UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
PROGRAMA DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

ANDRIELI BOEIRA BARREMAKER

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

CUIDADO FARMACÊUTICO COM IDOSOS POLIMEDICADOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE GAÚCHO

PASSO FUNDO
2024

ANDRIELI BOEIRA BARREMAKER

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

CUIDADO FARMACÊUTICO COM IDOSOS POLIMEDICADOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE GAÚCHO

Trabalho de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em saúde: Área de Concentração: Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, apresentado como requisito parcial para o título de especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof. Dr. Vanderleia Laodete Pulga

Coorientadora: Farmacêutica Me. Thaís Scalco

PASSO FUNDO

2024

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Barremaker, Andrieli Boeira
Idosos polimedicados em uma Estratégia Saúde da Família do norte do Rio Grande do Sul: subsídios para o cuidado Farmacêutico / Andrieli Boeira Barremaker. -- 2024.
105 f.

Orientadora: Filósofa; Doutora e Mestra em Educação na Saúde Vanderleia Laodete Pulga
Co-orientadora: Farmacêutica; Mestra em Assistência Farmacêutica Thaís Scalco
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo,RS, 2024.

1. Estratégia Saúde da Família. 2. Assistência à Saúde do Idoso. 3. Diabetes Mellitus. 4. Hipertensão. 5. Cuidado Farmacêutico. I. Pulga, Vanderleia Laodete, orient. II. Scalco, Thaís, co-orient. III. Universidade Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ANDRIELI BOEIRA BARREMAKER

CUIDADO FARMACÊUTICO COM IDOSOS POLIMEDICADOS EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DO NORTE GAÚCHO

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Este Trabalho de Conclusão de Residência foi defendido e aprovado pela banca em: 19/02/2024

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Vanderleia Laodete Pulga – UFFS
Orientadora

Me. Thaís Scalco – SMS - MARAU/RS
Coorientadora

Prof. Dr. Marcelo Soares Fernandes – UFFS
Avaliador

Profa. Me. Maríndia Biffi– UFFS
Avaliadora

RESUMO

O presente trabalho é composto por quatro capítulos, sendo eles Diagnóstico Territorial, Projeto de Pesquisa-Intervenção, Relatório de Trabalho de Campo e Artigo Científico, realizados no período de formação (2022 a 2024) do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, com execução do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) nos Componentes Curriculares "Pesquisa em Saúde, Projeto de Intervenção e TCR I, II, III e IV", sob orientação de professora orientadora e a preceptora coorientadora. O primeiro capítulo aborda o Diagnóstico Territorial do município de Marau, Rio Grande do Sul, na ESF Santa Rita, um dos locais de prática da residência. No segundo capítulo apresenta-se o Projeto de Pesquisa-Intervenção gerado a partir da construção do diagnóstico territorial, direcionado para o Cuidado farmacêutico de idosos polimedicamentos com Hipertensão Arterial e Diabetes Melittus. O terceiro capítulo possui o Relatório de Trabalho de Campo, com dados da execução do projeto, o processo de coleta de dados e aplicação da intervenção, as alterações, limitações e dificuldades que surgiram e como essas foram resolvidas. O quarto e último capítulo contém o Artigo Científico elaborado a partir dos resultados do Projeto de Pesquisa-Intervenção, onde é analisado as necessidades de saúde da população idosa, bem como o uso de medicamentos Potencialmente Inapropriados em idosos do território.

Palavras-chave: Estratégia de Saúde da Família, Idosos polimedicados, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial, Cuidado Farmacêutico.

ABSTRACT

This work consists of four chapters, namely Territorial Diagnosis, Research-Intervention Project, Fieldwork Report and Scientific Article, carried out during the training period (2022 to 2024) of the Multiprofessional Health Residency Program: Primary Care Concentration Area of the Federal University of the Southern Frontier, Passo Fundo Campus, with the execution of the Residency Completion Work (TCR) in the Curricular Components "Health Research, Intervention Project and TCR I, II, III and IV", under the guidance of the supervising professor and the co-supervising preceptor. The first chapter deals with the Territorial Diagnosis of the municipality of Marau, Rio Grande do Sul, in the Santa Rita FHS, one of the residency's practice sites. The second chapter presents the Research-Intervention Project generated from the territorial diagnosis, focused on pharmaceutical care for elderly people with hypertension and diabetes mellitus. The third chapter contains the Fieldwork Report, with data on the execution of the project, the process of data collection and application of the intervention, the changes, limitations and difficulties that arose and how these were resolved. The fourth and final chapter contains the Scientific Article based on the results of the Research-Intervention Project, which analyzes the health needs of the elderly population, as well as the use of Potentially Inappropriate Medicines among the elderly in the area.

Keywords: Family Health Strategy, Polymedicated elderly, Diabetes Mellitus, Hypertension, Pharmaceutical Care.

SUMÁRIO

CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL 7
1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS) 7
1.2 O município de Marau/RS – campo de prática da RMS UFFS/PF 10
1.3 Rede de Saúde do município de Marau 11
1.4 Apresentação da Estratégia de Saúde da Família 12
1.5 Caracterização da População 16
1.6 Proposta de Pesquisa-Intervenção 18
CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO 26
2.1 INTRODUÇÃO 26
2.2 TEMA 28
2.3 PROBLEMAS DE PESQUISA 28
2.4 OBJETIVOS 28
2.4.1 Objetivo geral 28
2.4.2 Objetivos específicos 28
2.5 HIPÓTESES 29
2.6 JUSTIFICATIVA 29
2.7 REFERENCIAL TEÓRICO 30
2.7.1 Importância da Atenção Básica à Saúde no Brasil 30
2.7.2 Envelhecimento populacional 33
2.7.3 Políticas Públicas para a População Idosa 35
2.7.4 Atenção farmacêutica 36
2.7.5 Uso irracional de medicamentos em idosos 38
2.7.6 Cuidado farmacêutico 43
2.8 METODOLOGIA 44
2.8.1 Tipo de estudo 44
2.8.2 Local e período de realização 45
2.8.3 Sujeitos de pesquisa 45
2.8.4 Técnica de coleta de dados 46
2.8.5 Método de análise dos dados 48
2.8.6 Aspectos Éticos 49
2.8.6.1 Riscos e Benefícios 50
2.8.7 Orçamento 51
2.8.8 Cronograma de execução 51
REFERÊNCIAS 54

CAPÍTULO III - RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO 74
3.1 INTRODUÇÃO 74
3.2 LOGÍSTICA E ETAPAS DA COLETA DE DADOS 74
3.2.1 Logística prévia a coleta de dados 74
3.2.2. Instrumentos de coleta de dados 75
3.3 PERDAS E RECUSAS 75
3.4 PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS 76
3.5 RESULTADOS PARCIAIS 76
3.6 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS 80
3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO 80
CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO 81

CAPÍTULO I - DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

"... Apesar dos nossos defeitos, precisamos enxergar que somos pérolas únicas no teatro da vida, e entender que não existem pessoas de sucesso ou pessoas fracassadas. O que existe são pessoas que lutam pelos seus sonhos ou desistem deles..."

Augusto Cury

1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Através da Lei 8.080/1990, instaurou o Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990).

Conforme definido pelo artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, o Sistema Único de Saúde:

> "É o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público." e, complementarmente, "...pela iniciativa privada (BRASIL, 1990).

O SUS é entendido em seus objetivos finais (dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde) para que assim, busquemos os meios (processos, estruturas e métodos) capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade (resolubilidade), participação social e complementaridade do setor privado, devem se constituir em objetivos estratégicos que deem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada para o Sistema Único de Saúde (CHIORO e SCAFF, 1999).

A Lei Orgânica de Saúde – Lei Federal n. 8.080/1990 – define que a direção do SUS segue os mesmos princípios organizativos em todo o território nacional, sob a responsabilidade das três esferas autônomas de governo: federal, estadual e municipal.

E estabelece como órgãos responsáveis pelo desenvolvimento das funções de competência do Poder Executivo na área de saúde o Ministério da Saúde no âmbito nacional e as secretarias de saúde ou órgãos equivalentes nos âmbitos estadual e municipal (BRASIL, 1990).

A conferência de Alma-Ata definiu a Atenção Primária à Saúde (APS), na seção VI, como:

> Cuidados essenciais baseados em métodos de trabalho e tecnologias de natureza prática, cientificamente críveis e socialmente aceitáveis, universalmente acessíveis na comunidade aos indivíduos e às famílias, com a sua total participação e a um custo suportável para as comunidades e para os países, à medida que se desenvolvem num espírito de autonomia e autodeterminação (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979, p. 1).

Dessa definição emergiram, naquele momento, elementos essenciais da APS: a educação em saúde; o saneamento básico; o programa materno-infantil, incluindo imunização e planejamento familiar; a prevenção de endemias; o tratamento apropriado das doenças e danos mais comuns; fornecimento de medicamentos essenciais; a promoção de alimentação saudável e de micronutrientes e a valorização das práticas complementares (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF, 1979).

A APS é a principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção. Isso significa dizer que a APS funciona como um organizador do fluxo dos serviços nas redes de saúde. Há diversas estratégias governamentais relacionadas, sendo uma delas a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que leva serviços multidisciplinares às comunidades (BRASIL, 2022).

A ESF estabelece vínculos, entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade, possibilitando espaço para a construção de co-responsabilidade nos compromissos relacionados ao processo saúde – doença. A estratégia tem como princípio a reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios, em áreas geográficas delimitadas, onde os indivíduos, famílias e comunidade são o foco central da atenção para melhoria das condições de vida (MENDONÇA e HELMAN, 2005).

A prática da equipe multi e interdisciplinar da ESF conta com uma relação com a comunidade, que envolve uma assistência individual de qualidade, incluindo a promoção da saúde em todo o ciclo da vida e uma assistência clínica resolutiva, eficiente e eficaz, uma vigilância em saúde que monitora e executa ações e envolvendo a atenção e cuidado coletivo, que por meio da educação e do trabalho intersetorial tem

alto potencial de transformação da realidade local. Em decorrer disso, surgiu a necessidade de haver uma equipe multidisciplinar desde a implantação do serviço, pois necessitava desta demanda de qualificação de profissionais de saúde com um perfil de competências que pudesse atender e viabilizar a renovação das teorias e das práticas no campo da saúde pública (MENDONÇA e HELMAN, 2005).

No cotidiano das práticas do SUS, a produção de saúde e produção de sujeitos é inseparável, bem como a formação e transformação de si, da realidade e do mundo. Com isto, o trabalho em saúde é um espaço de aprendizagem favorecido, o campo de práticas é transformado a partir de experiências de cada paciente que passa pelo sistema de saúde. Através disso, surgem as residências que se apresentam como oportunidades de aproximar profissionais que se encontram em um processo de formação das vicissitudes encontradas no trabalho em saúde (PULGA, SCHNEIDER e MATTIONI, 2020).

Através da consonância com as estratégias governamentais de fortalecimento da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e expansão da Atenção Primária à Saúde (APS) – porta de entrada e coordenadora do cuidado nos territórios – que houve a implantação do programa através da Residência Integrada em Saúde (RIS) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), de forma descentralizada e interiorizada no município de Marau/RS, tendo em vista o fortalecimento das relações entre instituições de saúde e educação. Através deste processo, duas equipes de ESF receberam residentes dos núcleos profissionais: enfermagem, farmácia e psicologia, vinculados à RIS/GHC, sendo que os serviços se constituíram como campo de formação em serviço (PULGA, SCHNEIDER e MATTIONI, 2020).

No início do ano de 2015, através da descentralização, buscou-se a parceria da UFFS para a construção do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde (PRMS), tendo como área de concentração: Atenção Básica, e área temática: Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/ Saúde Coletiva. Sendo que, a partir de março de 2016, a Secretaria Municipal de Marau recebeu nos dois campos de prática — ESF Santa Rita e ESF São José Operário — residentes das áreas da enfermagem, farmácia e psicologia vinculados à UFFS, sob regime de dedicação exclusiva de 60 horas semanais, subdivididos em turnos de prática profissional, teórico-práticos e teóricos (PULGA, SCHNEIDER e MATTIONI, 2020).

Este trabalho tem como objetivo realizar uma análise situacional do cenário observado, caracterizando o território e população, a descrição da estrutura e da

organização dos processos de trabalho da ESF, sendo que através desta análise, é realizado uma proposta de pesquisa-intervenção para ser desenvolvido ao longo dos semestres do PRMS.

1.2 O município de Marau/RS – campo de prática da RMS UFFS/PF

O município de Marau está localizado no norte do estado do Rio Grande do Sul, pertence à macrorregião de saúde do Planalto e a 6ª Região de Saúde do estado, contando com uma abrangência territorial de 649,770 quilômetros quadrados. Segundo dados demográficos e populacionais obtidos pelo sistema DATASUS, em 2021, a estimativa da população residente no município é superior a 45 mil habitantes (PREFEITURA DE MARAU, 2021).

Um dos municípios brasileiros mais promissores do Rio Grande do Sul, sendo destaque no estado, dentro e fora do país. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, com o aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico, e posteriormente se expandindo para os setores metalomecânico e couro. Também com o fortalecimento do setor terciário, com a cidade se tornando referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. O crescimento econômico teve como consequência uma forte migração, e consequentemente um alto crescimento demográfico, que é um dos maiores do Estado. Esta migração nos permite considerar que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado e do País (PREFEITURA DE MARAU, 2022).

Colonizado por imigrantes Italianos, em 1904, possui riqueza e diversidade nas comidas, nas bebidas e nas belezas naturais vindas do interior. Marau preserva cerca de 2.600 mil famílias que vivem da agricultura familiar através da produção de grãos, leite, aves e suínos. Destaca-se por ter a Rota das Salamarias e o Caminho das Águas e Sabores, onde são comercializados produtos da agroindústria familiar, com gastronomia típica italiana e passeios turísticos por várias propriedades que constituem as Rotas. Atividades turísticas que se destacam na cidade gaúcha, que hoje é referência em modernidade e qualidade de vida (PREFEITURA DE MARAU, 2021).

Na educação, a cidade conta com 11 Escolas Municipais Ensino Fundamental, 12 de Educação Infantil, 04 Escolas Estaduais e 02 Escolas Particulares. Também dispõe de 01 Centro de Lazer e Convivência, destinado a população idosa, onde são realizadas atividades de cultura e recreação com o objetivo da melhora da qualidade de

vida dos mesmos. É composta ainda, por um 01 Unidade de SEJA (Educação de Jovens e Adultos), o Centro de Referência da Criança e Adolescente e Programa AABB Comunidade, o qual oferece 37 oficinas. Possui um centro universitário (Sociedade Educacional Marau – CESURG) e 01 escola técnica (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial – SENAI), de instituições de cursos profissionalizantes (PREFEITURA DE MARAU, 2021). Através do último Censo do IBGE, 2010, a taxa de escolarização de crianças de 6 a 14 anos de idade foi de 94,5 %.

1.3 Rede de Saúde do município de Marau

Por ser referência regional na área da saúde, o município se destaca na estrutura de uma Rede de Atenção à Saúde e empenho com a defesa do SUS com 100% de cobertura da ESF, contando com uma rede de saúde organizada em doze equipes de ESF, atendendo serviços de Atenção Básica e de média complexidade. Possui um centro de Especialidades e um Centro da Criança e do Idoso. Contém 1 sala de Vacinação para a população do município, onde são armazenadas todas as vacinas do esquema vacinal. Também possui um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e o Hospital Cristo Redentor (HCR). De todo o orçamento da Prefeitura, cerca de 25% são investidos na saúde pública com consultas médicas, exames, medicação e transporte de pacientes (PREFEITURA DE MARAU, 2021).

