



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE- UFPG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS DE DA SAÚDE- CCBS  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**MARLENE LAÍS RODRIGUES JÁCOME**

**MEDICALIZAÇÃO INFANTIL EM CONSULTA DE SAÚDE: SINÔNIMO DE  
QUALIDADE E SATISFAÇÃO?**

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2017**

**MARLENE LAÍS RODRIGUES JÁCOME**

**MEDICALIZAÇÃO INFANTIL EM CONSULTA DE SAÚDE: SINÔNIMO DE  
QUALIDADE E SATISFAÇÃO?**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG/Campina Grande.

**Área de Concentração:** Saúde da Criança e do adolescente.

**Orientador:** Me. Jank Landy Simôa Almeida

**CAMPINA GRANDE-PB**

**2017**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial "Tereza Brasileiro  
Silva", CCBS - UFCG

J429m

Jácome, Marlene Laís Rodrigues.

Medicalização infantil em consulta de saúde: sinônimo de qualidade e  
satisfação?/Marlene Laís Rodrigues Jácome, PB: O autor, 2017.

47 f. il.: Color. 21 x 27,9 cm.

Orientador: Jank Landy Simôa Almeida, Me.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade  
Federal de Campina Grande, 2017.

Inclui bibliografia.

1. Medicalização. 2.Criança. 3.Satisfação do paciente. I. Almeida, Jank Landy  
Simôa (Orientador). II. Título.

BSTBS/CCBS/UFCG

CDU 616-083:616.89 -053.2 (813.3)



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – UFCG  
 CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS  
 UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – UACS  
 CURSO DE ENFERMAGEM

ATA DA DEFESA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC DO CURSO DE  
 ENFERMAGEM, DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE – CAMPUS DE  
 CAMPINA GRANDE – PB.

Aos 18 dias do mês de 12 do ano 2017 às 14 horas, na sala 08 Pric,  
 com a presença dos professores participantes da banca examinadora abaixo discriminada, realizou-se a  
 defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado  
Medicalização infantil em consulta de saúde: Sinônimo de  
qualidade e satisfação?

desenvolvido  
 pelo aluno (a) Flávia Louís Rodrigues Jacome,  
 regularmente matriculado no componente curricular TCC II, no semestre 2017.2, orientado pelo  
 professor (a) Janck Romdy Simões Almeida. O período da  
 defesa transcorreu em conformidade com as normas estabelecidas pelo regimento do TCC. O aluno  
 utilizou \_\_\_\_\_ minutos para a apresentação do seu TCC. Ao término da defesa o (a) aluno (a)  
 juntamente com o público retirou-se da sala e a banca a portas fechadas emitiu o parecer, atribuindo a nota  
 ao aluno. Em seguida o aluno foi reconduzido à sala e o resultado da sua avaliação foi divulgado pelo  
 orientador. Obtendo nota 10.0 (Dez) pelos  
 examinadores. O orientador agradeceu a presença de todos. Assim, dou fé.

Campina Grande, 18/12/17.

ORIENTADOR (A): Janck Romdy S. Almeida

TITULAÇÃO: Professor

BANCA EXAMINADORA:

1º Membro: \_\_\_\_\_ Titulação: \_\_\_\_\_

2º Membro: Bruna Siphos de B. M. e Silva Titulação: Especialista

Curso de Bacharelado em Enfermagem

Coordenação do TCC II

*Dedico essa conquista ao meu bem mais precioso,  
**minha família.***

## AGRADECIMENTOS

*Sou grata a **Deus e Nossa Senhora** pelas bênçãos recebidas, por sempre abençoar meus caminhos e me guiar perante as dificuldades.*

*Aos meus pais, **Rosemary e Manoel**, que me ensinaram os princípios essenciais, a honestidade, a humildade e a perseverança, e aos irmãos, **Mariana Vitória e Manoel Alexandre**, pelo amor, e apoio durante toda minha vida.*

*À meu amigo e namorado, **Danilo**, por me amparar nos momentos difíceis, por todo amor, paciência, companheirismo e incentivo durante toda a minha caminhada acadêmica. Que seja sempre assim, eu por você e você por mim.*

*Ao Professor e Orientador, **Me. Jank Landy**, por me aceitar como orientanda, lapidando as minhas ideias de projeto, pelos ensinamentos, paciência e profissionalismo que teve em todo o processo de orientação.*

*Aos meus amigos, **Iago, Larissa e Talita**, por sempre estarem ao meu lado, dividindo os fardos da graduação e exaltarem o meu potencial.*

*A toda **minha família** que através de palavras ou simples gestos me deram forças durante todo a minha formação.*

*À banca examinadora, **Dra. Gilvânia Smith da Nóbrega Morais e Esp. Brenda Séphora de Brito Monteiro e Silva** que cederam uma parte de seu tempo precioso para contribuírem com meu trabalho.*

*Aos **professores e mestres** que transmitiram seus conhecimentos e me guiaram nessa honrosa profissão.*

*Muito obrigada!*

## RESUMO

JACOME, M. L. R.; **MEDICALIZAÇÃO INFANTIL EM CONSULTA DE SAÚDE: SINÔNIMO DE QUALIDADE E SATISFAÇÃO?** 48 fls. Trabalho de Conclusão de Curso – TCC (Graduação) – Bacharelado em Enfermagem, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campina Grande – PB, 2017.

O medicamento possui inerentemente um significado simbólico, que expõe o anseio de alterar o decorrer natural da doença. A utilização de medicamentos sem prescrição em pediatria é perigosa e pode trazer grandes consequências, desta forma, a consulta profissional é essencial para avaliação da criança e suas necessidades de saúde, não sendo necessariamente a prescrição de medicamentos um padrão irretocável; todavia é inegável que profissionais de saúde possam ser influenciados pelas expectativas dos pais e próprias crianças com relação à prescrição de medicamentos. O trabalho tem como objetivo analisar a percepção de mães e profissionais no tocante a satisfação da consulta de saúde da criança, condicionada à prescrição de medicamentos. Trata-se de uma pesquisa com método dedutivo, explicativo, caráter quali-quantitativo e de campo, foi realizada em 02 Unidades Básicas de Saúde da família – UBSF na cidade de Campina Grande - PB, a população foi composta pelos responsáveis por crianças com até 12 anos, assim como, médicos e enfermeiros que atendem crianças, os instrumentos de coleta de dados foram dois questionários, e o método escolhido para a discussão e inferência dos dados foi a análise categorial temática de Bardin. Mediante análise dos resultados, emergiram algumas categorias para discussão, como a medicalização das crianças sem a devida indicação, na qual a maior parte dos pais/responsáveis afirmou que já medicaram seus filhos sem orientação de um profissional capacitado; em relação a satisfação da consulta através da terapêutica sem fármacos, a metade dos entrevistados ficariam satisfeitos; grande parte dos profissionais já foram pressionados a prescrever, e uma pequena quantidade de responsáveis assumiram já terem exigidos prescrição de fármacos. Foi possível perceber que os profissionais não atuam por influência dos clientes, e os pais/responsáveis possuem discernimento a respeito do objetivo da consulta de saúde da criança, não havendo a mesma proporção com relação à aceitação de uma terapêutica não farmacológica.

**PALAVRAS CHAVE:** Medicalização. Criança. Satisfação do paciente.

## ABSTRACT

JACOME, M. L. R.; **CHILD MEDICALIZATION IN HEALTHCARE CONSULTATION: SYNONYM OF QUALITY AND SATISFACTION?** 48sht. CourseCompletionWork– CCW (Graduation) – Bachelor'sdegree in nursing, Universidade Federal de Campina Grande - UFCG, Campina Grande – PB, 2017.

The drug has a symbolic meaning, which exposes the yearning to change the natural course of the disease. The use of non-prescription medicines in pediatrics is dangerous and can bring consequences, thus, professional consultation is essential for the evaluation of the child and his/her health needs, and medication prescription is not necessarily an irredeemable standard; however, it is undeniable that health professionals can be influenced by the expectations of parents and children themselves regarding prescription of drugs. This study aims to analyze the perception of mothers and professionals regarding the satisfaction of the child's health consultation, conditioned to drug's prescription. It is a research with deductive method, explanatory, qualitative and quantitative and field character, was carried out in two Basic Units of Health of the Family - UBSF in Campina Grande – PB, the population was composed of those responsible for children up to 12 years old, as well as, doctors and nurses who attend children, the instruments of data collection were two questionnaires, and the method chosen for the discussion and inference of the data was the thematic categorical analysis of Bardin. By analyzing the results, some categories emerged for discussion, such as the medicalization of children without a proper indication, in which most parents/guardians stated that they have medicalized their children without the guidance of a trained professional; in relation to the satisfaction of the consultation through drug-free therapy, half of the interviewees would be satisfied; most of the professionals have already been pressured to prescribe, and a small number of those responsible have already taken prescription drugs. It was possible to perceive that the professionals do not act under the influence of the clients, and the parents/guardians have a discernment regarding the objective of the child's health consultation, not having the same proportion with respect to the acceptance of a drug-free therapy.

