro foi ressaltada a importância de se usar os medicamentos corretamente, de evitar a automedicação. A vida sexual saudável também foi considerada importante na promoção da saúde.

Os participantes dos grupos de apresentação tiveram muita facilidade em descrever a Promoção da Saúde. Entre eles, todos os componentes se envolveram com a explanação. O tempo de apresentação foi proporcional entre todos. Os painéis foram eficazes em expor as mensagens que os grupos quiseram transmitir. As ilustrações e mensagens escritas foram bem exploradas por todos os grupos.

A interação das turmas com o tema foi completa, sendo que em todos os encontros os alunos estiveram muito atentos às explicações. Foram feitas muitas perguntas relacionadas ao assunto, que foram discutidas com toda a turma. “Alimentar-se de três em três horas, é um mito ou verdade?”; “É correto jantar?”;

“Quantas horas temos que dormir por dia?”; “Além de cuidar do nosso corpo, devemos cuidar de nossa mente também?”; “Além das árvores na cidade, o que mais faz bem para nós?”; “De que maneira o meio ambiente pode influenciar em nossa vida?”.

4.3 ANÁLISE COMPARATIVA ENTRE A ENTREVISTA INICIAL E A ENTREVISTA PÓS-INTERVENÇÃO NOS GRUPOS CONTROLE E INTERVENÇÃO

As atividades educativas foram realizadas nos dois grupos. O grupo caracterizado como intervenção participou das quatro oficinas educativas descritas. O grupo considerado controle participou da última atividade educativa – a quarta oficina, que consistiu na apresentação dos temas preparados durante as oficinas pelos próprios alunos da alfabetização, com a complementação da abordagem pelo monitor de cada grupo.

4.3.1 Autoavaliação da saúde

A avaliação da própria saúde não foi estatisticamente diferente antes e depois da intervenção nos grupos controle e intervenção, como indicado na Tabela 12. Em ambos os grupos, a classe de respostas mais frequente foi “boa”, seguida pela “razoável”.

Tabela 12 – Análise comparativa da autoavaliação da saúde pelos entrevistados dos grupos controle e intervenção, antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011

	GRUPO CONTROLE				Valor de <i>P</i> *	GRUPO INTERVENÇÃO				Valor de <i>P</i> *
	PRÉ-- INTERV		PÓS- INTERV ^a			PRÉ-- INTERV		PÓS- INTERV ^a		
Autoavaliação da saúde	n (110)	%	n (88)	%		n (116)	%	n (92)	%	
Muito boa	15	13,6%	8	9,1%		20	17,2%	15	16,3%	
Boa	46	41,8%	40	45,5%		42	36,2%	38	41,3%	
Razoável	42	38,2%	34	38,6%		48	41,4%	27	29,3%	
Ruim	3	2,7%	3	3,4%		4	3,4%	10	10,9%	
Muito ruim	4	3,6%	3	3,4%		2	1,7%	2	2,2%	
Total	110	100%	88	100%	0,656	116	100%	92	100%	0,914

* Teste Mann-Whitney

^a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção: $P=0,623$

4.3.2 Automedicação

A frequência de automedicação referida diminuiu após a intervenção educativa, nas categorias “frequentemente” e “às vezes”, em ambos os grupos, como indicado na Tabela 13, no grupo controle a variação antes e depois da intervenção foi estatisticamente significativa. A afirmação de que nunca se automedica cresceu depois da atividade educativa a que os grupos foram submetidos, tendo sido mais expressiva no grupo controle. Na comparação das frequências dos grupos intervenção e controle na entrevista final não houve diferença significativa.

Tabela 13 – Distribuição da frequência comparativa com que os entrevistados referem utilizar medicamentos sem receita, nos grupos controle e intervenção antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011

	GRUPO CONTROLE				Valor de P*	GRUPO INTERVENÇÃO				Valor de P*
	PRÉ-- INTERV		PÓS- INTERV ^a			PRÉ-- INTERV		PÓS- INTERV ^a		
	n (110)	%	n (88)	%		n (116)	%	n (92)	%	
Sempre	6	5,5	2	2,3		4	3,4	6	6,5	
Frequentemente	6	5,5	4	4,5		7	6,0	5	5,4	
às vezes	70	63,6	45	51,1		73	62,9	52	56,5	
Nunca	28	25,5	37	42,0		32	27,6	29	31,5	
Total	110	100,0	88	100,0	0,013	116	100,0	92	100,0	0,824

* Teste Mann-Whitney

a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção: p=0,092

Segundo a Tabela 14, o relato de dificuldades para manter a própria saúde e a da família diminuiu ligeiramente nos dois grupos após a intervenção, embora o nível de significância no grupo intervenção não tenha sido estatisticamente diferente. Não ficou demonstrada ainda diferença significativa entre os grupos controle e intervenção na entrevista final ($P > 0,05$). Entre as dificuldades referidas pelos entrevistados foram citadas dificuldades financeiras, de acesso ao serviço médico, de alimentação adequada, impossibilidade de fazer exercícios, de marcar consultas, falta de convênio médico.

Tabela 14 – Distribuição da presença de alguma dificuldade para manter a própria saúde ou a da família, segundo os grupos controle e intervenção antes e depois de intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011

	GRUPO CONTROLE				Valor de P*	GRUPO INTERVENÇÃO				Valor de P*
	PRÉ-- INTERV		PÓS- INTERV ^a			PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a		
	n (110)	%	n (88)	%		n (116)	%	n (92)	%	
Nenhuma	58	52,7	61	69,3		73	62,9	64	69,6	
Alguma	52	47,3	27	30,7		43	37,1	28	30,4	
Total	110	100,0	88	100,0	0,026	116	100,0	92	100,0	0,393

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

^a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção: $P=1,000$

As práticas de automedicação são avaliadas por meio das questões propostas na Tabela 15. Com exceção do uso de chás, as questões mostraram-se estatisticamente diferentes antes e depois da intervenção. A proporção de pessoas que referem tomar remédio como primeira providência em caso de mal-estar diminuiu após a intervenção. Essa diminuição foi observada tanto no grupo controle, em 19,3%, quanto no grupo intervenção, em 12,6%. Outras providências citadas incluíram “tomo um chá”, “rezo”, “peço ajuda”. No grupo intervenção, a citação da busca de serviços de saúde aumentou em 18,3% após a IE. A citação de uso de conhecimento próprio na decisão da opção para automedicação diminuiu após a IE (17,9% no grupo intervenção), ao mesmo tempo em que aumentou a proporção de familiares e outras pessoas leigas na indicação de medicamentos, em ambos os grupos. O costume de usar chás ou outras preparações caseiras quando doente não diferiu significativamente dentro de cada grupo e entre eles, antes e após a IE.

Tabela 15 - Distribuição das características da automedicação descritas pelos entrevistados antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011

Providência	GRUPO CONTROLE				Valor de P*	GRUPO INTERVENÇÃO				Valor de P*
	PRÉ--INTERV		PÓS-INTERV ^a			PRÉ--INTERV		PÓS-INTERV ^a		
	n	%	n	%		n	%	n	%	
Qual a providência que você toma quando sente mal ou sente alguma dor										
Toma remédio	55	50,0%	27	30,7%		60	51,7%	36	39,1%	
Procura médico ou o pronto atendimento	42	38,2%	49	55,7%		38	32,8%	47	51,1%	
Espera passar	8	7,3%	9	10,2%		8	6,9%	7	7,6%	
Outros	5	4,5%	3	3,4%		10	8,6%	2	2,2%	
Total	110	100%	88	100%	0,04	116	100%	92	100%	0,021
Quem mais lhe aconselha sobre qual remédio usar quando sente alguma coisa										
Usa o conhecimento próprio	35	31,8%	26	29,5%		51	44,0%	24	26,1%	
Familiares Amigos, conhecidos, vizinhos	28	25,5%	35	39,8%		32	27,6%	40	43,5%	
Médico	6	5,5%	10	11,4%		4	3,4%	13	14,1%	
Farmacêutico	32	29,1%	15	17,0%		24	20,7%	11	12,0%	
Outros	5	4,5%	2	2,3%		4	3,4%	4	4,3%	
Total	4	3,6%	0	0%		1	0,9%	0	0%	
Total	110	100%	88	100%	0,032	116	100%	92	100%	0,002
Costumar usar chás ou outras preparações caseiras quando doente?										
sim	61	55,5%	49	55,7%		55	47,4%	53	57,6%	
não	49	44,5%	39	44,3%		61	52,6%	39	42,4%	
Total	110	100	88	100%	1,000	116	100	92	100%	0,186

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

^a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção:

Qual a providência que você toma quando sente mal ou sente alguma dor $P=0,547$

Quem mais lhe aconselha sobre qual remédio usar quando sente alguma coisa $P=0,736$

Costumar usar chás ou outras preparações caseiras quando doente $P= 0,794$

A Tabela 16 mostra que os analgésicos continuam a responder pela principal classe de medicamento citada na automedicação habitual em ambos os grupos. A distribuição de medicamentos nas classes lembrados antes e depois da IE não diferiu para os grupos controle e intervenção.

Tabela 16 – Distribuição dos medicamentos citados como automedicação referida segundo as classes terapêuticas, pelos grupos controle e intervenção antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/MG, 2011

Classe de medicamento	GRUPO CONTROLE				Valor de P^*	GRUPO INTERVENÇÃO				Valor de P^*
	PRÉ—INTERV		PÓS-INTERV ^a			PRÉ—INTERV		PÓS-INTERV ^a		
	n (110)	%	n (88)	%		n (116)	%	n (92)	%	
Analgésico	83	76,1%	66	75,9%		93	80,9%	70	76,9%	
Anti-inflamatório	19	17,4%	5	5,7%		11	9,6%	11	12,1%	
Relaxante muscular	25	22,9%	24	27,6%		36	31,3%	26	28,6%	
Outro medicamento	5	4,6%	5	5,7%		21	18,3%	11	12,1%	
Nenhum	21	19,3%	20	23,0%	0,203	17	14,8%	14	15,4%	0,778

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção: $P=0,298$

4.3.3 Conhecimento e cuidado com os medicamentos

Após a intervenção educativa detectou-se um aumento das citações indicando o farmacêutico como a figura indicada a esclarecer dúvidas relativas aos medicamentos. A Tabela 17 mostra que no grupo intervenção houve um aumento de 11,2% na referência ao farmacêutico. A indicação do médico também aumentou nos grupos intervenção e controle, enquanto que a indicação de familiares, amigos e vizinhos como adequados a orientar o uso de medicamentos diminuiu na entrevista final. No grupo controle, a comparação dos resultados pré e pós intervenção não diferiu significativamente.

Tabela 17 – Comparação entre as pessoas indicadas a esclarecer dúvidas relativas aos medicamentos antes e depois da intervenção educativa

Pessoa indicada	GRUPO CONTROLE				GRUPO INTERVENÇÃO				Valor de P*
	PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a		PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a		
	n (110)	%	n (88)	%	n (116)	%	n (92)	%	
Médico	49	44,5%	45	51,1%	47	40,5%	49	53,3%	
Farmacêutico	21	19,1%	23	26,1%	21	18,1%	27	29,3%	
Familiares	20	18,2%	13	14,8%	25	21,6%	10	10,9%	
Amigos, vizinhos	4	3,6%	1	1,1%	7	6,0%	0	0%	
Outros	16	14,5%	6	6,8%	16	13,8%	6	6,5%	0,003

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

^a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção: $P=0,774$

Entre as atitudes relacionadas aos medicamentos, indicadas na Tabela 18, a leitura da bula foi referida pela maioria dos entrevistados tanto na entrevista inicial quanto na pós-intervenção pelos dois grupos, que se apresentaram homogêneos ($P>0,05$) nas diversas análises. As outras atitudes relacionadas ao medicamento, avaliadas nas entrevistas pré e pós-intervenção, tiveram uma mudança proporcional associada positivamente à forma correta de uso dos medicamentos. Quanto ao esquecimento do horário de tomada prescrito, a maioria dos entrevistados passa a indicar que se tome assim que se lembra, após a orientação da ação educativa. Essa mudança foi expressiva tanto no grupo controle com acréscimo de 15,7%, quanto no grupo intervenção, com aumento de 25,4%. A impossibilidade de alterar a dose de um medicamento prescrito foi considerada pela maioria dos alunos antes e depois IE.

Tabela 18 – Distribuição das atitudes relacionadas aos medicamentos segundo os grupos controle e intervenção, nas entrevistas inicial e final. Uberlândia/MG, 2011

		GRUPO CONTROLE				GRUPO INTERVENÇÃO			
		PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a		PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a	
		n (110)	%	n (88)	%	n (116)	%	n (92)	%
Atitudes relacionadas ao medicamento				Valor de P*				Valor de P*	
Lê ou pede para alguém ler a bula	Sim	76	69,1%	51	58,0%	76	65,5%	55	59,8%
	Não	34	30,9%	37	42,0%	40	34,5%	37	40,2%
O que faz quando se esquece de tomar o medicamento	Toma quando lembra	54	49,1%	57	64,8%	55	47,4%	67	72,8%
	Toma no próximo horário	56	50,9%	31	35,2%	61	52,6%	25	27,2%
Você poderia alterar (diminuir ou aumentar) a dose do medicamento receitado	Sim	26	23,6%	12	13,6%	11	9,5%	12	13,0%
	Não	84	76,4%	76	86,4%	105	90,5%	80	87,0%

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

^a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção:

Lê ou pede alguém para ler a bula: $P= 0,922$

O que faz quando se esquece de tomar o medicamento: $P= 0,315$

Você poderia alterar a dose do medicamento receitado: $P= 1,000$

A identificação de características presentes na embalagem, que poderiam auxiliar na identificação do medicamento, foi diferente nos grupos controle e intervenção, depois da IE (Tabela 19). Os alunos que participaram da intervenção citaram mais características para o reconhecimento do medicamento. O nome da substância ativa foi citado por 9,6% a mais de participantes do grupo intervenção e a indicação da concentração na embalagem foi referida por 11,9% a mais nesse grupo.

Tabela 19 – Distribuição dos entrevistados dos grupos controle e intervenção depois da intervenção educativa, segundo a descrição de características que auxiliam na identificação dos medicamentos. Uberlândia/MG, 2011

Características da embalagem	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		Valor de <i>P</i> *
	n (88)	%	n (92)	%	
O nome comercial	57	64,8%	61	67,8%	
A cor da embalagem	14	15,9%	23	25,6%	
O nome da substância ativa	16	18,2%	25	27,8%	
A concentração	15	17,0%	26	28,9%	
A forma da caixa	21	23,9%	32	35,6%	0,043

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

A comparação das respostas na entrevista inicial com a entrevista final em relação ao local adequado para o armazenamento dos medicamentos permite observar uma mudança quanto ao cuidado neste armazenamento, tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção, que se apresentaram estatisticamente homogêneos ($P=0,480$). Enquanto na entrevista inicial a cozinha foi o local mais citado para guardar os medicamentos (Tabela 13), após a IE os entrevistados indicam a cozinha como local inadequado a esse armazenamento (63,6% no grupo controle e 63% no grupo intervenção) de acordo com a Tabela 20. Outros locais inadequados foram referidos pela maioria dos entrevistados.

Tabela 20 – Distribuição dos locais descritos como inapropriados para o armazenamento de medicamentos na entrevista pós-intervenção em relação aos grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011

Local	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO		Valor de <i>P</i> *
	n (88)	%	n (92)	%	
Banheiro	75	85,2%	74	80,4%	
Carro	59	67,0%	66	71,7%	
Bolsa	44	50,0%	54	58,7%	
Cozinha	56	63,6%	58	63,0%	
Quarto	9	10,2%	16	17,4%	0,480

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

A data de validade é referida pela maioria dos alunos como critério para verificação das condições de uso dos medicamentos em todas as entrevistas, havendo um acréscimo da proporção dessa resposta depois da IE que foi significativo pré e pós intervenção no grupo intervenção (Figura 14). Entre os componentes do grupo intervenção houve também uma diminuição significativa de outras respostas, como “não sabe verificar se o medicamento está vencido”, “pede ajuda a outra pessoa”, “não deixa os medicamentos vencerem”.

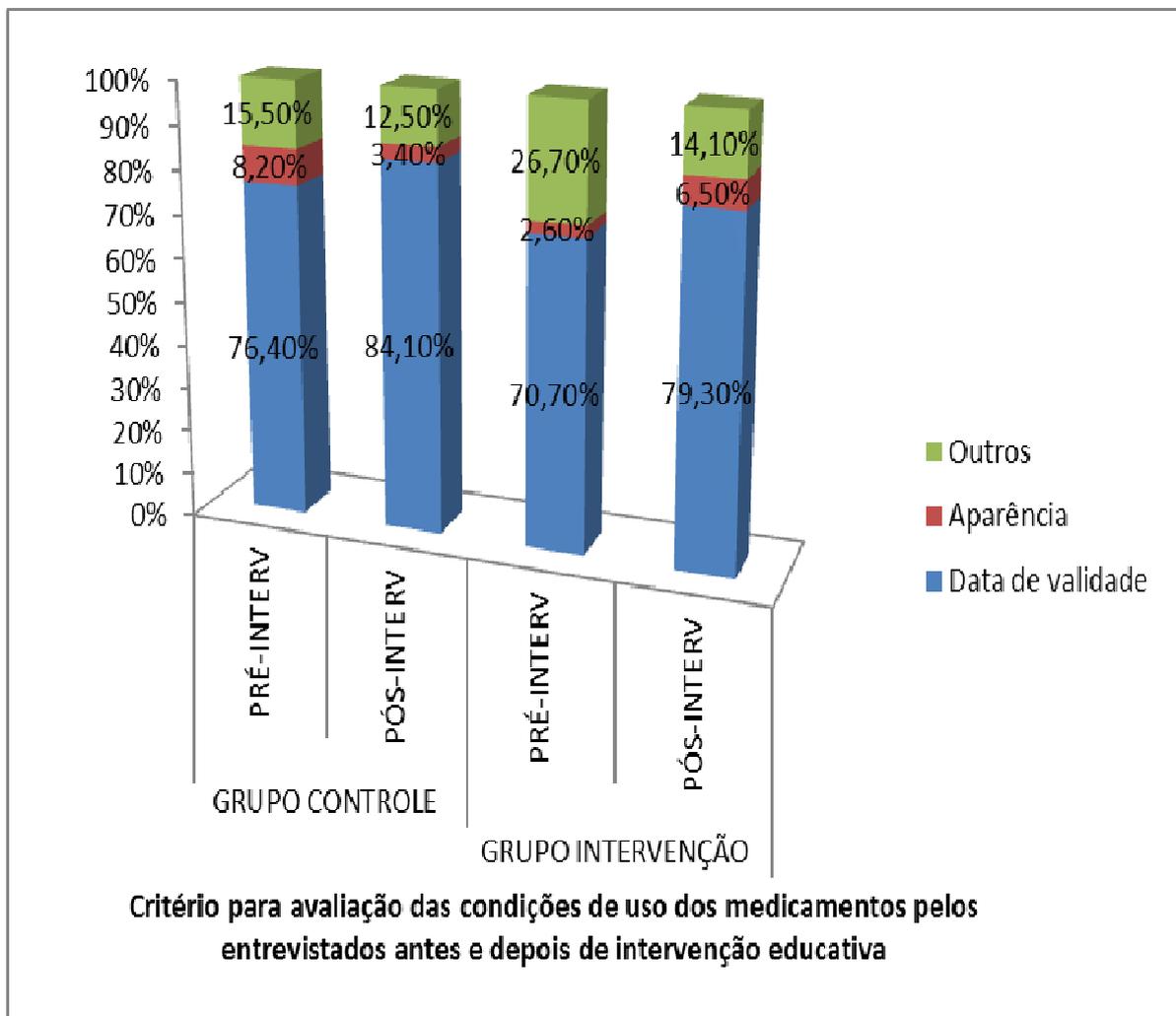


Figura 14 Descrição do critério utilizado para avaliação das condições de uso dos medicamentos nos grupos controle e intervenção, antes e depois da intervenção educativa

A possibilidade de encaminhamento dos medicamentos vencidos aos serviços de saúde passou a ser considerada após a intervenção educativa, tendo sido significativamente diferente nas duas entrevistas tanto no grupo controle quanto no grupo intervenção, conforme a Tabela 21.