A Rede de Saúde Local conta com um sistema de informação e comunicação entre as unidades: o G-MUS vinculado ao E-SUS, que é um sistema que contempla desde o atendimento primário à gestão estratégica da Saúde. Garantindo assim, a qualidade na assistência ao cidadão, o controle e a redução de custos para a gestão e a efetividade às exigências ministeriais (G-MUS, 2022).

Na Secretaria Municipal de Saúde está localizada a Vigilância contando com os serviços de vigilância epidemiológica, ambiental, sanitária e saúde do trabalhador, é ofertado serviços para realização de monitoramentos, atenção psicológica e notificações de saúde, como casos de dengue, sífilis, Covid-19, entre outros. Também fica localizado a Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) do município, onde são dispensados medicamentos estratégicos, como antirretrovirais para HIV, Hepatites e tuberculose, fazem controle do Tamiflu e das benzilpenicilinas que vem do Ministério da Saúde. Na secretaria também possui a farmácia central, que é dividida em farmácia

básica, de processos e a do estado. Também está a parte relacionada com a coordenação de saúde municipal.

1.4 Apresentação da Estratégia de Saúde da Família

Um dos campos práticos da RMS consiste na ESF Santa Rita, que se localiza no bairro Santa Rita– Marau/RS, que há cerca de 30 anos era formado por loteamentos, onde poucas famílias residiam e obtinham a sobrevivência por meio da atividade agrícola. A comunidade, numa primeira celebração religiosa, escolheu como padroeira do bairro Santa Rita de Cássia, por ser uma santa milagrosa, e mantém uma igreja em sua homenagem ao lado da unidade de saúde que, atualmente, é localizada onde era o salão da comunidade, em uma estrutura improvisada. Nos últimos anos, com a chegada da empresa Perdigão, atual Brasil Foods (BRF), houve a expansão geográfica e o desenvolvimento econômico do território, atraindo novos moradores que foram fixando residência no bairro. Além das empresas de grande porte, o território possui indústrias familiares, como minimercados, oficinas mecânicas, salões de beleza, lojas de roupa e bazar, padarias, entre outras atividades econômicas (RIGGO *et al*., 2022).

O bairro Santa Rita inicialmente era constituído por poucas famílias, maioria agricultores familiares. Com a instalação da empresa Perdigão (atual Brasil Foods - BRF) o bairro começou a ter maior procura, pois os trabalhadores buscavam morar perto do trabalho. Com esta nova população crescendo, surgiu a demanda de voluntária da saúde, onde duas mulheres através do curso de plantas medicinais foram convidadas a fazerem curso voluntariado de aplicação de injetáveis, realizando cuidados aos vizinhos doentes, curativos, atendendo as demandas que vinham até elas. etc., porém, com o crescimento e expansão do bairro surgiu a demanda de um serviço de saúde capaz de atender melhor esta população.

Com a construção do ginásio de festas da Igreja da Santa Rita, o antigo salão foi reformado e transformado em ESF no ano de 2002, com o acordo da diretoria da comunidade e prefeitura, e está localizado na Rua Miguel Magnan, número 530, onde atende a população desde então (Figura 1).

Figura 1. Foto da ESF Santa Rita

Fonte: Autor, 2022.

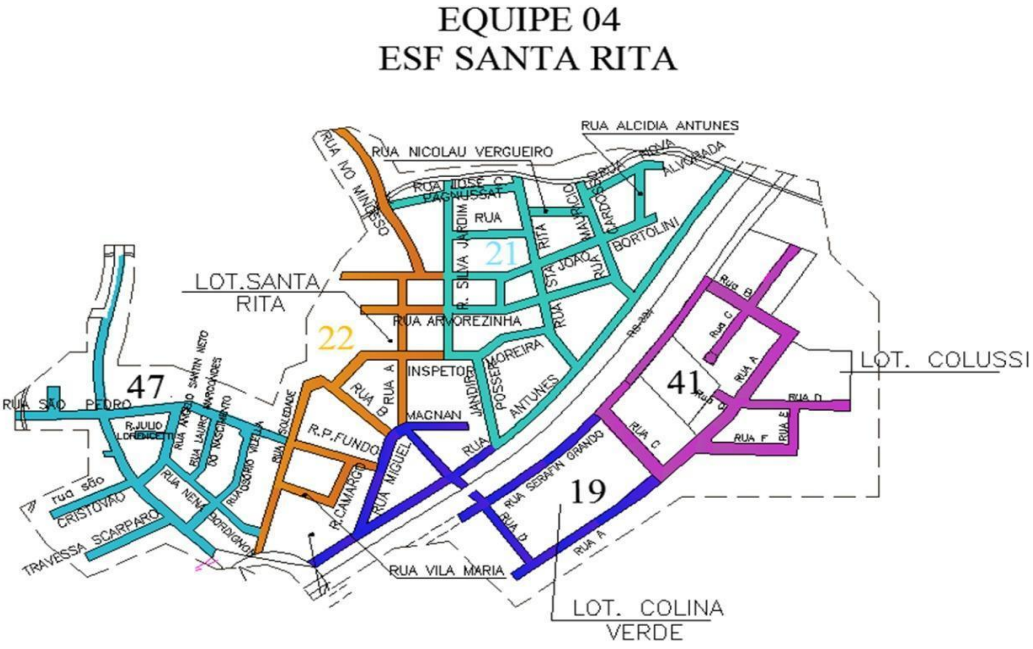
A ESF Santa Rita conta com a presença de equipe multiprofissional composta por profissionais concursados pelo município, contratados e residentes da Universidade Federal da Fronteira Sul, sendo eles: dois médicos, duas enfermeiras, três psicólogas, duas farmacêuticas, uma técnica de enfermagem, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, um agente administrativo, quatro Agentes Comunitária de Saúde (ACS) e uma sanificadora. A estrutura física da unidade é composta por sala de recepção, ambulatório de enfermagem, farmácia consultório odontológico, almoxarifado, sala de enfermagem, consultório médico com banheiro, consultório de psicologia, sala de vacinas, sala de esterilização e estocagem de materiais, sala de reuniões, banheiros e cozinha.

O horário de trabalho da ESF é de 40 horas semanais, de segunda à sexta-feira, das 07h e 30min às 11h e 30min e das 13h às 17h. Os agendamentos para as consultas acontecem pelo sistema de agendamento da Secretaria Municipal de Saúde, na qual os usuários ligam na central de atendimento (156) para agendar consultas médicas e odontológicas às 06h. Durante a tarde, a agenda é destinada aos grupos prioritários (pessoas idosas, pessoas com doenças crônicas, puérperas e crianças menores de um ano) e situações de emergência. Em virtude da pandemia do Covid-19, a ESF conta com um aparelho celular para realizar o contato direto e prático com a população, bem como, realizar o aviso de consultas médicas, psicológicas e de enfermagem, busca ativa de pacientes e avisos para a comunidade em geral. Também houve a criação de redes sociais, Facebook e Instagram, para nos aproximarmos da população e postar informativos de saúde.

A farmácia abre todas as manhãs e na segunda e quinta-feira à tarde. Existem dois turnos para mostrar exames para enfermagem e farmácia, que são nas segundas-feiras de tarde e nas quintas-feiras de manhã, são através de demandas espontâneas, sendo realizadas consultas multidisciplinares para a melhor resolutividade do caso do paciente. Também existem dois turnos destinados para o acolhimento psicológico (segunda-feira à tarde e quinta-feira de manhã). Nas sextas-feiras, das 13h às 15h, ocorrem as reuniões de equipe que visam a integração dos profissionais, discussões de casos e avaliações do serviço, contando também com as Educações Permanentes em Saúde.

A ESF Santa Rita possui cinco micro áreas: a micro área 19 possui parte do bairro Santa Rita e Loteamento Colina Verde. As micro áreas 21 e 22 compreendem parte do Bairro Santa Rita, a micro área 41 compreende o loteamento Colina Verde, Colussi e Solutus, e a micro área 47 que possui uma área do Bairro São Cristóvão e Loteamento Lurdes de Oliveira (Figura 2).

Figura 2: Área de abrangência da ESF Santa Rita e suas micro áreas



Fonte: Acervo de ESF Santa Rita.

Após a inserção dos residentes na ESF pode-se realizar atividades de prevenção à saúde. Através da semana típica, os residentes possuem turnos específicos, como por exemplo, vigilância em saúde onde realizam busca ativa da população e monitoramentos, ambulatório, acolhimento, visitas domiciliares para auxiliar os pacientes com organização de medicação e educação em saúde, sendo realizados posts

para as redes sociais contendo informes de saúde, organização do mural de entrada, bem como atividades para serem desenvolvidas dentro ou fora da ESF, como por exemplo educação de saúde em Escolas, participação de campanhas de vacinação, mobilização da participação popular em Controle Social com reunião do Conselho Local de Saúde (CLS), brechó solidário, entre outros (Figura 3). Também são realizados Grupos de Educação em Saúde, onde são realizadas atividades com grupos de caminhadas e outros que, após observação de demandas do território, pensaram em implantar.

Figura 3: Atividades realizadas pela ESF Santa Rita

Fonte: Acervo de ESF Santa Rita.

O grupo de CLS foi criado no ano de 2013, com reuniões mensais para debater assuntos pertinentes à comunidade. Em 2017, foi realizado um Bate papo com a Comunidade, com a presença do Prefeito, secretários municipais, vereadores e a população da comunidade, pleiteando a construção de uma nova estrutura de ESF para atender melhor a população. No ano de 2019, foi realizada a licitação e no mês de março de 2022, deu-se início às obras.

A estrutura terá cerca de 400 metros quadrados e contará com consultórios, farmácia, sala de espera, recepção, área de acolhimento, sala de coleta de materiais, consultório odontológico, sala de esterilização, além de outros espaços administrativos e para consultas da população. A obra está sendo construída entre os bairros Santa Rita e São Cristóvão, em um terreno do Município. A previsão é de que possa ser inaugurada logo no início de 2023. Na figura 4 está o projeto da obra (PREFEITURA DE MARAU, 2022).

Figura 4: Projeto de nova estrutura da ESF Santa Rita.

Fonte: Acervo de ESF Santa Rita.

1.5 Caracterização da População

O relatório do total de famílias e integrantes que possuem cadastros na ESF Santa Rita no dia 06 de junho de 2022 no G-MUS é de 972 famílias ativas, sendo que o número de integrantes ativos que frequentam a ESF é de 2501 pessoas. Mas sabe-se que este dado está defasado, pois, com a pandemia do Covid-19, não houve visitas pelas ACS, não havendo o cadastramento dessas famílias. No mês de abril de 2022, iniciaram as visitas, porém, como muitas pessoas trabalham em horário comercial, também têm dificuldades em realizar o cadastro. Estima-se que a população real do bairro seja superior a 4 mil habitantes.

É uma população bem heterogênea, de todas as faixas etárias, sexo e de diversos nacionalidades. Em conformidade com dados gerados pelo Sistema G-MUS, o bairro Santa Rita possui 458 crianças cadastradas até 11 anos, 219 adolescentes de 12 a 18 anos, adultos de 19 a 59 anos, possui 837 mulheres e 773 homens. E a população acima de 60 anos possui 184 mulheres e 136 homens.

Dentre as condições crônicas de saúde mais frequentes da população de abrangência da ESF, destacam-se: 368 pessoas hipertensas, 190 pessoas acima do peso, 97 pessoas diabéticos, 51 pessoas com sofrimento mental que fizeram ou fazem tratamento com psiquiatra ou teve internação por problemas de saúde mental, 16 pessoas abaixo do peso, 14 pessoas asmáticas e 2 pessoas acamados. Há também 25 mulheres grávidas (G-MUS, 2022).

Grande parte desta população são funcionários da BRF, efetivos, terceirizados ou que já se aposentaram. A empresa traz muitos benefícios para a população, como emprego e plano de saúde, mas também acabam trazendo fatores de saúde importantes, tendo como principais exemplos a hipertensão e lesão do esforço repetitivo. No território existem muitos usuários com doenças crônicas, como hipertensão e diabetes, doenças mentais como, por exemplo, depressão, e que fazem uso de diversos medicamentos controlados, há também casos de doenças ocupacionais, como lesões por movimentos repetitivos. É importante ressaltar que muitos utilizam o plano de saúde ofertado pela empresa, limitando às informações e contato com a ESF.

Além da BRF, possuem diversos outros estabelecimentos que contribuem para a renda ofertando empregos a comunidade, como mercados, lojas, empresas metalúrgicas, padarias, farmácia, bares, mecânicas, porém apesar de termos uma grande população, existem poucas áreas de lazer, sendo que uma das únicas é o campo de futebol com pequeno espaço de área verde onde são realizadas caminhadas e o ginásio de esportes da igreja que possui atividades de artesanato e grupo de ginástica para mulheres. A relação da população com estes espaços é de bastante participação, mesmo com os diversos problemas de estrutura e organização.

Infelizmente existem vários pontos de tráfico de drogas. Observa-se que o bairro não foi bem planejado, pois muitas ruas são tortas, ruas sem saída, indicando que conforme o crescimento habitacional ia surgindo novas ruas, onde a maioria é pavimentada. Barreiras geográficas como a ERS-324 que atravessa o território de abrangência da ESF dificultam o acesso da comunidade, aumentando os riscos de moradores de todas as faixas etárias que atravessam a mesma.

A maioria das casas é construída de alvenaria, com dois pavimentos, onde os donos moram em cima e alugam o porão. Quanto às condições de saneamento básico, as residências possuem água tratada através da Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN) e rede de esgoto. A energia elétrica é fornecida pela concessionária Rio Grande Energia (RGE). Há também muito descarte incorreto de lixo e entulhos, alguns são deixados em lixeiras improvisadas, sendo que nestas os cachorros de rua rasgam os sacos, deixando uma aparência e odor ruim, mesmo possuindo coleta urbana para o lixo diariamente.

Uma característica do bairro é possuir espaços de área verde, com criação de animais, como galinhas, cavalos, entre outros. Também possui muitos cachorros que estão soltos nas de todo o território, destes, muitos são ferozes, causando medo à

população ao percorrer certas ruas. Conforme base de dados do G-MUS, no território da ESF possuem 75 gatos, 276 cachorros, 43 pássaros e 71 outros animais não especificados. A problemática da criação de animais inadequadamente é a alteração dos padrões de bem-estar dos animais, possibilidade de transmissão de doenças como zoonoses, ocorrências de acidentes, onde ficam no meio das ruas, agressões e contaminação ambiental, sendo que, a criação de galinhas ou porcos nos quintais, pode provocar a proliferação de roedores e insetos, deixando o bairro suscetível às doenças.

De acordo com G-MUS 2022, a escolaridade da população é de 348 pessoas que frequentaram o ensino fundamental de 1ª a 4ª série, 518 pessoas que possuem o ensino fundamental de 5ª a 8ª série, 506 pessoas com ensino médio completo e 142 pessoas que fizeram ensino superior, aperfeiçoamento, especialização e/ou mestrado. No território possuem 2 escolas que frequentemente trabalham junto com a equipe da ESF, a Escola Municipal de Ensino Infantil Mágico de Oz e a Escola Municipal de Ensino Fundamental Afonso Volpatto, que atende muitas crianças e adolescentes de diversos bairros.

O território possui um grande número de pessoas imigrantes, principalmente venezuelanos e emigrantes que vêm das mais variadas regiões, procurando emprego e uma melhor qualidade de vida. A equipe sente dificuldades em entender os novos moradores, pois nem sempre eles são fluentes ou entendem o que é orientado, mas apesar das adversidades, estamos sempre dispostos a ajudar e orientá-los.

