



# Compreensão do usuário da Atenção Primária à Saúde sobre o tratamento farmacológico: uma análise comparativa

Maria Olívia Barboza Zanetti<sup>1\*</sup>, Juliana Maldonado Marchetti<sup>1</sup>,  
Regina Célia Garcia de Andrade<sup>1</sup>

1- Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo

\* Autor correspondente: maria.zanetti@usp.br

**Resumo:** A Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem apresentado bons resultados em saúde e pode ser um instrumento importante para a efetivação do Uso Racional de Medicamentos (URM). Este estudo transversal buscou analisar comparativamente a compreensão dos usuários da Atenção Primária à Saúde sobre o seu tratamento farmacológico no modelo de atendimento básico tradicional e na ESF, de modo a verificar se a saúde da família favorece o URM. Os 1053 participantes foram alocados em dois grupos: usuários do atendimento básico tradicional e da ESF. Para analisar a compreensão sobre o tratamento, ponderou-se os itens: nome do medicamento, indicação, dose, horários de administração, duração do tratamento, modo de administração, conduta se esquecimento, interações e reações adversas. O teste exato de Fisher evidenciou que os usuários da ESF compreendiam melhor todos os itens da prescrição, exceto o modo de administração, que foi considerado equivalente nos dois grupos. Entre os usuários do modelo tradicional, 63,3% apresentaram compreensão insuficiente do tratamento, na ESF esta frequência foi de 18,2%. O estudo apontou indícios de que a compreensão dos usuários atendidos pela ESF sobre o seu tratamento é expressivamente superior quando comparada aos usuários do modelo de atendimento básico tradicional. **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Estratégia Saúde da Família; Conhecimento do paciente sobre a medicação; Prescrições de medicamentos.

**Abstract (Comprehension of Primary Health Care users about their pharmacological treatment: a comparative analysis):** The Family Health Strategy (FHS) has shown good results in health and can be an important tool to effect the Rational Use of Drugs. This cross-sectional study aimed to comparatively analyze Primary Health Care user's comprehension about their pharmacological treatment in both traditional primary health care and FHS, in order to verify if family health favors Rational Use of Drugs. The 1053 participants were allocated into two groups: users of traditional primary health care and FHS. To analyze the comprehension about treatment, the following items were considered: drug name, indication, dose, administration time, time of treatment, drug administration, conduct in case of forgetfulness, interactions and adverse reactions. Fisher's exact test showed that FHS users had a better comprehension about all these items, except drug administration, which was considered equivalent. Among users of the traditional model, 63.3% had insufficient comprehension about their treatment, in the FHS this frequency was 18.2%. The study showed evidence that the comprehension of users assisted by the FHS about their treatment is significantly higher when compared to users of the traditional primary health care. **Key words:** Primary Health Care; Family Health Strategy; Patient medication knowledge; Drug prescriptions.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, a saúde é considerada um direito conferido a todos os cidadãos e garantido pelo estado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) [1]. A Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como porta de entrada para o SUS e ordenadora das práticas de atenção à saúde [2]. Entretanto, a assistência à saúde em geral, incluindo a APS, assumiu condutas de assistência focadas nos problemas de saúde, no cuidado médico e na fragmentação do cuidado, desconsiderando o usuário como um ser integral que está inserido em um contexto familiar e comunitário [3,4].

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada pelo Ministério da Saúde a fim de reformular o funcionamento da APS [2,4,5], de modo que o atendimento básico passou a ser oferecido em dois modelos: Unidades Básicas de Saúde (UBS/UBDS), que realizam atendimentos conforme o modelo de atendimento básico tradicional, e Unidades de Saúde da Família (USF), as quais atendem de acordo com a ESF. A ESF propõe reorganizar o modelo biomédico de assistência à saúde de forma que o usuário passe a ser considerado integralmente, reconhecendo os determinantes sociais que atuam sobre a comunidade em que ele está inserido e comprometendo-se com a prevenção e a solução dos problemas de saúde. O modelo da ESF auxilia na superação da fragmentação do cuidado e coloca a atuação interprofissional como uma alavanca para atingir o cuidado integral [3-6].