Tabela 21 – Distribuição das respostas relacionadas ao destino dos medicamentos vencidos pelos entrevistados dos grupos controle e intervenção, antes e depois da intervenção educativa. Uberlândia/ MG

	GRUPO CONTROLE				Valor de P^*	GRUPO INTERVENÇÃO				Valor de P^*
	PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a			PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a		
Destino dos medicamentos	n (110)	%	n (88)	%		n (116)	%	n (92)	%	
Jogar fora	93	84,5%	45	51,1%		89	76,7%	39	42,4%	
Encaminhar aos serviços de saúde	8	7,3%	37	42,0%		9	7,8%	44	47,8%	
Outros	9	8,2%	6	6,8%	0,000	18	15,5%	9	9,8%	0,000

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

^a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção: $P= 0,462$

A questão “onde joga os medicamentos vencidos” procurou avaliar o local de descarte de medicamentos mais citado pelos entrevistados. O lixo comum deixou de ser o local mais citado pelos alunos que participaram da intervenção educativa, que passaram a considerar que os medicamentos não deveriam ser descartados no ambiente, mas encaminhados para um destino adequado ($P=0,000$), Tabela 22. No grupo controle essa opção também passou a ser citada, variando significativamente antes e depois da intervenção ($P=0,000$). Outros possíveis descartes de medicamentos vencidos descritos pelos alunos foram queimar e enterrar os medicamentos.

Tabela 22 – Distribuição de respostas à questão “Onde joga os medicamentos vencidos”, nas entrevistas pré e pós intervenção, segundo os grupos controle e intervenção. Uberlândia/MG, 2011

	GRUPO CONTROLE					GRUPO INTERVENÇÃO				
	PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a		Valor de P*	PRÉ— INTERV		PÓS- INTERV ^a		Valor de P*
	n (110)	%	n (88)	%		n (116)	%	n (92)	%	
No lixo comum	67	60,9%	35	39,8%		77	67,0%	34	37,0%	
Vaso sanitário/ pia	28	25,5%	17	19,3%		18	15,7%	17	18,5%	
Encaminha serviços saúde	0	0%	19	21,6%		0	0	35	38,0%	
Outros	15	13,6%	17	19,3%	0,000	20	17,4%	6	6,5%	0,000

* Teste do qui-quadrado de Pearson; significativo quando $< 0,05$

^a Comparação estatística entre grupos controle e intervenção pós-intervenção: $P= 0,019$

4.4 MEDIDAS SUGERIDAS PELOS ENTREVISTADOS DEPOIS DA INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Por ocasião da entrevista final foi solicitado aos alunos que descrevessem algumas medidas de promoção do Uso Racional de Medicamentos (Tabela 23). Ambos os grupos citaram medidas preconizadas no conceito do termo pela OMS (8). A frequência de respostas relacionadas ao uso racional foi maior entre os entrevistados que participaram da intervenção educativa.

Tabela 23 – Medidas de promoção do Uso Racional de Medicamentos indicadas pelos entrevistados após a intervenção educativa

MEDIDAS DE PROMOÇÃO DO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS INDICADAS PELOS ENTREVISTADOS				
	GRUPO CONTROLE		GRUPO INTERVENÇÃO	
	n (88)	%	n (92)	%
Usar o medicamento correto	17	19,5%	25	27,5%
Tomar o medicamento na hora certa	57	65,5%	69	75,8%
Usar o medicamento na dose certa	20	23,0%	27	29,7%
Usar o medicamento durante o tempo necessário	9	10,3%	13	14,3%
Usar o medicamento pelo menor custo possível	0	0%	0	0%
Seguir as orientações médicas	16	18,4%	15	16,5%
Outra medida	17	19,5%	14	15,4%
Não indica nenhuma orientação ao uso racional de medicamentos	17	19,5%	9	9,9%

Houve grande diversidade de medidas de Promoção à Saúde indicadas pelos alunos na entrevista pós-intervenção (Figura 15). Essas medidas passaram pelo cuidado individual com o corpo, como alimentação adequada e atividade física, tendo sido as mais citadas em ambos os grupos, e incluíram também atitudes voltadas ao relacionamento do indivíduo com o mundo à sua volta, buscando evitar o estresse, se relacionando melhor com as pessoas. O uso de medicamentos foi também lembrado como medida de promoção da saúde.

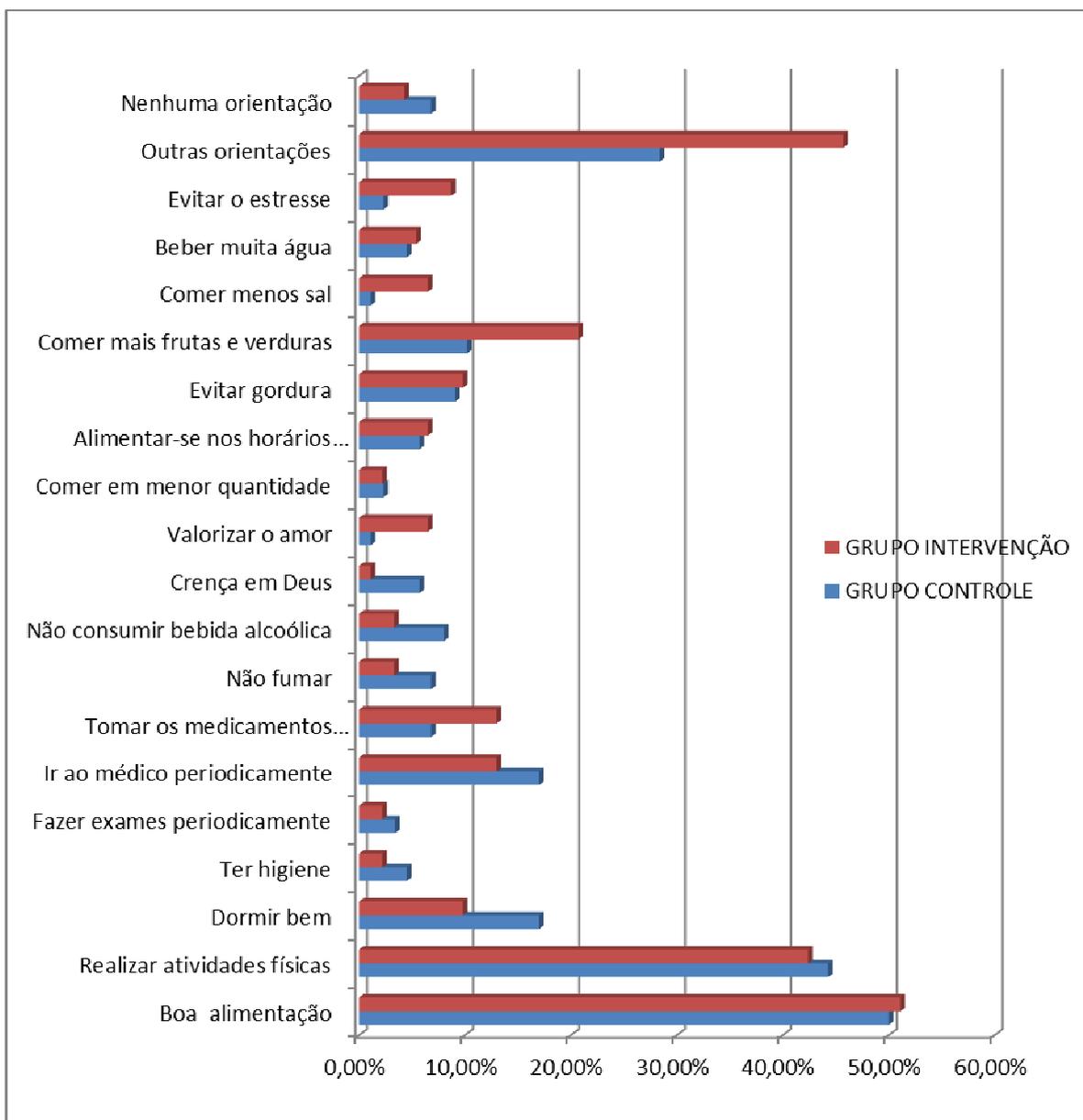


Figura 15 Medidas de promoção à saúde indicadas pelos adultos em alfabetização na entrevista final

Foram descritas ainda diversas outras medidas de promoção à saúde com frequência menor, em ambos os grupos (Tabela 24).

Tabela 24 – Citações de menor frequência relacionadas a orientações de promoção à saúde pelos entrevistados dos grupos controle e intervenção durante a entrevista final. Uberlândia/MG, 2011

OUTRAS ORIENTAÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE, REFERIDAS PELOS ENTREVISTADOS		
	GRUPO CONTROLE	GRUPO INTERVENÇÃO
	n (88)	n (92)
Alimentar-se nas horas certas	5	6
Evitar comer doces	2	1
Evitar consumir muita carne vermelha	1	4
Tomar basta água	4	5
Tomar leite	-	2
Evitar friagem	2	2
Evitar refrigerantes	-	1
Trabalhar mais	3	-
Pescar	1	-
Ter paz consigo mesmo	1	-
Cuidar da mente	1	-
Divertir-se	1	-
Fazer sexo seguro	1	-
Buscar a felicidade	1	1
Fazer a prevenção de doenças	1	-
Ter atitude (reagir para a vida)	1	-
Tomar sol	-	1
Usar remédios caseiros, chás	-	2
Ouvir música	-	1
Fazer amigos	-	1
Evitar extravagâncias	-	1
Evitar tomar chuva	-	1
Aferir a pressão	-	2
Estar alerta para evitar acidentes	-	1
Total	25	32

5 DISCUSSÃO

Os principais resultados deste estudo sugerem que concepções equivocadas sobre medicamentos são comuns entre adultos e idosos de baixa escolaridade (i.e. alfabetizando adultos e idosos) e que eles confiam na utilidade do medicamentos para manter uma vida saudável. A intervenção educativa desenvolvida melhorou o conhecimento dos alunos sobre alguns aspectos do Uso Racional de Medicamentos e introduziu concepções de Promoção da Saúde, diminuindo a frequência de equívocos.

5.1 CONHECIMENTO, ATITUDES E PRÁTICAS RELACIONADAS AO MEDICAMENTO

O perfil socioeconômico da população em estudo, adultos e idosos com baixa renda e escolaridade, apresentando doenças ou condições crônicas corresponde a uma parcela importante da população dos países em desenvolvimento (77).

As principais características do perfil socioeconômico e conhecimento básico acerca dos medicamentos foram similares entre os dois grupos analisados – grupo intervenção e grupo controle.

Entre os determinantes associados ao uso de medicamentos neste estudo estiveram o sexo feminino, a idade avançada e a pouca escolaridade, o que foi observado também por outros autores (77, 95, 96, 97, 17). Diferenças relativas ao consumo de medicamentos nas populações podem ser atribuídas a vários fatores ligados à presença de doenças ou condições clínicas, ao acesso ao sistema de saúde, características culturais e demográficas, como escolaridade, renda, sexo, idade e a própria propensão ao consumo (7).

A investigação desse conjunto de fatores permite uma melhor compreensão do papel dos medicamentos no contexto da saúde pública (96) e indicam condições importantes onde a proposta de intervenções individuais e coletivas de utilização adequada de medicamentos pode ser benéfica. As investigações sobre utilização de medicamentos constituem instrumentos úteis em diversos níveis, partindo da gestão, responsável pelas Políticas de Assistência Farmacêutica até alcançar a interação do

profissional da saúde com o usuário, subsidiando a promoção do uso racional de medicamentos (98).

Assim como observado neste trabalho, o maior consumo de medicamento é identificado entre mulheres por diversos autores, o que geralmente é atribuído a diferentes causas como a condição de maior autocuidado observada entre as mulheres, ou fatores socioculturais, possivelmente ao maior adoecimento e o maior contato com os medicamentos (96, 99, 100, 101). Isso reforça que tais justificativas para o sobre-uso devem embasar orientações farmacoterapêuticas específicas voltadas a esse grupo, que se mostra mais vulnerável aos prejuízos do mau uso de medicamentos (100).

A maioria dos entrevistados que consomem medicamentos todos os dias considerou sua saúde como “razoável”, o que sugere que o fato de terem seu problema diagnosticado e se encontrarem medicados tenha interferido na sua autoavaliação da saúde. Loyola Filho e colaboradores (77) encontraram uma pior avaliação do próprio estado de saúde entre idosos com elevado uso de medicamentos.

Cabe destacar que, mesmo na presença de condições que indicam dificuldades financeiras e de acesso à saúde, mais da metade dos entrevistados referem não apresentar nenhuma dificuldade em manter a própria saúde e a da família. Tal fato pode estar relacionado ao não reconhecimento de que a manutenção da saúde envolve aspectos integrais do cuidado e do estilo de vida. Entre os que citaram alguma dificuldade em manter a saúde foi relatada a impossibilidade de manter hábitos saudáveis, como atividades físicas e alimentação adequada.

Nesta investigação, uma parcela importante dos entrevistados, além da condição de escolaridade mínima, está na faixa etária acima dos 60 anos (19%) e faz uso contínuo de medicamentos. A pouca escolaridade, por exemplo, representa um dificultador do uso correto de medicamentos, principalmente entre idosos, que em consequência das múltiplas doenças, requerem muitas vezes esquemas posológicos complexos, que dependem de uma cuidadosa interpretação, possivelmente dificultada por questões cognitivas (78). Questões como o esquecimento, a diminuição da acuidade visual e da destreza manual e a falta de

entendimento contribuem para a ocorrência de erros na administração de medicamentos entre os idosos.

Seria de se esperar que à medida que a pessoa envelhecesse os cuidados com sua saúde aumentassem, o que poderia diminuir as taxas de automedicação e um promover maior conhecimento e cuidado acerca dos medicamentos. Entretanto, os resultados observados em muitos trabalhos demonstram que problemas com o uso de medicamentos são mais comuns entre os idosos, como as interações medicamentosas, o que é atribuído ao fato de terem uma menor compreensão dos cuidados de saúde e delegarem a outros a responsabilidade pela sua saúde (102, 103).

A associação entre a presença de doenças crônicas e o uso de medicamentos verificada neste trabalho é descrita em outros estudos e relaciona-se com a maior procura dos serviços de saúde e a utilização dos medicamentos como intervenção terapêutica possível (77, 96, 99). Os medicamentos de uso contínuo representam papel fundamental na abordagem terapêutica das doenças crônico-degenerativas, como a hipertensão e o diabetes, bem como de problemas de saúde mental, doenças com alta incidência na população idosa.

Observa-se também que a frequência de automedicação mostrou-se menor entre esses consumidores “contínuos” de medicamentos, pois os que afirmaram nunca se automedicar estão em maior proporção dentro deste grupo. A necessidade de maiores cuidados com a saúde e o maior acompanhamento médico entre aqueles que necessitam usar medicamentos todos os dias podem interferir nos índices de automedicação. O hábito da automedicação encontra-se mais associado aos sinais e sintomas menores, enquanto a presença de condições ou doenças crônicas relaciona-se ao maior uso de medicamentos indicados pelo médico (104).

O presente estudo demonstrou ainda a influência do nível de escolaridade nas práticas relacionadas aos medicamentos. Nesse aspecto, a fragilidade do grupo pesquisado fica evidente diante da sua descrição de práticas relacionadas aos medicamentos, como a proporção de pessoas que não sabem o nome dos medicamentos que usam (31,9%) e não reconhecem os medicamentos pelo nome (34%) ou, por exemplo, pelo comportamento referido pela maioria quando se esquece de tomar o medicamento, deixando para o horário seguinte (51,8%). O desconhecimento do nome do medicamento foi também descrito pela maioria dos

entrevistados no trabalho de Oenning e colaboradores (107). Esses resultados indicam a necessidade de apoio e supervisão no uso cotidiano de medicamentos, a fim de se evitar riscos à saúde, principalmente considerando-se a posologia de medicamentos essenciais no controle de doenças e prevenção dos agravamentos (78).

A alfabetização determina a extensão do acesso a informações escritas sobre medicamentos e sobre estratégias de promoção da saúde, que estão disponíveis em mensagens textuais. A limitação da escolaridade submete o indivíduo à situação de dependência, restringindo o acesso ao conhecimento, questão esta sobremaneira importante na realidade de nosso país. A taxa de analfabetismo de jovens e adultos no Brasil ainda é impactante, com um índice de 9,7%, sendo que à medida que a idade avança essa proporção se torna maior, chegando a 32,9% entre as pessoas de 60 anos ou mais (105). Foi demonstrado que a vulnerabilidade dos pacientes aos erros no tratamento das doenças está relacionada à baixa escolaridade e à presença de condições crônicas, entre outros fatores (106).

Scobie (106) considera que medidas educativas e o envolvimento do paciente em seu plano de tratamento podem diminuir a probabilidade de ocorrência de erros de medicação. Nesse sentido pode-se direcionar a atuação dos profissionais de saúde relacionados diretamente com o acompanhamento terapêutico do paciente, como o agente de saúde dos programas de assistência e o farmacêutico na Assistência Farmacêutica (107).

O papel do medicamento tem sido superestimado na busca pela recuperação da saúde e nas práticas profissionais. As medidas de prevenção e promoção à saúde devem superar o enfoque farmacológico da atenção à saúde, de maneira que o fármaco deixe de ser encarado como foco central e passe a ser tratado como uma ferramenta adicional (71, 103).