De acordo com a Nota Técnica n° 40, 2021, que mostra o perfil dos imigrantes no RS segundo o Sismigra, a RAIS e o Cadastro Único, os países Haiti e Venezuela provêm a maioria dos imigrantes que ingressaram no Estado, onde estes são majoritariamente jovens e homens. Também relata que as desigualdades presentes na sociedade também se manifestam na realidade dos imigrantes, os brancos tendem a ter salários e/ou rendas per capita maiores do que os pretos e pardos, a remuneração tende a ser maior para os homens imigrantes do que para as mulheres imigrantes, e os filhos de imigrantes estarem frequentando menos a escola, com superlotação nas residências (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, 2021).

1.6 Proposta de Pesquisa-Intervenção

Conforme portaria n° 2.436 de 2017, as atribuições dos profissionais das equipes que atuam na Atenção Básica são participar do processo de territorialização e

mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades. Participar do acolhimento dos usuários, proporcionando atendimento humanizado, realizando classificação de risco, identificando as necessidades de intervenções de cuidado, responsabilizando-se pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2017).

As mudanças no perfil epidemiológico da população brasileira aumentam a demanda por serviços para as pessoas idosas, principalmente na atenção primária à saúde, devido às doenças crônicas não transmissíveis e suas comorbidades, tornando-se um desafio para os profissionais de saúde que atuam nesse âmbito. Além disso, com as limitações advindas do processo de envelhecimento, as pessoas idosas, muitas vezes, apresentam dificuldade em seguir tratamento de forma sistemática e regular, por não compreenderem adequadamente as orientações oferecidas pelos profissionais. Esse fato é considerado como um dos principais desafios na atenção à saúde, afetando os comportamentos de saúde (MARTINS *et al*., 2019).

Nos últimos anos passou-se a discutir que tal compreensão vai além da mera escolarização formal e perpassa pelo letramento em saúde do indivíduo. Nessa perspectiva, a pessoa pode ter um bom nível de instrução formal, mas ainda assim não conseguir compreender as orientações sobre sua doença. O baixo letramento em saúde está relacionado com as doenças crônicas como, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes (SAMPAIO *et al.*, 2014).

Uma grande parte da população da ESF que possui alguma doença crônica e/ou comorbidades, destes, muitos são descompensados, mesmo fazendo uso de diversos medicamentos e sendo orientados diversas vezes pela equipe de saúde. Entretanto, é preciso saber o quanto essas pessoas estão, de fato, assimilando (obtendo, processando e entendendo) e utilizando esse conhecimento, corretamente, em suas vidas. Além disso, sabe-se que os idosos tendem a confundir os medicamentos, dificultando um controle adequado de suas condições crônicas e que pode acarretar complicações e internações.

Através destas perspectivas, o acompanhamento de um profissional de saúde é de suma importância, em especial, o farmacêutico poderá agir prestando informações quanto a doença e ao tratamento assim como prestar a atenção farmacêutica, assegurando que os pacientes alcancem uma terapia medicamentosa satisfatória e eficaz, contribuindo para o tratamento e melhoria da saúde da população idosa. Na assistência em saúde, o farmacêutico tem a responsabilidade de informar, orientar e promover o uso adequado e racional de medicamentos (SILVA *et al*., 2019).

De acordo com o Conselho Federal de Farmácia (CFF, 2016), o Cuidado Farmacêutico é o modelo de prática que fundamenta os serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, família e comunidade, os quais buscam atender as necessidades de saúde dos pacientes, no intuito de melhorar seu processo de uso de medicamentos, resultados em saúde e qualidade de vida, em conjunto com o paciente e com outros profissionais da saúde. Tais serviços incluem: rastreamento em saúde, educação em saúde, manejo de problemas de saúde autolimitados, dispensação, revisão da farmacoterapia, gestão da condição de saúde, acompanhamento farmacoterapêutico, conciliação de medicamentos e monitorização terapêutica, os quais são realizados de acordo com a necessidade do paciente.

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2002), descreve a Atenção Farmacêutica como as atividades específicas do farmacêutico no cuidado do paciente ou usuário do medicamento. É um modelo de prática farmacêutica que compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

O trabalho do farmacêutico no acompanhamento farmacoterapêutico é indispensável para atender as demandas de cuidados através de atividades assistenciais, que consiste na interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida.

O acompanhamento farmacoterapêutico é um macro componente do cuidado farmacêutico e configura um processo no qual o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do usuário relacionadas ao medicamento, por meio da detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma sistemática, contínua e documentada, com o objetivo de alcançar resultados definidos, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2014).

Segundo Pereira e colaboradores (2016), o cuidado farmacêutico é considerado de extrema importância, em especial para a população idosa, pois é a população que mais utiliza medicações, o que pode causar várias manifestações clínicas, interações medicamentosas e intoxicação. Nesta perspectiva, o uso adequado pode haver melhoria

da qualidade de vida, promovendo mudança nos hábitos diários e prevenir problemas relacionados à automedicação.

A principal finalidade da prática do cuidado farmacêutico em pessoas com doenças crônicas é melhorar os resultados clínicos, minimizar os cuidados de saúde não programados e contribuir para a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2014).

A atuação do profissional farmacêutico é um elemento essencial para a execução do cuidado integral na Atenção Primária à Saúde. Sendo que ações em educação em saúde são capazes de sanar dúvidas e contribuir para o conhecimento dos idosos, promovendo o uso racional de medicamentos. Sendo que o medicamento é um componente fundamental para a efetividade do cuidado, mas não o centro de todo o tratamento, seu uso necessita de suporte e informações que sejam muito nítidas, o que comprova a relevância do profissional farmacêutico em todos os níveis de atenção à saúde do paciente (MELO, SILVEIRA e BARROS, 2019).

Inicialmente, a ideia era trabalhar sobre Letramento Funcional em Saúde, porém ao longo do semestre, surgiram outras demandas, como a realização do Cuidado Farmacêutico ao paciente idoso que faz uso de diversos medicamentos (polifarmácia), sendo que na ESF Santa Rita esta prática da consulta farmacêutica ainda é incipiente.

Objetivo do projeto-intervenção é implantar um fluxo de Cuidado Farmacêutico na ESF Santa Rita, através de consultas farmacêuticas e/ou multiprofissionais, tendo como grupo prioritário para atendimentos, pacientes idosos polimedicados.

A seleção dos pacientes para o Cuidado Farmacêutico será realizada por meio de encaminhamentos via profissionais da ESF. Serão priorizados os usuários idosos com mais de cinco medicamentos, usuários com problemas de adesão aos medicamentos.

Materiais utilizados no projeto-intervenção será uma planilha de monitoramento dos parâmetros clínicos, antropométricos e laboratoriais, caixinha de medicamentos personalizada com pictogramas, orientações e posologia de medicamentos, modelo impresso para controle de índices glicêmicos e pressóricos; e bilhete de agendamento para retorno.

O método utilizado será o SOAP, que foi proposto por Weed na década de setenta, compreende como sistema de registro de informações obtidas durante o método clínico clássico de atenção à saúde orientada por problemas (ROVERS e CURRIE, 2007). É amplamente utilizado por profissionais da saúde, sendo considerado o precursor dos outros métodos de acompanhamento farmacoterapêutico (CORRER e OTUKI, 2011).

Cada termo da sigla SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) refere-se a uma parte do processo de atendimento do paciente, com atividades específicas a serem realizadas. Quando realizado pelo profissional farmacêutico e, portanto, com foco na farmacoterapia, o método possui as seguintes etapas:

Nas informações subjetivas, devem ser registradas as informações obtidas do paciente ou cuidador. Deve-se buscar informações relacionadas a problemas com o uso de medicamentos e a relação com a enfermidade. Já as informações objetivas referem-se à obtenção de dados objetivos, como sinais vitais, prescrições de medicamentos, resultados de exames laboratoriais e de exame físico realizado pelo profissional habilitado. Na avaliação dos dados, tendo como base nas informações subjetivas e objetivas, o farmacêutico deve identificar as suspeitas de problemas relacionados com medicamentos e verificar o que pode ser realizado para a resolução dos mesmos, selecionando quais as intervenções farmacêuticas que podem ser adotadas (CORRER, NOBLAT e CASTRO, 2012).

Seguindo estes mesmos autores, o Plano é descrito como:

> "A posse da análise das informações e do planejamento das condutas a serem realizadas e, em conformidade com o perfil do paciente, o farmacêutico deve apresentá-las ao mesmo, buscando o estabelecimento de um acordo para a implementação do plano. Caso os problemas relacionados aos medicamentos necessitem da avaliação do prescritor, o paciente deverá ser informado dessa necessidade. Também deve-se estabelecer, em conjunto, a forma de realizar a monitorização dos resultados do plano a ser implementado, principalmente se houver novas modificações na prescrição de medicamento ou no quadro do paciente, instaurando-se, desta forma, o ciclo de atendimento" (CORRER, NOBLAT e CASTRO, 2012, p.23).

Sabendo-se a importância do acompanhamento farmacoterapêutico, o objetivo geral é delinear ações de cuidado farmacêutico ao idoso polimedicado, demonstrando a imensa importância do farmacêutico e identificar os medicamentos mais utilizados por idosos com polifarmácia e seus principais efeitos adversos, bem como definir estratégias de cuidado farmacêutico para esse grupo populacional.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Pharmacia Brasileira**, Ano XI, n. 88, 2014. Disponível em: https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/140/pb88web.pdf Acesso em: 10 de agosto de 2022.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, DF. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/web_confmundial/docs/l8080.pdf Acesso em: 25 de março de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 10 de junho de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção Primária à Saúde. Site do governo. Brasília, 2022. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee Acesso em: 18 de julho de 2022.

CHIORO, A. SCAFF, A. A implantação do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf Acesso em: 01 de abril de 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual / **Conselho Federal de Farmácia.** Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf Acesso em: 09 de agosto de 2022.

CORRER, C. J.; NOBLAT, L. A. C. B.; CASTRO, M. S. **Gestão da Assistência Farmacêutica:** módulo optativo: unidade 3: modelos de seguimento farmacoterapêutico. 2012. Disponível em: file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/Modulo_Optativo_unidade_3_revisado.pdf Acesso em: 07 de agosto de 2022.

CORRER, C. J.; OTUKI, M. F. **Método Clínico de Atenção Farmacêutica.** 2011. Disponível em: file:///C:/Users/Windows%208/Downloads/CORRER%20e%20OTUKI,%202011%20-%20M%C3%A9todo%20cl%C3%ADnico%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Farmac%C3%AAutica.pdf Acesso em: 07 de agosto de 2022.

G-MUS. Site Inovadora, 2022. Disponível em: https://www.inovadora.com.br/gmus.html Acesso: 20 de maio de 2022.

G-MUS. Relatório de Cidadão Simplificado. Disponível em: file:///C:/Users/Admin/Downloads/relatorio_4311809_usuariosimplificado_0000249471.pdf Acesso em: 30 de maio de 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota Técnica n° 40 de 24 de junho de 2021. O perfil dos imigrantes no RS segundo o Sismigra, a RAIS e o Cadastro Único.** Secretaria de Planejamento, Governança e Gestão, Subsecretaria de Planejamento, Departamento de Economia e Estatística. Disponível em: https://planejamento.rs.gov.br/upload/arquivos/202106/24142804-nota-tecnica-perfil-dos-imigrantes-do-rs-1.pdf Acesso em: 08 de julho de 2022.

IBGE. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Brasileiro de 2010.** Marau: IBGE, 2010. Disponível em: https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama Acesso em: 29 de abril de 2022.

MARAU, Prefeitura Municipal de. **História de Marau**. Disponível em: http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau. Acesso em: 16 de abril de 2022.

MARTINS, N. F. F, et al., Letramento Funcional em Saúde de Pessoas Idosas em uma Unidade de Saúde da Família. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. 2019;9: e2937. Disponível em: file:///C:/Users/Admin/Downloads/2937-11414-1-PB.pdf Acesso em 10 de junho de 2022.

MELO, M. M. A.; SILVEIRA, J. E. S.; BARROS, K. B. N. T. Construção de uma tecnologia em saúde sobre o cuidado farmacêutico com ênfase no uso racional de medicamentos. In: **MOSTRA CIENTÍFICA DA FARMÁCIA**. Anais... Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2019. Disponível em: http://reservas.fcrs.edu.br/index.php/eedic/article/view/3860/3328 Acesso em: 08 de agosto de 2022.

MENDONÇA, M. H.; HELMAN, L. S. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Acesso em: 08 de abril de 2022.

Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta.** Brasília: Opas; 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf Acesso em: 14 de agosto de 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/UNICEF. Cuidados primários de saúde. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. **Alma-Ata**, Rússia. Brasília: Unicef, 1979. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf Acesso em: 08 de abril de 2022.

PEREIRA, S. E. de S. et al. Perspectiva sobre o entendimento do cuidado farmacêutico ao idoso em uma instituição filantrópica. In: **MOSTRA CIENTÍFICA DA FARMÁCIA.** Anais... Quixadá: Centro Universitário Católica de Quixadá, 2016.

Disponível em: http://45.170.157.12/home/bitstream/123456789/1094/1/1256-3279-1-PB.pdf Acesso em: 13 de agosto de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. **Notícias**. Disponível em: http://www.pmmarau.com.br/noticias-geral/829-obra-do-novo-posto-de-saude-no-bairro-santa-rita-entra-em-nova-fase Acesso em: 27 de maio de 2022.

PULGA, V.; SCHNEIDER, F.; MATTIONE, F. Educação Popular, Equidade e Saúde: Dispositivos pedagógicos e práticas lúdicas de aprendizagem na saúde. In: PULGA, L. V. (orgs) *et al*. **Interação ensino-serviço-comunidade na formação profissional no SUS: trilhas, descobertas e desafios da descentralização de um programa de residência multiprofissional**. 1. ed. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2020. Acesso em: 16 de abril de 2022.

RIGGO, L. J. A. et al.,. In: Pulga, V. L., et al. Residência multiprofissional em saúde: costurando redes de cuidado e formação no norte gaúcho. (Org.). **Programa de Residência em Saúde na Atenção Básica: Retrato de um Cenário de Prática Profissional.** 1. ed. Rio Grande do Sul: Editora Rede Unida, 2022. Acesso em: 27 de maio de 2022.

ROVERS, J. P.; CURRIE, J. D. A practical guide to pharmaceutical care: a clinical skills primer. 3rd ed ed. Washington, DC: **American Pharmacists Association**, 2007. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2064897/pdf/ajpe99a.pdf Acesso em: 07 de agosto de 2022.

SAMPAIO, H. A. C., et al., Health literacy in type 2 diabetics: associated factors and glycemic control. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20, 865-874. Fortaleza, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/pdf/csc/2015.v20n3/865-874/pt Acesso em: 10 de junho de 2022.

SILVA, A. C. A. et al. Assistência farmacêutica em casos de polifarmácia entre a população idosa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 28, e999, Centro Universitário Santo Agostinho. Piauí, 2019. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/999/635 Acesso em: 09 de agosto de 2022.

CAPÍTULO II - PROJETO DE PESQUISA-INTERVENÇÃO

2.1 INTRODUÇÃO

No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma conquista do povo brasileiro é regido pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade. As diretrizes do SUS e das Redes de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Básica são a regionalização e hierarquização, territorialização, população adscrita, cuidado centrado na pessoa, resolutividade, longitudinalidade e coordenação do cuidado, ordenação da rede e participação da comunidade. Essas noções auxiliam e orientam o trabalho cotidiano de prática profissional realizado no programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (PRMS/UFFS) (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica é a porta de entrada, coordenadora e ordenadora da atenção à saúde no SUS, sendo constituída de uma equipe multiprofissional, garantindo a integralidade, a gestão do cuidado e as necessidades da população de abrangência. Com isto, é importante que as RAS saibam identificar as necessidades da população e organizem o fluxo dos atendimentos necessários para os outros pontos da rede, criando um vínculo entre equipe-população (BRASIL, 2017).