Um dos principais instrumentos de trabalho da equipe de Saúde da Família é a realização de visitas ao domicílio, o que favorece a percepção das necessidades e da dinâmica social da comunidade (3, 4). Neste sentido, a presença do Agente Comunitário de Saúde na composição mínima da equipe de saúde da família é fundamental na perspectiva da garantia da integralidade e equidade, princípios norteadores da APS, visto que este profissional conhece as condições de vida da comunidade [2].

Para efetivar transição de um modelo assistencial excludente e fragmentado para um modelo centrado na pessoa, a equipe de saúde da família também precisa ter uma abordagem diferenciada em relação à orientação fornecida sobre tratamento a que o indivíduo será submetido, tendo como princípio o Uso Racional de Medicamentos (URM). Por ausência de informações verbais e/ou escritas,

é grande o número de usuários que apresenta dúvidas ou que não compreende o tratamento proposto, podendo, por conseguinte, descontinuá-lo ou alterar a posologia segundo a sua própria percepção. Tal situação pode provocar ineficácia terapêutica ou ainda complicações severas [6,7].

Pesquisas relatam melhorias no acesso, na utilização dos serviços e em indicadores de saúde entre os usuários da ESF [8–10], ademais, a tal modelo de atendimento tem sido avaliada positivamente por usuários, gestores e profissionais de saúde [11–14]. O objetivo do presente estudo foi analisar comparativamente a compreensão dos usuários da APS sobre o seu tratamento farmacológico no modelo de atendimento básico tradicional e na ESF, de modo a verificar se a saúde da família também favorece o URM.

## MATERIAIS E MÉTODOS

### *Delineamento e local do estudo*

O estudo foi elaborado e conduzido com base nos preceitos éticos da Declaração de Helsinki e suas reformulações. A realização do estudo foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com parecer registrado no Sistema Nacional de Informação sobre Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos (CAAE nº 28445914.1.0000.5403).

Trata-se de um estudo transversal realizado no município brasileiro de Ribeirão Preto – SP, o qual possuía 666.323 habitantes segundo dados de estimativa populacional para o ano de 2015 [15]. A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2014 a abril de 2015.

### **População do estudo e casuística**

O estudo incluiu usuários da APS do município de Ribeirão Preto, com idade maior ou igual a 18 anos, que receberam uma prescrição médica contendo ao menos um medicamento. Indivíduos que não eram capazes de se comunicar adequadamente foram excluídos.

O tamanho amostral foi obtido considerando um plano amostral estratificado [16]. As Unidades de Saúde do município foram agrupadas em oito estratos, de acordo com o distrito de saúde em que se localizavam e com o modelo de atendimento primário oferecido (atendimento básico tradicional ou ESF).

Considerou-se um coeficiente de confiança de 95% e uma precisão absoluta de 3%

para a estimativa de proporção. Tal proporção, para maximização da variância, foi considerada igual a 50% em cada estrato, estimou-se assim um tamanho amostral de 1.052 sujeitos. A alocação da amostra foi proporcional à média de consultas médicas/mês de cada estrato, totalizando 931 usuários provenientes das Unidades Básicas de Saúde (UBS) (Grupo A - GA) e 121 da Estratégia de Saúde da Família (ESF) (Grupo B - GB). Duas Unidades de Saúde de cada estrato foram sorteadas para a coleta de dados, entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Saúde da Família (USF).

#### Coleta de dados

Para a análise da compreensão do usuário sobre o seu tratamento farmacológico,

adotou-se um instrumento desenvolvido por Fröhlich e colaboradores especialmente para a aplicação na APS (Figura 1), o qual avalia o conhecimento do paciente sobre vários itens relacionados à utilização do medicamento e pondera cada um de acordo com sua importância para o uso seguro do medicamento, sendo eles: nome do medicamento, indicação terapêutica, dose, horários de administração, duração do tratamento, modo de administração, conduta em caso de esquecimento de doses, interações medicamentosas e reações adversas [6]. Nos casos em que existiu mais de um medicamento por prescrição, sorteou-se um deles para responder às perguntas do instrumento.