A maioria dos entrevistados não se recorda das orientações passadas por médicos e farmacêuticos em relação ao uso de medicamentos (59,3%). Oenning e colaboradores (107) descrevem o baixo nível de conhecimento dos usuários para a garantia do uso correto dos medicamentos, não apresentando condições de utilizá-los de maneira segura. A literatura relaciona a responsabilidade pela aderência à terapia prescrita às atitudes do prescritor no momento da consulta como linguagem, tempo dispensado para a consulta, atendimento acolhedor, respeito com as

verbalizações e questionamentos dos pacientes e motivação para o cumprimento da terapia (57, 106). A falta de informação e orientação médica presentes na política atual de saúde pública muito prejudicam as intervenções em áreas de atenção estratégica, como os programas de hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase e AIDS (108). A adesão aos tratamentos crônicos inclui constância e perseverança em relação aos cuidados com a saúde, devendo ser tratada como um processo multifatorial que requer cumplicidade entre o paciente e os cuidadores, profissionais da saúde (78).

Por sua vez, deve-se registrar a responsabilidade do farmacêutico no momento de dispensação do medicamento, que inclui a orientação quanto ao uso correto (109); entretanto essa dispensação adequada não é garantia da completa adesão farmacoterapêutica. Estudos demonstram que o acompanhamento farmacoterapêutico dos usuários diminui os riscos relacionados aos medicamentos (110). A intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos pode reduzir custos, controlar a possibilidade de efeitos adversos, melhorar as prescrições, além de aumentar a adesão aos tratamentos (111, 112).

A presença do farmacêutico nas unidades de saúde é condição estratégica para proporcionar o uso racional de medicamentos, sendo que no Brasil a implantação de serviços adequados de dispensação é dificultada pela ausência do profissional farmacêutico nos estabelecimentos de saúde (71, 108).

A iniciativa de uso do medicamento por conta própria como primeira atitude na busca de solução para sinais e sintomas menores citada por 50,9% dos componentes do grupo estudado, associada ao relato de uso de preparações caseiras de ervas medicinais entre 51,3% do total, indica a propensão da pessoa em resolver seus problemas de saúde com base nos seus supostos conhecimentos sobre o tratamento de doenças.

A prática da automedicação é determinada pelo tratamento de doenças e sintomas sem receita médica. A OMS indica que a automedicação responsável se caracteriza pela escolha de medicamentos com comprovada qualidade, eficácia e segurança, além de deverem ser indicados para condições autorreconhecíveis e para algumas condições crônicas ou recorrentes após o diagnóstico médico inicial (113). A automedicação orientada é uma possibilidade que tem sido recomendada pela OMS, a partir da avaliação do impacto dessa prática na comunidade (114).

Assim sendo, os farmacêuticos podem desempenhar um papel chave para ajudar as pessoas a fazer escolhas de autocuidado consciente. Os desafios do farmacêutico no autocuidado com os usuários são cada vez maiores.

Os fatores associados às práticas de automedicação são levantados por diversos autores e incluem questões de mercado, como as características da divulgação e comercialização (102), a escolaridade (115), inclui ainda aspectos relacionados à falta de acesso à assistência médica (116) e fatores culturais. Naves e colaboradores (71) indicam que a má qualidade da assistência no sistema de saúde, traduzida pela frágil relação entre o usuário e os profissionais de saúde, é justificativa para a prática da automedicação.

O uso de plantas medicinais, citado por 51,3% dos entrevistados, como componente da automedicação, não pode ser subestimado, uma vez que a sua potência e segurança nem sempre se encontram estabelecidas, além de representarem um risco em associação com diversas categorias de medicamentos (117).

O alto consumo dos analgésicos, verificado no presente trabalho, tem sido evidenciado em outros estudos como sendo uma das classes farmacológicas mais consumidas pela população (96, 102, 103). Embora os analgésicos sejam isentos de prescrição, não são, entretanto, isentos de risco e requerem uma orientação adequada para seu uso. Os anti-inflamatórios, que compuseram 13,4% do total de medicamentos citados, embora exijam prescrição são comumente adquiridos em farmácias e drogarias sem indicação médica.

A comercialização indiscriminada de medicamentos sujeitos à prescrição representa risco à população, particularmente entre os idosos, o que indica a necessidade de maior fiscalização da dispensação destes medicamentos e a adoção de medidas como a retenção da receita médica (112).

A procura, por exemplo, de pessoas leigas para o aconselhamento sobre medicamentos neste trabalho, é maior do que a citação dos profissionais médico e farmacêutico, assim como nos estudos de automedicação por Arrais e colaboradores (118) e Vilarino e colaboradores (115). A busca pelo aconselhamento com amigos que tenham passado por experiência semelhante faz parte das práticas de automedicação comumente descritas (71, 113).

Ainda assim, a indicação do médico como pessoa apta a esclarecer as dúvidas relacionadas aos medicamentos foi a resposta mais frequente (42,5%), o que indica a visão da centralidade do médico como profissional da saúde e uma certa confiança na figura do prescritor. O médico, sendo o introdutor do medicamento no âmbito familiar, também contribui com o processo de automedicação (115). A relação do paciente com o medicamento é diretamente influenciada pelo prescritor, na medida que este eleva o medicamento ao principal foco da assistência. A intensificação do fenômeno da medicalização acaba por transferir a expectativa do paciente em uma atenção humanizada para a eficácia do medicamento (3).

A dispensação ocorrida nos estabelecimentos farmacêuticos carece de estar acompanhada de orientações adequadas por parte dos farmacêuticos, que deixam de cumprir seu papel de educador em saúde e a assistência devida (71). A falta de continuidade nos cuidados aos pacientes é determinante para a ocorrência de erros de medicação (106).

A mudança no papel do farmacêutico, das tradicionais atividades de dispensação para um maior envolvimento na promoção da saúde tem sido demonstrada em diversos países, o que é amplamente aceito pela comunidade que entende e reconhece a importância deste serviço (72). Entretanto, a percepção da comunidade acerca da possibilidade de atuação do farmacêutico enquanto agente promotor de saúde ainda é limitada e precisa ser melhor trabalhada (72). O farmacêutico precisa se reinventar para manter-se competitivo no mercado.

Outras atitudes implicadas na relação do homem com o medicamento, como o armazenamento e o descarte podem determinar consequências em nível tanto individual quanto comunitário. A polifarmácia doméstica é uma prática considerada, muitas vezes, inadequada. O armazenamento doméstico é atribuído a fatores como a irregularidade do acesso aos medicamentos nos serviços de saúde, prescrição e/ou dispensação de quantidade superior à necessária, abandono de tratamento, a passividade e o medo dos usuários em relação às doenças, o que acaba por gerar grande número de medicamentos vencidos em casa e facilitar intoxicações (119). Entre as consequências desta prática são descritas a facilidade do acesso sem orientação profissional, favorecendo a automedicação e a reutilização das

prescrições, além do armazenamento inadequado, podendo haver assim exposição dos medicamentos ao calor, à luz, umidade ou contaminação (120).

Foi percebido com os resultados das entrevistas iniciais desta pesquisa que, sendo a cozinha o principal local referido para o armazenamento dos remédios, a qualidade desses produtos poderia estar afetada pela exposição às variações de temperatura. Ribeiro e Heineck (121) descreveram em seu trabalho a cozinha como o segundo lugar mais citado para o armazenamento de medicamentos.

A estabilidade da formulação de um medicamento é determinada tanto pelo princípio ativo quanto pela mistura de excipientes ou veículos utilizados, como também pela interação entre ambos face às condições a que estão submetidos (122). Essas condições podem ser classificadas como intrínsecas, que estão relacionadas à matéria-prima, aos processos produtivos e materiais da embalagem, e são de responsabilidade do fabricante. Ou são descritas como condições extrínsecas, que se correlacionam a fatores externos, ligados ao ambiente em que o fármaco se encontra, como a luminosidade, temperatura e umidade. O armazenamento inadequado do medicamento ocasiona a perda da estabilidade farmacêutica (121). Este armazenamento inadequado pode alterar a estabilidade da formulação farmacêutica, como mostra o trabalho de Serafim e colaboradores (123), que presenciaram a perda no teor dos medicamentos em estoque doméstico devido à manipulação e armazenamento inadequados.

A decomposição do fármaco é muitas vezes ocasionada por reações de hidrólise, devido à ação hidrolítica nos grupamentos ésteres e amidas, muito comuns na estrutura química dos fármacos. Reações de descarboxilação, desaminação ou polimerização também podem deteriorar a composição dos princípios ativos. A alteração nas características organolépticas como cor, odor, sabor e textura e alterações químicas não aparentes ocorrem em casos de perda na estabilidade das formulações (124).

Mastroianni e colaboradores (120) registraram que na maioria dos domicílios pesquisados os medicamentos eram estocados de forma inapropriada, ao que sugeriram a necessidade de disponibilização de embalagens fracionais para diminuir as sobras que geram os estoques domésticos. A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 135, de 18 de maio de 2005 (125), representa uma medida legal que propõe a diminuição do estoque doméstico ao tratar do fracionamento de medicamentos

pelas farmácias privadas e de natureza pública. Entretanto, tal medida requer uma transformação dos estabelecimentos farmacêuticos em espaços de promoção da saúde. A proposta de fracionamento tem a possibilidade de aproximar o profissional farmacêutico do usuário de medicamentos e ajustar a terapia às suas necessidades, atenuando a imagem estritamente comercial da farmácia (126).

Após a intervenção educativa, em que se abordaram medidas de armazenamento adequadas para a manutenção das características dos medicamentos, ocorreu uma mudança na percepção dos locais inadequados ao estoque e a cozinha e banheiro passaram a ser indicados como locais inadequados ao armazenamento pela maioria dos alunos, assim como o carro e a bolsa. A ação positiva da atividade educativa sobre essa mudança de concepção fica evidente.

A implementação de estratégias educativas para a orientação quanto aos cuidados requeridos no armazenamento de medicamentos devem resultar na manutenção das suas características físicas, químicas e farmacológicas e evitar a perda da atividade terapêutica (127). Para tanto se faz necessário primeiramente capacitar os profissionais envolvidos com o uso de medicamentos, a implantação do fracionamento, a adequação das embalagens dos medicamentos e o incentivo à adesão ao tratamento (121).

O lixo comum é a opção de eliminação dos resíduos medicamentosos pela maioria dos indivíduos na entrevista inicial, assim como também foi demonstrado nos estudos de Serafim *et al.* (123), o que pode representar um risco nos âmbitos ambiental e para a saúde.

Os medicamentos, aos serem descartados e dispersos no ambiente, incorporam a água, o solo e o ar, podendo entrar em contato com o organismo humano e outros seres vivos (128). Os fármacos são compostos químicos elaborados para atuar nos organismos vivos, estimulando respostas fisiológicas no homem, animais, nos microrganismos como bactérias e fungos e outros organismos. Portanto são idealizados para apresentar atividade biológica, e daí surge a preocupação com a presença dessas substâncias no ambiente. A lipofilicidade comum à grande maioria dos fármacos favorece sua incorporação pelos organismos vivos e sua conseqüente bioacumulação, causando impactos nos ecossistemas aquáticos e terrestres (129).

Entre os resíduos de fármacos mais preocupantes estão os antimicrobianos, pela sua baixa biodegradabilidade e pelo fato de que sua presença nos meios é biologicamente ativa e tóxica (129). Os impactos ambientais gerados pelos resíduos farmacêuticos de antimicrobianos vão da contaminação do solo e recursos hídricos à disseminação da resistência a esses fármacos entre microrganismos presentes no ambiente (130).

A indústria farmacêutica não se preocupa em descrever nas bulas dos medicamentos os resultados de testes *in vivo* que demonstrem a ação ambiental dos resíduos de fármacos excretados (128). Entre as medidas importantes a se tomar vem o monitoramento da eficiência de remoção desses fármacos pelos processos convencionais de tratamento de efluentes domésticos das Estações de Tratamento de Esgoto e da implantação de processos de tratamento que complementem a remoção adequada desses fármacos, alternativos ao descarte convencional que é realizado atualmente (130).

Aos estabelecimentos que trabalham diretamente com o medicamento, tanto públicos quanto privados, como hospitais, farmácias, drogarias e distribuidoras cabe gerenciar os resíduos de saúde conforme disposto na regulamentação legal - RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (131). Neste processo o responsável legal se responsabiliza pelos resíduos

desde a geração até a disposição final, de forma a atender aos requisitos ambientais, de saúde pública e saúde ocupacional, sem prejuízo de responsabilização solidária de todos, que direta ou indiretamente causem ou possam causar degradação ambiental (128).

Os medicamentos, integrantes do Grupo B de resíduos, segundo RDC 306/04 deverão ser submetidos às condições de tratamento térmico para resíduos industriais (131) ou ser dispostos em aterros de resíduos perigosos, devidamente licenciados pelos órgãos ambientais (132). No município de Uberlândia as unidades de saúde, tanto públicas quanto privadas, são atendidas por um sistema de coleta dos resíduos de saúde que encaminha os resíduos de medicamentos à incineração (94), conforme indicado pela legislação (132). Esse sistema, ausente na maioria dos municípios no país, pode beneficiar também a comunidade, que pode se organizar e exigir uma articulação com essa rede de coleta, para que o próprio resíduo medicamentoso domiciliar possa ser incluído nela. Em países europeus, como a

França e a Itália, além do Canadá e Austrália registram-se programas de recolhimento dos resíduos de medicamentos da população (133).

A intervenção educativa proposta abordou esse tema, levantando a possibilidade de os estabelecimentos farmacêuticos e órgãos públicos envolvidos no fornecimento de medicamentos para a população se habilitarem a receber seus medicamentos vencidos. Uma vez que estes estabelecimentos são tecnicamente capazes de destinar essas sobras de medicamentos gerados na farmácia doméstica ao sistema coletor da cidade, que faz a incineração correta dos mesmos, essa possibilidade é factível.

Os danos ao ambiente e os riscos à saúde foram descritos por ocasião da apresentação dos temas na última oficina, em que participaram os grupos intervenção e controle. A partir dessa abordagem, ambos os grupos mudaram o enfoque de suas respostas na entrevista final, quando comparado à entrevista inicial. Na primeira entrevista, 84,5% dos entrevistados do grupo controle e 76,7% do grupo intervenção afirmaram jogar fora os medicamentos vencidos. Após a intervenção essa proporção diminuiu para 51,1% no grupo controle e 42,4% no grupo intervenção, aumentando expressivamente o número de entrevistados que sugeriram o encaminhamento aos serviços de saúde (42,0% e 47,8%, nos grupos controle e intervenção), resposta que tinha sido insignificante na entrevista inicial.

A preocupação quanto ao descarte deve estar presente nas discussões envolvendo a conscientização da comunidade sobre o uso correto de medicamentos. A aquisição do medicamento não vem acompanhada de orientações quanto ao descarte adequado e de informações sobre o manejo e disposição final a ser dado quando da geração de resíduo (128). Programas educativos e campanhas de arrecadação de medicamentos podem trazer bons resultados em termos de mobilização da comunidade (133).

A aquisição do medicamento no serviço privado pelo grupo estudado ainda é alta (45,1%) apesar do indicativo da frágil situação econômica dos envolvidos no trabalho. Os gastos com medicamentos, acarretados pela falta de acesso à rede pública de distribuição, tende comprometer as necessidades básicas do indivíduo. O acesso a medicamentos considerados essenciais pela OMS, como os destinados à hipertensão e diabetes, deveria ser garantido à população pelo sistema público de saúde (134). Entretanto, o acesso regular aos medicamentos de uso contínuo é

comprometido pela limitação da disponibilidade de medicamentos essenciais na rede pública ao longo do ano (17). Santos-Pinto e colaboradores (135) indicam que a provisão de serviços de acesso aos medicamentos é difusa e muitas vezes ineficaz, o que é determinado, em parte, pela política de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), que implica em responsabilidades inespecíficas de cada nível federativo de governo e não tem se mostrado eficaz para a gestão da assistência farmacêutica em todos os municípios do Brasil. Como consequência da irregularidade do fornecimento de medicamentos de uso contínuo manifesta-se o agravamento dos quadros crônicos, o aumento das internações e custos ao sistema, além do comprometimento da imagem dos serviços. A população de baixa renda, mais vulnerável às falhas do sistema, é a mais penalizada nesse processo.

A aquisição de medicamentos nas farmácias facilita a automedicação e induz o consumo desnecessário, uma vez que a venda sem prescrição é uma prática comum. Se as farmácias têm funcionado mais como comércio de medicamento do que como unidade de prestação de serviços de saúde, é evidente seu papel de favorecer o uso inadequado de medicamentos, contrariando a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (136).

Entre os fatores que influenciam negativamente os hábitos de consumo de medicamentos estão a facilidade de acesso e a publicidade, além de ser determinados também pelas carências e hábitos culturais da sociedade (71).

Naves e colaboradores (71) identificaram a insatisfação quanto aos serviços de saúde e a facilidade de acesso aos serviços das farmácias como motivações para a automedicação.

O consumo de medicamento pela população de maneira irracional pode ser reduzido com a adoção de práticas que estimulem mudanças de conduta e a apropriação de conhecimentos (137). A promoção do uso racional envolve setores diferentes da saúde, incluindo pacientes, profissionais da saúde, aspectos legais, comerciais e o poder público. Scobie (106) pondera que Educação em Saúde, com intenção de aumentar o grau de envolvimento do indivíduo nos cuidados à saúde, pode ajudar a diminuir a probabilidade de erros relacionados à medicação.

A prática da aquisição do medicamento pelo nome comercial, referida pela maioria dos entrevistados, constitui um sinal de que o conhecimento e uso da Denominação Comum Brasileira (DCB) estão aquém da realidade da sociedade,

embora seja um componente importante da Política Nacional de Medicamentos (134). Marin e colaboradores (78) também registraram em seu trabalho que mais da metade dos medicamentos foram adquiridos pelo nome comercial. As classes de medicamentos mais conhecidas pelo nome genérico, conforme registrado entre os entrevistados, corresponderam aos medicamentos de uso contínuo, uma vez que são medicamentos de dispensação obrigatoriamente realizada pela DCB no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os hábitos de consumo da população são influenciados diretamente pela propaganda. A indústria farmacêutica divulga seus produtos entre os prescritores, interferindo diretamente na decisão da prescrição. Por outro lado, a propaganda de medicamentos na grande mídia pode influenciar o comportamento do usuário e, além de incentivar o aumento no consumo, se mostra como alternativa de fácil alcance na solução para os problemas de saúde (138).

A utilização de medicamentos genéricos constitui um fator que contribui para o URM. Os genéricos melhoram a relação custo/benefício (137, 139), além do que sua implantação difundiu o entendimento da similaridade entre produtos correspondentes com nomes comerciais diferentes, tornando possível a intercambialidade, que tende a colaborar para a autonomia de escolha do consumidor.