**KEYWORDS:** Medicalization. Child. Patientsatisfaction.

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>GRÁFICO 1</b> – Dados sociodemográficos dos pais/responsáveis.....	29
<b>GRÁFICO 2</b> – Dados sociodemográficos dos profissionais.....	30
<b>GRÁFICO 3</b> – Prescrição de um tratamento sem fármacos.....	34
<b>GRÁFICO 4</b> – Prescrição de medicamento através relato dos responsáveis.....	37
<b>GRÁFICO 5</b> – Prescrição de medicamento específico.....	37

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>14</b>
	2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
	2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
<b>3</b>	<b>REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>16</b>
<b>4</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>21</b>
	4.1 TIPO DE PESQUISA OU TIPO DE ESTUDO.....	22
	4.2 LOCAL DA PESQUISA.....	22
	4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
	4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
	4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	24
	4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	24
	4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	25
	4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	26
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES.....</b>	<b>28</b>
	5.1 APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE RESPONDENTES DO ESTUDO.....	29
	5.2 RESPONDENDO AOS OBJETIVOS DA PESQUISA.....	31
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>39</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>42</b>
	APÊNDICES.....	46



## *1 Introdução*

A consulta profissional é essencial para avaliação da criança e suas necessidades de saúde relacionadas ao crescimento, desenvolvimento, doenças intercorrentes, educação em saúde e intervenções diversas; não sendo necessariamente a prescrição de medicamentos um padrão irretocável; todavia é inegável que profissionais de saúde podem ser influenciados pelas expectativas dos pais e próprias crianças com relação à prescrição de medicamentos.

Um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações é a saúde da criança, para que a mesma possa se desenvolver da forma mais saudável e efetiva, contando com o conhecimento em relação às principais características de morbimortalidade, como, aspectos biológicos, demográficos e socioeconômicos, são necessários evidenciar a função desenvolvida pelos serviços e sistema de saúde. Os aspectos decisivos para uma adequada atenção à saúde estão relacionados ao cumprimento de normas técnicas por parte dos profissionais, na relação profissional e paciente, escassez de equipamentos e materiais, falha nas notificações de dados e deficiência no processo de trabalho dos profissionais (MACHADO et al., 2012).

Esta pesquisa justifica-se pela crescente prescrição indiscriminada de fármacos na consulta de saúde da criança influenciada pelos pais ou responsáveis que utilizam deste meio para avaliar o profissional e assistência à saúde, estando essa exigência correlacionada ao nível instrucional dos responsáveis que não aceitam outros métodos de tratamento como também não levam em conta as grandes conseqüências que a medicalização excessiva acarretar a criança.

A satisfação das mães com relação ao atendimento ofertado à criança possui como fundamento a comunicação entre o profissional e o paciente, a escuta e compreensão dos problemas pessoais sem discriminações e a explicação sobre as enfermidades de uma forma compreensível e gentil. Gerando assim um vínculo dos usuários ao serviço e uma confiança mútua.

A utilização de medicamentos sem prescrição em pediatria é perigosa e pode trazer grandes conseqüências. Bricks (1996) constatou o uso indiscriminado de medicamentos em Pediatria, principalmente de antibióticos, analgésicos e antitérmicos. Para prescrição de um medicamento necessita-se avaliar a criança e toda a situação em que esta inserida, analisando qual o melhor medicamento para a patologia apresentada, posologia, atentar para interações

medicamentosas e alergias. Para que tudo isso aconteça, é indispensável à consulta com um profissional capacitado.

Segundo Hersh (2011) examinar a criança, aguardar alguns dias e depois levá-la a consulta novamente para confirmar, ou não, a necessidade do antibiótico, por exemplo, é uma das medidas simples para evitar a grande quantidade de prescrições desnecessárias.

O medicamento é visto como um bem de consumo, deixando de ser um produto de origem natural e artesanal para ser industrializado. No entanto, o acesso universal aos serviços de saúde e aos medicamentos não vem acompanhando as necessidades em saúde de vários países. Paralelamente, as estruturas reguladoras de mercado em diversos países apresentam fragilidades e suas políticas de medicamentos mostram dificuldades de implementação (PFAFFENBACH, 2010).

A comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos são características utilizadas pela OMS para retratar a utilização de medicamentos, com destaque aos resultantes médicos e socioeconômicos. Desde o século 20, quando iniciaram a produção dos primeiros medicamentos, até hoje em dia, ocorreram várias mudanças no processo para registro e comercialização incorporados na legislação. São de grande relevância para saúde pública estudos sobre o uso de medicamentos (PFAFFENBACH, 2010).

Convém acrescentar que as primeiras pesquisas na área da avaliação em saúde, com relação à satisfação do paciente, possuem como objetivo proporcionar melhores resultados clínicos, através da adesão ao tratamento, abordando o comparecimento às consultas, aceitação das prescrições e orientações sobre a utilização dos medicamentos. Tendo sempre como propósito as concepções do paciente com relação às suas expectativas e desejos (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

No âmbito das pesquisas de satisfação ocorrem algumas críticas, uma das mais frequentes está relacionada ao aspecto subjetivo da categoria “satisfação”, por conter diferentes significados como: grau de expectativa e exigências pessoais associados ao atendimento e características pessoais do paciente como estado psicológico, gênero, idade e classe social. Um dos mais complexos é o aspecto da expectativa, porque os pacientes muitas vezes diminuem suas expectativas com relação ao serviço, e uma avaliação positiva de um serviço pode ser

consequência de uma baixa capacidade crítica do paciente. Também pode ocorrer o contrário, sendo assim, uma avaliação baixa pode ser consequência de um paciente com nível de exigência alto (VAITSMAN; ANDRADE, 2005).

A partir deste pressuposto idealizou-se o seguinte questionamento: **A medicalização infantil em consulta de saúde é utilizada como método de avaliação da qualidade e satisfação do serviço?** A futura pesquisa tem sua instigação na observação crítica em campos de estágio da Atenção Básica em Saúde no Município de Campina Grande, onde se percebeu a exigência de prescrição e utilização indiscriminada de fármacos em criança por parte dos pais.

A educação em saúde é a melhor forma de conscientizar a sociedade sobre os riscos que a medicalização desnecessária pode trazer para o organismo da criança. Conforme Golan (2012) os fármacos para alguns pacientes podem ser tóxicos, devido à predisposição genética, ação não-seletiva ou uso ou administração inapropriados do fármaco, sendo assim, um efeito adverso pode representar um exagero da ação farmacológica desejada, devido a alterações na exposição à substância. Segundo Nascimento e Magalhães (2013) O uso excessivo de antibiótico acarreta gastos dispensáveis com a hospitalização de pacientes com hipersensibilidade e reações adversas a medicamentos, o uso abusivo destes medicamentos atrapalha o terapêutica de futuras infecções como também o agravamento do quadro clínico.

Ressalta-se que a pesquisa ora referida potencialmente irá colaborar nas esferas acadêmica, assistencial e de ciências da saúde guardadas as devidas proporções que são afirmadas e defendidas nas discussões dos resultados que corroborarão com a literatura científica afim.

Neste sentido este trabalho foi construído e estruturado em: parte pré-textual, introdução da temática, objetivos de pesquisa, embasamento literário, metodologia científica do trabalho, resultados encontrados e discussões, considerações finais, referências literárias utilizadas e partes pós-textuais.



*2 Objetivos*

## 2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção de mães e profissionais no tocante a satisfação da consulta de saúde da criança, condicionada à prescrição de medicamentos.

## 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Pesquisar se a consulta profissional sem prescrição de medicamentos incita pais ou responsáveis a medicalizarem as crianças sem a indicação adequada;
- Correlacionar o nível educacional/instrucional do responsável pela criança com a aceitação da terapêutica indicada pelo profissional de saúde;
- Investigar se existe por parte do profissional de saúde a prescrição medicamentosa sem indicação absoluta, por possível influência do responsável pela criança.



### *3 Revisão Bibliográfica*

A revisão da literatura também conhecida por “revisão bibliográfica” tem por objetivo demonstrar o estágio atual da contribuição acadêmica a cerca de um determinado assunto. Proporciona uma visão abrangente de pesquisas e contribuições anteriores, necessárias para investigações futuras e desenvolvimento de estudos (SANTOS, 2012).