<b>Instrumento de avaliação da compreensão do usuário sobre o tratamento</b>	
Nome do medicamento sorteado: _____	
O paciente faz uso de algum outro medicamento?	( ) Sim. ( ) Não.
1 - Sabe qual é o nome do medicamento prescrito?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
2 - Sabe para que o médico lhe receitou este medicamento?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
3 - Sabe qual é a dose que você deve tomar?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
4 - Sabe quais os horários que você deve administrar o medicamento?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
5 - Sabe por quanto tempo deve utilizar o medicamento prescrito?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
6 - Sabe como você deve utilizar o medicamento prescrito?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
7 - Sabe o que você deve fazer se esquecer de tomar uma ou mais doses?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
8 - Sabe se há algum outro medicamento ou alimento ou bebida que você deve evitar enquanto estiver fazendo uso do medicamento?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
9 - Sabe se esse remédio pode lhe causar reações desagradáveis?	( ) Não sabe. ( ) _____ (resposta)
10- Você já apresentou alguma(s) dessa(s) reação(ões)?	( ) Sim. Qual? _____ ( ) Não.
11 - Você necessita de mais informações para tomar o seu remédio?	( ) Sim. Vá para a questão 12. ( ) Não.
12 - Quais dessas informações você necessita?	
12.1 - Como tomar o remédio?	( ) Sim. ( ) Não.
12.2 - Por quanto tempo é preciso tomar o remédio?	( ) Sim. ( ) Não.
12.3 - Se o remédio pode causar alguma reação desagradável?	( ) Sim. ( ) Não.
12.4 - Se há algum outro remédio que não devo tomar enquanto estiver tomando este?	( ) Sim. ( ) Não.

Figura 1. Instrumento para avaliação do nível de compreensão do usuário sobre o seu tratamento na Atenção Primária à Saúde.

Fonte: Adaptado de Fröhlich e colaboradores (2010).

As respostas dos usuários foram comparadas com as informações contidas na prescrição médica. Os itens que não estavam presentes ou que não são costumeiramente descritos na prescrição foram comparados com informações contidas na base de dados Micromedex® [17] e no livro 'Medicamento Lexi-Comp Manole: uma fonte abrangente para médicos e profissionais da saúde' [18]. De acordo com o seu nível de coincidência com estas referências, as respostas obtidas nas entrevistas foram classificadas em: não sabe; acha que sabe (resposta errada); sabe [6].

O nome do medicamento foi avaliado como correto quando pronunciado pelo participante de forma correta ou semelhante ao nome genérico ou comercial.

A indicação terapêutica foi considerada adequada quando estava de acordo com a classificação terapêutica do medicamento. As diferenças entre terminologia técnica e popular foram ignoradas.

A dose foi julgada como certa quando havia concordância entre a resposta do participante em unidades de medida (mg, g, ml) ou forma farmacêutica (comprimidos, cápsulas) e a quantidade prescrita a ser administrada a cada intervalo de dose.

O horário de administração estava correto quando as respostas especificavam os horários, intervalos de dose (por exemplo: de oito em oito horas) ou períodos do dia (manhã, tarde e noite) em que o medicamento deveria ser administrado, de forma compatível a prescrição médica.

A duração do tratamento foi avaliada como certa quando o número de dias para o tratamento foi descrito de modo equivalente ao conteúdo da prescrição ou quando havia concordância entre a resposta do usuário e o caráter crônico do tratamento.

O modo de administração estava correto quando havia concordância com a via de administração contida na prescrição ou na literatura, o participante não relatava condutas errôneas para o medicamento em questão (por exemplo: tomar com algum líquido inadequado, partir ou triturar os comprimidos, abrir as cápsulas, etc.) e conhecia as informações complementares quando estas eram essenciais para o URM (por exemplo: tomar em jejum, tomar após as refeições, entre outros).

Quanto às reações adversas, a resposta foi considerada adequada quando o

participante sabia apontar acertadamente ao menos uma reação do medicamento em questão. O mesmo também foi válido para os participantes que souberam responder ao menos uma interação com alimento ou medicamento. A conduta em caso de esquecimento foi julgada como correta quando coincidia com as informações da literatura.