5.2 A INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Houve, neste trabalho, uma preocupação em realizar a descrição dos procedimentos e indicadores das atividades de ação educativa ao longo da trajetória. A proposição da estratégia de ensino descrita nesse estudo evidencia a possibilidade de concretização da interação entre as áreas da saúde e da educação para a promoção da saúde.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação – LDB (140), quando prevê a integralidade na educação, abre o caminho para que a escola se transforme num espaço democrático, promotor da cidadania. O espaço escolar passa então a articular os processos de territorialização das políticas sociais, intensificadas pela educação integral (141). As integralidades em saúde e na educação representam,

juntas, uma postura dos educadores e profissionais da saúde voltada às necessidades da comunidade.

As iniciativas de discussão propostas nas oficinas foram alicerçadas na troca de saberes, que se constitui um dos pilares da Educação em Saúde (142). Essa troca expressou uma interseção entre o saber técnico do Uso Racional de Medicamentos e o saber popular que foi exposto num processo dialógico.

Cada uma das atividades propostas na intervenção educativa procurou valorizar as experiências dos alunos, utilizando suas concepções para desenvolver a discussão em torno dos conceitos sobre os riscos e benefícios dos medicamentos e seu uso adequado. A partir da contextualização da prática problematizadora proposta, materializa-se a construção compartilhada do conhecimento.

A construção do conhecimento implica em uma interação comunicacional, onde sujeitos de saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Esses sujeitos convivem em situações de interação e cooperação que envolvem o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos e motivações coletivas (143).

A reflexão das intersubjetividades parte da problematização das questões levantadas. Estes momentos são geradores da ressignificação ou da releitura da realidade, constituindo-se na ação capaz de produzir a reflexão, um princípio básico da Educação Popular. Essa reflexão é capaz de gerar uma nova ação diferente da anterior, conhecida como ação-reflexão-ação, aumentando o nível de consciência da realidade por parte dos envolvidos (27, 142). A proposição de questionamentos como “de que maneira conseguir do medicamento o melhor resultado possível, com o menor risco”, propicia a retomada da própria prática e avaliação crítica de comportamentos pré-estabelecidos. A classificação das respostas a essa pergunta em grupos de atitudes – relacionadas ao uso de medicamentos, ao estilo de vida e às crenças e valores, permitiu perceber o valor e o poder atribuídos ao medicamento em suas vidas.

Embora a consciência não seja garantia de mudança, Paulo Freire, em sua obra Educação e Mudança (144), aponta para a dimensão crítica da consciência quando se percebe a possibilidade de mudança da realidade, em contraposição à consciência ingênua do sujeito passivo.

Durante a segunda oficina, no momento de consolidação dos conceitos, ampliou-se a discussão de modo a abranger os princípios gerais do URM segundo a OMS (93), que agrega como condições que os "pacientes recebam medicamentos apropriados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas próprias necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade".

Abre-se, com as atividades de reflexão sobre o papel do medicamento para a promoção e manutenção da saúde, a possibilidade de um novo dimensionamento sobre o alcance da terapia medicamentosa. Cria-se uma alternativa que valoriza o indivíduo e suas atitudes no processo saúde-doença, no lugar de superestimar o poder do medicamento (7). Os medicamentos hoje representam a ferramenta central das práticas de saúde, em decorrência de uma concepção reducionista de uma lógica de mercado (71).

A atividade de identificação das características da embalagem permitiu que os alunos refletissem sobre quais informações poderiam ser úteis no reconhecimento do medicamento. A avaliação sobre a presença do nome comercial e da DCB, a dosagem, forma farmacêutica e via de administração, como informações constantes dos rótulos suscita entre os alunos em alfabetização a percepção da utilidade do aprendizado nas situações cotidianas, lhes possibilitando maior autonomia para com as suas escolhas. Para o analfabeto, decisões simples como "qual medicamento devo tomar agora" são muitas vezes impossíveis, o que aumenta seu isolamento em relação ao mundo e diminui sua autoestima.

Os rótulos, além de determinar a identificação dos medicamentos durante sua dispensação e uso conforme define a Anvisa, também podem passar a contribuir para a promoção do URM se a embalagem for utilizada para a divulgação de informações e alertas (137).

A dinâmica proposta na segunda oficina – História da Dona Margarida, foi eficaz em conduzir ao questionamento das práticas cotidianas que se relacionam à saúde. Essa dinâmica permitiu a coletivização das concepções e conhecimentos individuais à medida que os participantes expuseram medidas de higiene e práticas de saúde vivenciadas por cada um, o que possibilitou o entrecruzamento das mais variadas noções em saúde, a partir de uma experiência reflexiva comum.

As técnicas ou dinâmicas se constituem como ferramentas importantes do processo educativo, que devem manter coerência com a proposta pedagógica. Seu principal propósito não está na descontração do grupo, mas devem buscar a reflexão, a ressignificação do cotidiano e a tentativa de construção de novas práticas e conhecimentos (145).

As oficinas, enquanto estratégia pedagógica que se caracterizou pela co-participação dos diversos atores, se destaca pela sua essência interativa. Tal característica é percebida como essencial à prática pedagógica efetiva, uma vez que propicia a interlocução e a aprendizagem. Segundo Costa (146) a estratégia da oficina é uma ferramenta de gestão participativa, quando os agentes ou facilitadores externos desenvolvem uma dinâmica de aprendizagem e compromissos mútuos, de maneira que, em conjunto, realizem as ações necessárias para alcançar os objetivos propostos.

Paulo Freire, em sua obra *Extensão ou comunicação?* (147), propõe que o objetivo principal de qualquer esforço de Educação Popular, estando ou não relacionado a uma capacitação profissional, é de possibilitar que o indivíduo tome consciência da sua realidade por meio da problematização do “homem-mundo” ou “do homem em suas relações com o mundo e com os homens”. Diz ainda que a partir desse ato de tomada de consciência e seu desdobramento em ação transformadora da realidade, haverá a superação do conhecimento empírico, por um conhecimento que, partindo do sensível, alcança a razão da realidade. E esse é o maior desafio da aprendizagem significativa, onde se busca para alcançar o sujeito em suas potencialidades.

Buscou-se abordar estratégias que focassem na melhora do bem-estar e no incentivo de estilos de vida saudáveis. As atividades educativas iniciam o processo de reflexão sobre si mesmo e a dimensão dos comportamentos individuais. Recursos para o empoderamento dos alunos a desempenhar um papel ativo sobre sua saúde e na modificação de seu estilo de vida são fundamentais para tornar a escola um espaço de acesso à saúde.

As ações em grupo correspondem a estratégias educativas relevantes para iniciativas de promoção da saúde (25, 148).

A OMS define Promoção da Saúde como o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo (21).

A escolha da estratégia de discussões em grupos baseia-se em Pichon-Riviére (149), que propõe que o aprendizado em grupo envolve uma leitura crítica da realidade, onde os atores são levados a assumir e atribuir papéis. Essas características se traduzem numa atividade investigadora que se dispõe da leitura social do cotidiano, revelada nos fatos implícitos e nas representações. As atividades em grupo utilizadas permitiram a compreensão das representações dos adultos em alfabetização, bem como a discussão dos valores associados aos medicamentos e sua relação com o contexto.

Freire (144) descreve que o enfrentamento das questões e problemas cotidianos requer diálogo, numa oportunidade de obtenção de informações, esclarecimento de conceitos, troca de experiências, análise de crenças e ajuda mútua. O grupo proporciona essa possibilidade enquanto espaço para a colocação das questões ligadas à saúde, supondo uma rica interação entre os componentes e destes com o educador ou o coordenador do grupo.

Os grupos educativos montados se fundamentaram no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. A problematização das questões relacionadas ao uso correto de medicamentos e outros temas em saúde traz à tona atitudes e práticas habituais entre os componentes, possibilitando o processo ensino-aprendizagem. A pedagogia de Paulo Freire dá a sustentação dialógica necessária ao aprendizado significativo. O impacto das ações de Educação em Saúde sobre os comportamentos determinantes de saúde é muito maior quando as estratégias são adequadas e quando os educadores são habilidosos em utilizar as experiências da população-alvo no ato de ensinar, tornando o indivíduo ativo no processo educativo.

O processo de construção do material ilustrativo e sua apresentação para a turma na terceira e quarta oficinas, intensificaram a participação aqui compreendida como ter parte em, partilhar ou compartilhar, associar-se pelos sentimentos, ação envolvida pelo sentimento de criação e de produção de algo em conjunto. Essa participação reforça o sentimento de pertencimento a um grupo, um território. A representatividade dessa iniciativa reforça a contribuição de diferentes sujeitos, com a superação da verticalidade das ações na saúde (142).

Na descrição do planejamento do trabalho em grupo, com a discussão dos conceitos sobre Uso Racional de Medicamentos e Promoção da Saúde e construção e apresentação dos temas, destaca-se o processo a partir do qual as narrativas individuais são consolidadas em conceitos híbridos, que procuram reunir a essência das ideias apresentadas.

As abordagens de Promoção da Saúde apresentadas pelos grupos na última oficina extrapolaram o aspecto da prevenção de doenças e cuidados com o corpo e levantaram propostas de alcance socioambiental. A concepção de Promoção da Saúde não pode estar circunscrita à perspectiva corporal e individual, mas deve se estender a um conjunto de valores que abarcam qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, desenvolvimento, cidadania, desenvolvimento e parceria, entre outros, aspectos levantados durante I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde, que formalizou a Carta de Ottawa em 1986 (21) e abordados também na Política Nacional de Promoção da Saúde (150). Trabalhar isoladamente a promoção da saúde poderia aumentar o nível cognitivo sem, entretanto, impor mudanças nos hábitos de vida, se as iniciativas de intervenção forem embasadas apenas nos aspectos teóricos. Deve-se também debater os fatores ambientais para que o indivíduo incorpore as práticas saudáveis relacionadas ao ambiente em que se vive, que representa forte condicionante de seus hábitos e conseqüentemente de sua saúde (151).

A compreensão da saúde e da doença pelo crivo da Promoção da Saúde pretende se manifestar como um modo novo de as pessoas e coletividades obterem saúde (152). Ela também representa oportunidade de intervenção sobre o setor da saúde, numa perspectiva individual ou coletiva, que introduz uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes (153).

A participação de graduandos do curso de farmácia nesta iniciativa foi fundamental para sua execução e decisiva para seu sucesso. Para os estudantes do curso de farmácia, a oportunidade de participação nas oficinas educativas representou uma chance de contato com a comunidade e a vivência de situações reais de problematização do uso de medicamentos. A comunidade acadêmica, com atividades neste enfoque, tem a oportunidade de se inserir num território de ação específico e reconhecer os problemas vivenciados pelo grupo e suas necessidades, podendo-se engajar no processo participativo das decisões. O aprendizado prático

traz diversos benefícios como a construção da criticidade frente aos problemas, e o desenvolvimento de habilidades interpessoais, cidadania e responsabilidade social.

A formação de um profissional envolvido em iniciativas de prevenção e promoção da saúde parte da oportunidade de atuação do discente junto à comunidade (25). O engajamento dos estudantes da área da saúde em práticas de aprendizagem em serviço possibilita efetivamente a combinação de objetivos pessoais e profissionais, além de promover uma participação cívica e reflexiva, culminando nas ações transformadoras em saúde (154).

Além do conhecimento técnico, a formação do profissional em farmácia deve contemplar o desenvolvimento de habilidades de comunicação em linguagem adequada com a equipe de saúde e, principalmente com o usuário (112).

Este trabalho estabelece estreito vínculo entre promoção em saúde e educação. A educação dimensiona o desenvolvimento do indivíduo e da sociedade, correspondendo ao eixo estratégico para a promoção da saúde. A adequação de recursos voltados para a melhoria da qualidade de vida dos estudantes é possível pela articulação entre esses dois eixos. Moura e colaboradores (155) questionam o papel da escola no desenvolvimento de estratégias educativas de promoção da saúde e sugerem a necessidade da transformação do enfoque positivista em espaço prioritário na formação humana traduzida em valores para a saúde. Bordenave e Rocha (156) traduzem esse princípio como concepção ecológica da educação, que valoriza o diálogo, aproximando o ato educativo da vida cotidiana, sendo marcada pela interdisciplinaridade e pela pedagogia problematizadora.

A abordagem da saúde na escola é proposta pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) de maneira que se integre ao espaço da sala de aula, trabalhada rotineiramente pelos educadores e buscando desenvolver habilidades relacionadas à cidadania e consciência dos direitos e deveres políticos, à solidariedade e à capacidade de

conhecer o próprio corpo e dele cuidar, valorizando e adotando hábitos saudáveis como um dos aspectos básicos da qualidade de vida e agindo com responsabilidade em relação à sua saúde e à saúde coletiva (157).

Entretanto, ainda prevalece na escola a perspectiva da abordagem da saúde voltada à prevenção e controle de doenças, resultando em pouca efetividade na mudança de atitudes em favor de opções mais saudáveis (158). Aos profissionais de

saúde falta proximidade suficiente para se integrar a esse ambiente escolar e conhecer verdadeiramente as necessidades dos alunos, em parceria com a equipe pedagógica. Na maioria das vezes as ações em saúde desenvolvidas são pontuais e não atingem os educandos em seus interesses. A ênfase prevalente na Educação em Saúde ainda parte da perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado apropriado pelas equipes de saúde para uma “população leiga” desvalorizada em seu saber popular. Toma-se como pressuposto que se deve ignorar grande parte do aprendido no cotidiano da vida (31). A escola costuma ser vista como um espaço de passividade e não de interatividade, onde os alunos estão aptos a receber um conhecimento técnico pré-elaborado, isento de análise crítica (159).

Figueiredo e colaboradores (158) indicam a necessidade de uma ação integrada e articulada junto à escola, associando-se educadores e profissionais da saúde em iniciativas transversais e interdisciplinares. Assim, as atividades educativas desenvolvidas neste estudo, envolvendo o professor no decorrer do processo, permitiram aos alunos alfabetizando fazer parte do processo decisório, relacionados às questões vivenciadas por eles mesmos. Essas atividades buscaram trabalhar para que as pessoas mantenham a sua autonomia, através da percepção de sua relação com o medicamento e a valorização das possibilidades de promoção da própria saúde, com plena consciência do ser.

Uma estratégia que parta das necessidades e/ou anseios dos sujeitos envolvidos diretamente no processo educativo tem maiores possibilidades de alcançá-los em suas necessidades. Um dos grandes problemas universais da educação está nos “saberes desunidos”, que estão em confronto permanente com os problemas ou realidades cada vez mais multidimensionais, globais e planetários (160). Apesar dos avanços historicamente conseguidos, são percebidas limitações que instigam o surgimento de novas estratégias e conceitos na prática de prevenção e Promoção à Saúde. Ao se pensar a Educação em Saúde deve-se considerar também as representações sociais dos indivíduos e entender a influência dessas representações sobre o processo saúde-doença e vice-versa (161). Somente entendendo e assumindo essas inter-relações e propiciando uma construção compartilhada de conhecimento torna-se possível presenciar o empoderamento para a autonomia no autocuidado. Um programa de Educação em Saúde não deve se

restringir às abordagens meramente informativas (162), dada a relevância de considerar o sujeito em sua totalidade para atingir a efetividade requerida nas ações educativas (31).

Dessa forma, pode-se dizer que estes grupos de encontro incorporam a temática da Promoção da Saúde onde se insere o tema da Educação em Saúde. O princípio do “empoderamento” é proposto como modelo para a Educação em Saúde, cujo foco é facilitar as escolhas individuais e coletivas, para fornecer aquisição de conhecimentos com incorporação de valores, auxiliando as pessoas na tomada de decisão (163).

Isso é obtido nas atividades propostas nas oficinas educativas, através da reflexão crítica de assuntos ligados à Promoção da Saúde e Uso Racional de Medicamentos. Estudos demonstram que as atividades dos farmacêuticos podem promover mudanças de atitude em relação à profissão e prover uma percepção positiva do profissional que realiza Educação em Saúde (164).

5.3 SÍNTESE DAS MUDANÇAS OBSERVADAS APÓS A INTERVENÇÃO EDUCATIVA

A intervenção educativa foi altamente eficiente, provavelmente porque conseguiu alcançar os alunos em suas necessidades de informação quanto aos medicamentos e Promoção da Saúde, utilizou uma linguagem acessível ao seu nível de ensino e os envolveu diretamente na discussão dos temas. Além disso, as principais mensagens foram repetidas nos grupos de trabalho, buscando uma interseção entre a detecção dos problemas e o levantamento de soluções para cada um deles.

O número de estudos buscando avaliar a efetividade de intervenções educativas no aumento de conhecimento e mudança de atitudes e práticas relacionados à saúde é crescente (138,165,166,167). Estudos envolvendo iniciativas para a prevenção do uso irracional de antimicrobianos descrevem que intervenções voltadas para a prevenção da automedicação deveriam incluir tanto iniciativas educacionais quanto medidas de fiscalização e regulação da venda desses medicamentos (168).

As medidas de promoção de saúde indicadas pelos estudantes na entrevista final revelam sua preocupação com a mudança de atitudes cotidianas e com o cultivo de hábitos de vida saudáveis. A identificação da importância de um estilo de vida saudável envolve primeiramente a decisão de buscar uma melhoria nas condições de saúde e de bem-estar. A forma como a população percebe sua saúde e as ações para promoção e prevenção da mesma precisam ser modificadas, uma vez que a percepção individual é capaz de condicionar as mensagens recebidas segundo uma lógica própria (25).

Mudanças nas concepções relativas ao uso de medicamentos e à promoção da saúde foram observadas tanto no grupo intervenção quanto no grupo controle na maioria dos aspectos observados, embora em proporções diferentes. Esse resultado pode indicar que mesmo intervenções pontuais, como a realizada entre os alunos do grupo considerado controle, podem ser capazes de mudar a perspectiva das questões relacionadas à saúde. Uma atividade que seja significativa para o aluno pode exercer um impacto positivo para a construção do próprio conhecimento e para a mudança de paradigmas frente à própria saúde. Essa ideia corrobora a tese de que a apresentação dos temas envolvendo sua relação cotidiana com os medicamentos, entre seus pares, alunos do mesmo nível de ensino, reconhecidos como semelhantes, tem uma maior influência sobre os educandos.

Intervenções prévias relacionadas ao uso correto de medicamentos são documentadas. A intervenção educativa promovida por Maldonado e colaboradores (138) melhorou o conhecimento dos alunos em alguns aspectos do uso de medicamentos e diminuiu a quantidade de concepções errôneas, comparado ao levantamento inicial.

A intervenção desenvolvida promoveu uma alteração na concepção dos alunos sobre a iniciativa correta frente a um mal ou sintoma, diminuindo a procura pelo uso auto-orientado do medicamento e aumentando a citação da procura por atendimento médico.