Neste sentido, segundo Moraes (2015) a revisão é o processo de análise e descrição de um conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. “Literatura” engloba todo o material necessário que é escrito sobre um tema: livros, artigos de periódicos, artigos de jornais, registros históricos, relatórios governamentais, teses e dissertações e outros tipos.

Retomar os discursos de outros pesquisadores e estudiosos é o significado de revisar, desta forma, reconhecendo e interagindo com eles por meio de análise e categorização a fim de evidenciar a relevância da pesquisa a ser realizada. É relativamente impossível apresentar uma pesquisa de qualidade em uma monografia, dissertação ou tese sem uma boa revisão da literatura (SANTOS, 2012).

A parte essencial do processo de investigação engloba localizar, analisar, sintetizar e interpretar a investigação prévia relacionada com a sua área de pesquisa, desta forma, construindo uma análise bibliográfica referente aos trabalhos já publicados sobre o tema. A revisão da literatura é indispensável para definir bem o problema e poder obter uma idéia precisa sobre o estado atual dos conhecimentos sobre o tema escolhido, as suas lacunas e a contribuição da investigação para o desenvolvimento do conhecimento (BENTO, 2012).

Os propósitos da revisão de literatura num estudo de investigação são: Delimitar o problema de investigação para que não fique muito abrangente; evitar áreas e temas que já foram bastante investigados procurando novas linhas de investigação; evitar abordagens infrutíferas; a leitura geral pode dar idéias para o desenho metodológico ganhando perspectivas metodológicas, por fim, identificar recomendações para investigações futuras, frequentemente, os estudos terminam com mais questões e sugestões para outras investigações (BENTO, 2012).

Neste contexto de revisão de conceitos e saberes, Costa (2011) afirma que a atenção à saúde da criança representa um campo prioritário dentro dos cuidados à saúde das populações. No Brasil, as condições de saúde estavam diretamente relacionadas às condições de vida dessa população, sendo assim, as ações de puericultura tiveram prioridade na política de atenção a

saúde da criança, mesmo assim, os perfis de morbimortalidade infantil resistiam às ações realizadas.

É de suma importância a assistência à saúde da criança decorrente da vulnerabilidade nessa etapa do ciclo de vida que está inserida. Através da puericultura que possui o papel de acompanhamento da criança saudável, espera-se reduzir a incidência de doenças e alcançar o seu potencial, aumentando suas chances de crescer e desenvolver-se (CAMPOS et al., 2011)

Decorrente desta abordagem, o Ministério da Saúde aderiu a AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) em 1995, como política de atenção a saúde da criança menor de cinco anos. A estratégia AIDPI integrou as ações do PAISC (Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança), inserindo o conceito de integralidade e sugerindo um novo modelo de abordagem a saúde da criança no nível de atenção básica, ordenando o atendimento clínico e agregando ações curativas com medidas preventivas e de promoção da saúde (OMS, 2006). Conforme Costa (2011) O Programa de Saúde da Família (PSF) aparece como estratégia de reorganização da atenção básica tornando-se um importante mecanismo de mudança nas práticas e na atenção a população.

Paim (1999) confirma que a estratégia do PSF pode assegurar a integralidade, efetividade e qualidade do primeiro nível de atenção, como também, pode ofertar um atendimento simplificado. Sendo necessária uma avaliação, na busca de respostas efetivas sobre seu funcionamento e sobre suas propostas de mudanças.

A consulta de enfermagem voltada à criança tem como propósito prestar assistência sistematizada de enfermagem, de forma global e individualizada, identificando problemas de doença, implementando e avaliando cuidados que contribuam para a promoção, reabilitação, recuperação e proteção de sua saúde. Sua realização envolve uma sequência sistematizada de ações: histórico de enfermagem e exame físico, diagnóstico de enfermagem, plano terapêutico ou prescrição de enfermagem, e avaliação da consulta (CAMPOS et al., 2011).

A legislação de Enfermagem assegura que a consulta, deve ser repensada na perspectiva do Programa de Saúde da Família (PSF) que objetiva aprimorar e assegurar os princípios do Sistema Único de Saúde. A aplicação desta estratégia propõe reorganizar a assistência básica à saúde para desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da

família e da comunidade, identificando antecipadamente a necessidade de tratamento das doenças, através da atuação de equipes de saúde, de caráter multiprofissional, capacitadas tecnicamente a prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade, para atender as necessidades de saúde da população cadastrada e atendida na unidade de saúde (BRASIL, 1998).

Estudos sobre a satisfação do usuário são essenciais para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, sob a sua visão, fornecendo subsídios para os que administram tais serviços e para a equipe que presta a assistência, possibilitando a reflexão e superação das limitações detectadas (ROBLES et al, 2008). Douglass (2000) afirma que o sucesso do tratamento é decorrente da satisfação dos usuários com os serviços prestados, pois pacientes satisfeitos aderem mais ao tratamento.

Tratando-se do atendimento infantil, a satisfação dos pais com a assistência irá influenciar diretamente na saúde de seus filhos, dependendo da idade da criança, eles serão os mediadores entre o profissional da saúde e a criança, acompanhando-a à consulta e colocando em prática as orientações e tratamentos prescritos pelo profissional (DOUGHERTY, 2004).

Os custos com medicamentos representam um dos principais gastos no cuidado básico de saúde. Porém, quando usados corretamente, os medicamentos são o recurso terapêutico mais frequentemente efetivo. Levando em consideração que os custos e a prescrição de medicamentos é um ato complexo, sujeito a erros, é fundamental que os profissionais que elaboram e implementam políticas de saúde, conheçam o padrão de prescrição vigente na atenção básica. Esse conhecimento possibilita a adesão de estratégias de gestão e controle que oferecerá a melhor relação custo-benefício para a comunidade atendida (COLOMBO et al., 2004).

A utilização de medicamentos em crianças está sujeita à influência de diversos fatores, como os culturais, psicológicos, sociais, econômicos e políticos, não sendo apenas, a morbidade local, os conhecimentos médicos sobre etiologia, fisiopatologia e terapêutica das doenças. Merece um destaque a regulamentação do uso de medicamentos que está diretamente vinculada à política de saúde de um país ou região, e à liberdade que as indústrias possuem na divulgação de informações sobre os medicamentos, à população leiga. Essas informações, em grande maioria, falam apenas os benefícios dos fármacos, omitindo informações sobre os seus riscos e não

cumprindo a legislação que obriga as indústrias a comprovar a segurança e eficácia dos medicamentos (BRICKS; LEONE, 1996).

Decorrente da identificação de medicamentos como uma modalidade terapêutica fundamental, várias medidas têm sido realizadas para promover seu uso racional, reduzindo os custos associados com prescrições inadequadas, utilização incorreta e efeitos adversos. Um conceito introduzido pela OMS contempla a adoção de listagens de medicamentos essenciais de acordo com as necessidades locais (MARIN, 2003). Com o desejo de racionalizar o uso dos medicamentos existentes, o Ministério da Saúde construiu uma lista de medicamentos denominada Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (BRASIL, 2002), que visa orientar o uso de produtos seguros, eficazes e com perspectiva de solucionar a maior parte dos problemas de saúde da população brasileira (COLOMBO et al., 2004).

A não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde e a falta de informações a respeito da doença e do tratamento são uns dos determinantes para a não adesão do paciente ao tratamento. As informações com relação aos medicamentos constituem condição básica para a adesão ao tratamento, mesmo assim, não se tem fornecido atenção suficiente ao seu fornecimento nas diversas situações de atendimento ao paciente, desde da consulta até a dispensação do medicamento em farmácias (SILVA, 2000).

As estratégias de educação dos pais e familiares com relação ao cuidado com os filhos devem conter informações claras e de qualidade. Considerando, todo o contexto no qual a família da criança está inserida, dando uma maior atenção à mãe, que culturalmente, a mulher ainda é detentora dos cuidados domésticos e maternos, ficando para ela a total responsabilidade pelo cuidado à criança (GODIM et al., 2009).



## *4 Procedimientos Metodológicos*

#### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa com método dedutivo, explicativo, caráter quali-quantitativo e de campo. Segundo Fernandes (2014), o método de pesquisa qualitativo apresenta diferenças em relação aos objetivos, formas e método. As características fundamentais dessa espécie de pesquisa que se deve compreender é o caráter descritivo, o significado que as pessoas dão à sua vida e as coisas, o ambiente natural como fonte direta de dados e o fundamental é o pesquisador como instrumento. Conforme Terence e Escrivão Filho (2006), o método de pesquisa quantitativo obedece a um plano pré-estabelecido, com o propósito de enumerar ou medir eventos, realiza previsões específicas de princípios, observações ou experiências, e os seus resultados são generalizados.