Em relação à pontuação do instrumento, a escala de pontos desenvolvida por Fröhlich e colaboradores pondera cada item de acordo com a importância para a utilização segura do medicamento [6]. Os itens fundamentais para o usuário identificar e administrar o medicamento corretamente ('nome do medicamento', 'dose', 'modo de administração' e 'horário de administração') receberam dois pontos para cada resposta correta do usuário. As informações não diretamente relacionadas com a administração do medicamento, mas que poderiam ser importantes para a adesão ao tratamento ('indicação terapêutica', 'duração do tratamento', 'ao menos uma reação adversa', 'ao menos uma interação com outros medicamentos ou alimentos' e 'conduta em caso de esquecimento de uma ou mais doses'), receberam um ponto para cada acerto do usuário. O nível de compreensão do usuário sobre o seu tratamento foi obtido somando-se os acertos e considerando-se os pesos, totalizando um máximo de 13 pontos. A partir do resultado obtido, o usuário foi agrupado em uma das seguintes situações:

- Menos de oito pontos: nível de compreensão insuficiente, ou seja, não tem condições de utilizar o medicamento com segurança;
- De oito a dez pontos: nível de compreensão regular, isto é, tem condições de utilizar o medicamento de forma segura em ausência de intercorrências (por exemplo: esquecer-se tomar de uma dose, apresentar uma reação adversa, entre outras);
- 11 ou mais pontos: nível de compreensão bom, de modo que apresenta condições de utilizar o medicamento de forma segura sob qualquer circunstância [6].

#### *Análise estatística*

O instrumento coleta de dados foi preenchido manualmente pela pesquisadora e posteriormente codificado e registrado em um

banco de dados, processado no programa Microsoft Office Excel 2007. Para corrigir erros de digitação, os dados foram duplamente digitados e realizou-se a análise de consistência. Para a realização da análise estatística, utilizou-se o programa *Statistical Analysis System* (SAS), considerando o nível de significância  $\alpha = 0,05$  e o intervalo de confiança = 95%.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características sociodemográficas dos participantes do estudo podem ser observadas na Tabela 1. A média de idade foi de 54,1 anos (DP= 17,4) e o nível socioeconômico é considerado baixo, caracterizado por baixa escolaridade e renda.

**TABELA 1. Características sociodemográficas da população estudada.**

Variável	Grupo A		Grupo B		Total	
	n	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	206	22,1	31	25,6	237	22,5
Feminino	726	77,9	90	74,4	816	77,5
<b>Idade (anos)</b>						
18 a 40	237	25,4	35	28,9	272	25,8
41 a 60	298	32	41	33,9	339	32,2
Acima de 60	397	42,6	45	37,2	442	42
<b>Etnia</b>						
Branca	691	74,1	83	68,6	774	73,5
Negra	99	10,6	14	11,6	113	10,7
Amarela	5	0,5	1	0,8	6	0,6
Parda	137	14,7	23	19	160	15,2
Indígena	0	0	0	0	0	0
<b>Escolaridade<sup>a</sup></b>						
Nunca frequentou a escola	45	4,8	10	8,3	55	5,2
Ensino Fundamental <sup>b</sup>	596	63,9	72	59,5	668	63,4
Ensino Médio <sup>b</sup>	238	25,5	32	26,4	270	25,6
Ensino Superior ou Pós-Graduação <sup>b</sup>	53	5,7	7	5,8	60	5,7
<b>Renda per capita<sup>c</sup></b>						
Até R\$ 394	247	26,5	40	33,1	287	27,3
De R\$ 394 a R\$ 788	367	39,4	53	43,8	420	39,9
De R\$ 788 a 1.576	245	26,3	23	19	268	25,5
Mais que 1.576	73	7,8	5	4,1	78	7,4
<b>Situação profissional</b>						
Trabalha	316	33,9	41	33,9	357	33,9
Trabalha e estuda	10	1,1	3	2,5	13	1,2
Aposentado ou pensionista	355	38,1	47	38,8	402	38,2
Desempregado	28	3	7	5,8	35	3,3
Estuda	4	0,4	1	0,8	5	0,5
Sem ocupação	219	23,5	22	18,2	241	22,9
<b>Situação conjugal</b>						

Solteiro	144	15,5	24	19,8	168	16
Com companheiro	513	55	70	57,9	583	55,4
Divorciado/separado	117	12,6	7	5,8	124	11,8
Viúvo	158	17	20	16,5	178	16,9
<b>Total</b>	<b>932</b>	<b>100</b>	<b>121</b>	<b>100</b>	<b>1 053</b>	<b>1 000</b>

<sup>a</sup>Teste exato de Fisher,  $p < 0,05$ ; <sup>b</sup>Completo ou incompleto; <sup>c</sup>O valor do salário mínimo era de R\$ 724,00 no ano de 2014 e R\$ 788,00 em 2015

**Fonte:** Elaboração própria.

Por meio de testes exato de *Fisher*, notou-se diferença significativa entre os dois grupos do estudo apenas quanto à escolaridade. Há evidências de que existem mais indivíduos que nunca frequentaram a escola entre os usuários da Saúde da Família (GB). A metodologia de amostragem adotada permite que as áreas estudadas reflitam características gerais dos distritos em que se localizam, o que favoreceu a obtenção de duas amostras com elevado grau de comparabilidade, fortalecendo a validade interna e externa do estudo.