Ainda que o principal resultado deste trabalho tenha sido o aprendizado – conhecimento ou habilidades adquiridas na relação do indivíduo com o medicamento e percepção de aspectos da própria saúde, diversos autores sugerem que este tipo de intervenção educativa é útil para traduzir o conhecimento em prática cotidiana e promover uma mudança de postura frente a hábitos antes presentes. Essa

possibilidade só poderá ser confirmada a partir de estudos futuros focados em comportamentos e práticas.

O presente estudo pode ser útil para fornecer uma percepção mais ampla sobre as atitudes dos adultos em alfabetização em relação ao medicamento e avaliar a eficácia deste tipo de intervenção. Foi possível observar um maior conhecimento sobre o papel do farmacêutico na orientação ao uso de medicamentos depois da intervenção educativa. As mudanças relativas ao conhecimento dos locais adequados para o armazenamento e descarte foram indicativas da efetividade da ação educativa.

Medidas relativas ao cuidado com o medicamento foram descritas após as oficinas educativas. A observação da data de validade passou a ser mais indicada como maneira de avaliar as condições de uso, Os estudantes do grupo intervenção listaram medidas de promoção ao Uso Racional de Medicamentos numa proporção maior que os componentes do grupo controle.

O enfoque dado às medidas de Promoção à Saúde durante a abordagem educativa também se relacionou com a interação indivíduo-medicamento, na medida em que buscou construir uma melhor consciência do corpo, contribuindo para a transformação das práticas de uso de medicamentos. Os estudos realizados por Sá e outros (104) indicam que os indivíduos que não praticam atividade física apresentam um maior uso de medicamentos por conta própria, o que sugere que os hábitos de vida mais saudáveis possam diminuir os índices de automedicação.

Faz-se necessário observar a grande limitação do presente estudo, na falta de tempo hábil para uma nova avaliação do conhecimento e atitudes envolvidos no objeto de estudo e comparação entre os grupos em longo prazo. Registram-se ainda as limitações decorrentes da natureza dos dados, autorrelatados. Há de se considerar as limitações próprias de um estudo transversal e descritivo. Mais especificamente, experiências pessoais ou as opiniões dos entrevistados foram determinantes para os resultados. No entanto, dados autorrelatados são importantes para entender melhor a percepção do indivíduo sobre sua relação com o medicamento e são úteis não apenas no diagnóstico das condições nas quais os sujeitos interagem com eles, mas também para ajudar a educar os usuários sobre como eles podem desempenhar um papel na prevenção de erros ao lidar com os medicamentos.

6 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em síntese, conhecimento e práticas relacionadas aos medicamentos nos segmentos sociais mais vulneráveis como os adultos em alfabetização, são equivocadas em sua maioria e partem da falta de orientação necessária ao uso correto. A suscetibilidade desses grupos a erros no uso os expõe a riscos evitáveis. A relação dos indivíduos com os medicamentos deve se servir da confiança em seus benefícios e se sustentar na segurança dos comportamentos envolvidos nessa prática.

O medicamento é uma ferramenta muito utilizada, porém pouco conhecida. Um terço dos adultos com baixo nível de escolaridade sequer souberam o nome dos medicamentos que usam continuamente, sendo significativa a falta de orientação quanto ao uso de medicamentos. O nome genérico é pouco conhecido, portanto sugere-se a inclusão de discussões sobre as categorias de medicamentos nas atividades educativas relacionadas aos medicamentos.

Os problemas enfrentados hoje pelas diversas comunidades em situações de vulnerabilidade em relação à saúde são cada vez mais universais, contrapondo-se diretamente a uma educação compartimentada. O enfrentamento desse desafio parte da contextualização e do diálogo possíveis na interseção entre educação e saúde. É notória a lacuna existente em relação à Educação em Saúde, especificamente no que diz respeito ao conhecimento sobre medicamentos, de forma que medidas educativas devem ser implementadas para a formação de consumidores conscientes capazes de lidar com uma sociedade altamente medicalizada.

A estratégia pedagógica utilizada para introduzir a discussão a respeito do Uso Racional de Medicamentos mostrou ter sido efetiva na diminuição do relato de automedicação e da utilização do medicamento como medida inicial em caso de manifestação clínica. O farmacêutico passou a ser mais citado como agente na orientação ao uso de medicamentos, com um aumento nas respostas adequadas quanto ao armazenamento e descarte de medicamentos. O conhecimento sobre Promoção da Saúde mostrou-se maior após a atividade, além de detectar um aumento da capacidade de indicar medidas sobre o Uso Racional de Medicamentos.

A intervenção educativa proposta, enquanto estratégia de Educação Popular em Saúde torna solidário o ato educativo, partindo do saber do educando para possibilitar a problematização do conhecimento e se concretizar o processo emancipatório. O enfoque interativo das oficinas constitui a principal qualidade dessa estratégia, essencial à prática pedagógica efetiva. A presença da escola na Promoção da Saúde do trabalhador estabelece um caminho para o agir sociopolítico, cultural e estrutural, campos nos quais ela pode intervir cada vez com mais impacto.

A escola coloca-se como um espaço estratégico para promover práticas integradas de Educação em Saúde, sendo que para isso é necessário desenvolver mecanismos que favoreçam a aproximação dos diferentes sujeitos, comungando universidade e comunidade e potencializando a formação de sujeitos de mudança, capazes de se colocarem no mundo com uma postura mais ativa e crítica.

O presente estudo mostrou ser possível modificar favoravelmente o conhecimento do uso adequado de medicamentos em uma população de adultos em alfabetização. Este trabalho fornece bases para intervenções orientadas ao uso de medicamentos, visando mudanças positivas na relação do indivíduo com os mesmos, o que pode aumentar a sua motivação para com a automonitorização de sua saúde, sintomas e cuidados com os medicamentos, estendendo-se à família e comunidade.

A partir do presente estudo é possível propor intervenções em diversos níveis de atuação na promoção do Uso Racional de Medicamentos. Entre as linhas de ação destaca-se: a incorporação dos conteúdos relacionados ao tema nos programas curriculares formais do ensino fundamental e médio; a qualificação de professores para que sejam agentes multiplicadores desses conhecimentos; intervenções educativas junto a agentes comunitários de saúde, aumentando o alcance do tema em suas práticas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alencar RS. Medicamentos no Brasil: uma análise crítica da dinâmica técnica-setorial (1996-2006). [dissertação] Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2007. 167p. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/7997/1/2007_RosangelaSilvadeAlencar.pdf.
2. Van der Geest S, Whyte SR, Hardon A. The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. *Annu Rev Anthropol* 1996; 25: 153-78.
3. Barros JAC. Nuevas tendencias de la medicalización. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.): 579-587.
4. Nascimento MC. Medicamentos: Ameaça ou Apoio à Saúde? Rio de Janeiro: Ed. Vieira & Lent 2003.
5. Cordeiro BC, Reynaud F. Atenção farmacêutica: evolução ou revolução In: Cordeiro BC, Leite SN. O farmacêutico na atenção à saúde. 1ª ed. Itajaí: Universidade do Vale do Itajaí, 2005. p. 51-70.
6. Leite SN, Vieira M, Veber AP. Estudos de utilização de medicamentos: uma síntese de artigos publicados no Brasil e América Latina. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2008; 13: 793-802.
7. Hardon A, Hodgkin C, Fresle D. How to investigate the use of medicines by consumers. Geneva: WHO and the University of Amsterdam; 2004.
8. WHO. The rational use of drugs: report of the conference of experts. Nairobi, 1985, Geneva: WHO, 1987.
9. Le Grand A, Hogerzeil HV, Haaijer-Ruskamp FM. Intervention research in rational use of drugs: a review. *Health Policy and Planning* 1999; 14(2): 89–102.

10. WHO. Progress in the rational use of medicines Report by the Secretariat. 2007 [periódico na Internet] [acessado em 03 mai 2010]. disponível em:
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_24-en.pdf
11. Brasil. Política Nacional de Medicamentos. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios, 25) Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
12. Aquino DS. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciência e Saúde Coletiva* 2008; 13(supl): 733-736.
13. SINITOX. Sistema Nacional de Informações Tóxico-farmacológicas. Fundação Oswaldo Cruz, 2009. (acessado em 2010 mai 05) disponível em:
<http://www.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=4814&query=simple&search%5Fby%5Fauthorname=all&search%5Fby%5Ffield=tax&search%5Fby%5Fheadline=false&search%5Fby%5Fkeywords=any&search%5Fby%5Fpriority=all&search%5Fby%5Fsection=all&search%5Fby%5Fstate=all&search%5Ftext%5Foptions=all&sid=113&text=intoxica%E7%F5es+medicamentos>
14. OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Escolas Promotoras de Saúde- Fortalecimento da Iniciativa Regional- Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012. Washington, D.C: OPAS, 2006.
15. WHO. Progress in the rational use of medicines. 2007 [periódico na Internet] [acessado em 04 mai 2010]. disponível em
http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60/A60_R16-en.pdf
16. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária Relatório projeto piloto: o contributo da Agência Nacional da Vigilância Sanitária para o Uso Racional de Medicamentos Brasília: Anvisa, 2008.
17. Paniz VV, Fassa AG, Facchini LA, Bertoldi AD, Piccini RX, Tomasi E et al. Acesso a medicamentos de uso contínuo em adultos e idosos nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(2): 267-280.

18. Heidemann ITSB. A promoção da saúde e a concepção dialógica de Freire: possibilidades de sua inserção e limites no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família [tese]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2006.
19. Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciência e Saúde Coletiva* 2008, 13(supl.2): 2029-2040.
20. Sant'anna SR, Hennington EA. Promoção da saúde e redução das vulnerabilidades: estratégia de produção de saberes e (trans)formação do trabalho em saúde com base na Ergologia. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação* 2010 mar;14(32): 207-215.
21. Brasil. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1996.
22. Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichire A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. *Rev Saúde Pública* 2002; 36(5): 638-46.
23. Nutbeam D. Health promotion glossary. *Health Promotion International* 1998; 13(4): 349-364.
24. Arneson H, Ekberg K. Evaluation of empowerment processes in a workplace health promotion intervention based on learning in Sweden *Health Promotion International* 2005; 20(4): 351-359.
25. Vinholes ER, Alano GM, Galato D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. *Saúde Soc.* 2009; 18(2): 293-303.

26. Levy S, Cardoso I, Werberych P, Moreira L, Montiani H. Educação em saúde: histórico, conceitos e proposta. Brasília (DF): MS/CNS; 2003 [acesso em 10 out 2011]. Disponível em: www.datasus.gov.br/cns
27. [Vasconcelos EM. Educação popular: de uma prática alternativa a uma estratégia de gestão participativa das políticas de saúde Physis](#) 2004; 14(1): 67-83.
28. Freire P. Conscientização: teoria e prática da libertação - uma introdução ao pensamento de Paulo Freire. 3 ed. São Paulo (SP): Moraes, 1980.
29. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2005; 10(4): 975-986.
30. Vieira FS. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. *Ciência & saúde coletiva* 2007; 12(1): 213-220.
31. Meyer DEE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JRJM. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad. Saúde Pública* 2006; 22(6): 1335-1342.
32. Bordenave JD, Pereira AM. Estratégias de ensino aprendizagem. 25ª Ed. Petrópolis: Vozes, 2004.
33. Ayres JRJM. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface Comun Saúde Educ* 2002; 6: 11-24.
34. Valadão MM. Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial [Tese de Doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

35. Venturelli J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 1997.
36. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Cad. Saúde Pública 2005 fev; 21(1): 200-206.
37. Silva MTK. Um olhar sobre a postura do educador da Educação de Jovens e Adultos numa perspectiva freiriana. Reveja 2008; 2(3): 67-73.
38. Minayo-Gomez C, Thedim-Costa SMF. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. Ciênc. Saúde Coletiva 2003; 8(1): 125-136.
39. Segnini LRP. Educação e trabalho: uma relação tão necessária quanto insuficiente. São Paulo Perspec. 2000 jun; 14(2): 72-81.
40. Lacaz FAC. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde Cad. Saúde Pública 2007 abr; 23(4): 757-766.
41. Haddad S, Di Pierro MC. Educação como exercício de diversidade. Brasília: UNESCO, MEC, ANPEd, 2005.
42. Arroyo MG. Que Educação Básica para os Povos do Campo? Palestra proferida no Seminário Nacional "Educação Básica nas Áreas de Reforma Agrária do MST", realizado em Luziânia/GO de 12 a 16 de setembro de 2005. [acessado em 06 fev 2011]. Disponível em:
http://www.nre.seed.pr.gov.br/cascavel/arquivos/File/Que_educacao_basica_para_os_povos_do_campo.pdf

43. Pedrosa JIS. Educação Popular no Ministério da Saúde: identificando espaços e referências In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
44. Pommier, J, Jourdan D, Berger D, Vandoorne C, Piorecka B, Carvalho GS. School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries *European Journal of Public Health* 2010; 20(2): 182–188.
45. São Paulo (Estado) Secretaria de Estado da Saúde. Educação em Saúde Planeando as Ações Educativas Teoria e Prática. Manual para a operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo. São Paulo, 1997, revisto em – 2001. 115p.
46. Brandão CR. A educação popular na área da saúde. *Interface Comun Saúde Educ*, 2001; 8: 127-131.
47. Leis R. R. As palavras são noivas que esperam: dez reflexões a compartilhar. In: Pontual P, Ireland T. Educação popular na América Latina: diálogos e perspectivas. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009.
48. Ayres JRCM. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciênc. Saúde Colet*. 2001; 6(1): 63-72.
49. Pereira ALF. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. *Cad. Saúde Pública* 2003; 19(5): 1527-1534.
50. Paludo C. Educação popular: dialogando com redes latino-americanas (2000-2003) In: Pontual P, Ireland T. Educação popular na América Latina: diálogos e perspectivas. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009, p. 51.

51. Mainardi N. Educação em saúde: problema ou solução?). [Tese de doutorado] São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010. 147p.
52. Arroyo M. A educação de jovens e adultos em tempos de exclusão. In: Vóvio, C. M.; Ireland, T. D. Construção coletiva: contribuições à Educação de Jovens e Adultos. 2. Ed. Brasília: UNESCO, MEC, RAAAB, 2008.
53. Grynszpan D. Educação em saúde e educação ambiental: uma experiência integradora. Cad.Saúde Pública 1999; 15(Sup. 2): 133-138.
54. Carrano P. Educação de jovens e adultos e juventude: o desafio de compreender os sentidos da presença de jovens na escola da “segunda chance” Reveja 2007 ago; 1: 55-67.
55. Rocha HF, Karl HÁ, Veiga MS, Guimarães M. As Práticas Educativas na Educação de Jovens e Adultos. Pedagogia em Foco. Petrópolis, 2002. [acessado em: 10 out. 2011]. Disponível em: <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/jovens01.html>
56. Praska JL, Kripalani S, Seright AL, Jacobson TA. Identifying and assisting low-literacy patients with medication use: a survey of community pharmacies. Ann Pharmacother 2005; 39:1441-1445.
57. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciênc. Saúde Coletiva. 2003; 8(3): 775-782.
58. Muñoz Sanchez AI, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? Ciência & Saúde Coletiva 2007; 12(2): 319-324.
59. Figueiredo R, Ayres JRCM. Intervenções comunitárias e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/Aids em São Paulo, SP. Rev. Saúde Pública 2002; 36(4): 1-17.

60. Lima RT, Barros JC, Melo MRA, Sousa MG. Educação em saúde e nutrição em João Pessoa, Paraíba. *Revista de Nutrição* 2000; 13(1): 29-36.

61 OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta. Brasília, DF, 2002. 21 p.

62. Araújo ALA, Ueta JM, Freitas O. Assistência farmacêutica como um modelo tecnológico em atenção primária à saúde. *Rev. Ciênc. Farm. Básica Apl.* 2005; 26(2): 87-92.

63. Cárdenas Valladolid J, Mena Mateo J, Cañada Dorado MM, Rodríguez Morales D, Sánchez Perruca L. Improvement in a care program for the elderly on multiple medications in a primary care area. [Rev Calid Asist.](#) 2009 Feb; 24(1): 24-31.

64. Maffaccioli R, Lopes MJM. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. *Acta Paulista de Enfermagem* 2005; 18(4): 439-445.

65. WHO. The world medicines Situation 2011 - Rational use of medicines. Geneva: WHO; 2011. WHO/EMP/MIE/2011.2.2

66. DeRemer CE. Vanlandingham J. Carswell J. Killough D. Pharmacy Outreach Education Program in Local Community. [letter]. *American Journal of Pharmaceutical Education* 2008; 72(4) Article 94: 1.

67. Rozenfeld S. Farmacêutico: profissional de saúde e cidadão. *Ciência & saúde coletiva* 2008 abr; 13(Supl): 561-578.

68. Campos FE, Ferreira JR, Feuerweker L, Sena RR, Campos JJB, Cordeiro H, Cordoní JRL. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. *Rev. Bras. Educ. Med.* 2001; 25: 53-59.

69. Alvim NAT, Ferreira MA. Perspectiva problematizadora da educação popular em saúde e a enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* 2007; 16(2): 315-319.

70. WHO. The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: OMS, 1994. 24p. (*Report of a WHO Meeting*).

71. Naves JOS, Castro LLC, Carvalho CMS, Merchán-Hamann E. Automedicação: uma abordagem qualitativa de suas motivações. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2010; 15(1): 1751-1762 .

72. Eades CE, Ferguson JS, O'Carroll RE. Public health in community pharmacy: A systematic review of pharmacist and consumer views. *BMC Public Health* 2011; 11: 582.

73. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Populacional 2010. [acessado em 10 out 2011]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/link.php?codmun=317020>.