A Atenção Básica cumpre papel fundamental no cuidado longitudinal à população tanto nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, sendo que essas ações são prioridades da ESF que tem como objetivo a reorganização das práticas assistenciais, substituindo ao modelo tradicional de assistência hospitalar onde a atenção deve estar focalizada na família, entendida e percebida a partir do ambiente físico e social, o que possibilita os profissionais da saúde ter a compreensão abrangente do processo saúde-doença.

A família passa a representar um fator significativo no planejamento e desenvolvimento de intervenções terapêuticas, preventivas e de promoção, sendo ela a peça chave para os processos de trabalho da ESF, dando suporte e assistência às famílias, através disto, existe a possibilidade de conhecer cada integrante e como ocorre a organização familiar, identificando dificuldades, responsabilidades e o cuidado partilhado. Com isto, os profissionais da ESF devem utilizar-se dos conhecimentos que possuem sobre essas famílias e juntamente com elas, pensar e colocar em prática a melhor forma de prestar a assistência (BARROS, 2014).

Tal estratégia enfoca a família como unidade de ação programática de saúde e não mais, tão somente o indivíduo. A ESF está pautada na visão ativa da intervenção em saúde, ou seja, não somente esperar a população chegar aos serviços de saúde para intervir. Deve-se interagir com ela preventivamente, constituindo-se em instrumento real de reorganização de demandas. Além disso, reforçam-se as concepções de integração com a comunidade e o enfoque na atenção integral, evitando ações reducionistas em saúde, centradas, somente, na intervenção biológica e médica (BRASIL, 2006).

A ESF possui espaço privilegiado para a atenção integral à saúde do idoso, pois está inserida na comunidade, podendo atuar de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso. A efetiva inserção do idoso na ESF pode representar para ele o vínculo com o sistema de saúde. A Política Nacional de Saúde do Idoso (BRASIL, 2006), tem como propósito a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde e a reabilitação.

Observa-se que o cuidado farmacêutico, ação integrada e centrada no usuário com ênfase na promoção da saúde e uso racional de medicamentos, atualmente vem tomando uma maior dimensão na atenção à saúde e passou a gerar a necessidade de avaliação.

Apesar da Assistência Farmacêutica, por muito tempo ter sido reduzida apenas ao ciclo de gestão do medicamento, existe uma nova e necessária ação de Cuidado. Essa concepção de assistência como o cuidado ao paciente, e não apenas como gestão logística ou ciclo logístico da Assistência Farmacêutica, revela um avanço importante da profissão farmacêutica. Esse avanço permite que os profissionais possam ir além da garantia de acesso do medicamento e passem a desenvolver ações que garantam também o uso racional e seguro de medicamentos e tecnologias em saúde (BROUSSELLE, *et al.*, 2011, p. 45).

Um dos desafios presentes no cotidiano dos serviços de saúde, dentre outros, se refere ao uso de medicamentos na perspectiva da promoção, da assistência ou cuidado e da redução de riscos e agravos. No caso de idosos que fazem uso de muitos medicamentos esse cuidado se constitui desafio fundamental para o cuidado a esta população.

2.2 TEMA

Necessidades de saúde e de acompanhamento farmacoterapêutico em idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 polimedicados e importância de consultas farmacoterapêuticas em uma ESF.

2.3 PROBLEMAS DE PESQUISA

Quais as necessidades de saúde e de acompanhamento farmacoterapêutico de idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 polimedicados em uma ESF?

Como ocorrem as consultas farmacoterapêuticas com usuários idosos e polimedicados na ESF?

Qual o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 polimedicados em uma ESF?

Quais os medicamentos potencialmente inapropriados em idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 mais utilizados por estes usuários?

Como são realizadas as consultas farmacoterapêuticas com usuários idosos polimedicados numa ESF?

Como ocorre o fluxo de atendimento aos usuários idosos polimedicados e suas implicações no cuidado integral?

2.4 OBJETIVOS

2.4.1 Objetivo geral

- Analisar as necessidades de saúde e de acompanhamento farmacoterapêutico em idosos polimedicados, a fim de contribuir na implementação de consultas farmacêuticas em uma ESF.

2.4.2 Objetivos específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e epidemiológico dos usuários idosos, acima de 60 anos, polimedicados em uma ESF.

- Identificar os medicamentos de uso inapropriado em idosos mais utilizados em usuários polimedicados nesta faixa etária, acompanhados pela ESF.
- Identificar como são realizadas as consultas farmacoterapêuticas com usuários idosos polimedicados numa ESF.
- Identificar como ocorre o fluxo de atendimento aos usuários idosos polimedicados e suas implicações no cuidado integral.

2.5 HIPÓTESES

Os usuários idosos e polimedicados acompanhados pela ESF possuem necessidades em saúde, de cuidado, de tratamento às comorbidades, de orientações sobre alimentação, uso correto de medicamentos e suas interações medicamentosas e alimentares que demandam o acompanhamento farmacoterapêutico.

As consultas farmacoterapêuticas com usuários idosos ocorrem sem protocolo.

O fluxo de atendimento está centrado na dispensação de medicamentos.

Os idosos polimedicados possuem um perfil sociodemográfico onde a maioria são mulheres de baixa renda e não possuem cuidadores.

O medicamento de uso inapropriado em idosos mais utilizado na ESF é o omeprazol.

2.6 JUSTIFICATIVA

Nos últimos anos, com o aumento significativo da expectativa de vida, houve um aumento das doenças crônicas não transmissíveis e de seus fatores de risco (BRASIL, 2014). As doenças crônicas remetem normalmente a comorbidades que necessitam do uso de medicamentos continuamente para a melhora do quadro de saúde do indivíduo.

A Residência Multiprofissional em Saúde na Atenção Básica, especialmente o núcleo da farmácia têm colocado esse desafio na assistência diária e também como campo de pesquisa-intervenção numa perspectiva de contribuir para a implantação das consultas farmacoterapêuticas.

A partir do diagnóstico situacional, pode-se observar o grande número de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na ESF Santa Rita, município de Marau no norte gaúcho, sendo de extrema relevância a implantação de cuidado

farmacêutico para esta população, principalmente às pessoas idosas, aumentando assim a qualidade de vida do usuário e, em consequência, diminuição dos problemas relacionados à saúde e ocasionando uma menor procura ao serviço de saúde.

Os serviços clínicos realizados por farmacêuticos são estratégias importantes e necessárias diante desse momento histórico para garantir o sucesso do tratamento medicamentoso, o que acontece quando os itens prescritos são necessários (indicação), efetivos, seguros e convenientes (adesão).

O farmacêutico pode qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde.

Chisholm-Burns, *et al.* (2010), observaram que a participação desse profissional na equipe de saúde esteve associada à diminuição da taxa de mortalidade, tempo de internação e retorno ao serviço de emergência, bem como à melhoria da relação hospitalização/readmissão. Observou-se, ainda, melhoria da segurança do paciente avaliando-se a incidência de eventos adversos, reações adversas e erros de medicação.

Ainda há poucos estudos sobre essa temática, o que coloca relevância científica, além de produzir impactos no cuidado e na melhoria da qualidade de vida e saúde dos usuários idosos polimedicados.

2.7 REFERENCIAL TEÓRICO

2.7.1 Importância da Atenção Básica à Saúde no Brasil

A Lei 8.080/1990 instaurou o SUS, tendo como principais princípios e diretrizes: universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde; igualdade na assistência, sem preconceitos e privilégio de qualquer gênero; integralidade da assistência; participação da comunidade; e descentralização político-administrativa (BRASIL, 1990).

O SUS é entendido em seus objetivos finais (dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde) para que assim, busquemos os meios (processos, estruturas e métodos) capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país. Estes meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade (resolubilidade), participação social e complementaridade do setor

privado, devem constituir em objetivos estratégicos que deem concretude ao modelo de atenção à saúde desejada para o SUS (CHIORO e SCAFF, 1999).

A Lei 8.080/1990 é regulamentada através do Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011, define que "o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas portas de entrada do SUS e se completa na rede regionalizada e hierarquizada" (BRASIL, 2011).

A Atenção Básica é o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, possuindo uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de saúde das pessoas do seu território (BRASIL, 2017).

A ESF estabelece vínculos, entre os profissionais de saúde, a família e a comunidade, possibilitando espaço para a construção de corresponsabilidade nos compromissos relacionados ao processo saúde – doença. A estratégia tem como princípio a reorganização da prática assistencial com novas bases e critérios, em áreas geográficas delimitadas, onde os indivíduos, famílias e comunidade são o foco central da atenção para melhoria das condições de vida (MENDONÇA e HELMAN, 2005).

Com as necessidades de um olhar mais próximo ao usuário, no ano de 2003, foi implantada a Política Nacional de Humanização, tendo como base colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, com a inclusão das diversidades nos processos de gestão e do cuidado. Tais mudanças são construídas de forma coletiva e compartilhadas, estimulando a produção de novos métodos de gerir o cuidado e novas formas de organizar o trabalho (BRASIL, 2004).

As diretrizes da Política Nacional de Humanização são: 1. Acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde; 2. Gestão participativa e cogestão que expressa tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão; 3. Ambiência criando espaços saudáveis, acolhedores e confortáveis, que respeitem a privacidade, propiciem mudanças no processo de trabalho e sejam lugares de encontro entre as pessoas; 4. Clínica ampliada e compartilhada é uma ferramenta teórica e prática cuja finalidade é contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença; 5. Valorização do trabalhador dando visibilidade à experiência dos trabalhadores e incluí-los na tomada de decisão, apostando na sua capacidade de analisar, definir e qualificar os processos de trabalho; 6. Defesa dos direitos dos usuários através do conhecimento dos direitos e

assegurar que eles sejam cumpridos em todas as fases do cuidado, desde a recepção até a alta (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, um dos grandes desafios para viabilizar o acesso ao serviço de saúde mais próximo das pessoas e nos seus territórios, a Atenção Básica cumpre papel fundamental, através da Estratégia Saúde da Família. No Brasil a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera a Atenção Primária como termo equivalente à Atenção Básica e a define como:

> A Atenção Básica é o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p. 02).

Outro ponto importante da PNAB foi o estabelecimento de um método de abordagem na Atenção Primária, para ser adotado por todos os profissionais de saúde, que diz respeito ao cuidado centrado na pessoa.

A Health Foundation identificou quatro princípios que estão interligados ao cuidado centrado na pessoa, são eles: garantir que as pessoas sejam respeitadas com dignidade e compaixão; oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado; oferecer cuidado, apoio ou tratamento personalizado; e apoiar as pessoas para desenvolver suas próprias capacidades (COLLINS, 2014).

O termo “pessoa” é utilizado para abordar o paciente como um todo, sem o foco na doença e/ou sintomas, considerando também suas preferências, seu bem-estar e o contexto social e cultural. Algumas atividades centradas na pessoa são o suporte da autogestão, a tomada de decisões compartilhadas e os cuidados colaborativos (HEALTH FOUNDATION, 2014).

A PNAB também orienta as equipes quanto à participação da comunidade de perspectiva do controle social, de maneira a:

> Estimular a participação das pessoas, a orientação comunitária das ações de saúde na Atenção Básica e a competência cultural no cuidado, como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e

> das pessoas e coletividades do território. Considerando ainda o enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, através de articulação e integração das ações intersetoriais na organização e orientação dos serviços de saúde, a partir de lógicas mais centradas nas pessoas e no exercício do controle social (BRASIL, 2017, p. 09).

A participação social é uma das práticas que está interligada ao trabalho dos profissionais da Atenção Básica, por estar inserida no território, buscando defender os interesses da comunidade local. O fortalecimento de espaços de debates e discussão de políticas públicas com a comunidade e com as equipes de saúde envolvidas na Atenção Básica é de extrema importância, partindo da realidade em que estão inseridos como representantes de uma sociedade organizada, sendo fundamental para a ampliação do acesso a serviços de saúde qualificados (SANTOS e DOLNY, 2017).

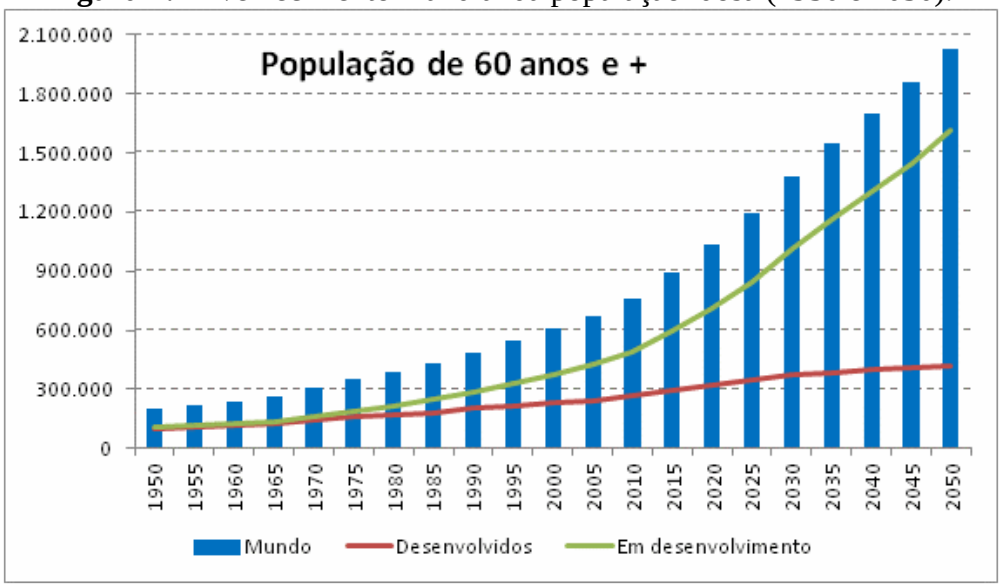
2.7.2 Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional é um fenômeno natural, irreversível e mundial. A população idosa brasileira tem crescido de forma rápida e em termos proporcionais. A faixa etária acima de 80 anos, também aumenta de maneira acelerada e proporcional, constituindo o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% da população idosa (BRASIL, 2010).

O envelhecimento populacional é definido como a mudança na faixa etária da população, o qual se observa pelo aumento de pessoas acima de uma idade pré-determinada, sendo definido como o início da velhice. No Brasil, passam a ser consideradas idosas pessoas acima dos 60 anos (CARVALHO e GARCIA, 2003).

Sobre o fenômeno do envelhecimento, Alves (2012), ilustra o processo de envelhecimento da população idosa no mundo através da Figura 1, onde as colunas na cor azul demonstram o crescimento acelerado da população idosa com tarjas em vermelho para os países desenvolvidos e em verde os países em desenvolvimento.

Figura 1: Envelhecimento mundial da população idosa (1950 e 2050).



Fonte: Alves (2012).

Através da Figura 1, observa-se que desde 1950 a população idosa vem crescendo gradativamente, sendo que nos países desenvolvidos, houve um crescimento mais moderado dessa população, enquanto nos países em desenvolvimento, esse crescimento se deu de forma bem mais acentuada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2005), afirma que o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e um dos grandes desafios a ser enfrentado pela sociedade. Porém, no século XXI, o envelhecimento aumentará as demandas sociais e econômicas em todo o mundo.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2008), a projeção brasileira da população idosa (acima de 65 anos) em 2022, seja de 10,49% e no Rio Grande do Sul seja de 14,08% da população total. Através destes dados, pode-se observar que à medida que as populações vão envelhecendo, a pirâmide populacional triangular dos anos 2000 está sendo substituída por uma estrutura mais cilíndrica, equilibrando o número de idosos e população jovem.