O método dedutivo parte de princípios, teorias ou leis consideradas legítimas e indiscutíveis, com base na lógica prediz a ocorrência de casos particulares. Por intermédio de uma cadeia em ordem descendente, o raciocínio dedutivo tem o objetivo de explicar o conteúdo das premissas, analisando do geral para o particular, desta forma, chega a uma conclusão. Utiliza a construção lógica, o silogismo para, com base em duas premissas, retirar uma terceira logicamente consequente das duas primeiras, denominada de conclusão (PRODANOV; FREITAS, 2013).

A pesquisa explicativa objetiva identificar os fatores que contribuem para a ocorrência dos fenômenos ou variáveis que afetam o processo, explicando o porquê das coisas. Conforme Lakatos e Marconi (2011) a pesquisa registra fatos, interpreta-os, analisa-os e identifica suas causas, gerando idéias ou hipóteses por força de dedução lógica.

#### 4.2 LOCAL E TEMPO DA PESQUISA

A pesquisa realizou-se no período de fevereiro à novembro de 2017, em Unidades Básicas de Saúde da família – UBS do Distrito sanitário I e V, sendo elas UBS Antônio Mesquita de Almeida e UBS Bairro das Cidades II, que corresponde a 4,4% das unidades, na cidade de Campina Grande, município brasileiro no estado da Paraíba, possui uma população estimada de 407.754 habitantes, distribuída em 593,026 Km<sup>2</sup>, sendo a segunda cidade mais populosa da

Paraíba. A cidade localiza-se entre a altitude de 551m e possui as seguintes coordenadas geográficas: Latitude de 07° 13' 50" Sul e Longitude de 35° 52' 52" Oeste (IBGE, 2016).

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são a porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo desses postos é atender até 80% dos problemas de saúde da população, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais (MAISMEDICOS, 2013).

#### 4.3 POPULAÇÕES E AMOSTRAS

As populações foram compostas por dois grupos, pelos responsáveis por crianças com até 12 anos, de ambos os sexos, com qualquer nível de escolaridade e ocupação, que estejam em atendimento nas Unidades Básicas de Saúde da Família; e por médicos e enfermeiros que atendem crianças, de ambos os sexos. As amostras dos dois grupos, responsáveis e profissionais, foram coletadas de forma aleatória e por acessibilidade, pois, se fez necessário a autorização da secretária de saúde para liberação da unidade. Para atingir o quantitativo final de respondentes do estudo considerou-se a saturação de respostas, isto por se tratar de uma pesquisa qualitativa.

#### 4.4 CRITERIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Critérios dos incluídos na amostra:

- Responsável: Ser pai, mãe, ou responsável da criança com até 12 anos; o participante deverá estar em atendimento na UBSF; ter capacidade de expressar-se oralmente; manifestar sua vontade de forma autônoma e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).
- Profissional: Ser médico ou enfermeiro de UBSF; atender crianças com até 12 anos; ter capacidade de expressar-se oralmente, manifestar sua vontade de forma autônoma e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram critérios de exclusão:

- Responsável: Adultos que não possuem vínculo e responsabilidades com crianças; desejo do participante em retirar o consentimento, a qualquer tempo e não completar a coleta de dados.
- Profissional: Não ser médico ou enfermeiro; médico ou enfermeiro que não prestem serviço a crianças; médico ou enfermeiro que não trabalhem em UBSF; desejo do participante em retirar o consentimento, a qualquer tempo e não completar a coleta de dados.

#### 4.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Os instrumentos da coleta de dados foram dois questionários. O questionário do responsável dividido em duas partes, a primeira parte sobre características sociodemográficas como: sexo, escolaridade, estado civil, idade, ocupação, renda familiar, número de filhos, número de pessoas que reside na casa. Em seguida, na segunda etapa, foram avaliados os princípios, crenças e conhecimento sobre o atendimento/consulta, relação com o profissional, se medica a criança sem orientação de um profissional, aceitação e prática das orientações fornecidas pelos profissionais, e se fazem exigências durante a consulta.

O questionário do profissional dividiu-se também em duas partes, a primeira parte sobre características sociodemográficas como: sexo, escolaridade, estado civil, idade, profissão. Em seguida, na segunda etapa, foram avaliados: se já prescreveu medicamento sem avaliação da criança apenas com base em relato do responsável, prescrição de medicamento específico solicitado, prescrição desnecessária para satisfação do responsável e se já recebeu algum tipo de ameaça ou chantagem para realizar prescrição.

#### 4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados iniciou-se após a explicação do tema e objetivos do projeto, bem como após a aceitação e devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), conforme prevê a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Foi realizado agendamento prévio com as unidades e profissionais de saúde conforme sua disponibilidade e agenda da UBSF a fim de garantir que as mesmas não estejam em atendimento ao usuário, ou desenvolvendo alguma atividade.

A operacionalização da coleta de dados desta pesquisa realizou-se por meio da aplicação de um questionário. O instrumento foi previamente explicado aos entrevistados, e o pesquisador não se ausentou do local; considerou-se a possibilidade de explicações extras, mas sem a indução de discursos que pudessem influenciar as respostas descritas no instrumento. A entrevista ocorreu em local seguro, calmo e sem interferências externas.

Garantiu-se o acesso aos resultados individuais e coletivos; Minimizou-se os desconfortos, garantido local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras; Estive atenta aos sinais verbais e não verbais de desconforto; Assegurado a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização, reforçado a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico – financeiro; Foi assumido a responsabilidade de dar assistência integral às complicações e danos decorrentes dos riscos previstos; Garantiu-se que o estudo seria suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa; deixou-se claro a divulgação pública dos resultados; Assegurou-se que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes quando as pesquisas envolverem comunidades; Confirmou-se a inexistência de conflito de interesses entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa; Assumiu-se o compromisso de comunicar às autoridades sanitárias os resultados da pesquisa, sempre que os mesmos puderem contribuir para a melhoria das condições de saúde da coletividade, preservando, porém, a imagem e assegurando que os sujeitos da pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a autoestima.

#### 4.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para a estudo dos dados empregou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin, composta por cinco etapas operacionais, quais sejam: Organização da análise, onde os critérios são a pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados; codificação, restringe-se a escolha das unidades, regras de contagem e das categorias; categorização onde define-se escolha de categorias como classificação e agregação; inferência que compreende o tratamento dos resultados, realizar uma análise de conteúdo sobre a análise de conteúdo; e por fim, a informatização da análise das comunicações; e (BARDIN, 2011). O método de análise temático de conteúdo utilizado é de Laurence Bardin. Tem por objetivo explicar a análise de conteúdo e a utilidade que pode ter nas ciências humanas, descrever a evolução da análise de conteúdo, delimitar o seu campo e diferenciá-la de outras práticas, exporem exemplos simples e concretos de análise, descrever cada operação de base, do método, fazendo referência à técnica fundamental, a análise de categorias e indicando os seus princípios de funcionamento. A análise qualitativa aconteceu com dois grupos distintos de respostas, sendo eles, os profissionais e responsáveis.

As etapas formadoras da análise de conteúdo organizam-se em torno de três polos cronológicos: 1) **A pré-análise**, etapa a qual esteve voltada à organização, teve como objetivo tornar operacionais e sistemáticos as ideias iniciais, em que se utilizam três missões, sendo eles: leituras flutuantes submetidas à análise, formulação de hipóteses e dos objetivos, e elaboração de indicadores que fundamentaram a interpretação final; 2) **A exploração do material**, houve uma operação de codificação dos dados a partir das unidades de registro, onde os dados brutos foram transformados sistematicamente e agregados em unidades, permitindo a descrição exata das características pertinentes do conteúdo; 3) **O tratamento dos resultados e interpretação**, etapa na qual os resultados brutos foram tratados para serem significativos e válidos, foi realizada a categorização de respostas por semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns, permitindo estabelecer gráficos de resultados com estatística simples pondo em relevo as informações fornecidas através da análise.

#### 4.8 POSICIONAMENTO ÉTICO

O estudo foi realizado respeitando as recomendações advindas da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, considerando o respeito pela dignidade humana e pela especial proteção devido aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos, tendo em vista o desenvolvimento e o engajamento ético, que é inerente ao desenvolvimento científico e tecnológico. A presente pesquisa também levou em consideração os preceitos éticos da Resolução COFEN nº 311/07 do código de ética dos profissionais de enfermagem que no seu capítulo III dispõe sobre o ensino, pesquisa e produção técnico-científica, deve-se ter com responsabilidades e deveres, respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados, interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo à vida e à integridade da pessoa, entre outros.