74. Cemepe – Centro Municipal de Estudo e Projetos Educacionais *Julieta Diniz* [homepage na internet]. Uberlândia: Prefeitura Municipal de Uberlândia [atualizado em 10 out 2010; acessado em 31 jul 2011]. Disponível em: http://www5.uberlandia.mg.gov.br/pmueduca/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cemepe_pmu&tax=5568&lang=pt_BR&pg=5005&taxp=0&

75. Cemepe – Centro Municipal de Estudo e Projetos Educacionais *Julieta Diniz* [homepage na internet]. Uberlândia: Prefeitura Municipal de Uberlândia [atualizado em 10 out 2010; acessado em 31 jul 2011]. Disponível em: http://www5.uberlandia.mg.gov.br/pmueduca/ecp/comunidade.do?evento=portlet&pldPlc=ecpTaxonomiaMenuPortal&app=cemepe_pmu&idConteudo=5132&lang=pt_BR&pg=5005&taxp=0&

76. WHO. How to investigate drug use in health facilities; selected drug use indicators. Geneva: World Health Organization (WHO), 1993: 87 pp. (DAP Research Series; 7 / WHO/DAP/93.1).
77. Loyola Filho AI, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(12): 2657-2667.
78. Marin MJS, Cecílio LCO, Perez AEW, Ugolini F, Santella F, Silva CBA, Gonçalves Filho JR et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública* 2008; 24(7): 1545-1555.
79. Teixeira JJV, Cano FG, Sanches ACC, Carniel TA, Schneider DSLG. Inquérito farmacoepidemiológico de pacientes de meia idade e idosos em três comunidades de Cascavel, PR - Brasil: Verificação evolutiva do conhecimento terapêutico. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2008; 44(2): 297-303.
80. Barbier R. Pesquisa-ação. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber Livro Editora, 2007.
81. Franco MAS The pedagogy of action research *Educação e Pesquisa* 2005 set./dez.; 31(3): 483-502.
82. Thiollent M. Metodologia da pesquisa-ação. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2007.
83. Siebeneichler, FB. Jürgen Habermas: razão comunicativa e emancipação. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2003, p.73-74.
84. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, de Publicidade, de Promoção e de Informação de Produtos Sujeitos a Vigilância Sanitária – GPROP Projeto educação e promoção da saúde no contexto escolar: o contributo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária

para o uso racional de medicamentos. Caderno do professor/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília: Anvisa, 2007.

85. Focesi E, Stockler PS, Vitiello N. Educação em saúde: técnicas educativas em saúde pública. São Paulo: NACE/NUPESE/HSP/FSP/USP, 1998. 51p.

86. Westphal MF, Bogus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Bol Oficina Sanit Panam. 1996;120(6): 472-82.

87. Morgan D. Focus group as qualitative research. Qualitative Research Methods Series.16. London: Sage Publications, 1997.

88. Gondim SMG. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. Paidéia (Ribeirão Preto) 2002; 12(24): 149-161.

89. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Gerência de Monitoramento e Fiscalização de Propaganda, de Publicidade, de Promoção e de Informação de Produtos Sujeitos a Vigilância Sanitária – GPROP Projeto educação e promoção da saúde no contexto escolar: o contributo da Agência Nacional de Vigilância Sanitária para o uso racional de medicamentos. Caderno de atividades/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2007.

90. WHO. Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Anatomical Therapeutic Chemical classification system with Defined Daily Doses (ATC/DDD Index), 2011. [periódico na Internet] [acessado em 10 out 2011]. Disponível em: <http://www.whooc.no/atcddd/>

91. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Lei nº 9787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. Diário Oficial

[da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 11 fev. 1999. [acessado em 20 ago 2011] Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br>>.

92. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção da saúde. Rev Esc Enferm USP. 2001 Jun; 35(2): 115-121.

93. WHO. Rational use of medicines [acessado em: 13 set. 2011]. Disponível em: http://www.who.int/medicines/areas/rational_use/en/.

94. Sterlix Ambiental – tratamento de resíduos [homepage na internet] Disponível em: <http://www.sterlix.com.br/>

95. Zaitune MPA, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. Hipertensão arterial em idosos: prevalência, fatores associados e práticas de controle no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2006; 22(2): 285-94.

96. Costa KS, Barros MBA, Francisco PMSB, César CLG, Goldbaum M, Carandina L. Utilização de medicamentos e fatores associados: um estudo de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Pública 2011; 27(4): 649-58.

97. Flores VB, Benvegnú LA. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública 2008; 24: 1439-46.

98. Rozenfeld S, Valente J. Estudos de utilização de medicamentos – considerações técnicas sobre coleta e análise de dados. Epidemiol Serv Saúde 2004; 13:115-23.

99. Arrais PSP, Brito LL, Barreto ML, Coelho HLL. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad Saúde Pública 2005; 21: 1737-1746.

100. Ribeiro AQ, Rozenfeld S, Klein CH, César CC, Acurcio FA. Inquérito sobre uso de medicamentos por idosos aposentados, Belo Horizonte, MG. *Rev. Saúde Pública* 2008; 42(4): 724-732.
101. Castro SS, Pellicioni AF, Cesar CLG, Carandina L, Barros MBA, Alvez MCGP, *et al.* Uso de medicamentos por pessoas com deficiência em áreas do Estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2010; 44: 601-10.
102. Bortolon PC, Medeiros EFF, Naves JOS, Karnikowski MGO, Nóbrega OT. Análise do perfil de automedicação em mulheres idosas brasileiras. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(4):1219-26.
103. Secoli SR, Figueras A, Lebrão ML, de Lima FD, Ferreira JL. Risk of potential drug-drug interactions among Brazilian elderly. A population-based, crosssectional study. *Drugs Aging* 2010; 27:759-70
104. Sá MB, Barros JAC, Sá MPBO. Automedicação em idosos na cidade de Salgueiro-PE. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2007; 10(1): 75-85.
105. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2010. [acessado em 28 set 2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf
106. Scobie, A. Self-reported medical, medication and laboratory error in eight countries: risk factors for chronically ill adults. *International Journal for Quality in Health Care* 2011; 23(2):182–86.
107. Oenning D, Oliveira BV, Blatt CR. Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciênc. saúde coletiva* 2011 Jul; 16(7): 3277-3283.

108. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007; 23(4): 927-933.
109. Brasil. Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1973; 19 dez.
110. Lee CY, George J, Elliott RA, Stewart K. Prevalence of medication-related risk factors among retirement village residents: a cross-sectional survey. *Age and Ageing*. 2010; 39: 581–587.
111. Romano-Lieber NS, Teixeira JJV, Farhat FCLG, Ribeiro E, Crozatti MTL, Oliveira GSA. Revisão dos estudos de intervenção do farmacêutico no uso de medicamentos por pacientes idosos. *Cad. Saúde Pública* 2002; 18(6): 1499-1507.
112. Pereira LRL, Freitas O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. *Rev. Bras. Cienc. Farm.* 2008 out/dez;44(4): 601-612.
113. WHO. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Report of the 4th WHO Consultive Group on the role of the pharmacist. Netherlands: WHO; 1998.
114. WHO. Department of Essential Drugs and Other Medicines World Health Organization. The role of the pharmacist in self-care and self-medication. Genebra, 2003. 15 p.
115. Vilarino JF, Soares IC, Silveira CM, Rödel APP, Bortoli R, Lemos RR. Perfil da automedicação em município do sul do Brasil. *Rev Saúde Pública* 1998; 32: 43-49.
116. Nascimento DM, Nascimento FH, Barbosa LA; Silva MB, Silva RC. Estudo do perfil da automedicação nas diferentes classes sociais na cidade de Anápolis - Goiás. [on line]. [Acessado em 20 out 2011]. Disponível em:

http://www.prp.ueg.br/06v1/ctd/pesq/inic_cien/eventos/sic2005/arquivos/saude/estudo_perfil.pdf.2005

117. WHO. WHO police perspectives on medicines. Geneva: World Health Organization, 2002.

118. Arrais PS, Coelho HL, Batista MC, Carvalho ML, Righi RE, Arnau JM. Aspects of self-medication in Brazil. *Rev Saúde Pública* 1997; 31: 71-77.

119. Margonato FB, Thomson Z, Paoliello MMB. Determinantes nas intoxicações medicamentosas agudas na zona urbana de um município do Sul do Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2008 Fev; 24(2): 333-341.

120. Mastroianni PC, Lucchetta RC, Sarra JR, Galduróz JCF. Estoque doméstico e uso de medicamentos em uma população cadastrada na estratégia saúde da família no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2011; 29(5): 358–64.

121. Ribeiro MA, Heineck I. Estoque domiciliar de medicamentos na comunidade ibiaense acompanhada pelo Programa Saúde da Família, em Ibiá-MG, Brasil. *Saúde Soc*. 2010; 19(3): 653-663.

122. Silva KER, Alves LDS, Soares MFR, Passos RCS, Faria AR, Rolim Neto, PJ. Modelos de avaliação da estabilidade de fármacos e medicamentos para a indústria farmacêutica. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2009; 30(2): 1-8.

123. Serafim EOP, Vecchio A del, Gomes J, Miranda A, Moreno AH, Loffredo LMC, Salgado HRN, Chung MC. Qualidade dos medicamentos contendo dipirona encontrados nas residências de Araraquara e sua relação com a atenção farmacêutica. *Rev Bras Cienc Farm*. 2007; 43(1):127-35.

124. Gennaro AR. Remington: a Ciência e a Prática da Farmácia. 20 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2004; p.1022-1024.

125. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº. 135, de 29 de maio de 2003. Aprova regulamento técnico para medicamentos genéricos. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

126. Oliveira ND. Estudos da implementação do fracionamento de medicamentos no Brasil: aspectos regulatórios, acesso e uso racional. [dissertação] [Porto Alegre (RS)]: Universidade do Rio Grande do Sul; 2009. 151p. Disponível em: www.lume.ufrgs.br/handle/10183/17701.

127. Lima GB, Nunes LCC, Barros JAC. Uso de medicamentos armazenados em domicílio em uma população atendida pelo Programa Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva 2010, 15(Supl. 3): 3517-3522.

128. Falqueto E, Kligerman DC, Assumpção RF. Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos? Ciênc. saúde coletiva 2011; 15(2): 3283-93.

129. Longhin SR. Estudo da degradação dos antibióticos beta-lactâmicos amoxicilina e ampicilina e avaliação da toxicidade e biodegradabilidade dos seus produtos. [Tese de doutorado] Brasília DF: Universidade de Brasília, 2008. 154p.

130. Bila DM, Dezotti M. Fármacos no meio ambiente. Quím. Nova 2003, 26(4): 523-530.

131. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 306. Dispõe sobre o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde a ser observado em todo o território nacional, seja na área pública, seja na privada. *Diário Oficial da União* 2004; 7 dez.

132. Brasil. Conselho Nacional do Meio Ambiente (Conama). Resolução nº 316. Dispõe sobre procedimentos e critérios para funcionamento de sistemas de tratamento térmico de resíduos. Diário Oficial da União 2002; 29 out.

133. Eickhoff P, Heineck I, Seixas LJ. Gerenciamento e destinação final de medicamentos: uma discussão sobre o problema. *Rev Bras Farm.* 2009; 90(2): 64-68.
134. Brasil. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. [acessado em 10 out 2011]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/doc/portariagm3916/gm.htm>
135. Santos-Pinto CDB, Costa NR, Osorio-de-Castro CGS. Quem acessa o Programa Farmácia Popular do Brasil? Aspectos do fornecimento público de medicamentos. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2011; 16(6): 2963-2973.
136. Brasil. Ministério da Saúde. 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica: relatório final. Efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social.[acessado em 29 out. 2011]. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/confer_nacional_de%20medicamentos.pdf
137. Mota DM, Da Silva MGC, Sudo EC, Ortún V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. *Cien Saude Colet* 2008; 13(Supl.): 589-601.
138. Maldonado JC, Meléndez SD, Figueras A. Long-term effects of an educational intervention on self-medication and appropriate drug use in single-sex secondary public schools, Quito, Ecuador. *Br J Clin Pharmacol* 2006; 63: 92–99.
139. Rumel D, Nishioka SA, Santos AAM. Intercambialidade de medicamentos: abordagem clínica e o ponto de vista do consumidor. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40(5): 921-927.

140. Brasil. Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília: Sub-secretaria de Edições Técnicas.

141. Brasil. Educação integral: texto referência para o debate nacional. - Brasília: Mec, Secad, 2009. [acessado em Disponível em: <http://comcultura.org.br/wp-content/uploads/2009/09/caderno-mais-educacao-educacao-integral.pdf>

142. Bucher-Maluschke JSNF. Como passar da teoria à experiência ou da experiência à teoria: uma lição aprendida. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p.87-90.

143. Carvalho MAP, Acioli S, Stotz EN. O processo de construção compartilhada do conhecimento: uma experiência de investigação científica do ponto de vista popular. In: Vasconcelos E. A saúde nas palavras e nos gestos. São Paulo: HUCITEC, 2001.

144. Freire P. Educação e Mudança. 24ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra, 2001.

145. Diercks MS, Pekelman R. Uma análise do processo participativo de comunicação gerador de um material educativo, planejado passo a passo para cumprir seu objetivo de subsidiar uma campanha de prevenção de DST/HIV/aids. In: Brasil. Ministério da Saúde. Caderno de educação popular e saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2007, p.75-86.

146. Costa EP. Técnicas de dinâmica: facilitando o trabalho com grupos. 2. ed. Rio de Janeiro: WAK, 2003.

147. Freire P. Extensão ou comunicação? tradução de Rosisca Darcy de Oliveira; prefácio de Jacques Chonchol 8ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1985.

148. Nahmías MT. Os desafios da Educação Popular frente à diversidade e exclusão. In: Pontual P, Ireland T. Educação popular na América Latina: diálogos e perspectivas. Brasília: Ministério da Educação: UNESCO, 2009.
149. Pichon-Riviére E. O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes; 2005.
150. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
151. Silva RM. Promoção da saúde no contexto interdisciplinar Revista Brasileira em Promoção da Saúde 2007; 20(3): 141-142.
152. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva 2007; 12(2): 335-342.
153. Santos LPGS, Fracolli LA. O Agente Comunitário de Saúde: possibilidades e limites para a promoção da saúde. Rev. Escola de Enfermagem 2010; 44(1): 76-83.
154. Begley K, Haddad AR, Christensen C, Lust E. A Health Education Program for Underserved Community Youth Led by Health Professions Students. Am J Pharm Educ. 2009 Out.; 73(6): 98.
155. Moura JBVS, Lourinho LA, Valdês MTM, Frota MA, Catrib AMF. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. Hist. Cienc. Saude-Manguinhos. 2007 Jun; 14(2): 489-501.
156. Bordenave JD, Rocha PD. A dimensão ecológica da educação. Revista de Educação 2002; 31(122): 34.

157. Brasil. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais. Brasília: MEC/SEF; 2001.
158. Figueiredo TAM, Machado VLT, Abreu MMS. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciênci. Saúde Coletiva* 2010; 15(2):397-402.
159. Marziale MHP, Jesus LC. Modelos explicativos e de intervenção na promoção da saúde do trabalhador *Acta Paul Enferm.* 2008; 21(4): 654-659.
160. Morin E. Os sete saberes necessários à educação do futuro. 12ª ed. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: UNESCO, 2007.
161. Gazzinelli MF, Gazzinelli A; Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad. Saúde Pública* 2005; 21(1): 200-206.
162. Silva JLL. Educação em saúde e promoção da saúde..., Informe-se em promoção da saúde 2005 jul-dez.; 1:3. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>>. Acessado em: 26/08/2010.
163. Gohn MG. Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais. *Saúde e Sociedade* 2004; 13(2): 20-31.
164. Evidence Report 2 - Patient information on prescribed drugs. *Pharmakon* - a WHO Collaborating Centre for Drug Policy and Pharmacy Practice. Report 2006.
165. Kafle KK, Karkee SB, Shrestha N, Prasad RR, Bhujju GB, Das PL, Chataut BD. Community intervention to improve knowledge and practices on commonly used drugs. *Kathmandu University Medical Journal* 2010; 8(1) issue 29: 29-34.

166. Medeiros EFF, Moraes CF, Karnikowski M, Nóbrega OT, Karnikowski MGO. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em idosos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16(7): 3139-3149.
167. Naves JOS, Castro LLC, Melo GF, Giavoni A, Merchán-Hamann E. Práticas de atendimento a DST nas farmácias do Distrito Federal, Brasil: um estudo de intervenção. *Cad. Saúde Pública* 2008; Mar 24(3): 577-586.
168. Grigoryan L, Burgerhof JG, Degener JE, et al. For the Self-Medication with Antibiotics and Resistance (SAR) Consortium. Determinants of self-medication with antibiotics in Europe: the impact of beliefs, country wealth and the healthcare system. *J Antimicrob Chemother.* 2008; 61(5): 1172-1179.
169. Motta LB, Aguiar AC. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Cien Saude Colet* 2007; 12(2): 363-372.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA INICIAL

Projeto de pesquisa - Educação em saúde e promoção do uso racional de medicamentos entre alfabetizando adultos

Nome: _____ Escola: _____

1º-PERFIL DOS ENTREVISTADOS:

1. Sexo ()F ()M
2. Idade: _____
3. Grau de alfabetização (perguntar ao professor) _____
4. Ocupação: _____
5. Qual a renda mensal da sua família? (Considere a renda de todos os integrantes, inclusive você)

() Até 01salário mínimo	() Até 02 salários mínimos;
() De 02 a 04 salários mínimos;	() Superior a 05 salários mínimos.
6. Com quem mora? ()com a família ()sozinho ()outros.
7. É o responsável pela casa? ()sim ()não.
8. Tem crianças em casa? ()sim ()não.

2º- AUTO-AVALIAÇÃO DA SAÚDE

9. Autodefinição da saúde
 Você considera sua saúde: () muito boa () boa () razoável () ruim () muito ruim
10. Algum médico já disse que você tem:
 () artrite/reumatismo () angina () hipertensão(pressão alta)() infarto () derrame () diabetes
 () doença renal crônica () doença da coluna () depressão () outra. Qual:

11. Quando foi sua última consulta médica?
 () há menos de 01 semana () entre 01 semana e 01 mês atrás
 () entre 01 e 03 meses atrás () mais de 3 meses atrás - Quanto: _____ () não lembro
12. Tem alguma dificuldade para manter sua saúde e a de sua família? Quais?

3º- AUTOMEDICAÇÃO

13. Qual a primeira providência que você toma quando se sente mal ou sente alguma dor?

14. Quem mais lhe aconselha sobre qual “remédio” usar quando sente alguma coisa?

15. Costuma usar chás ou outra preparação caseira quando está doente? Quais? Para quais doenças?

16. Quais medicamentos você costuma tomar sem receita?
 _____ Você
 costuma tomar medicamento por conta própria?
 () Sempre () frequentemente () às vezes () nunca

4º - AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS:

17. Você toma remédio todos os dias? ()Sim ()Não

18. Número de medicamentos consumidos nas DUAS últimas semanas: _____

19. De qual (is) doença(s) você sofre?

21. Se você tiver alguma dúvida sobre algum remédio, qual é a primeira pessoa a te orientar?

22. Tem costume de pedir alguém para ler a bula dos medicamentos?

() sim () não

23. Sabe o nome de todos os medicamentos que usa e para que servem? () sim () não

Nome do medicamento que você toma *	Para que você toma esse medicamento?	Horário em que você toma o medicamento (a cada quanto tempo?)	Dosagem (que quantidade toma?)	Desde quando usa (frequência)	Até quando tem que tomar?	Como sabe se ele faz efeito?	Quem indicou? Possui receita atual?

* Incluir fitoterápicos e plantas medicinais na forma de chás e outros para tratar sintomas e doenças.