Em relação à avaliação da compreensão do usuário sobre o tratamento, apenas 4,7% dos participantes do GA obtiveram nível de compreensão considerado bom, no GB esta frequência foi de 27,3%. O nível de compreensão foi avaliado como regular em 32% dos participantes do GA e em 54,6% dos entrevistados do GB. No GA 63,3% dos participantes obtiveram nível de compreensão insuficiente, no GB esta frequência foi de 18,2%. O teste exato de *Fisher* obteve  $p < 0,01$  para todos os níveis de compreensão, indicando evidências de que o usuário da ESF (GB) compreende melhor o seu tratamento.

Calculou-se também a média da pontuação obtida pela aplicação do instrumento, resultando em 6,6 pontos (DP= 2,3) no GA (compreensão insuficiente) e 9,22 pontos (DP= 1,88) no GB (compreensão regular). Considerando que as contagens de

itens presentes no instrumento são variáveis discretas, utilizou-se testes de hipóteses baseados na distribuição beta-binomial para a comparação entre as médias, resultando em um valor  $p < 0,01$ , o que assegura a superioridade da compreensão dos usuários da ESF, já apontada anteriormente. A pontuação mínima obtida foi de zero pontos no GA e de cinco pontos no GB, a máxima foi de 13 pontos em ambos os grupos.

O estadiamento do nível de compreensão do usuário em ‘insuficiente’, ‘regular’ e ‘bom’, proposto pelo instrumento, serve como indicativo para avaliar se os usuários estão em condições de utilizar com segurança o medicamento prescrito. Os dados resultantes desta fase do estudo são preocupantes, em razão de que mais da metade dos participantes do GA não tem condições de utilizar o medicamento com segurança e poucos usuários deste modelo de atendimento conseguiriam utilizar o medicamento de forma segura sob qualquer circunstância. Os resultados são ainda mais preocupantes se considerarmos o fato de que o estudo não abrangeu apenas usuários que iriam iniciar o tratamento e que, portanto, estariam menos familiarizados com os medicamentos.

A Tabela 2 expõe a comparação entre as respostas obtidas em cada um dos itens do instrumento de avaliação da compreensão do tratamento pelo usuário.

**TABELA 2. Comparação entre as respostas obtidas no instrumento de avaliação da compreensão do tratamento farmacológico pelo usuário.**

Variáveis	Grupo A				Grupo B				Valor $p^a$				
	Sabe		Não sabe		Acredita saber		Sabe			Não sabe		Acredita saber	
	n	%	n	%	n	%	n	%		n	%	n	%
Nome do medicamento	446	47,9	483	51,8	3	0,3	84	69,4	37	30,6	0	0	<0.01
Indicação terapêutica	774	83	96	10,3	62	6,7	113	93,4	6	5	2	1,7	<0.01
Dose	203	21,8	637	68,3	92	9,9	39	32,2	77	63,6	5	4,1	<0.01

Horários de administração	722	77,5	48	5,2	162	17,4	115	95	2	1,7	4	3,3	<0.01
Duração do tratamento	505	54,2	382	41	45	4,8	119	98,3	2	1,7	0	0	<0.01
Modo de administração	889	95,4	6	0,6	37	4	120	99,2	0	0	1	0,8	0,17
Conduta em caso de esquecimento	176	18,9	659	70,7	97	10,4	82	67,2	26	21,5	13	11	<0.01
Interações	90	9,7	739	79,3	103	11,1	32	26,4	76	62,8	13	11	<0.01
Reações adversas	161	17,3	749	80,4	22	2,4	48	39,7	71	58,7	2	1,7	<0.01

<sup>a</sup> Valores *p* obtidos de teste exato de Fisher

**Fonte:** Elaboração própria.

No geral, a ‘indicação terapêutica’ e o ‘modo de administração’ foram os itens menos deficientes de informação, com destaque para o GB. Em contrapartida, 4% dos participantes do GA responderam erroneamente à pergunta sobre como administrar o medicamento, esta frequência pode parecer pequena, mas a administração incorreta compromete a efetividade do tratamento e a segurança do paciente. Conhecer o porquê da utilização do medicamento e como utilizá-lo é essencial para que o usuário possa comprometer-se com o seguimento correto da farmacoterapia [7].