Segundo Geib (2012), as mudanças demográficas aceleradas, ocorridas nas últimas décadas no país, levaram a um crescimento sem precedentes da população idosa. Esse fenômeno desencadeia o aumento da ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que geralmente se expressam na velhice, como reflexos das condições socioeconômicas. Observa-se que essa mudança reflete diretamente nas formas do cuidado farmacêutico em todo o território nacional.

2.7.3 Políticas Públicas para a População Idosa

A população idosa brasileira teve importantes conquistas nas últimas décadas, como a garantia dos seus direitos através da Lei n° 10.741, de 1º de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto do Idoso. O capítulo IV aborda sobre os direitos à saúde, o qual assegura a atenção integral à saúde do idoso, através do SUS, tendo como garantia o acesso universal e igualitário, com um conjunto articulado de ações e serviços para prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com atenção especial às doenças que afetam a população idosa preferencialmente (BRASIL, 2003).

Outro grande marco foi a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), que tem como diretrizes a promoção do envelhecimento ativo e saudável, atenção integral, voltada à saúde do idoso, promoção de ações intersetoriais, com integralidade da ação, ofertar recursos que assegurem a qualidade da atenção à saúde da população idosa, estimular participação e fortalecimento do controle social, promover formação e educação permanente para profissionais do SUS que trabalham com a saúde do idoso, desenvolver divulgação e informações sobre a PNSPI para profissionais, gestores e usuários do SUS, promover cooperação nacional e internacional de experiências na atenção à saúde da população idosa, e garantir apoio e viabilizar pesquisas na área da saúde para idosos (BRASIL, 2006).

A PNSPI tem como finalidade recuperar, manter e promover a independência e autonomia da população idosa, através de medidas individuais e coletivas para a saúde, juntamente com os princípios do SUS (BRASIL, 2006).

Procurando dar uma atenção especial ao idoso no SUS, foi colocada na atenção básica, no âmbito da ESF, a responsabilidade pelo levantamento, cadastramento e acompanhamento da população idosa no Brasil. Assim, por meio da ESF pode-se identificar e conhecer as pessoas que vivem em Instituições de Longa Permanência para Idosos, conhecendo as suas dependências e/ou independências funcionais (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde editou o Caderno de Atenção Básica em Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, para que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde possam instruir com teorias e metodologias os profissionais de saúde para que possam exercer uma melhor atenção à saúde do idoso (BRASIL, 2019).

A PNSPI afirma que uma consequência do envelhecimento populacional é a exposição a um número maior de doenças e/ou condições crônicas, que requerem mais cuidados por períodos mais prolongados (BRASIL, 2006).

Conforme os indivíduos envelhecem, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) transformam-se nas principais causas de morbidade, incapacidade e mortalidade em todas as regiões do mundo, inclusive nos países em desenvolvimento. As DCNT são enfermidades típicas da terceira idade, possuindo um custo elevado para os indivíduos, as famílias e o Estado (OMS, 2005).

As pesquisas demonstram cada vez mais que as origens do risco de doenças crônicas, como diabetes e cardiopatia, começam na infância ou até mesmo antes. E esse risco é subsequentemente definido e modificado por fatores como condição sócia econômica e experiências ao longo da vida. Além disso, o risco de desenvolver DCNT continua a aumentar conforme as pessoas envelhecem. Porém, o que aumenta relativamente o risco de desenvolvimento de DCNT nas idades mais avançadas é o tabagismo, falta de atividade física, dieta inadequada, entre outros fatores de risco da vida adulta. Assim, sendo importante chamar a atenção para os riscos de DCNT durante toda a vida (OPAS, 2016).

A situação nutricional, a transição dos padrões de consumo, somada ao sedentarismo, aponta para um aumento na prevalência do sobrepeso e da obesidade, condições que contribuem para o aparecimento de doenças crônicas e incapacidades, prevalentes nos idosos (GEIB, 2012).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (SCHMIDT e DUNCAN, 2011).

2.7.4 Atenção farmacêutica

A Constituição Federal, através da Lei Orgânica da Saúde (Lei n° 8080/90), em seu Artigo 6º determina como campo de atuação do SUS, a “assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica” e a “formulação da política de medicamentos” (BRASIL, 1990).

Uma das conquistas em relação à área farmacêutica foi à implantação da Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998, que tem como diretrizes a: 1. Adoção de relação de medicamentos essenciais. 2. Regulamentação sanitária de medicamentos. 3. Reorientação da assistência farmacêutica. 4. Promoção do uso racional de medicamentos. 5. Desenvolvimento científico e tecnológico. 6. Promoção da produção de medicamentos. 7. Garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos. 8. Desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Porém houve a necessidade de efetivar o acesso, a qualidade e a humanização na Assistência Farmacêutica, com controle social, através da realização da 1.ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica – realizada no período de 15 a 18 de setembro de 2003, sendo necessário implantar uma política voltada à assistência aos medicamentos (BRASIL, 2005).

Com isto, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) através da Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004, sendo que seus princípios são baseados em: 1. Integrar a Política Nacional de Saúde, a qual se envolve num conjunto de ações como a promoção, proteção e recuperação da saúde e garantir os princípios do SUS. 2. É uma política norteadora para a formulação de outras do mesmo setor. 3. A Assistência Farmacêutica é um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, individual ou coletiva, possuindo como insumo principal e essencial o medicamento, através do seu acesso e uso racional. 4. As ações desenvolvidas são consideradas como um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida na Assistência Farmacêutica, visando atitudes e valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e corresponsabilidade nas ações voltadas à Assistência Farmacêutica junto a uma equipe multidisciplinar em saúde (BRASIL, 2004).

Dessa forma, a aquisição de medicamentos e sua distribuição através do SUS teve maior respaldo na legislação, sendo de extrema importância possuir uma boa gestão da assistência farmacêutica principalmente na saúde pública. Havendo o compromisso em garantir o acesso ao medicamento, sendo que a falta do mesmo pode acarretar na interrupção do tratamento, afetando diretamente a saúde e qualidade de vida do usuário (DIEHL, SANTOS e SCHAEFER, 2016).

A Assistência Farmacêutica integra a saúde pública do Brasil, sendo um determinante para a resolubilidade da atenção e dos serviços em saúde, sendo necessários grandes investimentos de recursos públicos (BRASIL, 2007). O

financiamento da Assistência Farmacêutica é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite. Conforme estabelecido na Portaria nº 204, de 29 de janeiro de 2007, os recursos federais são repassados na forma de blocos de financiamento, entre os quais o Bloco de Financiamento da Assistência Farmacêutica, que é constituído por três componentes: 1. Componente Básico da Assistência Farmacêutica. 2. Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica. 3. Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional (BRASIL, 2007). Além destas, existe a Portaria nº 1.554, de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS (BRASIL, 2013).

O Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe que "a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS onde será acompanhada do Formulário Terapêutico Nacional (FTN) que subsidiará a prescrição, a dispensação e o uso dos seus medicamentos e a cada dois anos, o Ministério da Saúde consolidará e publicará as atualizações da RENAME e do FTN" (BRASIL, 2011).

Além disto, o decreto aborda que cada esfera do governo pode adotar relações específicas e complementares de medicamentos, de acordo com a RENAME, sendo respeitados os blocos de financiamento de medicamentos, através da pactuação nas Comissões Intergestores (BRASIL, 2011). Com isto, cada município pode escolher quais medicamentos que vão estar disponíveis na Relação Municipal de Medicamentos Essenciais (REMUME).

A RENAME é atualizada permanente, pois é a lista orientadora do financiamento e acesso a medicamentos no âmbito da Assistência Farmacêutica, sendo instrumento fundamental a promoção do uso racional. A última atualização foi publicada através da Portaria GM/MS nº 3.435, de 8 de dezembro de 2021, que estabelece a RENAME 2022 no âmbito do SUS por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos (BRASIL, 2021).

2.7.5 Uso irracional de medicamentos em idosos

O processo de envelhecimento é marcado por uma maior frequência de doenças crônico-degenerativas, acompanhados por uma demanda ampla para os serviços de

saúde e por medicamentos, o que predispõe a população geriátrica aos riscos da prática de polifarmácia e aos efeitos adversos dos medicamentos (NÓBREGA e KARNIKOWSKI, 2005).

Segundo a OMS (2019), a polifarmácia é definida como o uso rotineiro e concomitante de quatro ou mais medicamentos, com ou sem prescrição, por um paciente. Idosos com polifarmácia (uso diário de quatro ou mais medicamentos diferentes) apresentam alto risco, cerca de 30% a 50%, de fazer uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados (MPI), representando o principal sinal de alerta para declínio funcional, internação hospitalar e óbito. Tais idosos têm polipatologias e apresentam maior risco de serem portadores de condições crônicas de saúde que têm tratamento medicamentoso com efetividade comprovada, porém, muitas vezes não fazem o uso correto do medicamento, influenciando na sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Segundo Nóbrega e Karnikowski (2005), a população idosa possui risco elevado de problemas relacionados a medicamentos devido às alterações fisiológicas naturais relacionadas ao envelhecimento associado à maior incidência de doenças crônicas e ao grande número de medicamentos consumidos. Além de todas as dificuldades que os idosos apresentam ao fazer uso de medicamentos, eles podem também não aderir ao mesmo, o que torna a situação ainda mais complexa (BRASIL, 2010).

A adesão é considerada um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado e diz respeito à frequência, à constância e à perseverança em relação aos cuidados necessários para quem vive com algum problema de saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é um fator estruturado e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive (SILVEIRA e RIBEIRO, 2005).

Devido a potenciais malefícios de algumas medicações quando utilizados em idosos foi proposto por Beers et al., em 1991 os critérios de Beers, que são uma lista de medicamentos desenvolvida originalmente em 1991 com medicamentos potencialmente danosos para o uso em idosos, estes critérios são revisados periodicamente e publicadas incluindo novos medicamentos, interações medicamentosas e morbidades que podem reduzir a segurança no uso destes medicamentos. Os critérios de Beers foram considerados como um método de prevenção quaternária na APS pelos profissionais de saúde (American Geriatrics Society, 2019). Em 2016 os critérios de Beers foram adaptados para o Brasil pelo "consenso brasileiro de medicamentos potencialmente

inapropriados para idosos" (Tabela 1), sendo publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, elencando a descrição dos critérios para medicamentos que devem ser evitados em idosos, independentes de condição clínica (OLIVEIRA *et. al.*, 2016).

Tabela 1: Descrição dos critérios para medicamentos que devem ser evitados em idosos

Número	Critério	Racional	Exceção
1	Antiparkinsonianos com forte ação anticolinérgica – biperideno.	Risco de toxicidade anticolinérgica.	–
2	Anti-histamínicos de primeira geração – dexclorfeniramina e prometazina.	Risco de sedação e efeitos anticolinérgicos (confusão, boca seca, constipação, entre outros). Há o desenvolvimento de tolerância, quando utilizados como hipnótico.	–
3	Antipsicóticos de primeira geração – Clorpromazina e Haloperidol.	Aumento do risco de acidente vascular cerebral (AVC) e mortalidade.	O uso deve ser restrito aos casos nos quais estratégias não farmacológicas tenham falhado ou quando o paciente representa ameaça a si ou a outros.
4	Barbitúricos – fenobarbital.	Alta proporção de dependência física, tolerância na indução do sono e risco de overdose em doses baixas.	–
5	Benzodiazepínicos – Clonazepam e Diazepam.	Em geral, os benzodiazepínicos aumentam o risco de comprometimento cognitivo, delirium, quedas, fraturas e acidentes automobilísticos. Evitar todos os benzodiazepínicos para tratar insônia, agitação ou delirium.	Podem ser apropriados para tratar crises convulsivas, distúrbios do sono REM, síndrome de abstinência a benzodiazepínicos e etanol, transtorno de ansiedade generalizada grave, em anestesia peri operatória e cuidados paliativos.
6	Antidepressivos	Altamente anticolinérgicos	Podem ser apropriados

	tricíclicos terciários (Amitriptilina, Imipramina, Nortriptilina, Clomipramina) sozinhos ou em combinação.	sedativos e causam hipotensão ortostática.	para tratamento da dor e/ou depressão grave. Pode ser apropriado o uso da Nortriptilina para tratamento da depressão associada à doença de Parkinson em idosos jovens.
7	Bloqueadores Alfa-1 para tratamento da hipertensão – Doxazosina.	Uso associado ao alto risco de hipotensão ortostática. Não recomendados para tratamento de rotina da hipertensão. Há alternativas com melhor relação risco-benefício.	–
8	Alfa agonistas de ação central para tratamento de rotina da hipertensão – Metildopa.	Alto risco de efeitos adversos ao Sistema Nervoso Central (SNC). Podem causar bradicardia e hipotensão ortostática.	–
9	Medicamentos antiarrítmicos – Amiodarona.	Dados sugerem que o controle da frequência cardíaca proporciona melhor perfil risco-benefício do que o controle do ritmo em idosos. A amiodarona está associada a doenças da tireóide, distúrbios pulmonares e prolongamento do intervalo QT.	–
10	Ácido acetilsalicílico em dose > 150 mg/dia.	Aumento do risco de hemorragia digestiva, sem evidência de aumento da eficácia.	–
11	Digoxina > 0,125 mg/dia.	A diminuição do clearance renal com o envelhecimento aumenta o risco de intoxicação digitálica. Além disso, na insuficiência cardíaca, as doses mais altas elevam o risco de toxicidade e não oferecem maiores benefícios.	–
12	Diuréticos de alça – Furosemida, como monoterapia de primeira linha para hipertensão.	Há alternativas mais seguras e eficazes.	–

13	Espironolactona > 25 mg/dia (pacientes com insuficiência hjcardíaca ou CrCl < 30 mL/min).	Risco de hipercalemia em pacientes com insuficiência cardíaca, especialmente com uso concomitante de anti-inflamatórios não esteroides, Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou bloqueadores do receptor da angiotensina.	–
14	Glibenclamida e glimepirida.	Maior risco de hipoglicemia prolongada grave em idosos.	–
15	Antiespasmódicos gastrointestinais – Escopolamina.	Altamente anticolinérgicos. Efetividade incerta.	Evitar, exceto em cuidado paliativo de curto prazo para reduzir secreções orais.
16	Metoclopramida.	Pode causar efeitos extrapiramidais incluindo discinesia tardia. O risco pode ser ainda maior em idosos mais frágeis.	Evitar, exceto em casos de gastroparesia.
17	Óleo mineral (via oral).	Potencial para aspiração e efeitos adversos. Alternativas mais seguras disponíveis.	–
18	Inibidores de bomba de prótons – Omeprazol, para úlcera péptica na dosagem terapêutica integral por mais de 8 semanas.	Potencial para desenvolvimento de osteoporose/fratura, demência e insuficiência renal com o uso prolongado.	Descontinuação antes de oito semanas de uso ou redução da dose para tratamento, manutenção e/ou profilática de úlcera péptica, esofagite ou Doença do Refluxo Gastroesofágico.
19	Nitrofurantoína.	Potencial para toxicidade pulmonar. Apresenta perda de eficácia em pacientes com ClCr < 60 mL/min devido à concentração inadequada do fármaco na urina. Há alternativas mais seguras disponíveis.	–
20	Uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroides (AINE) não seletivos	Aumentam o risco de hemorragia gastrointestinal e úlcera péptica em grupos de alto risco, incluindo aqueles	Evitar uso crônico, exceto quando não houver outras alternativas e for

	da COX2 (Aspirina > 325 mg/dia, Diclofenaco e Ibuprofeno.	com idade > 75 anos ou que utilizam corticosteroides orais ou parenterais, anticoagulantes ou antiplaquetários. O uso de inibidores da bomba de prótons reduz, mas não elimina o risco.	possível associação com agente gastroprotetor.