Antes da execução da pesquisa, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Hospital Universitário Alcides Carneiro, da Universidade Federal de Campina Grande, assegurando os direitos e deveres dos respondentes do estudo. Dessa forma, foi apresentado aos sujeitos da pesquisa o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice), obtendo o consentimento por escrito. Todas as etapas da pesquisa foram explicadas ao sujeito da mesma.

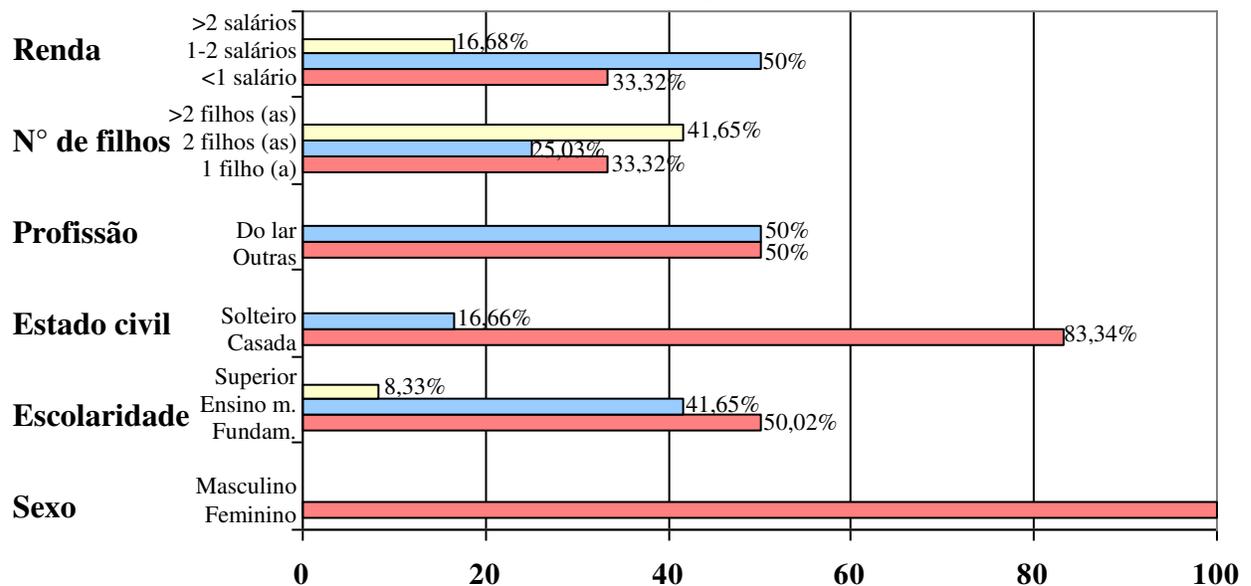


## *5 Resultados e discussões*

### 5.1 APRESENTAÇÃO DA AMOSTRA DE RESPONDENTES DO ESTUDO.

Participaram do presente estudo 16 indivíduos abordados em dois serviços de saúde: Unidade de Saúde da Família Bairro das Cidades II, Unidade de Saúde da Família Antônio Mesquita de Almeida. A média de faixa etária foi de 31,5 anos de todos os participantes. As Tabelas 1 e 2 descrevem as características sociodemográficas e socioeconômicas dos participantes do estudo, sendo elas, pais/responsáveis e profissionais, respectivamente.

**GRÁFICO 1** – Dados sociodemográficos dos pais/responsáveis.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

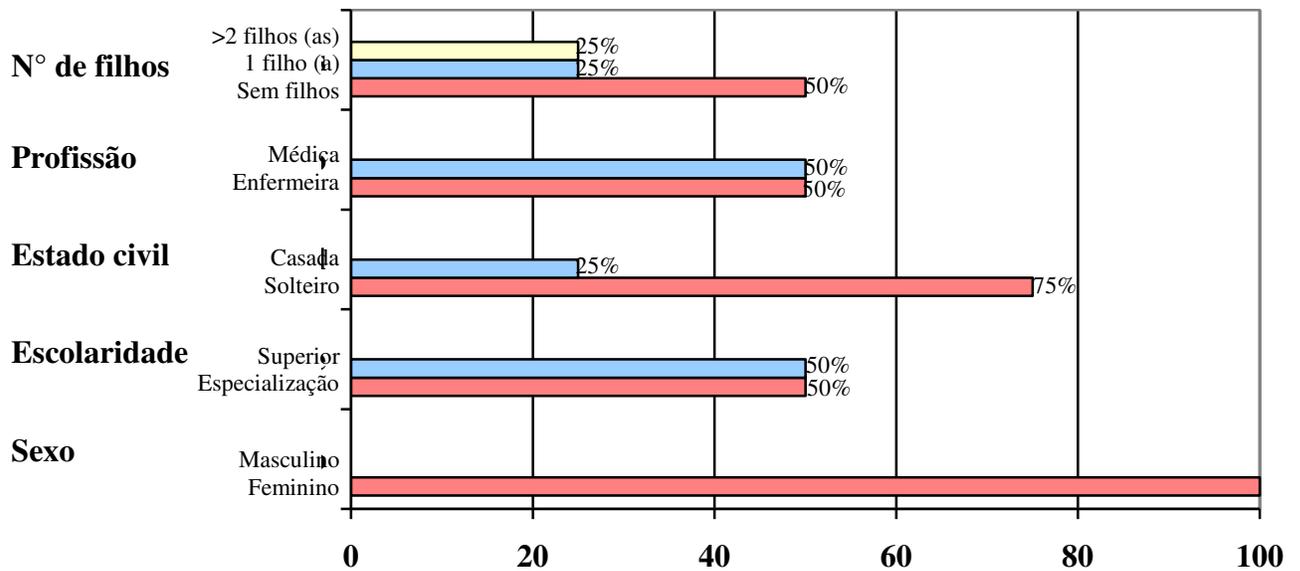
No **gráfico 1**, nota-se unanimidade do sexo feminino, 41,65% cursaram o ensino médio, sendo 8,33% com curso superior, apenas 16,66% não é casada, a profissão que teve destaque foi a do lar, correspondendo a 50% dos participantes, grande parte 41,65% possuem mais de dois filhos, pais com filho único corresponde a 33,32%, a renda familiar que predominou foi 1-2 salários mínimos equivalendo a 50% dos participantes sendo eles pais/responsáveis.

Conforme Silva et al. (2011) em relação ao perfil sociodemográfico dos indivíduos que utilizaram o SUS para atendimento em saúde, as estatísticas foram observadas em 2003 e 2008, não houve diferença significativa na proporção de usuários que procuram o serviço segundo o sexo, a maior procura manteve-se por mulheres (17% contra 12% dos homens). Também não se observou mudança do padrão de procura de serviços segundo idade, mantendo-se proporção mais

elevada de procura entre os mais jovens e idosos. Com relação a renda familiar per capita, a procura por serviços cresceu conforme aumento da renda.

As características sociodemográficas dos profissionais que participaram da pesquisa, expressa no **gráfico 2**, demonstra a participação apenas do sexo feminino, sendo 50% com título de especialista e 50% com curso superior, predomínio de solteiras, sendo elas 75% e casadas 25%, com relação a profissão a metade são enfermeiras e a outra metade médicas, 25% possuem filho único, 25% possuem dois ou mais filhos e 50% não possuem filhos.

**GRÁFICO 2** – Dados sociodemográficos dos profissionais.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Corroborando com o presente estudo, com relação ao sexo dos profissionais, Tomasi et al. (2008) apresenta que os trabalhadores da atenção básica de saúde são em sua maioria mulheres entre 31 e 45 anos de idade. Apenas 37% tinham especialização, entre os profissionais de nível superior, sem diferença significativa entre os lotes (Sul = 35% e Nordeste = 39%).

## 5.2 RESPONDENDO AOS OBJETIVOS DA PESQUISA

### *Categoria 1: Acompanhamento da saúde da criança.*

O primeiro ponto abordado no questionário de pais/responsáveis foi: “Para você, o que é consulta de saúde da criança?” 74,97% utilizaram a palavra “importante” em meio a seu discurso para definir o que de fato consideravam sobre a consulta, outros termos bastante utilizados foram “desenvolvimento”, “saúde”, “acompanhar”. Notou-se que alguns entrevistados definiram de forma incompleta, mas nenhum de maneira errada. Pode-se afirmar que os participantes possuem conhecimento suficiente a respeito do objetivo e da função da consulta de saúde da criança. Alguns participantes utilizaram mais de um termo em suas respostas para caracterizar a consulta de saúde da criança.