Cerca de metade dos participantes do GA desconhecia ou apresentava instrução equivocada quanto ao nome do medicamento e à duração do tratamento, no GB o índice de acerto destes itens foi bastante superior.

Conhecer o nome do medicamento é primordial para que o usuário o identifique claramente. A identificação torna-se fundamental quando há necessidade de relatar a um profissional de saúde qual medicamento está utilizando ou utilizou em algum momento do seu tratamento. Ademais, memorizar o medicamento pelo seu aspecto físico pode ser uma fonte de erros. Os medicamentos disponíveis no mercado com uma determinada apresentação podem ter cor, forma e aspectos da embalagem alterados pelos laboratórios farmacêuticos e, além disso, diferentes laboratórios podem produzir o mesmo medicamento com características físicas desiguais [19]. Soma-se o fato de que o usuário pode ainda ter a forma farmacêutica alterada conforme indicação médica, licitações, disponibilidade no mercado e preço [19]. Todas estas fontes de confusão fazem do nome do medicamento a sua melhor forma de identificação. A efetividade terapêutica também estará comprometida caso o usuário desconheça a duração do tratamento, uma vez que isto pode acarretar a interrupção da terapia antes do período adequado.

Poucos usuários de ambos os grupos conheciam a dose a utilizar, como reagir se esquecer de tomar uma ou mais doses, possíveis interações com alimentos ou medicamentos e os efeitos adversos do medicamento em questão. Estes apontamentos indicam a necessidade de incluir tais informações na rotina das equipes de saúde para garantir o URM.

Tendo em vista que conhecer a dose correta é fundamental para a realização do esquema terapêutico indicado pelo prescrito, o percentual de usuários que desconhecia ou que estava errado quanto à dose que deve utilizar é alarmante.

Dentre os participantes do GA que souberam indicar ao menos uma possível reação adversa do medicamento, 60,7% conheciam a reação por terem-na apresentado previamente. No GB, uma porcentagem muito maior de participantes conhecia as reações adversas provocadas pelo medicamento e, dentre eles, menos da metade (45,8%) conhecia a reação por já terem-na apresentado em algum momento do tratamento. Este fato que indica que os usuários da ESF recebem uma orientação melhor dos profissionais da equipe sobre o URM, uma vez que ‘efeitos adversos’ não é um item exigido na prescrição médica.

Apesar de superior no GB, o conhecimento sobre reações adversas e interações medicamentosas ainda é bastante baixo. A insuficiência de instrução sobre estes itens revela a valoração secundária dada a eles. Muitas vezes o prescritor desconhece tais informações ou opta por omiti-las, receoso de que o conhecimento do usuário sobre tais possibilidades possa prejudicar a adesão ou até mesmo que, por autossugestão, o usuário apresente os efeitos comentados [19]. Porém, as reações adversas leves e transitórias podem ser causa de abandono de medicamentos fundamentais e adequados ao tratamento,

portanto, é indispensável que as possíveis reações sejam informadas e discutidas com o usuário, solicitando paciência e atenção. Isto melhora a qualidade no uso dos medicamentos, especialmente quando se lida com tratamentos extensos ou contínuos, nos quais a taxa de abandono pode ser ainda maior [20].

Quando questionados se eles gostariam de saber alguma outra informação sobre o medicamento em questão, 27,8% dos usuários do GA responderam que sim, os usuários do GB mostraram maior interesse (44,6%). Em ambos os grupos a maior dúvida apresentada foi sobre as reações adversas que o medicamento poderia causar, seguida pelas interações medicamentosas, como tomar o medicamento e por quanto tempo deveriam fazer uso do mesmo. Ainda que os participantes do GA possuam um nível de compreensão sobre o tratamento inferior, a maior parte deles não solicitou informações adicionais. Em contrapartida, os participantes do GB se mostraram mais interessados. Tal fato sugere que os usuários da ESF estão mais abertos a receber novas informações e são mais receptivos, talvez por estarem mais familiarizados com os benefícios de um atendimento interprofissional [21].