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA *et. al.*, 2016.

2.7.6 Cuidado farmacêutico

Segundo o Caderno 1 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) ao abordar a descrição de Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde, enfatiza a dimensão matricial do cuidado farmacêutico que se dá através de ações que envolvem duas dimensões, a clínico-assistencial e a técnico pedagógica, sendo que a primeira está relacionada ao cuidado farmacêutico e ações clínicas diretas aos usuários, independente de ser individual ou compartilhada. A técnico-pedagógica se refere às ações diretas, que atendam as necessidades das equipes envolvidas no cuidado, através de educação permanente ou outras ações. Através destas duas dimensões, aposta-se que o farmacêutico esteja envolvido na prática clínica, mas também em ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde.

No Brasil já foram realizados diversos estudos controlados, testando o impacto do cuidado farmacêutico, com evidências mostrando os benefícios do serviço do Cuidado Farmacêutico na adesão ao tratamento, na satisfação e continuidade do cuidado pelos usuários, e para os resultados do uso dos medicamentos em diversos grupos de usuários, entre eles: idosos, diabéticos, hipertensos, pessoas com alto risco coronariano, síndrome metabólica, dislipidemia, asmáticos, com depressão e insuficiência cardíaca (AMARANTE *et al.*, 2010; ANDRADE e PELÁ, 2005; BORGES *et al.* 2010; BORGES *et al.*, 2011; CASTRO *et al.*, 2006; CORRER *et al.*, 2011; MORI *et al.*, 2010; NETO *et al.*, 2011; PLASTER *et al.*, 2012; SANTOS *et al.*, 2010).

O acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico é utilizado na prática da Atenção Farmacêutica, sendo que o farmacêutico se responsabiliza pelas necessidades do paciente relacionadas ao uso de medicamentos mediante a detecção, prevenção e resolução de Problemas Relacionados aos Medicamentos (PRM), de forma continuada, sistematizada e documentada, em colaboração com o próprio paciente e com a equipe

multidisciplinar, para alcançar resultados que contribuam com a melhor qualidade de vida do paciente (ANGONESI e SEVALHO, 2010).

O cuidado farmacêutico está relacionado às ações de educação em saúde, as quais incluem atividades de educação permanente para a equipe multiprofissional e atividades de promoção à saúde, principalmente ações de promoção do uso racional de medicamentos, através de atividades assistenciais que incluem os serviços de clínica farmacêutica, que podem ser ofertados de forma individual e/ou em atendimentos compartilhados e técnicas pedagógicas, que visam à educação e ao empoderamento da equipe de saúde e da comunidade para a promoção do uso racional de medicamentos (BRASIL, 2014).

Através desses serviços, a clínica farmacêutica vincula o farmacêutico diretamente com o usuário, realizando atividades técnico-pedagógicas vinculadas à coletividade da família e comunidade, bem como à gestão da equipe de saúde (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD, 2013).

Nesses contextos, cabe reconhecer o papel do profissional farmacêutico como protagonista, indutor e qualificador dessas práticas junto aos profissionais das equipes de referência de atenção básica. A composição das equipes de ESFs deve ser definida de acordo com as necessidades do território, porém quando o profissional farmacêutico está presente, visa a qualificar o acesso da população à farmacoterapia, contribui para o uso racional de medicamentos, além de proporcionar cuidado farmacêutico aos usuários e à comunidade (BRASIL, 2018). Assim, quando presente, o profissional farmacêutico visa a qualificar o acesso da população à farmacoterapia, contribui para o uso racional de medicamentos, além de proporcionar cuidado farmacêutico aos usuários e à comunidade.

A visão do gestor em relação à necessidade, ou não, de ter um profissional farmacêutico na equipe multiprofissional, gera uma incerteza quanto ao cuidado farmacêutico na Atenção Básica. Por isso, é de fundamental importância dar visibilidade às ações do profissional farmacêutico para a equipe de saúde e à comunidade.

2.8 METODOLOGIA

2.8.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem metodológica mista, do tipo pesquisa-intervenção, com análise de prontuários e posterior entrevistas semiestruturadas.

2.8.2 Local e período de realização

O estudo será realizado, após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa entre o período de março de 2023 a fevereiro de 2024 em uma ESF da rede de Atenção Primária à Saúde do município de Marau/RS com a análise dos dados, elaboração de artigo científico, submissão e socialização dos resultados junto à equipe de Saúde da Família.

2.8.3 Sujeitos de pesquisa

No município de Marau, de acordo com o Sistema de Informação da Secretaria de Saúde do Município G-MUS (2022), no dia 19 de outubro de 2022, possuía um total de 62039 pessoas cadastradas, sendo que 9796 pessoas possuem idade igual ou superior a 60 anos. Estima-se que a ESF abrange mais de 4.000 mil habitantes, porém no dia 19 de outubro de 2022, possuía 1.054 famílias ativas, com 2.724 pessoas integradas, destas 349 pessoas possuem idade igual ou superior a 60 anos, sendo 198 do sexo feminino e 151 do sexo masculino. Este número está defasado, pois mesmo com as visitas das Agentes Comunitárias em Saúde, muitas pessoas não estão em casa em horário comercial, dificultando a visita delas para realizar o cadastramento, além da alta rotatividade de pessoas.

A população-alvo a ser estudada nesse recorte compreende idosos com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus tipo 2 polimedicados atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Marau, de ambos os sexos e com idade igual ou superior a 60 anos cadastrados no G-MUS pertencente ao território de abrangência da ESF Santa Rita. Para tanto serão separados os prontuários que possuam essas comorbidades. Com estes participantes será preenchido o Apêndice A onde será identificado o perfil sociodemográfico e epidemiológico dessa população, os medicamentos que utilizam e se fazem uso medicamentos potencialmente inapropriados em idosos. Esses elementos produzirão um recorte populacional e resultados quantitativos da pesquisa.

A partir deste número de participantes, serão sorteados três idosos de cada faixa-etária separados por idades de 60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos ou mais, sendo o total de nove entrevistados, que estejam nos critérios de inclusão do projeto para participarem de entrevistas semiestruturadas a fim de aprofundar as questões da pesquisa na perspectiva qualitativa.

Entre os critérios de inclusão estão os idosos maiores de 60 anos de idade, de ambos os sexos, cadastrados no território de abrangência da ESF Santa Rita que apresentem Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus tipo II e sejam polimedicados. Fazer uso de um ou mais MPI em Idosos conforme analisados pelo Consenso Brasileiro (Tabela 1) e que tenham realizado uma ou mais consultas médicas nos últimos dois anos na ESF a fim de serem usuários em acompanhamento.

Entre os critérios de exclusão estarão os usuários idosos que apresentem comunicação, falta de lucidez. Além disso, não participarão idosos que possuam neoplasia maligna, pois o processo de cuidado na Rede de Atenção à Saúde se dá fora da ESF e em outros municípios, dificultando o acompanhamento farmacoterapêutico.

Os participantes sorteados serão contatados individualmente através de visita domiciliar pela pesquisadora que apresentará a proposta de pesquisa e a possibilidade de participar desta pesquisa. Caso o participante aceite, será apresentado o cronograma e agendado a aplicação do apêndice B. Caso tenha algum participante que não aceite, será realizado novo sorteio.

As pesquisadoras se comprometem a manter os dados coletados por um período de cinco (05) anos em um lugar seguro e privativo junto à ESF. Após este período, os dados, tanto físicos como digitais, serão destruídos.

2.8.4 Técnica de coleta de dados

A coleta de dados será realizada pela pesquisadora responsável conforme segue:

1) Será realizada uma busca *online* no sistema de prontuários integrados das Estratégias Saúde da Família do município, o G-MUS - Gestão Municipal de Saúde, mediante *login* e senha da pesquisadora. Serão obtidos os dados dos pacientes da ESF em estudo. Será gerado o relatório com a listagem dos usuários com idade igual ou superior a 60 anos de ambos os sexos registrados nesse sistema.

2) A partir deste relatório, serão analisados todos os prontuários *online* desses usuários com idade igual ou maior a 60 anos para selecionar os que sejam residentes do território da ESF Santa Rita que possuem a utilização de polifarmácia (com base nos critérios de inclusão e exclusão). Os dados a serem coletados compreendem características sociodemográficas, comportamentais e de saúde e estão descritos na ficha de coleta (APÊNDICE A).
3) Será elaborado o perfil de saúde dos referidos usuários conforme o Instrumento específico no APÊNDICE A (sexo, idade, polifarmácia, presença de Diabetes Mellitus tipo II e Hipertensão Arterial Sistêmica, uso de MPI em Idosos e acompanhamento médico nos últimos dois anos) e sistematizado em tabelas do Excel;
4) Após será organizada lista dos MPI para idosos (Tabela 1) e quantificar os pacientes polimedicados acompanhados pela ESF. Compiladas essas informações, será elaborada planilha com a sistematização das mesmas;
5) Após serão selecionados usuários por sorteio em cada faixa etária desses idosos (3 idosos de cada uma das faixas etárias a seguir: 60-69 anos, 70-79 anos e acima de 80 anos) totalizando 09 idosos conforme critérios de inclusão e exclusão. Cada um dos sorteados receberá uma visita domiciliar pela pesquisadora que apresentará a proposta de pesquisa e caso concorde, será agendada na ESF e/ou em Visita Domiciliar o momento para realização de entrevistas semiestruturadas que serão desenvolvidas pela pesquisadora a partir do instrumento (APÊNDICE B) aplicada para pessoas individualizadas em consulta farmacoterapêutica;
6) Elaboração de fluxograma analisador dos usuários que participarem das entrevistas mostrando como ocorre o fluxo de atendimento aos usuários idosos polimedicados e suas implicações no cuidado integral, fragilidades, potencialidades. Esse fluxograma será feito pela pesquisadora a partir das informações dos prontuários e das entrevistas.
7) Os resultados da pesquisa serão devolvidos para a equipe (atividade de intervenção) e para a gestão através de relatório impresso. Para os participantes prevê-se a devolutiva em uma reunião do Conselho Local de Saúde, onde os resultados serão apresentados de forma coletiva garantindo anonimato dos entrevistados.

8) Descrição de como são realizadas as consultas farmacoterapêuticas com usuários idosos polimedicados numa Estratégia de Saúde da Família (ESF).

2.8.5 Método de análise dos dados

Após a coleta, os dados dos apêndices A e B serão transcritos em um formulário específico, para posterior digitação em banco de dados, sendo que o nome dos usuários será codificado numericamente para garantir o sigilo dos dados de identificação.

Os dados serão analisados e tabulados em planilhas do Software Excel. As análises estatísticas serão realizadas no *software* PSPP (distribuição livre) e compreenderão frequência, percentagem, média e desvio padrão.

As entrevistas serão gravadas e transcritas. Após a transcrição, os dados e as informações relacionadas às entrevistas serão organizados a partir da elaboração de categorias temáticas e analíticas relacionadas aos objetivos propostos e a partir da análise qualitativa por meio da construção de categorias temáticas de análise de conteúdo na perspectiva de Minayo (2014). A construção de categorias temáticas será a partir da análise de prontuários e das entrevistas semiestruturadas realizadas em consultas farmacoterapêuticas com usuários idosos polimedicados em uma ESF no norte gaúcho.

Com base em Minayo (2014, p.317-318) a análise temática se dará em três etapas: a) a primeira etapa é a pré-análise que consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, na leitura dos dados coletados buscando relações entre os objetivos, hipóteses e os achados da pesquisa. Nessa fase pré-analítica, determinam-se palavras-chave ou frases para estabelecer a unidade de registro, a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro, os recortes, a forma de categorização, os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise. b) a segunda etapa será a exploração do material que consiste na classificação para a compreensão do texto. Para isso, serão construídas categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado. A categorização a partir de técnicas de análise de material qualitativo e quantitativo. Após será realizada a classificação e a agregação dos dados, escolhendo as categorias teóricas ou empíricas, responsáveis pela especificação dos temas. c) a terceira

etapa será o tratamento dos resultados obtidos e sua interpretação a partir da análise de pesquisa mista.

2.8.6 Aspectos Éticos

Este estudo está em observância à Resolução n°. 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, para pesquisa envolvendo seres humanos, e atenderá aos seguintes aspectos éticos:

a) Ciência e concordância da instituição envolvida: este projeto de pesquisa será submetido à apreciação da Gestão Municipal de Marau, RS, através da Secretaria de Saúde, obtendo-se assim o termo de Ciência e Concordância (ANEXO A).

b) Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS): o presente projeto de pesquisa de Trabalho de Conclusão de Residência será submetido a Plataforma Brasil e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Nesse processo, constará o Termo de Ciência e Concordância da Secretária Municipal de Saúde, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo (ANEXO C) que deverá ser assinado por todos os participantes da pesquisa. A pesquisa somente será realizada após a apreciação e aprovação do CEP/UFFS.

c) Dos participantes: Cada usuário selecionado será convidado a participar, e caso aceite, será solicitado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual deverá ser assinado pelo mesmo e pelo pesquisador responsável. A entrevista somente terá início após a assinatura deste termo (ANEXO B) e o mesmo poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa. A participação não é obrigatória, sendo possibilitada desistência e retirada do consentimento, sem qualquer penalização ou prejuízo no atendimento recebido na unidade de saúde. As informações presentes na pesquisa possuem garantia de sigilo e a identificação não será divulgada, já os resultados serão divulgados em artigo científico e em reunião específica com a equipe de saúde da ESF e os gestores da Secretaria Municipal de Saúde.

Os TCLEs e as entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) serão guardados em envelopes e permanecerão em total sigilo e anonimato sob responsabilidade da pesquisadora. O nome dos participantes não será mencionado sob nenhuma circunstância. Os arquivos serão mantidos em local privado às pesquisadoras na ESF e

serão armazenados pelo prazo de cinco anos, sendo destruídos após o decorrer deste tempo. A coleta dos dados relativos aos Prontuários Eletrônicos se dará com base no Termo de Ciência e concordância da Secretaria de Saúde.

2.8.6.1 Riscos e Benefícios

O instrumento de pesquisa foi construído de forma a não identificar os participantes da pesquisa, assim como utilizar todos os cuidados de forma a minimizar aos respondentes os possíveis riscos, sejam físicos, psicológicos ou de exposição social. Embora todos os cuidados sejam adotados, entende-se que mesmo mínimos, haja a possibilidades de riscos.

Nos procedimentos tomar-se-á cuidado para que o participante não seja identificado, nem diretamente e nem indiretamente. Para tanto, construiu-se um instrumento (questionário) que ratifica esse cuidado. Existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, o nome será substituído por número na ficha de transcrição de dados, assim como nas fichas de resposta da entrevista. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe, ainda, o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do questionário. Com o objetivo de minimizar este risco, reforçamos que a pesquisa não é obrigatória e que poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o questionário de forma reservada, visando garantir a privacidade do participante. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável encaminhará para serviço especializado, através de acolhimento psicológico oferecido pelos profissionais da ESF a fim de garantir que esses riscos serão minimizados (Caso algum risco se concretize, o participante poderá ter seus dados excluídos do estudo e a instituição envolvida será informada sobre o ocorrido.);

E possíveis benefícios como: a) conhecimento sobre o uso de medicamentos em usuários polimedicados acima de 60 anos, assim como os fluxos das consultas farmacoterapêuticas. Os benefícios diretos destacam-se a oportunidade de participar no fortalecimento e implementação de consultas farmacêuticas na prática profissional, a ser desenvolvido a partir da realização deste estudo. Ainda, como benefício direto, destaca-se o potencial contato terapêutico entre o usuário e o pesquisador. É importante salientar que o pesquisador é um profissional da área da saúde e, no ato da coleta de dados, poderá lhe dar um retorno sobre o seu estado de saúde através do das consultas

farmacoterapêuticas melhorando a sua saúde e o conhecimento do nível de qualidade de vida. Os benefícios indiretos para o serviço de saúde será a organização de um fluxo organizador das consultas farmacoterapêuticas.