*“É acompanhar o desenvolvimento e crescimento da criança.” (Responsável 2)*

*“Importante, forma de acompanhar a saúde e prevenir doenças.” (Responsável 9)*

*“Muito importante para prevenção de doenças e acompanhar o desenvolvimento dos filhos.” (Responsável 10)*

Na pesquisa de Saparolli e Adami (2007) observou-se que em 100% das consultas foi enfatizada a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil praticado pela equipe de saúde, requisitando à família o comparecimento da criança conforme as marcações de rotina que estabelece a alternância entre as consultas médica e de enfermagem.

O Programa de Saúde da Família (PSF) objetiva assegurar e aprimorar os princípios do Sistema Único de Saúde, neste contexto a consulta necessita ser refletida. Esta estratégia deve ser aplicada possibilitando reorganizar a assistência básica à saúde com o intuito de desenvolver ações de promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade; identificar previamente a necessidade de tratamento das doenças, por meio da atuação de equipes de saúde, de caráter multiprofissional, qualificados tecnicamente a prestar assistência integral contínua, resolutiva e de boa qualidade, proporcionando a resolução das necessidades de saúde da comunidade e da população cadastrada e atendida na unidade de saúde (BRASIL, 1998).

***Categoria 2: Bom relacionamento profissional-família/responsável.***

O relacionamento dos profissionais com o pais/responsáveis foi analisado no segundo ponto do questionário, indagando a seguinte pergunta: “Você possui uma boa relação pessoal com os profissionais de saúde que atendem sua criança quando necessário?”. As respostas foram objetivas e claras, sendo a maioria “sim” (66,65%), “tenho” (16,67%), algumas com adjetivos como “adoro”, “gosto”. Todos os entrevistados possuem um bom relacionamento com os profissionais de saúde que atendem suas crianças.

“*Gosto.*” (Responsável 4)

“*Sim, são muito legal.*” (Responsável 6)

“*Adoro eles, me recebem bem.*” (Responsável 7)

“*Tenho.*” (Responsável 11)

A relação médico-paciente é uma construção que se inicia a partir da abordagem utilizada pelo profissional, aplicando-se características humanas, subjetivas, de maneira natural. Utilizando também de sua anamnese para que, a partir das queixas relatadas pelo doente, deve-se procurar conhecer o estilo de vida do indivíduo, para se aplicar o tratamento mais eficaz. Sabendo que a relação é um aspecto essencial para a melhoria da qualidade do serviço, necessita-se buscar a personalização da assistência humanizada do atendimento com o consentimento e o direito à informação (ROCHA et al., 2011).

***Categoria 3: Medicalização das crianças sem a indicação adequada.***

Quando indagados no terceiro ponto “Você já medicou seu filho (a) sem prescrição ou orientação de um profissional de saúde?” 66,65% dos pais/responsáveis afirmaram que “sim”, “já”, medicaram as crianças sem indicação de um profissional capacitado, comparado com 25% que responderam “não” e 8,34% que possuem a resposta contraditória.

“*Sim, só quando tá gripado.*” (Responsável 4)

“*Não, tenho medo de ofender.*” (Responsável 7)

“*Não, a não ser o de febre.*” (Responsável 8)

Segundo o Conselho Federal de Psicologia (2013) Houve o crescimento impetuoso da indústria farmacêutica estabelecida em um contexto social que, apesar de apresentar discursos moralistas e ações repressoras sobre as drogas ilegais, aceita o crescente consumo das drogas lícitas passivamente. A economia favorável para a indústria de psicofármacos e outros grupos de medicamentos é impulsionada através do espaço mercadológico criado pela relação existente entre mal-estar e medicamentos.

Como forma de complementar o terceiro questionamento, foi utilizado a seguinte pergunta: “Se sim, por qual motivo?” As respostas foram diversas, destacando-se:

*“Dor de ouvido, dei antibiótico, dei novamente porque já havia tomado uma vez.”* (Responsável 5)

*”Sintomas apresentados anteriormente.”* (Responsável 10)

*“Ele se vacinou e nunca tinha tomado remédio para febre.”* (Responsável 8)

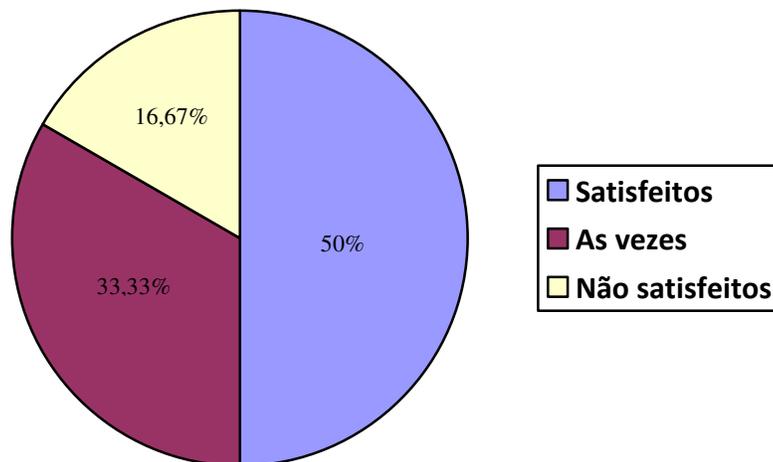
Conclui-se que, as medicações sem orientação de um profissional capacitado ocorrem por dois principais motivos, utilização de prescrições anteriores, por apresentarem quadros clínicos parecidos com patologias já tratadas e por sinais e sintomas considerados comuns, mesmo sem ter dito uma prescrição anterior, tratam com medicamentos popularmente conhecido.

A definição de medicalização é um recorrente tema do pensamento social, sendo considerada de grande destaque teórico prática. Não se trata de uma diminuição com relação a relevância do aumento da autonomia dos sujeitos, porém, devem situá-la no contexto histórico atual, no qual os sujeitos vêm sendo instigados a se tornar independentes, verdadeiros consumidores de bens e serviços, inspirando-se nos princípios das práticas biopolíticas de cuidado à saúde. Desta forma, pode-se chamar a atenção para um aspecto com relação ao fato de que os pacientes ampliam, em determinadas situações, sua aptidão de viver a vida de modo “autônomo”, não significando um real aumento na qualidade e/ou expectativa de vida (CARVALHO et al., 2015).

***Categoria 4: Satisfação da consulta através da terapêutica indicada pelo profissional de saúde.***

“Se o profissional de saúde prescrever um tratamento sem fármacos para seu filho, você ficará satisfeito?” Para este questionamento foram obtidos três grupos de respostas, 50% ficariam satisfeitos, 33,33% atribuíram condições para que ocorra a satisfação relativizando a sua resposta e 16,67% afirmaram que não ficariam satisfeitos.

**GRÁFICO 3**– Prescrição de um tratamento sem fármacos.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Mesmo que os pais tenham que suportar as consequências futuras das terapias recomendadas, em seus filhos, neles mesmos e dessa forma ter intromissão nos fatos em relação aos efeitos das decisões sobre tratamentos, não se deve utilizar disso, exclusivamente, para alegar a não aceitação de uma terapia nitidamente benéfica. Nas ocasiões em que os pais enjeitam uma terapia claramente benéfica, devem prevalecer os melhores interesses para a criança. O risco-benefício é o ponto principal considerado nesta circunstância (KIPPER, 1997).

Para melhor entendimento do questionamento anteriormente citado, foi realizada a seguinte pergunta: “Você seguiria o tratamento mencionado acima?”, os participantes que seguiriam o tratamento correspondem a 66,66%, o restante (33,34%) impôs condições para seguir, deixando a resposta relativa, e nenhum participante respondeu que não seguiria.

*“Eu gosto, iria.”* (Responsável 3)

*“Depende do que ela esteja e do profissional, se responsabilizando.”* (Responsável 8)

*“Depende do quadro clínico do meu filho.”*  
(Responsável 10)

Constata-se que mesmo os participantes que afirmaram não ficar satisfeitos, dependendo de algumas condições, seguiriam o tratamento, como por exemplo:

*“Se eu ver que dá certo, eu seguiria”* (Responsável 4).

Vale sempre lembrar que a autonomia precisa ser respeitada profundamente quando o paciente apresentar um consentimento informado, competente e sem qualquer pressão externa ou interna. Nos países desenvolvidos, que possuem o nível cultural mais elevado, juntamente com maiores problematizações a respeito dos questionamentos éticos, prevalentemente se aceita o princípio da autonomia. Neste contexto, os profissionais devem utilizar de toda a sua criatividade e esforços para conquistar estes consentimentos informados e livres (KIPPER, 1997).