Muitos usuários dos dois modelos de atendimento relataram saber as respostas dos itens perguntados, no entanto forneceram respostas incorretas, em particular quanto aos horários de administração, interações, conduta a ser realizada no caso de esquecimento, dose e indicação terapêutica. Isto comprova que, por falta de informação (verbal ou documentada na prescrição), os usuários podem alterar a terapia medicamentosa de acordo com os seus próprios critérios, provocando aumento ou diminuição de doses, reações adversas ou inefetividade terapêutica [6,7].

Testes exato de *Fisher* foram aplicados para verificar a relação de cada item do instrumento com o modelo de atendimento recebido. Os resultados destas análises permitiram concluir que há evidências de que os usuários da Saúde da Família (GB) compreendem melhor todos os itens avaliados, exceto o modo de administração do medicamento, que pode ser considerado equivalente nas duas formas de organização da APS (Tabela 2).

Salienta-se a importância destes resultados para incentivar a adoção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção

Básica (NASF-AB), que consiste em uma equipe multiprofissional complementar às equipes que atuam na APS. É composto por diferentes profissões e especialidades da área da saúde, atuando de maneira integrada para dar suporte às equipes de saúde da família e do modelo tradicional [2]. Com propósito de potencializar a interação entre os profissionais e o cuidado colaborativo, sugere-se a adoção de consultas e visitas domiciliares compartilhadas, reuniões de equipe, construção de projeto terapêutico singular, estratégias de matriciamento e atividades de educação permanente [22, 23]. No NASF-AB núcleo há a possibilidade de inclusão do profissional farmacêutico.

Entre as informações de maior impacto que o farmacêutico pode fornecer para o prescritor e para o usuário estão as interações medicamentosas e as reações adversas. O farmacêutico ainda pode oferecer outras informações valiosas sobre a farmacoterapia e a saúde em geral, que muitas vezes não são passadas ao usuário por desconhecimento ou até negligência [7, 24].

A participação do farmacêutico no cuidado melhora o suporte informativo sobre medicamentos, auxilia na terapêutica, aumenta a adesão, reduz problemas relacionados à farmacoterapia e contribui para um tratamento medicamentoso seguro e eficaz. Atualmente, este profissional de saúde não faz parte da equipe mínima da ESF ou da Atenção Básica e nas farmácias comunitárias suas atividades geralmente se restringem à gestão logística do medicamento. A implantação do cuidado farmacêutico na APS certamente contribuirá para melhorar o cenário observado neste estudo [24-26].

Conhecer o usuário, a sua situação de saúde, a sua família e os seus determinantes sociais é vital para a escolha adequada do tratamento e para uma comunicação eficiente entre o usuário e a equipe de saúde sobre a farmacoterapia. Pela própria forma como foi construída, a ESF se aproxima mais deste ideal de familiaridade com o usuário e sua realidade social. O fato do GB englobar participantes com menor escolaridade e, mesmo assim, apresentar melhores resultados na compreensão do usuário, fortalece as evidências de que a ESF consegue trabalhar a questão da educação em saúde mais satisfatoriamente e contribui para o URM.



## CONCLUSÕES

Em síntese, os resultados revelam que existem muitos problemas relacionados à educação em saúde que são desfavoráveis ao URM na APS. Entretanto, o estudo apontou indícios de que a compreensão dos usuários atendidos pela ESF sobre o seu tratamento farmacológico é expressivamente superior quando comparada aos usuários do modelo de atendimento básico tradicional. A assistência mais humanizada e centrada na pessoa, a equipe multiprofissional, as visitas domiciliares e a qualidade do atendimento prestado pela ESF certamente colaboram para que o usuário conheça melhor o seu tratamento e o seu medicamento. O estudo comprova a importância da atuação multiprofissional na educação continuada dos usuários e estimula a expansão do NASF-AB. Um paciente bem assistido terá estímulo e conhecimento, elementos imprescindíveis para o URM.

### Agradecimento

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de mestrado do Programa de Demanda Social concedida para Maria Olívia Barboza Zanetti.

### Colaboradores

MOBZ: contribuiu para a concepção, coleta de dados, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica do artigo, aprovando esta versão final submetida.

JMM: contribuiu na revisão crítica do artigo, aprovando esta versão final submetida.