2.8.7 Orçamento

Tabela 2: Recursos financeiros

MATERIAIS	VALOR EM REAIS (R$)
Folhas A4	R$ 100,00
Pen Drive	R$ 50,00
Impressão	R$ 100,00
Encadernação	R$ 20,00
Caneta	R$ 10,00
Marca texto	R$ 10,00
Computador	R$ 3.500,00
TOTAL	R$ 3.790,00

Fonte: elaborado pela autora (2022).

Os recursos serão custeados pela pesquisadora.

2.8.8 Cronograma de execução

Tabela 3: Etapas para realização de atividades

ETAPAS Período de execução: janeiro 2023 a fevereiro de 2024	**Jan 23**	**Fev 23**	**Mar 23**	**Abr 23***	**Mai 23**	**Jun 23**	**Ago 23**	**Set 23**	**Out 23**	**Nov 23**	**Dez 23**	**Jan 24**	**Fev 24**
Período de Apreciação do Comitê de Ética (CEP/UFFS)													

Revisão Bibliográfica													
Pactuação com a gestão municipal de saúde													
Seleção dos participantes nos Prontuário Eletrônicos													
Coleta, seleção e organização dos dados dos prontuários													
Sorteio dos participantes das entrevistas													
Contato e realização de entrevistas semiestruturadas com os idosos polimedicados													
Produção e apresentação do relatório parcial do estudo													

Análise dos dados (transcrição das entrevistas e análise dos discursos em categorias classificatórias)													
Redação do artigo científico													
Revisão, redação final, entrega													
Produção e entrega do relatório final do estudo													
Defesa do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR)													

Fonte: elaborado pela autora (2022).

* A coleta de dados só iniciará após aprovação do CEP/UFFS.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, N. A. *et al.* Prevalência e fatores associados à Polifarmácia entre os idosos residentes na comunidade. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol,** Rio de Janeiro, 2017; 20(1): 143-153. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.160086 Acesso em: 08 dez. 2022.

ALVES, J. E. D. **Envelhecimento da população mundial: o tsunami grisalho.** 2012. Disponível em: https://www.ecodebate.com.br/2012/04/20/envelhecimento-da-populacao-mundial-o-tsunami-grisalho-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/ Acesso em: 11 out. 2022.

AMARANTE, L. C. *et al.* A influência do acompanhamento farmacoterapêutico na adesão à terapia anti-hipertensiva e no grau de satisfação do paciente. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 31, n. 3, p. 209-215, 2010. Disponível em: https://rcfba.fcfar.unesp.br/index.php/ojs/article/view/367/365 Acesso em: 20 out. 2022.

AMERICAN GERIATRICS SOCIETY. **Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults.** J Am Geriatr Soc. 2019. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30693946/ Acesso em: 08 dez. 2022.

ANDRADE, R. C. G.; PELÁ, I. R. Seguimento farmacêutico e o seu impacto sobre os resultados glicêmicos no tratamento de pacientes diabéticos tipo 2. **Pharmacy Practice,** v. 3, n. 2, p. 112-122, 2005. Disponível em: http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/112-122.pdf Acesso em: 20 out. 2022.

ANGONESI, D. SEVALHO, G. Atenção farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro. **Ciência e Saúde Coletiva.** 2010;15(Supl 3):3603-14. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/3GGQn9CxTy9NkS8VxwdRHtP/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 21 out. 2022.

BARROS, I. C. **A Importância da Estratégia de Saúde da Família:** contexto histórico. UFM. Minas Gerais, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4357.pdf Acesso em: 10 nov. 2022.

BORGES, A. P. S. *et al.* The pharmaceutical care of patients with type 2 diabetes mellitus. **Pharmacy World & Science,** v. 32, n. 6, p. 730-736, 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20734138/ Acesso em: 20 out. 2022.

BORGES, A. P. S. *et al.* Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia**, [S.l.], v. 55, n. 9, p. 686-691, 2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22231970/ Acesso em: 20 out. 2022.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Pharmacia Brasileira**, Ano XI, n. 88, 2014. Disponível em: https://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/140/pb88web.pdf Acesso em: 10 ago. 2022.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência Farmacêutica no SUS /** Conselho Nacional de Secretários de Saúde**.** 186 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, volume 7). Brasília, CONASS, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colec_progestores_livro7.pdf Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. **Lei nº 1074, de 1° de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, 2003. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/70326/672768.pdf Acesso em: 11 out. 2022.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 14 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, Distrito Federal, 2010. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_pessoa_idosa_envelhecimento_v12.pdf Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica:** relatório final: efetivando o acesso, a qualidade e a humanização na assistência farmacêutica, com controle social. Brasília: Distrito Federal, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/1_conferencia_nacional_medicamentos_farmaceutica.pdf Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, Distrito Federal, 2011. Disponível em:http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm Acesso em: 10 out. 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS:** Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSUS_politica_nacional_humanizacao.pdf Acesso em: 12 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n.º 3.435, de 08 de dezembro de 2021.** Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2022 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename

2020. Brasília, Distrito Federal, 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3435_09_12_2021.html Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 204, de 29 de janeiro de 2007.** Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, Distrito Federal, 2007. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt0204_29_01_2007_comp.html Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 1.554, de 30 de julho de 2013.** Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1554_30_07_2013.html Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, Distrito Federal, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 2.528, de 19 de outubro de 2006.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, Distrito Federal, 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html#:~:text=A%20finalidade%20primordial%20da%20Pol%C3%ADtica,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde. Acesso em: 10 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 3.916, de 30 de outubro de 1998.** Aprova a Política Nacional de Medicamentos. Brasília, Distrito Federal, 1998. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004.** Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (Conselho Nacional de Saúde). Brasília, Distrito Federal, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)** – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/praticas_farmaceuticas_nasfab.pdf Acesso em: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf Acesso em: 16 out. 2022.

BRASIL. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada** - Saúde da Pessoa Idosa. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf Acesso em: 12 out.2022.

BROUSSELLE, A. *et al.* **Avaliação: conceitos e métodos.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 45.

CASTRO, M. S. *et al.* Pharmaceutical care program for patients with uncontrolled hypertension. Report of a double-blind clinical trial with ambulatory blood pressure monitoring. **American Journal of Hypertension**, v. 19, n. 5, p. 528-533, 2006. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16647628/ Acesso em: 20 out. 2022.

CHIORO, A. SCAFF, A. **A implantação do Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Material3_ChioroA.pdf Acesso em: 01 nov. 2022.

CHISHOLM-BURNS, M. A. *et al.* **Us pharmacists' effect as team members on patient care**: systematic review and meta-analyses. Medical Care, [S.l.], v. 48, out. 2010. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20720510/ Acesso em: 18 nov. 2022.

COLLINS, A. Medindo o que realmente importa. Rumo a um sistema de medição coerente para apoiar o cuidado centrado na pessoa. **Health Foundation**, Londres, 2014. Disponível em: https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringWhatReallyMatters.pdf Acesso em: 10 out. 2022.

CORRER, C. J. *et al.* Efeitos de um acompanhamento farmacoterapêutico em farmácias comunitárias em pacientes com diabetes tipo 2 no Brasil. **International Journal of Clinical Pharmacy,** v. 33, n. 2, p. 273-280, 2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21394570/ Acesso em: 10 out. 2022.

DIEHL, E. E. SANTOS, R. I. SCHAEFER, S. C. **Logística de medicamentos – Assistência Farmacêutica no Brasil**: Política, Gestão e Clínica; v. 4. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2016. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/187552/4%20-%20Log%C3%ADstica%20de%20medicamentos%20e-book.pdf?sequence=1 Acesso em: 15 out. 2022.

GEIB, L. T. C. Determinantes sociais da saúde do idoso. 2012. Curso de Enfermagem, Instituto de Ciências Biológicas, Universidade de Passo Fundo. **Ciência & Saúde Coletiva,** 17(1):123-133, 2012. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/fbHvqCDM5Hcx5VKY3SXXXjP/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 11 out. 2022.

HEALTH FOUNDATION. **Person-centred care made simple. What everyone should know about person-centred care.** Londres, 2014. Disponível em: https://www.health.org.uk/publications/person-centred-care-made-simple Acesso em: 10 out. 2022.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações – RIPSA** – 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2008. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html Acesso em: 12 out. 2022.

MENDONÇA, M. H.; HELMAN, L. S. A trajetória da atenção básica em saúde e do Programa de Saúde da Família no SUS: uma busca de identidade. In: LIMA, N. T. (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. Acesso em: 08 nov. 2022.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2013. Acesso em: 22 nov. 2022.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Nota Técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Pessoa Idosa. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf Acesso em: 16 out. 2022.

MORI, A. L. P. M. *et al.* Pharmaceutical guidance to hypertensive patients at USP University Hospital: effect on adherence to treatment. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences,** v. 46, n. 2, p. 353-362, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/bjps/a/k4gDVrrf3Y7qRgYt4CZrjSD/?lang=en Acesso em: 20 out. 2022.

NETO, P. R. *et al.* Efeito de um programa de assistência farmacêutica de 36 meses no risco de doença coronariana em idosos diabéticos e hipertensos. **Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences,** v. 14, n. 2, p. 249-263, 2011. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21733413/ Acesso em: 20 out. 2022.

OLIVEIRA, M. G. *et al.* Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. **Rev. Geriatria e Gerontologia,** Vol. 10, n°. 4, p.168-81, 2016. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n4a02.pdf Acesso em: 20 out. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento Ativo: uma Política de saúde.** Brasília: OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf Acesso em: 12 out. 2022.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Medication Safety in Polypharmacy.** Geneva: WHO, 2019. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?ua=1 Acesso em: 16 out. 2022.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis nas Américas: Considerações sobre o fortalecimento da capacidade regulatória.** Documento de Referência Técnica REGULA. Washington; OPAS, 2016. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28583/9789275718667-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y Acesso em: 14 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE LA SALUD. **Servicios Farmacéuticos basados en la Atención Primaria de Salud: documento de posición de la OPS/OMS.** Washington DC: OPS, 2013. Disponível em: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=8692:2013-servicios-farmaceuticos-atencion-primaria-salud-documento-posicion-ops-oms-2013&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0 Acesso em: 20 out. 2022.

PLASTER, C. P. *et al.* Reduction of cardiovascular risk in patients with metabolic syndrome in a community health center after a pharmaceutical care program of pharmacotherapy follow-up. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences,** v. 48, n. 3, p. 435-446, 2012.
Disponível em: https://www.scielo.br/j/bjps/a/KRHFrqQ5hrHh7q4Lfw6LYVy/?format=pdf&lang=en Acesso em: 20 out. 2022.

SANTOS, D. O. *et al.* Atenção farmacêutica ao portador de asma persistente: avaliação da aderência ao tratamento e da técnica de utilização dos medicamentos inalatórios. **Jornal Brasileiro de Pneumologia,** v. 36, n. 1, p. 14-22, 2010. Disponível em: https://www.scielo.br/j/jbpneu/a/RRzF4McFC6jBkg5HhDWnYqz/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 20 out. 2022.

SANTOS, R. DOLNY, L. L. Participação Comunitária e Controle Social. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Superintendência de Planejamento e Gestão. Escola de Saúde Pública Professor MSc Osvaldo de Oliveira Maciel. Gerência de Coordenação da Atenção Básica. Florianópolis, 2017. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/14879/1/Apostila_participa%C3%A7%C3%A3o%20comunit%C3%A1ria_N%C3%BAcleo%20Telessa%C3%BAde%20SC%20UFSC.pdf Acesso em: 14 out. 2022.

SCHMIDT, M. I. DUNCAN, B. B. **O enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis: um desafio para a sociedade brasileira.** Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a01.pdf Acesso em: 12 out. 2022.

SILVEIRA, L. M. C. RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de "ensinagem" para profissionais de saúde e pacientes. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.** 2005. v.9, n.16, p.91- 104. Disponível em: https://www.scielo.br/j/icse/a/9hHsHvbDLkYF4j845PJx5WM/?format=pdf&lang=pt Acesso em: 16 out. 2022.

ANEXO A - TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, **Douglas Kurtz** o representante legal da instituição Secretaria Municipal de Saúde de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado "Cuidado Farmacêutico com idosos polimedicados em uma Estratégia Saúde da Família do norte gaúcho" declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes. Ademais, essa autorização permite o acesso aos dados do sistema de informação G-MUS, conforme consta no projeto original.

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
PM. Marau/RS

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde de Marau

Andrieli Boeira Barremaker

Andrieli Boeira Barremaker
Farmacêutica Residente - Pesquisador responsável

Marau, 23 de dezembro de 2022.

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado(a) Sr(a) estamos desenvolvendo o projeto de pesquisa denominado "Cuidado Farmacêutico com idosos polimedicados em uma Estratégia Saúde da Família do norte gaúcho", será realizada como Trabalho de Conclusão de Residência do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde: área de concentração Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Desenvolvida pela Farmacêutica Residente Andrieli Boeira Barremaker, discente de Especialização pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - área de concentração: Atenção Básica da Universidade Federal Fronteira Sul- UFFS, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Vanderleia Laodete Pulga e coorientação da Preceptora Farmacêutica Me. Thaís Scalco.

Tem como objetivo central analisar as necessidades de saúde e de acompanhamento farmacoterapêutico em idosos polimedicados, a fim de contribuir na implementação de consultas farmacêuticas em uma ESF.

O convite a sua participação se deve a possuir de 60 anos de idade ou mais, de ambos os sexos, cadastrados no território de abrangência da ESF Santa Rita que apresentem Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus tipo II e sejam polimedicados. Fazer uso de um ou mais MPI em Idosos conforme analisados pelo Consenso Brasileiro (Tabela 1) e que tenham realizado uma ou mais consultas médicas nos últimos dois anos na ESF a fim de serem usuários em acompanhamento.

A participação na pesquisa se dará através de entrevista semiestruturada, onde terá perguntas abertas e fechadas e o tempo de aplicação dependerá das respostas de cada participante, mas estima-se uma média de 50 minutos.

Na entrevista semiestruturada será utilizado meio digital para a gravação da voz, com o uso exclusivo desta apenas para a transcrição das falas e melhor apreensão do conteúdo para posterior análise. Os dados em sua íntegra serão de uso da pesquisadora, o que garante a não divulgação do material e conduta ética.

O instrumento de pesquisa foi construído de forma a não identificar os participantes da pesquisa, assim como utilizar todos os cuidados de forma a minimizar aos respondentes os possíveis riscos, sejam físicos, psicológicos ou de exposição social. Embora todos os cuidados sejam adotados, entende-se que mesmo mínimos, haja a possibilidades de riscos.

Nos procedimentos tomar-se-á cuidado para que o senhor (a) não seja identificado, nem diretamente e nem indiretamente. Para tanto, construiu-se um instrumento (questionário) que ratifica esse cuidado. Existe o risco mínimo de identificação. Visando minimizar este risco, seu nome será substituído por número na ficha de transcrição de dados, assim como nas fichas de resposta da entrevista. Caso o risco venha a se concretizar, o estudo será interrompido. Existe, ainda, o risco de desconforto emocional ou constrangimento durante a aplicação do questionário. Com o objetivo de minimizar este risco, reforçamos que a pesquisa não é obrigatória e que você poderá desistir de participar a qualquer momento. A pesquisadora buscará ainda, aplicar o questionário de forma reservada, visando garantir a sua privacidade. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável encaminhará para serviço especializado, através de acolhimento psicológico oferecido pelos profissionais da ESF a fim de garantir que esses riscos serão minimizados (Caso algum risco se concretize, o participante poderá ter seus dados excluídos do estudo e a instituição envolvida será informada sobre o ocorrido.);

Quanto ao benefício direto ao participante, esse/a terá um espaço de reflexão e de promoção de saúde.