Consegue-se encontrar uma diferente e importante influência decorrente das distintas formulações e projetos preconizados pelo “empoderamento” dos pacientes e cidadãos. Como exemplo, o que ocorre no projeto da Promoção à saúde, que possui como objetivo principal a indução de práticas desmedicalizantes, incentivando os indivíduos a readquirir o controle sobre a sua saúde e encarregar-se do papel de cidadão e/ou consumidores participantes dos recursos decorrentes do “mercado” da saúde-doença (CARVALHO, 2004).

#### ***Categoria 5: Prescrição medicamentosa por influência do responsável pela criança.***

Os participantes que assumiram terem exigido do profissional de saúde a prescrição de algum medicamento de sua preferência durante a consulta da criança, equivale a 33,32%. Os mesmos, foram questionados se o profissional atendeu a sua exigência, as respostas obtidas por estes participantes indica que quase todos (80%) os profissionais realizaram a prescrição, destes, 50% analisaram o quadro antes de atender à exigência.

*“Ele avaliou e prescreveu.”* (Responsável 2)

*“Um prescreveu e outro não.”* (Responsável 11)

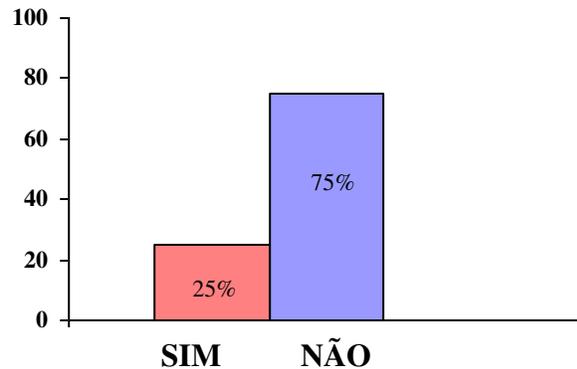
Em seu discurso Carvalho et al. (2015) define que a medicalização, enquanto um fenômeno social complexo, é imprescindível não ser compreendida apenas em um sentido único e universal, pelo fato dela ser uma resultância de distintos processos e arranjos históricos sociais, no qual não apenas a ciência, em suas variáveis peculiaridades tem um relevante papel na composição do fenômeno.

Os participantes que nunca exigiram prescrição de medicamento da sua preferência a um profissional de saúde correspondem a 66,64%. O que contraria o quarto ponto do questionário dos profissionais que indaga “Já recebeu alguma ameaça ou chantagem para realizar prescrição de remédios para alguma criança?” e 75% dos profissionais afirmaram que “*sim*”. Nota-se uma ambiguidade de discursos, neste ponto, onde a maioria dos responsáveis afirma que nunca fizeram exigências para o profissional e grande parte dos profissionais afirma que, responsáveis por criança já exigiram prescrição. Essa omissão ou distorção da verdade por parte dos entrevistados pode acorrer por receio de possíveis julgamentos ou comprometimento da imagem.

Desta forma, admite-se que complexificar a medicalização não resulta necessariamente em pôr em prática um movimento de retirar o poder dos profissionais e devolvê-lo aos pacientes. Constitui-se, anteriormente, de estar atento às decisões, posicionamentos de todos e de cada integrante dessa relação de cuidado, profissional de saúde ou paciente, em relação as práticas de dominação, disciplinares e de controle. Mesmo que, em geral, alguns dos sujeitos na relação tenham maior competência de dirigir a rede de relações de poder que almejam governar condutas (CARVALHO et al., 2015).

Dos profissionais entrevistados, 25% assumiram que já prescreveram algum medicamento com base em relato dos responsáveis, sem consultar e avaliar a criança. 75% afirmaram “não” receitar remédios por meio do relato de responsáveis por crianças, reforçando o discurso de Clotet (1993) sobre o princípio da beneficência “requer, de modo geral, que sejam atendidos os interesses importantes e legítimos dos indivíduos e que, na medida do possível, sejam evitados danos.”

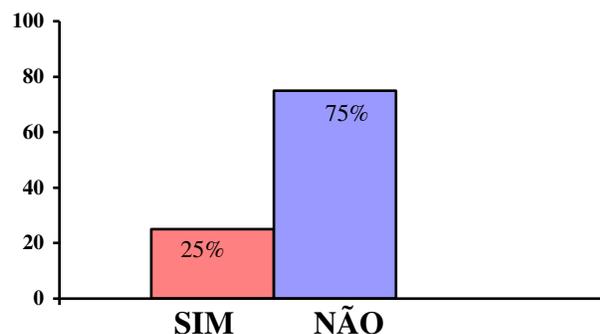
**GRÁFICO 4** – Prescrição de medicamento através relato dos responsáveis.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

Os profissionais também foram questionados se já haviam prescrito medicamento específico solicitado pelo responsável da criança sem necessariamente ser a sua melhor escolha, 75% dos entrevistados responderam que não prescrevem remédios solicitados pelos responsáveis. Para colaborar com o resultado encontrado, destaca-se um dos princípios utilizados por Clotet (1993) que diz: “usarei o tratamento para o bem dos enfermos, segundo minhas capacidades e juízo, mas nunca para fazer o mal e a injustiça.” Dos 25% que atenderam a solicitação feita pelo responsável os motivos que levaram a prescrição não foi a satisfação dos mesmos.

**GRÁFICO 5** – Prescrição de medicamento específico.



**Fonte:** Dados da pesquisa, 2017.

No início do século XX, no Brasil, as determinações sobre o que é patológico ou normal para a infância encontraram sua incidência. Naquele período, o centro de preocupações por parte do poder público e dos especialistas, passou ser a criança, por causa de três principais aspectos: o elevado número de crianças abandonadas, o aumento da taxa de mortalidade infantil e a

indispensabilidade do papel dos profissionais para a assistência e transformação da higiene física, mental e moral do núcleo familiar (GARCIA et al., 2015).

O termo “medicalização”, dessa maneira, pode ser explorado, em uma perspectiva crítica, não apenas como um teste de forçar uma maneira de recodificação das dores e angústias humanas, mas uma construção humana que, no decorrer dos últimos séculos, tornou-se capaz de ajustar uma pluralidade de respostas e distintas tecnologias que pretendem atender a variadas necessidades humana (CARVALHO et al., 2015).



*6 Considerações finais*

O presente trabalho constatou que todos os pais/responsáveis sabem do objetivo da consulta de saúde da criança, mesmo assim, apenas metade dos entrevistados afirmou ficar satisfeita com a consulta infantil sem prescrição de fármacos, tendo ainda, responsáveis que possuem a satisfação condicionada à prescrição de medicamentos na consulta de saúde da criança, e outros, que atribuem condições para esta satisfação. Os profissionais não utilizaram da prescrição de fármacos um método de satisfazer os responsáveis pelas crianças. A população necessita de educação em saúde a respeito dos métodos não farmacológicos, mostrando a sua eficiência e os conscientizando dos agravos que fármacos utilizados de maneira desnecessária podem acarretar para a saúde da criança.

Entre as limitações do estudo, destaca-se o fato da coleta de dados ter sido realizada em apenas dois serviços de saúde, que podem não representar a realidade da população, e por terem sido identificados omissões nas respostas dos participantes. Contudo, o tamanho amostral adequado, se levado em consideração o princípio de saturação de dados por repetição de respostas de mesmo conteúdo temático e não houve intenção de comparar os discursos e, sim, entender a realidade de cada grupo, sendo eles, responsáveis e profissionais. Ressalta-se que há escassez de estudos e pesquisas sobre este tema em questão.

O termo “medicalização” referido neste trabalho possui uma definição ampla, abordando todos os grupos de fármacos, sejam eles, psicotrópicos, antibióticos, analgésicos, corticoides, entre outros, não utilizando apenas um grupo, como grande maioria dos trabalhos encontrados durante todo o estudo, sendo esta, um grande diferencial da pesquisa.

A pesquisa contribui em diversas esferas, sendo elas: no âmbito acadêmico, para conscientização dos futuros profissionais e incentivo a novas pesquisas sobre o tema; na comunidade científica, como atualização de dados, enriquecimento do assunto abordado e como possíveis indicadores para outras pesquisas; para a sociedade a contribuição esta na conscientização, acarretando a diminuição da utilização de fármacos de forma desnecessária, como consequência, a melhoria da qualidade de vida das crianças.

Para aprimoramento da presente pesquisa, pode ser utilizado um maior número de entrevistados, tornando a pesquisa mais sólida quanto aos resultados, se outras comunidades forem incluídas nas possibilidades de lócus de pesquisa. Como também, realizar a aplicação dos

questionários em comunidades diferentes, como exemplo: consultórios particulares, comparando o posicionamento de cada grupo. Outra sugestão é utilizar questionários online ou sigilosos, onde o entrevistado não se sinta pressionado aos julgamentos das respostas, tornando os resultados mais fieis a realidade, possibilitando uma melhor análise e tornando a pesquisa melhor conceituada.