RCGA: contribuiu na revisão crítica do artigo, aprovando esta versão final submetida.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/1992 a 73/2013, pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de. 38 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara; 2013. 111 p.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2017;1-32.
3. Goldbaum M, Gianini RJ, Maria H, Novaes D, Luiz C, César G. Utilização de serviços de saúde em áreas cobertas pelo programa saúde da família (Qualis) no Município de São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2005;39(15):90–9.
4. Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*. 2010; Seção 1. p.88.
5. Lentsck MH, Kluthcovsky ACGC, Kluthcovsky FA. Avaliação do Programa Saúde da Família: uma revisão. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2010;15(3):3456–66.
6. Fröhlich SE, Pizzol T da SD, Mengue SS. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(6):1046–54.
7. Portela A da S, Simões MO da S, Fook SML, Montenegro Neto AN, da Silva PCD. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? *Cien e Saude Colet*. 2010;15(3):3523–8.
8. Arantes LJ, Shimizu HE, Merchán-Hamann E. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. *Cien Saude Colet*. 2016;21(5):1499–509.
9. Aquino R, de Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the family health program on infant mortality in Brazilian municipalities. *Am J Public Health*. 2009;99(1):87–93.
10. Dourado I, Oliveira VB, Aquino R, Bonolo P, Lima-Costa MF, Medina MG, et al. Trends in Primary Health Care-sensitive Conditions in Brazil. *Med Care*. 2011;49(6):577–84.
11. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1 ed. Brasília: UNESCO; 2002. 726 p.
12. Castro RCL de, Knauth DR, Harzheim E, Hauser L, Duncan BB. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. *Cad Saude Publica*. 2012;28(9):1772–84.

13. Lima-Costa MF, Turci MA, Macinko J. A comparison of the Family Health Strategy to other sources of healthcare: utilization and quality of health services in Belo Horizonte, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica*. 2013;29(7):1370–80.
14. Perez LG, Sheridan JD, Nicholls AY, Mues KE, Saleme PS, Resende JC, et al. Professional and community satisfaction with the Brazilian family health strategy. *Rev Saude Publica*. 2013;47(2):403–13.
15. Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE), Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativas populacionais para os municípios e para as Unidades da Federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2015. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa\\_dou.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_dou.shtm)>. Acessado em novembro de 2019.
16. Scheaffer RL, Mendenhall W, Ott RL, Gerow KG. *Elementary Survey Sampling*. 7th ed. Boston, Brooks/Cole: Cengage Learning; 2011. 436 p.
17. DRUGDEX SYSTEM. Greenwood Village, Colorado, USA: Thomson MICROMEDEX; 2019. Disponível em: <<http://periodicoscapes.gov.br>>. Acessado em novembro de 2019.
18. Lacy CF, Armstrong LL, Goldman MP, Lance LL. *Medicamentos Lexi-Comp Manole: uma fonte abrangente para médicos e profissionais da saúde*. 1 ed. Barueri: Manole; 2009. 1707 p.
19. Da Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saude Publica*. 2000;16(2):449–55.
20. 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):927–37.
21. Freire LAM, Storino LP, Horta N de C, Magalhães RP, De Lima T. O acolhimento sob a ótica de profissionais da equipe de saúde da família. *Rev Min Enferm*. 2008;12(2):271–7.
22. Cunha GT, Campos GW de S. Apoio matricial e atenção primária em saúde. *Saude Soc*. 2011; 20(4):961-70.
23. Santos MLM, Kodjaoglanian VL, Ferrari FP. *O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes - Edição Temática NASF*. Porto Alegre: Rede Unida; 2016.
24. Baldoni AO, Obreli-Neto PR, Guidoni CM, Pereira LRL. Perspectives for Clinical Pharmacy in Brazil. *Journal of Applied Pharmaceutical Sciences (JAPHAC)* 2016;2(3): 45-6. 39.
25. Cazarim MS, Freitas O, Penaforte TR, Achcar A, Pereira LRL. Impact Assessment of Pharmaceutical Care in the Management of Hypertension and Coronary Risk Factors after Discharge. *Plos One* 2016;11:e0155204, 2016.
26. Santos FTC, Silva DLM, Tavares NUL. Pharmaceutical clinical services in basic care in a region of the municipality of São Paulo. *Brazilian Journal Pharmaceutical Sciences* 2018;54(3):e17033.