24. Quando você se esquece de tomar o seu remédio no horário correto, o que você faz?

() toma assim que se lembra () toma no próximo horário que está indicado

25. Você costuma diminuir ou aumentar (mudar) a dose do remédio receitado?

() Sim () Não Se sim, porque: _____

26. Você se lembra de alguma orientação médica/farmacêutica quando começou a tomar esse medicamento?

27. Aonde você adquire seu remédio?

() farmácias/drogarias () posto de saúde/ rede pública () outro _____

28. Como você reconhece (identifica) o medicamento que tem que tomar?

() pelo nome () pela cor () por outra informação da caixa _____

() necessita da ajuda de outra pessoa

3º-AVALIAÇÃO DO CUIDADO COM OS MEDICAMENTOS:

29. Onde você guarda seus medicamentos? (perguntar o cômodo) _____

30. De que maneira você verifica se o medicamento está bom para ser usado?

31. O que faz com os remédios vencidos?

32. Quando joga fora, onde joga?

() lixo comum () vaso sanitário/ pia da cozinha () outro _____

APÊNDICE B - INSTRUMENTO ORIENTADOR DA 1ª OFICINA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA

Oficina nº 01- CONSTRUÇÃO DE CONCEITOS

Data - ___/___/20__.

Escola Municipal: _____

Horário de início - ___:___ término - ___:___

Número de alunos presentes: _____

Professora da turma: _____

Questões:

1.a) Descrições realizadas pelos alunos sobre a relação Homem – Medicamento:

1.b) O que o medicamento tem para nos oferecer?

1.c) Quais os riscos / problemas que eles nos trazem?

APÊNDICE C – 1ª OFICINA: ATIVIDADE EM GRUPO

Moderador: _____

Escola: _____ Data: __/__/__

Responder em grupos (o moderador lança a questão e anota os comentários)

Componentes do grupo:

1ª Questão: “Como se relacionar com o medicamento - aquele que deve ser usado continuamente ou mesmo os usados em um problema específico e temporário - para conseguir desse “remédio” o melhor resultado possível?” (Quais instruções devemos seguir para conseguir o efeito que esperamos de um medicamento?)

APÊNDICE D – TABELA PARA IDENTIFICAÇÃO DE EMBALAGENS DE MEDICAMENTOS (2ª OFICINA)

NOME: _____

NOME DO MEDICAMENTO	FORMA (comprimido Cápsula, Xarope, Suspensão, Pomada)	TOTAL NA EMBALA- GEM – CONTEÚ- DO (quantos comprimido s ou quantos MI)	DOSE	DATA DE VALIDADE	USO (ORAL, INJETÁVEL, TÓPICO)	ADULTO OU PEDIÁTRICO

**APÊNDICE E – INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA SEGUNDA OFICINA DE INTERVENÇÃO
EDUCATIVA: 2ª PARTE – DINÂMICA DE INTEGRAÇÃO**

Escola Municipal: _____ **Data:** _____

Questões de avaliação do instrumento da 2ª oficina: (o observador deve sentar-se fora do círculo e anotar suas impressões)

1- Descrição do envolvimento dos alunos com a “História da Dona Margarida”:

a) Como foi o comportamento dos alunos na formação do círculo (comentar se os alunos concordaram em participar da atividade, se houve resistência em formar o grupo ou participar da atividade – indicar quais e quantos alunos se opuseram à dinâmica):

2- Características dos alunos na repetição das frases da história (descrever até que frase conseguem repetir – número da última frase a ser repetida), se conseguem falar as frases por completo, quais as dificuldades manifestadas por cada um:

3- Qual o comportamento do aluno que é premiado por conseguir ficar por último na brincadeira (registrar os comentários do grupo):

2ª etapa: Telefone sem fio

4- Quais as narrativas que aparecem na história que é contada (detalhes que permanecem; mudanças na história; características da história que se perdem)

5- Quais são os comentários dos alunos durante a discussão sobre a dinâmica (o que aconteceu com a informação e como ela se perdeu ao longo do processo)

3ª etapa: “O mistério da história”

6- Quais as observações sobre questões de higiene e saúde surgiram durante as sugestões de mistérios:

DISCUSSÃO GERAL

Comentários feitos pelos alunos a partir da discussão sobre o preparo dos alimentos, automedicação e o cuidado com os doentes:

APÊNDICE F – DINÂMICA DA HISTÓRIA DA DONA MARGARIDA (ADAPTADA)

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

TÉCNICAS EDUCATIVAS EM SAÚDE PÚBLICA

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
DEPARTAMENTO DE PRÁTICA DE SAÚDE PÚBLICAEris Focesi
Paulo Sérgio Stockler
Nayte Vitiello**15. História da Dona Margarida incluindo-se a Técnica do Telefone sem Fio e Um Mistério no Final. (adaptada)****Objetivos:**

- Estimular a memória, a atenção, o raciocínio e a criatividade.
- Promover a aproximação e a interação entre o grupo.
- Reforçar comportamentos e conceitos de higiene.
- Estimular a formação de hábitos, pois a história está associada à higiene dos alimentos.
- Estimular a curiosidade e a investigação.
- Avaliar as condições de automedicação

Materiais:**• HISTÓRIA DA DONA MARGARIDA:**

1. Dona Margarida levantou da cama e foi lavar o rosto.
2. Fez o café da manhã para Pedro e seus dois filhos, João e Tiago.
3. Todos após o café escovaram os dentes no banheiro da frente.
4. O marido foi para o trabalho e as crianças para a escola.
5. Como a casa estava suja, Dona Margarida varreu com a vassoura que sua avó, agora adoentada, ganhou no bingo.
6. Foi preparar o almoço, mas percebeu que faltava a mistura.
7. Foi comprar peixe na peixaria do Senhor Bartolomeu.
8. Ao ver o peixe, percebeu que estava mole e com os olhos fundos e com as guelras escuras.
9. Então resolveu não levar.
10. Daí, se lembrou que podia matar uma galinha do seu galinheiro.
11. Matou a galinha e a cortou em pedaços na tábua de madeira.
12. Cozinhou a moela e cortou na mesma tábua.
13. Fez frango ao molho e da moela, farofa.
14. Todos adoraram a comida.
15. A avó acordou passando mal e, no meio da noite, dona Margarida lhe deu um remédio de sua farmacinha caseira.
17. No dia seguinte, todos foram ao hospital.

Qual é o mistério: O que foram fazer no hospital?

Resolução: A farofa estava contaminada. Isto aconteceu porque Dona Margarida cortou as vísceras do frango, já cozidas, na tábua onde havia cortado o frango que estava contaminado. O frango foi ao fogo e por isso foram destruídas as bactérias. Já a farofa ficou contaminada com os miúdos de frango, que sofreram recontaminação, pois foram picados na tábua ainda suja.

Procedimentos:

1ª etapa: Teste da capacidade de memorização da história.

- O coordenador solicita que todos os participantes sentem e formem um grande círculo.
- O coordenador fala a primeira frase da história e cada participante da roda deve repetir o que foi dito, em voz alta, para que todos ouçam, respeitando-se uma sequência horária.
- Quem erra sai fora da brincadeira.
- Depois, quando volta a vez do coordenador, ele acrescenta a segunda frase e todos devem repetir a primeira e a segunda frase. Assim sucessivamente...
- Quando a capacidade de memorização esgotar, ou seja, quando sobrar apenas uma pessoa, parte-se para a segunda etapa.

2ª etapa: Telefone sem fio.

- O resto da história é então passado para a primeira pessoa do lado direito do círculo. Ninguém poderá ouvir o que foi passado para ela.
- Esta após ouvir a narrativa atentamente, deverá passar o que conseguiu entender para a pessoa ao seu lado da mesma forma como lhe foi passada, e assim por diante.
- O último a quem se contou a história, deverá narrá-la em voz alta para todos, o penúltimo também e assim por diante, como cada um entendeu a história.
- Finalmente, discute-se sobre o que aconteceu com a informação e como ela se perdeu ao longo do processo.

3ª etapa: O mistério.

- O coordenador lê a história completa para os participantes e pergunta ao grupo qual é o mistério?
- À medida que cada participante responde, o coordenador diz se está certo ou não. Caso ninguém encontre a resposta, então o coordenador conta o mistério.
- Em seguida, discute com o grupo o cuidado que se deve ter no preparo dos alimentos, especialmente em se tratando de comida para doentes.

Sugestões:

- O coordenador pode inventar uma outra história, com outro mistério. Pode adaptar e fazer algo parecido. A história deve ser rica em detalhes.

APÊNDICE I – TERCEIRA OFICINA: REGISTRO DA ATIVIDADE EM GRUPOS**TEMAS EM GRUPO – 3ª oficina**

Escola: _____

Tema: _____

Nº de componentes no grupo: _____

1) Conceito do grupo sobre “**Promoção da Saúde**”:

2) Por que produzir esse material informativo - painel?

2) Para quem produzir:

3) Discussões surgidas durante a produção do material informativo – painel:

APÊNDICE J – QUARTA OFICINA: INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DAS APRESENTAÇÕES DOS GRUPOS

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – 4ª OFICINA

Escola Municipal: _____ Data: _____

Horário (início/término): _____

Nº de alunos presentes: _____

Apresentação dos grupos:

1º grupo: USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS / AUTOMEDICAÇÃO

1.A) Nº de alunos apresentando: _____ 1.D) Duração da apresentação: _____

1.B) Tópicos abordados:

1.C) Como ocorreu a interação entre os componentes do grupo:

I- Quantos participaram (com explicação): _____

II- O tempo médio de explanação de cada componente foi o mesmo? () SIM () NÃO

III- Algum dos componentes recusou-se a falar? () SIM () NÃO

IV- Algum dos componentes predominou no tempo de apresentação?

() SIM () NÃO

1.D) Desenvolvimento da apresentação

a- Mostraram as figuras do painel? () SIM () NÃO

b- Leram as frases ou palavras escritas no painel? () SIM () NÃO

c- Fizeram comentários sobre as figuras?

() TODAS () ALGUMAS () NENHUMA

d- Utilizaram exemplos de situações práticas para ilustrar os conceitos?

() SIM () NÃO

1.E) Conceitos-chave que foram abordados pelo grupo: (assinale c/ um X)

() Riscos da automedicação - quais: _____

- () Medicamento apropriado
- () Necessidade de indicação médica para o uso de medicamentos
- () Duração do tratamento () Custo: relação custo/benefício
- () Horários corretos
- () Vantagens da orientação farmacêutica
- () Outros _____
-

1.F) Interação da turma assistindo:

a- Os alunos mostraram interesse pelo tema: a turma mostrou-se atenta às explicações? () SIM () NÃO

b- Houve perguntas relacionadas ao tema no momento da apresentação?

() SIM () NÃO

c- Houve perguntas na apresentação do monitor? () SIM () NÃO

Quais?

2º grupo: ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

2.A) Nº de alunos apresentando: _____ 2.B) Duração da apresentação: _____

2.C) Tópicos abordados:

2.D) Como ocorreu a interação entre os componentes do grupo:

I- Quantos participaram (com explicação): _____

II- O tempo médio de explanação de cada componente foi o mesmo?

() SIM () NÃO

III- Algum dos componentes recusou-se a falar? () SIM () NÃO

IV- Algum dos componentes predominou no tempo de apresentação?

() SIM () NÃO

2.E) Desenvolvimento da apresentação

a- Mostraram as figuras do painel? () SIM () NÃO

b- Leram as frases ou palavras escritas no painel? () SIM () NÃO

c- Fizeram comentários sobre as figuras?

() TODAS () ALGUMAS () NENHUMA

d- Utilizaram exemplos de situações práticas para ilustrar os conceitos?

() SIM () NÃO

2.F) Conceitos-chave que foram abordados pelo grupo: (assinale c/ um X)

() Descrição dos cômodos que não são apropriados para armazenar os medicamentos.

() Observação da validade

() Causas do acúmulo de medicamentos vencidos

() Variações de temperatura existentes na cozinha

() Umidade e calor presentes no banheiro

() Não deixar medicamentos no carro

() Necessidade de um recipiente adequado para guardar os medicamentos (caixa)

() Outros _____

2.G) Interação da turma assistindo:

a- Os alunos mostraram interesse pelo tema: a turma mostrou-se atenta às explicações?

() SIM () NÃO

b- Houve perguntas relacionadas ao tema no momento da apresentação? () SIM () NÃO

c- Houve perguntas na apresentação do monitor? () SIM () NÃO

Quais?

3º grupo: DESCARTE DE MEDICAMENTOS

3.A) Nº de alunos apresentando _____ 3.B) Duração da apresentação: _____

3.C) Tópicos abordados:

3.D) Como ocorreu a interação entre os componentes do grupo:

I- Quantos participaram (com explicação): _____

II- O tempo médio de explanação de cada componente foi o mesmo? () SIM () NÃO

III- Algum dos componentes recusou-se a falar? () SIM () NÃO

IV- Algum dos componentes predominou no tempo de apresentação? () SIM () NÃO

3.E) Desenvolvimento da apresentação

a- Mostraram as figuras do painel? () SIM () NÃO

b- Leram as frases ou palavras escritas no painel? () SIM () NÃO

c- Fizeram comentários sobre as figuras? () TODAS () ALGUMAS () NENHUMA

d- Utilizaram exemplos de situações práticas para ilustrar os conceitos?

() SIM () NÃO

3.F) Conceitos-chave que foram abordados pelo grupo: (assinale c/ um X)

() Importância da verificação do prazo de validade

() Riscos do descarte de medicamentos em lixo comum : _____

() Riscos do descarte de medicamentos em rede de esgoto (pia, vaso sanitário):

() O destino sugerido pela legislação –incineração adequada

() A conduta a ser tomada pelos estabelecimentos de saúde.

() A possibilidade de encaminhar os medicamentos vencidos a um estabelecimento de saúde.

() Importância da orientação farmacêutica.

() O que fazer com os medicamentos vencidos se não houver aceitação.

() Outros _____

3.G) Interação da turma assistindo:

a- Os alunos mostraram interesse pelo tema: a turma mostrou-se atenta às explicações?

() SIM () NÃO

b- Houve perguntas relacionadas ao tema no momento da apresentação? () SIM () NÃO

c- Houve perguntas na apresentação do monitor? () SIM () NÃO

Quais?

4º grupo: PROMOÇÃO DA SAÚDE

4.A) Nº de alunos apresentando: _____ 4.B) Duração da apresentação: _____

4.C) Tópicos abordados:

4.D) Como ocorreu a interação entre os componentes do grupo:

I- Quantos participaram (com explicação): _____

II- O tempo médio de explanação de cada componente foi o mesmo?

() SIM () NÃO

III- Algum dos componentes recusou-se a falar? () SIM () NÃO

IV- Algum dos componentes predominou no tempo de apresentação? () SIM () NÃO

4.E) Desenvolvimento da apresentação

a- Mostraram as figuras do painel? () SIM () NÃO

b- Leram as frases ou palavras escritas no painel? () SIM () NÃO

c- Fizeram comentários sobre as figuras? () TODAS () ALGUMAS () NENHUMA

d- Utilizaram exemplos de situações práticas para ilustrar os conceitos? () SIM () NÃO

4.F) Conceitos-chave que foram abordados pelo grupo: (assinale c/ um X)

- Abordou-se um conceito de saúde
- Descreveu-se medidas de alimentação saudável
- Importância das atividades físicas Uso correto de medicamentos
- Importância do acompanhamento médico, com consultas regulares.
- Evitar automedicação Bem-estar familiar
- Importância de ambientes saudáveis Religião Amor
- Vida sexual
- Outros _____
-

4.G) Interação da turma assistindo:

a- Os alunos mostraram interesse pelo tema: a turma mostrou-se atenta às explicações?

SIM NÃO

b- Houve perguntas relacionadas ao tema no momento da apresentação?

SIM NÃO

c- Houve perguntas na apresentação do monitor? SIM NÃO

Quais? _____

APÊNDICE K - ROTEIRO DE ENTREVISTA PÓS-INTERVENÇÃO

Nome: _____ Escola: _____

Turma (prof): _____ DATA: ___/___/___

Participou da intervenção (oficinas): () SIM () NÃO

1º- AUTOAVALIAÇÃO DA SAÚDE

20. Autodefinição da saúde

Você considera sua saúde:

a- () muito boa b- () boa c- () razoável d- () ruim e- () muito ruim

21. Tem alguma dificuldade para manter sua saúde e a de sua família?

a- () sim b- () não

Quais? _____

2º- AUTOMEDICAÇÃO

22. Qual a primeira providência que você toma quando se sente mal ou sente alguma dor?

23. Quem mais lhe aconselha sobre qual “remédio” usar quando sente alguma coisa?

24. Costuma usar chás ou outra preparação caseira quando está doente? Quais? Para quais doenças?

25. Quais medicamentos você costuma tomar sem receita?

26. Você costuma tomar medicamento por conta própria?

a- () Sempre b- () frequentemente c- () às vezes d- () nunca

3º - AVALIAÇÃO DO CONSUMO DE MEDICAMENTOS:

8. Se você tiver alguma dúvida sobre algum remédio, qual deve ser a pessoa adequada a te orientar?

18. Descreva algumas maneiras de “Como promover sua saúde”:

19. Qual a sua opinião sobre as oficinas que foram realizadas? Tem alguma sugestão? **(P/ alunos da turma que não participaram das oficinas perguntar: SOBRE A OFICINA)**

APÊNDICE L -
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você, aluno da rede municipal de ensino de Uberlândia, MG, da Educação de Jovens e Adultos – Programa Municipal de Educação de Jovens e Adultos, PME A – está sendo convidado a participar da pesquisa “Educação em saúde na promoção do uso racional de medicamentos entre alfabetizando adultos”, sob a responsabilidade da pesquisadora Sibe le Cristina Ribeiro.

Esta pesquisa tem como objetivo de avaliar o consumo de medicamentos pelos alunos do PME A e verificar o seu conhecimento a respeito dos mesmos, despertando-lhes o interesse por novas informações sobre o uso correto de medicamentos e ressaltando a importância do farmacêutico nesta orientação.

Pedimos aos alunos que participem voluntariamente da pesquisa, respondendo à entrevista que será realizada pela pesquisadora. Você poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Não haverá riscos para os alunos que responderem à entrevista, e a intenção é fazer um levantamento do conhecimento de alunos da alfabetização de adultos (PME A) sobre medicamentos. Quanto aos benefícios, as informações obtidas por meio de um roteiro de entrevista semiestruturado poderão ser de grande valia, na sequência do trabalho serão desenvolvidas oficinas de intervenção educativa relacionadas ao tema, permitindo a orientação sobre o uso correto de medicamentos.

Em nenhum momento o aluno será identificado, mesmo que o resultado da pesquisa seja publicado, a identidade dos alunos será preservada. Reforçando, o aluno terá toda liberdade para participar da entrevista, caso não queira não lhe é obrigado. Não haverá qualquer prejuízo para os que não participarem.