*Referências*

BENTO, A. V. **Como fazer uma revisão da literatura:** considerações teóricas e práticas. Centro de Investigação em Educação, Universidade da Madeira, 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo** 2ª reimpr. da 1ª ed. de 2011, São Paulo: Edições 70 (Obra original publicada em 1977).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Saúde da família:** uma estratégia para a reorientação o do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 2a ed.

BRICKS, L. F.; LEONE, C. **Utilização de medicamentos por crianças atendidas em creches.** Rev. Saúde Pública, 1996. 30 (6): pp.527-35.

CAMPOS, R. M. C. et al. **Consulta de enfermagem em puericultura:** a vivência do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. Rev Esc Enferm USP, 2011. 45(3): pp.566-74.

CARVALHO, S. R. et. al. **Medicalização:** uma crítica (im)pertinente?. Rio de Janeiro: Physis Revista de Saúde Coletiva, 2015. 25 (4): 1251-1269.

CARVALHO, S. R. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(3), 2004. 669-678.

COLOMBO, D. et al. **Padrão de Prescrição de Medicamentos nas Unidades de Programa de Saúde da Família de Blumenau.** Rev. Bras. Cienc. Farm. Braz. J. Pharm. Sci, 2004. 40 (4): pp. 549-558.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Cartilha de Subsídio à campanha não à medicalização da vida,** 2013. Disponível em: [http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno\\_AF.pdf](http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/Caderno_AF.pdf). Acesso em 25/11/2017.

COSTA, G. D. et al. **Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais.** Ciência & Saúde Coletiva, 2011. 16 (7): pp.3229-3240.

CLOTET, J. **Por que Bioética?** Bioética; 1 (1): 13-19. 1993.

DOUGLASS, C. W.; SHEETS, C, G. **Patients expectations for oral health care in the. 21st century.** JADA 2000; 3-6.

DOUGHERTY, D.; SIMPSON, L. A. **Measuring the quality of children's health care: a prerequisite to action.** Pediatrics 2004; 113:185-198.

FERNANDES, D. **Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas:** Teoria e prática. Disponível em: [books.google.com](https://books.google.com), 2014.

HERSG. Disponível em: <https://veja.abril.com.br/saude/mais-de-10-milhoes-de-prescricoes-de-antibioticos-sao-desnecessarias/>. Acesso em 20 de fevereiro de 2017.

IBGE, 2016. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=250400&idtema=130>. Acesso em: 10 de Julho de 2017.

GARCIA, R. M.; SANT'ANA, N. G; SILVA. J. **Patologização da infância e medicalização da vida: os (des)caminhos das políticas sociais**. São Luis, Maranhão: VII Jornada internacional de políticas publicas, 2015.

GOLAN, D. E. et. al. **Toxicidade dos Fármacos**, 2012. Disponível em: <http://www.ebah.com.br/content/ABAAABCIAAE/toxicidade-dos-farmacos>. Acesso em: 26 de março de 2017.

GONDIM, K. M.; PINHEIRO, P. N. C.; CARVALHO, Z. M. F. **Participação das mães no tratamento dos filhos com paralisia cerebral**. Fortaleza: Rev. Rene, 2009. 10(4), pp. 136-144.

KIPPER, D. J. **Até onde os pais têm o direito de decidir por seus filhos?**. Jornal de Pediatria, 1997. Vol. 73, Nº2.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados**. Atlas, 2011.

MACHADO, M. M. T. et al. **Características dos atendimentos e satisfação das mães com a assistência prestada na atenção básica a menores de 5 anos em Fortaleza, Ceará**. Ciência & Saúde coletiva, 2012. 17(11): pp. 3125-3133.

MARIN, H. F. et al. **O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico**. São Paulo, 2003. 202 p.

MORAES, M. L. et. al. **Acolhimento na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, 2015. p.514-524.

MAIS MÉDICOS, 2013. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/o-que-tem-na-ubs>. Acesso em: 05 de abril de 2017.

NASCIMENTO, P. S.; MAGALHÃES, I. R. S. **Análise da prescrição de antimicrobianos dispensados em uma rede de drogarias da região Norte do Brasil**. Rev. Bras. Farm, 2013. 94 (3): pp. 211 – 218.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação global da efetividade, custo e impacto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância no Brasil**. 2006. Disponível em: <http://www.geocities.com/mcebrasil/apresentação>.

- PAIM, J. S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais.** Epidemiologia e saúde. São Paulo: Hucitec, 1999. p. 437-487.
- PFAFFENBACH, G. **Automedicação em crianças:** um problema de saúde pública. São Paulo: Rev. Paul Pediatr, 2010. 28(3): pp.260-1.
- PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. Metodologia do Trabalho Científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico-2ª Edição. books.google.com, 2013.
- ROCHA, C. et. al. **Trabalho por projetos na educação de infância: mapear aprendizagens, integrar metodologias.** Ministério da Educação e Ciência, 2011.
- ROBLES, A. C. C.; GROSSEMAN, S.; BOSCO, V. L. **Satisfação com o atendimento odontológico:** estudo qualitativo com mães de crianças atendidas na Universidade Federal de Santa Catarina. Ciência & Saúde Coletiva, 2008. 13(1): pp. 43-49.
- SANTOS, V. **O que é e como fazer “Revisão da literatura” na pesquisa teológica.** Fides reformata XVII, 2012. 1, pp.89-104.
- SAPAROLLI, E. C. L.; ADAMI, N. P. **Avaliação da qualidade da consulta de enfermagem à criança no Programa de Saúde da Família.** Acta Paul Enferm, 2007; 20(1):55-61.
- SILVA, T.; ELOIR, P. S.; SOTERO, S. **Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário.** Cad. Saúde Pública, RJ, 2000. 16(2): pp.449-455.
- SILVA, Z. P. et. al. **Perfil sociodemográfico e padrão de utilização dos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), 2003- 2008.** Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, 2011.
- TERENCE, A. C. F.; ESCRIVÃO FILHO, E. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais.** XXVI ENEGEP - Fortaleza, CE, 2006.
- TOMASI, E. et. al. **Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2008. 24 Sup 1:S193-S201.
- VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. **Satisfação e responsividade:** formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. Ciência &Saúde coletiva, 2005. 10(3): pp. 599-613.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS**

**APENDICE A – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS**

**PROFISSIONAIS**

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Grau de escolaridade:** ( ) Superior completo  
( ) Doutorado

( ) Especialização ( ) Mestrado  
( ) Pós-doutorado

**Estado civil:** ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

**Profissão:** \_\_\_\_\_

**Nº de filhos:** \_\_\_\_\_

01-Já prescreveu algum medicamento com base em relato dos responsáveis, sem consultar e avaliar a criança?

---



---

02-Já prescreveu medicamento específico solicitado pelo responsável pela criança sem necessariamente ser a sua melhor escolha? \_\_\_\_\_

---

3 – se sim, a prescrição medicamentosa realizada foi para simples satisfação do responsável?

---



---

04-Já recebeu alguma ameaça ou chantagem para realizar prescrição de remédios para alguma criança?

---



---



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - UACS**

**APENDICE B – ROTEIRO DE COLETA DE DADOS**

**PAIS / RESPONSÁVEIS**

**Sexo:** ( ) Feminino ( ) Masculino **Idade:** \_\_\_\_\_

**Grau de escolaridade:** ( ) Analfabeto ( ) Fundamental ( ) Ensino Médio incompleto  
( ) Superior incompleto ( ) Superior completo ( ) Pós graduado

**Estado civil:** ( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) Viúvo

**Profissão:** \_\_\_\_\_ **Nº de filhos:** \_\_\_\_\_

**Renda familiar:** ( ) <1 salário ( ) 1 salário ( ) 1-2 salários ( ) >2 salários

01- Para você, o que é consulta de saúde da criança?

---



---

02- Você possui uma boa relação pessoal com os profissionais de saúde que atendem sua criança quando necessário?

---



---

03- Você já medicou seu filho (a) sem prescrição ou orientação de um profissional de saúde?

---



---

3.1- Se sim, por qual motivo?

---



---

04- Se o profissional de saúde prescrever um tratamento sem fármacos para seu filho, você ficará satisfeito?

---



---

4.1 Você seguiria o tratamento mencionado acima (questão 4)?

---

---

05-Você já exigiu do profissional de saúde a prescrição de algum medicamento de sua preferencia durante a consulta da criança? ?

---

---

5.1-Se sim, O profissional atendeu a sua exigência?

---

---