Antes mesmo da assinatura deste termo, será feita uma leitura do mesmo juntamente com o aluno, para quaisquer esclarecimentos e dúvidas.

Uberlândia, ____ de _____ 2010.

Assinatura do pesquisador responsável

Concordo em participar voluntariamente da pesquisa citada acima, após ter sido devidamente esclarecido sobre o objetivo da mesma.

Nome do aluno: _____

Assinatura do aluno

Pesquisadora responsável:

Sibe le Cristina Ribeiro – Av. Alexandrino Alves Vieira, 268. Bairro Santa Rosa Uberlândia – MG. Fone: 3215-5341

APÊNDICE N – PAINÉIS PRODUZIDOS PELOS GRUPOS SOBRE ARMAZENAMENTO DE MEDICAMENTOS

COMO ARMAZENAR OS MEDICAMENTOS ???

- NÃO GUARDAR OS MEDICAMENTOS DENTRO DA BLSA MUITO ATRITO...
- O BANHEIRO É UM LUGAR DE MUITA UMIDADE... CUIDADO!!!
- NÃO GUARDAR NO ARMÁRIO DA COZINHA...
- SOMENTE ALGUNS MEDICAMENTOS SÃO GUARDADOS NA GELADEIRA... EX: INSULINA
- É PROIBIDO GUARDAR OS MEDICAMENTOS DENTRO DO CARRO CALOR INTENSO!!!
- OS MEDICAMENTOS DEVEM SER GUARDADOS NA EMBALAGEM ORIGINAL E DENTRO DE UMA CAIXA
- CUIDADO COM AS CRIANÇAS
- NÃO GUARDAR JUNTO COM PRODUTOS DE LIMPEZA

COMO ARMAZENAR MEDICAMENTOS

COMO DEVE	COMO NÃO DEVE
EM LOCAIS REFRIGERADOS	AO ALCANCE DAS CRIANÇAS
DENTRO DE SUAS CAIXAS COM A BULA	EM PORTA-LUVAS DE VEÍCULOS
EM CAIXA PLÁSTICA EM LOCAIS LIMPOS E SECOS	EM MOCHILAS
SUSPENSÃO CONSERVAR EM TEMPERATURA AMBIENTE, ALGOS RECONSTITUÍDOS SÓ ESTÁVEL POR 10 DIAS EM LOCAIS SECOS E FRESCO, EM 14 DIAS SOB REFRIGERAÇÃO	EM LOCAIS UMÍDOS

GRUPO: ALDO FERREIRA, DOMIEL MENDES, TAYR RAZZARRA

Armazenamento correto de Medicamentos

- * Guardar dentro de sua caixa com a bula;
- * Alçar sempre a data de validade;
- * Não guardar medicamentos no banheiro;
- * Manter fora do alcance de crianças;
- * Proteger da luz.
- Tomar medicamentos de maneira correta.

GRUPO: JOSÉ ALVES, MILLON

COMO ARMAZENAR OS MEDICAMENTOS

- OS MEDICAMENTOS DEVEM SER GUARDADOS NA EMBALAGEM ORIGINAL
- NUNCA GUARDAR NO ARMÁRIO DO BANHEIRO MUITO UMÍDO!!!
- SOMENTE ALGUNS REMÉDIOS PODEM SER GUARDADOS NA GELADEIRA... EX: INSULINA
- MANTER LONJE DAS CRIANÇAS... PERIGO
- NÃO CARREGAR OS MEDICAMENTOS NA BLSA...
- NÃO GUARDAR NO ARMÁRIO DA COZINHA → CALOR
- ALGUNS - RITA, PÉPRA, MILETE

COMO ARMAZENAR OS MEDICAMENTOS?

- NÃO GUARDAR NA COZINHA MUITO CALOR!!!
- NÃO GUARDAR NO BANHEIRO UMIDADE...
- OS MEDICAMENTOS DEVEM SER GUARDADOS NA EMBALAGEM ORIGINAL
- GUARDAR OS MEDICAMENTOS FORA DO ALCANCE DAS CRIANÇAS
- SOMENTE ALGUNS MEDICAMENTOS SÃO ARMAZENADOS NA GELADEIRA... EX: INSULINA
- NÃO CARREGAR MEDICAMENTOS NA BLSA...
- OS MEDICAMENTOS NÃO DEVEM SER GUARDADOS NO PORTA-LUVAS
- NÃO GUARDAR COM MATERIAL DE LIMPEZA

COMO? ONDE? GUARDAR OS MEDICAMENTOS

PODEMO:

- DEIXAR BEM NO ALTO!
- EM LOCAL SEGURO!
- ALGUNS DEVEM FICAR NA GELADEIRA
- CAIXA PROTEGIDA:
 - da luz
 - do calor
 - de umidade
 - das crianças

NÃO PODEMO:

- DEIXAR NO CARRO
- AO ALCANCE DAS CRIANÇAS
- NA COZINHA: ESQUENTA MUITO!
- BANHEIRO? TEM UMIDADE, CALOR E CONTAMINAÇÃO

GRUPO: SÉBASTIÃO COSTA, SILVANIZA, JOSEFA, JOEL

ONDE GUARDAR OS MEDICAMENTOS?

Longe do alcance das CRIANÇAS

BANHEIRO? NÃO!

Na Cozinha? NÃO!

→ O calor prejudica o medicamento

* Alguns remédios devem ser guardados na GELADEIRA!

Perigos:

- UMIDADE
- BACTERIAS
- CALOR

NO CARRO? NÃO!!!

NA BLSA? NÃO!

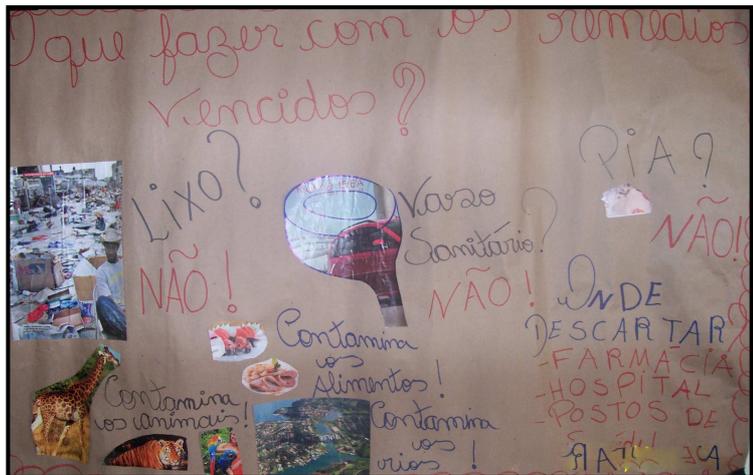
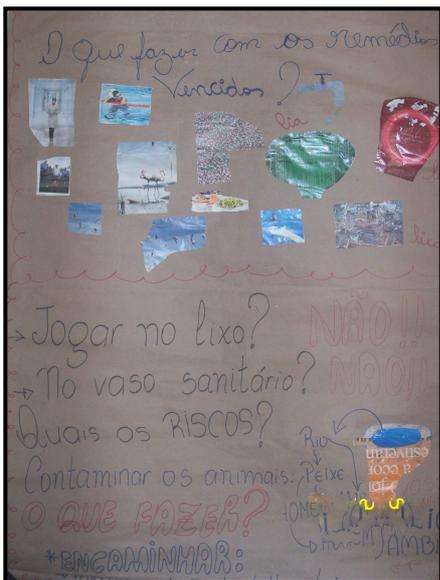
ONDE?

- No alto
- Guar bolsa
- Proteção na LUZ, CALOR, UMIDADE!

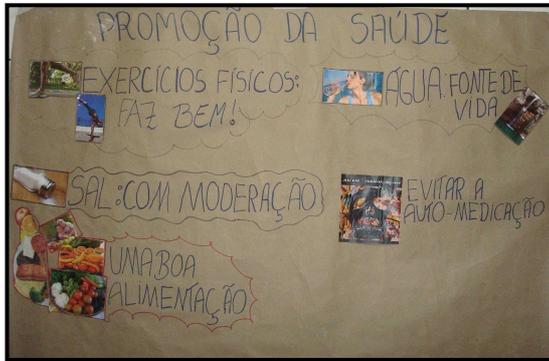
COMO ARMAZENAR OS MEDICAMENTOS ???

- OS MEDICAMENTOS DEVEM SER GUARDADOS NA SUA EMBALAGEM ORIGINAL
- NÃO GUARDAR MEDICAMENTOS COM ALIMENTOS...
- NÃO PODEMOS COLOCAR OS MEDICAMENTOS NA BLSA!!
- A umidade é um problema!!!
- NÃO PODE CARREGAR MEDICAMENTO DENTRO DO CARRO → O CALOR É UM PROBLEMA
- ALGUNS MEDICAMENTOS NÃO PODEM SER GUARDADOS NA GELADEIRA
- ALGUNS - GIOVANE, DANIELA, JOSE, LUCIANO, RUIZAN

APÊNDICE O – PAINÉIS PRODUZIDOS PELOS GRUPOS SOBRE DESCARTE DE MEDICAMENTOS



APÊNDICE P – PAINÉIS PRODUZIDOS PELOS GRUPOS SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE



ANEXO A – LISTA DAS TURMAS DO PMEA 2010



Secretaria Municipal
de Educação



Av. Profº José Inácio de Souza, 1998 - B. Brasil - Uberlândia/MG CEP:38400-732
Fone: (34)3212-4363 Fax: (34)3211-6859
E-mails: cemepe@uberlandia.mg.gov.br / cemepeeduca@hotmail.com



SALAS DO PROGRAMA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DE JOVENS E ADULTOS - 2010

N	Local de Funcionamento	Professora	Horário de Aula
1.	Comunidade Zoe – Rua Rodolfo Rodrigues Gonçalves, 270 – Chácaras Tubalina.	Juliana Lemes Arantes	19:00 às 22:00
2.	E. E. Dr Duarte Pimentel de Ulhôa Av. Vasconcelos Costa, 27, Centro	Nilda Camilo Santos Lima	19:00 às 22:00
3.	E. E. Presidente Juscelino Kubitschek Praça Santos Dummont, 275 B. Aclimação.	Maria Aparecida	19:00 às 22:00
4.	E. M. Afrânio Rodrigues da Cunha R. Mundial Nº 640 B. Jd Brasília	Alice Cremilda Porto	19:00 às 22:00
5.	E. M. Afrânio Rodrigues da Cunha R. Mundial Nº 640 B. Jd Brasília	Vagna Eclines de Souza Silva	19:00 às 22:00
6.	E. M. Afrânio Rodrigues da Cunha R. Mundial Nº 640 B. Jd Brasília	Simone Aparecida Braga	19:00 às 22:00
7.	E. M. Carlos Tucci Fazenda Cachoeirinha / Estrada Harmonia – 3258-0041	Eunice de Oliveira	19:00 às 22:00
8.	E.M. Drº Gladsen Guerra R. Gaza, 330, Canaã	Eliane Jorge Miranda	19:00 às 22:00
9.	E.M. Drº Gladsen Guerra R. Gaza, 330, Canaã	Rozangela Balbino de Jesus	19:00 às 22:00
10.	E.M. Drº Joel Cupertino R. da Unidade, 80, Dom Almir	Paula Luíza Rodovalho Rodrigues	19:00 às 22:00
11.	E. M. Freitas Azevedo Chácaras Morada Nova Av. Araponga, 15	Rosânia Alves de Oliveira	19:00 às 22:00
12.	E. M. Guarda Antonio R. Nascimento R das Violas Nº 45 B. Dona Zulmira	Aparecida Vicentina Couto	19:00 às 22:00
13.	E. M. Guarda Antonio R. Nascimento R das Violas Nº 45 B. Dona Zulmira	Marcela Ferreira de Paula Rueda	19:00 às 22:00
14.	E. M. Hilda Leão Carneiro R. Gamela, 220 – Morumbi	Anita Maria da Silva	19:00 às 22:00

15.	E. M. Hilda Leão Carneiro R. Gamela, 220 – Morumbi	Carlândia Tomás Rodrigues de Oliveira	19:00 às 22:00
16.	E. M. Hilda Leão Carneiro R. Gamela, 220 – Morumbi	Geisa Barbosa Freitas	19:00 às 22:00
17.	E. M. Hilda Leão Carneiro R. Gamela, 220 – Morumbi	Fabiana Cirilo Souza	19:00 às 22:00
18.	E. M. Ladário Teixeira Rua Acre n 1044 N ^a S ^a das Graças	Isabel Simião Rezende	19:00 às 22:00
19.	E. M. Leandro José de Oliveira Fazenda Douradinho Br. 497 KM 49	Divina Maria Vilela Ferreira	19:00 às 22:00
20.	E. M. Leandro José de Oliveira Fazenda Douradinho Br. 497 KM 49	Luzia Marília Verri	19:00 às 22:00
21.	E. M. Leôncio do Carmo Chaves R. Engenho N ^o 416 B. Planalto	Márcia Elizia Borges	19:00 às 22:00
22.	E. M. Leôncio do Carmo Chaves R. Engenho N ^o 416 B. Planalto	Maria Aparecida Santa	19:00 às 22:00
23.	E. M. Leôncio do Carmo Chaves R. Engenho N ^o 416 B. Planalto	Raimunda Santana dos Santos	19:00 às 22:00
24.	E. M. Prof. Cecy Cardoso Porfírio Av. Jequitinhonha, N ^o 415, B. Mansour	Romilda Aparecida de Oliveira	19:00 às 22:00
25.	E. M. Prof. Cecy Cardoso Porfírio Av. Jequitinhonha, N ^o 415, B. Mansour	Fátima Margarida Antônio da Cunha	19:00 às 22:00
26.	E. M. Prof. Domingos Pimentel de Ulhôa R. Antonio Rezende Chaves, N ^o 1540 B. St ^a Mônica	Maria Aldair Gomes	19:00 às 22:00
27.	E. M. Prof. Domingos Pimentel de Ulhôa Rua Antonio Rezende Chaves, N ^o 1540 B. St ^a Mônica	Vera Aparecida de Freitas	19:00 às 22:00
28.	E. M. Prof. Eurico Silva R. Antônio Alves Santos N ^o 39 B. Conj. Viviane	Marcilene Cândida de Matos	19:00 às 22:00
29.	E. M. Prof. Eurico Silva R. Antônio Alves Santos N ^o 39 B. Conj. Viviane	Gilda Pires Borges de Lima	19:00 às 22:00
30.	E. M. Prof. Eurico Silva R. Antônio Alves Santos N ^o 39 B. Conj. Viviane	Mirtes Raquel dos Santos Ramos	19:00 às 22:00
31.	E. M. Prof. Eurico Silva R. Antônio Alves Santos N ^o 39 B. Conj. Viviane	Gicele Santos Moura	19:00 às 22:00
32.	E. M. Prof. Iracy Junqueira Rua Maria Abadia Mamede 385, Planalto	Franciele de Souza Lima	19:00 às 22:00
33.	E. M. Prof. Iracy Junqueira Rua Maria Abadia Mamede 385, Planalto	Valéria Pereira de Almeida	19:00 às 22:00
34.	E. M. Prof. Mário Alves Araújo e Silva Rua Roberto Margonari, 406, B. Luizote de	Emilene Aparecida Marques	19:00 às 22:00

	Freitas.		
35.	E. M. Prof. Mário Alves Araújo e Silva Rua Roberto Margonari, 406, B.Luizote de Freitas.	Keila Aparecida Rabelo Felizardo	19:00 às 22:00
36.	E. M. Prof. Mário Godoy Castanho R. Joaquim Roberto de Souza 508 B. Tocantins	Eleusa Morais da Silva	19:00 às 22:00
37.	E. M. Prof. Milton de Magalhães Porto Rua do Serviço A, 136, B. Seg. Pereira	Silvana da Silva	19:00 às 22:00
38.	E. M. Prof. Oswaldo Vieira Gonçalves Pç. Independência s/n B. Custódio Pereira	Denise de Fátima Rodrigues	19:00 às 22:00
39.	E. M. Prof. Oswaldo Vieira Gonçalves Pç. Independência s/n B. Custódio Pereira	Ivete Vieira Guimarães	19:00 às 22:00
40.	E. M. Prof. Stella Saraiva Peano Av.Classica s/n B. Guarani II	Aparecida de Fátima Souza	19:00 às 22:00
41.	E. M. Prof. Stella Saraiva Peano Av.Classica s/n B. Guarani II	Sirlene Garcia Santana	19:00 às 22:00
42.	E. M. Prof. Stella Saraiva Peano Av. Classica s/n B. Guarani II	Ândria Paula de Urzedo	19:00 às 22:00
43.	E. M. Prof. Valdemar Firmino de Oliveira R. Afonso Lourenço, 249 B. Granada	Virgínia Mar Freire da Costa	19:00 às 22:00
44.	E. M. Prof^a. Orlanda Neves Strack Rua da Produção B. Minas Gerais.	Rosana Santos Soares	19:00 às 22:00
45.	E. M. Shopping Park R. Ivete Cordeiro, 450 Shopping Park	Ângela Cássia Gomes	19:00 às 22:00

ANEXO B – PARECER COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Centro Universitário do Triângulo
Pró-Reitoria de Pesquisa, Pós-Graduação e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Registro no CEP: 728017

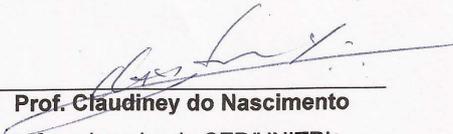
Pesquisadora Responsável: Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro.

Em reunião do dia 06/07/2010, o **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)** do **CENTRO UNIVERSITÁRIO DO TRIÂNGULO (UNITRI)** avaliou o projeto intitulado **Educação em saúde e promoção do uso racional de medicamentos entre alfabetizando adultos: um estudo de caso exploratório junto ao programa Municipal de Erradicação do Analfabetismo (PMEA) da Educação de Jovens Adultos (EJA) de Uberlândia**, de autoria de do discente **Sibele Cristina Ribeiro**, da área de Saúde Coletiva. De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, o CEP manifesta-se **aprovado** o projeto proposto.

Situação: Projeto Aprovado

Data para entrega do Relatório Final com cópia dos Termos de Consentimento Livre e Esclarecidos, devidamente assinados pelos sujeitos da pesquisa, e formas de contato com os mesmos (telefone, endereço completo): abril de 2012.

Uberlândia, 06 de Julho de 2010.


Prof. Claudiney do Nascimento
Coordenador do CEP/UNITRI

Orientações ao pesquisador:

- * O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96, IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Res. CNS 196/96, IV.2.d).
- * O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS 196/96, III.3.z), aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa (Res. CNS 196/96, V.3) que requeiram ação imediata.
- * O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS 196/96, V.4).
- * Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- * O prazo final para entrega de relatório é de 120 dias após o término da execução prevista no cronograma do projeto, conforme norma da Res. CNS 196/96.