Além disso, a equipe de saúde da ESF será beneficiada através de um momento de educação permanente onde os resultados da pesquisa serão socializados, garantindo o sigilo de seus participantes. Como benefício direto destaca-se a oportunidade de participar no fortalecimento e implementação de consultas farmacêuticas na prática profissional, a ser desenvolvido a partir da realização deste estudo. Ainda, como benefício direto, destaca-se o potencial contato terapêutico entre você e a pesquisadora. Importante salientar que a pesquisadora é uma profissional da área da saúde pertencente à ESF Santa Rita e, no ato da coleta de dados, poderá lhe dar um retorno sobre o seu estado de saúde, no caso, o conhecimento de seu nível de qualidade de vida.

As pesquisadoras se comprometem a manter os dados coletados por um período de cinco (05) anos em um lugar seguro e privativo junto à ESF. Após este período, os dados, tanto físicos como digitais, serão destruídos.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos para a equipe (atividade de intervenção- Educação Permanente em Saúde) e para a gestão através de relatório impresso. Para os participantes prevê-se a devolutiva em uma reunião do Conselho Local de Saúde, onde os resultados serão apresentados de forma coletiva garantindo anonimato dos entrevistados.

Fica assegurada ao senhor (a) a interrupção de sua participação a qualquer momento, sem necessidade de aviso prévio e/ou justificativa, sem nenhum tipo de penalização. Será garantido o sigilo e a privacidade do senhor (a) na pesquisa durante todas as fases da pesquisa. O TCLE será assinado em duas vias, pelas pesquisadoras e pesquisados (as), sendo que cada um desses ficará de posse de uma via desse documento.

Eu, Andrieli Boeira Barremaker, ciente das questões éticas que permeiam a pesquisa com seres humanos, de pleno conhecimento e de acordo com o que prevê a Resolução 466/2012, **declaro e assumo** a responsabilidade no que tange o item IV 6.b, garantindo aos participantes do estudo nenhum tipo de condicionamento ou influência de autoridade, preservando a autonomia aos participantes da pesquisa. A estes será assegurada inteira autonomia de participar ou não da pesquisa, sem qualquer tipo de represália. Também será observado o que consta no item II.25 que se refere a vulnerabilidade. Para tanto, serão tomados todos os cuidados de forma a garantir a autodeterminação dos sujeitos.

A partir dos fatos acima evidenciados, o (a) convidamos a participar do estudo. A participação do senhor (a) na pesquisa dar-se-á de forma voluntária, na qual não será ofertado nenhum tipo de dividendo econômico-financeiro ou de qualquer ordem, assim como não incidirá em despesas de qualquer natureza aos respondentes, sendo a contribuição unicamente como forma de subsidiar a construção do conhecimento.

Caso as questões acima estejam contempladas e de acordo como o proposto, autorizo integrar-me ao conjunto da população estudada, desde que as informações sejam somente usadas como contribuir para formação do conhecimento científico, e que seja garantido o anonimato; tenha garantia de sigilo de todas as informações pertinentes ao projeto, assim como tomado todos os cuidados referentes a possíveis desconfortos, sejam estes de ordem físicas e/ou psicológicos. Nas situações que as prerrogativas acima descritas não estejam asseguradas e/ou por decisão de caráter estritamente pessoal, me asseguro o direito de não dar continuidade a participação na pesquisa, sem necessidade de comunicação prévia ou justificativa.

Além disso, como participante desta pesquisa, autorizo a gravação da entrevista para fins exclusivamente da referida pesquisa.

Desde já agradecemos sua participação!

CAAE: 67431323.1.0000.5564

Número do Parecer de aprovação no CEP/UFFS: 5.983.212

Data de Aprovação: 04/04/2023

Passo Fundo/RS, _____ de _____ de 2023.

_____

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato profissional com o pesquisador responsável:

Tel: (54) 3175-0955

E-mail: andrielibarremaker99@gmail.com

Endereço para correspondência: Comitê de Ética em pesquisa da UFFS, Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, sala 310, 3° andar, Rodovia SC 484 km 02, Fronteira Sul, CEP 89815-899, Chapecó, Santa Catarina, Brasil.

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=110 1&site=proppg

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante: _____

_____

Assinatura: _____

ANEXO C - Termo de Compromisso de Utilização de Dados em Arquivo

Eu, **Andrieli Boeira Barremaker** da Universidade Federal Fronteira Sul - UFFS no âmbito do projeto de pesquisa intitulado **"Cuidado Farmacêutico com Idosos Polimedicados em uma Estratégia Saúde da Família do norte gaúcho", comprometo-me** com a utilização dos dados contidos no **G-MUS Gestão Municipal da Saúde (Versão: 23.02.03)** do município de Marau/RS a fim de obtenção dos objetivos previstos, e somente após receber a aprovação do sistema CEP/UFFS.

Comprometo-me a manter a confidencialidade dos dados coletados nos **prontuários eletrônicos**, bem como com a privacidade de seus conteúdos.

Declaro entender que é minha a responsabilidade de cuidar da integridade das informações e de garantir a confidencialidade dos dados e a privacidade dos indivíduos que terão suas informações acessadas.

Também é minha a responsabilidade de não repassar os dados coletados ou o banco de dados em sua íntegra, ou parte dele, às pessoas não envolvidas na equipe da pesquisa.

Por fim, comprometo-me com a guarda, cuidado e utilização das informações apenas para cumprimento dos objetivos previstos nesta pesquisa aqui referida. Qualquer outra pesquisa em que eu precise coletar informações será submetida à apreciação do CEP/UFFS.

Esclareço ainda que os dados coletados farão parte dos estudos da Andrieli Boeira Barremaker, discente de Especialização pelo Programa de Residência Multiprofissional em Saúde - área de concentração: Atenção Básica da Universidade Federal Fronteira Sul- UFFS, sob orientação da Prof.ª Dr.ª Vanderleia Laodete Pulga e coorientação da Preceptora Farmacêutica Me. Thaís Scalco.

Passo Fundo, 20 de março de 2023.

Andrieli Boeira Barremaker

Assinatura do pesquisador responsável

Vanderleia Laodete Pulga

Assinatura Orientadora

Thaís Scalco

Assinatura Coorientadora

APÊNDICE A – Instrumento Analisador

Usuário Nº _____

Idade: ( ) 60 à 69 anos ( ) 70 à 79 anos ( ) acima de 80 anos

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino

Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela

Doenças Crônicas Não Transmissíveis:
( ) Hipertensão Arterial Sistêmica ( ) Diabetes Mellitus tipo II
( ) Outras _____

Quais medicamentos de uso contínuo utilizam? _____
_____
_____
_____
_____

Passou por consulta médica nos dois últimos anos na ESF? ( ) Sim ( ) Não

Uso de um ou mais Medicamentos Potencialmente Inapropriados em Idosos?
( ) Sim ( ) Não

( ) Ácido acetilsalicílico	( ) Amiodarona
( ) Amitriptilina	( ) Biperideno
( ) Clomipramina	( ) Clonazepam
( ) Clorpromazina	( ) Dexclorfeniramina
( ) Diazepam	( ) Diclofenaco
( ) Digoxina > 0,125	( ) Doxazosina
( ) Escopolamina	( ) Espironolactona > 25 mg/dia
( ) Fenobarbital	( ) Furosemida
( ) Glibenclamida	( ) Glimepirida
( ) Haloperidol	( ) Ibuprofeno
( ) Imipramina	( ) Metildopa
( ) Metoclopramida	( ) Nifedipina
( ) Nitrofurantoína	( ) Nortriptilina
( ) Óleo mineral	( ) Omeprazol
( ) Prometazina	

APÊNDICE B – ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

Projeto-intervenção: “Cuidado Farmacêutico com idosos polimedicados em uma Estratégia de Saúde da Família do norte gaúcho”.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS E DE SAÚDE

Nome do participante:

Código de identificação:

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

Raça: ( ) Branca ( ) Preta ( ) Parda ( ) Indígena ( ) Amarela

Tem alguma religião? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? _____

Qual sua escolaridade?
( ) Nenhuma
( ) Ensino fundamental incompleto
( ) Ensino fundamental completo
( ) Ensino médio incompleto
( ) Ensino médio completo
( ) Ensino superior incompleto
( ) Ensino superior completo
( ) Pós-graduação

Qual sua situação conjugal?
( ) Solteiro ( ) Casado ( ) Divorciado ( ) União estável ( ) Viúvo

Tem filhos/as? ( ) Sim ( ) Não
Se sim, quantos? _____
_____

Com quem mora? _____
_____

Qual atividade e situação relacionada ao trabalho?
( ) Aposentado.
( ) Aposentado, mas trabalha remunerado.
( ) Trabalha remunerado.
( ) Licença doença.
( ) Trabalho informal.
( ) Outra, especifique _____

Qual a renda mensal média familiar:
( ) Até um salário mínimo
( ) Entre um e dois salários mínimos
( ) Entre dois e três salários mínimos
( ) Outro, _____

Participa de algum grupo de convivência na comunidade ou na ESF?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual? _____

Atualmente tem o hábito de fumar? ( ) Sim ( ) Não ( ) Ex-fumante

Tem o hábito de consumir bebida alcoólica?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, quantas vezes na semana? _____
Que tipo de bebida consome?_____

Tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, quantas vezes por semana?_____
Quanto tempo por dia? _____
Qual tipo de atividade física você faz?_____

Como é a sua alimentação? _____
_____
_____

Como é o seu sono? _____
_____

Quantas horas dormem por dia?_____

Conte como é sua rotina diária: _____
_____
_____
_____
_____
_____

BLOCO PERCEPÇÕES DE SAÚDE E O USO DE MEDICAMENTOS

Como você considera a sua saúde?
( ) Muito boa ( ) Boa ( ) Regular ( ) Ruim ( ) Muito ruim
Por quê?_____
_____
_____

O que é saúde para você? _____
_____
_____

O que é o SUS? _____
_____
_____

Você utiliza o SUS?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, de que forma você utiliza o SUS? _____

Possui plano de saúde?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual/quais?_____
_____

Quais as principais queixas relacionadas à sua saúde? _____
_____

Quais os especialistas e equipes de saúde que lhe acompanham? _____
_____

Como você acessa os serviços de saúde? _____
_____

Quais medicamentos você utiliza? _____
_____
_____
_____

Você utiliza medicações de forma contínua?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, quais?_____

Porque utiliza essas medicações?
_____
_____
_____

Sabe como deve ser utilizado cada medicamento?

_____
_____
_____
_____
_____
_____

Houve melhora na sua saúde após iniciar o tratamento com os medicamentos?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, quais? _____
_____

Teve algum sintoma diferente após iniciar os medicamentos? _____
_____

Como você utiliza cada um dos medicamentos de acordo com a orientação médica?
(1) Sempre de acordo com a prescrição
(2) Maioria das vezes de acordo com a prescrição
(3) Raramente de acordo com a prescrição
(4) Nunca uso
(5) Utiliza de acordo com a prescrição alguns e outros de vez em quando, quais?
_____

Há quanto tempo utiliza estes medicamentos? _____
_____
_____
_____

Possui algum problema de adesão/ esqueceu-se de usar alguma vez?
(1) Sim (2) Não
Se sim, qual? _____

Nas duas últimas semanas, houve algum dia que você não tomou os medicamentos? Por quê?
_____
_____

Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? _____
_____

Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia melhor quando NÃO os tomava? _____

_____

Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos?
_____

Você tomou os seus medicamentos ontem? _____
_____

Em caso de esquecimento, o que você faz? _____
_____
_____

Quem cuida da sua medicação?
(1) Usuário (2) Familiar _____

Como você organiza os medicamentos a serem utilizados em cada horário?
( ) Deixa separado em locais diferentes da casa
( ) Possui lembretes dentro da casa
( ) Algum familiar organiza e fornece no horário correto
( ) Outra, qual _____
_____

Como você armazena os medicamentos em casa? _____
_____

Toma a medicação com qual líquido? _____
_____

Utiliza alguma planta medicinal?
( ) Sim ( ) Não
Se sim, qual?_____

Para quê?_____

Com que frequência? _____

Os medicamentos que você utiliza são todos obtidos na Farmácia da ESF ou do SUS?
_____
_____

Você compra algum dos medicamentos?
(1) Sim (2) Não

Se sim, quais? _____

Você já recebeu ou costuma receber visita em casa de farmacêuticos da ESF para orientação sobre as medicações? _____
_____
_____

Você costuma ter dúvidas sobre as medicações? Você já foi na ESF exclusivamente para tirar dúvidas sobre as medicações com o farmacêutico? Me conte sobre isso:
_____
_____
_____
_____

Quais sugestões você tem para melhorar a assistência farmacêutica e o atendimento à sua saúde? _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

CAPÍTULO III - RELATÓRIO DE TRABALHO DE CAMPO

3.1 INTRODUÇÃO

O presente relatório faz parte do terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) do Programa de Residência Multiprofissional em Área da Saúde: Área de Concentração Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, sendo que a prática acontece no município de Marau, Rio Grande do Sul (RS), em duas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF): ESF Santa Rita e ESF São José Operário.

Este relatório visa descrever as etapas e fases do trabalho de campo em pesquisa, evidenciando as potencialidades e desafios enfrentados no decorrer do processo.

A pesquisa em andamento tem por finalidade analisar as necessidades de saúde e de acompanhamento farmacoterapêutico em idosos polimedicados, a fim de contribuir na implementação de consultas farmacêuticas na ESF Santa Rita, no município de Marau/RS.

Como objetivos específicos, este estudo científico busca descrever as dificuldades relatadas para aderir ao tratamento, as características sociodemográficas, identificar como são realizadas as consultas farmacoterapêuticas com usuários idosos polimedicados, elaborar fluxo de atendimento e suas implicações no cuidado integral.

3.2 LOGÍSTICA E ETAPAS DA COLETA DE DADOS

3.2.1 Logística prévia a coleta de dados

Este relatório é a terceira parte do TCR, sendo que a cada semestre é realizado uma das partes. Inicialmente é produzido o diagnóstico territorial da ESF pertencente, identificando as principais fragilidades e a partir delas, escrito a segunda parte, com a construção de um projeto de pesquisa-intervenção, o qual passou por qualificação em dezembro de 2023, tendo como banca os professores Ma. Maríndia Biffi e Dr. Marcelo Soares Fernandes.

Após qualificação, foram realizados diversos momentos de encontros com a orientadora Prof. Dra. Vanderleia Laodete Pulga e a coorientadora Preceptora Farmacêutica Thaís Scalco para avaliação das considerações da banca, sendo algumas aderidas enquanto outras não. Após realizadas as alterações necessárias, o projeto foi

encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFFS tendo o parecer aprovado no mês de abril de 2023, sob o CAAE: 67431323.1.0000.5564.

A terceira parte do TCR é o relatório de campo, o qual será abordado em seguida, explicando como foi realizada a coleta de dados.

3.2.2. Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados teve início no final do mês de abril, com o acesso às informações do sistema G-MUS mediante 3 tabelas, a primeira apresenta os usuários idosos que possuem 60 anos ou mais, a segunda apresenta a lista dos usuários que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a terceira tabela apresenta os pacientes que convivem com o Diabetes Mellitus (DM).

Após essa organização, elaborou-se uma tabela no Excel contendo os usuários idosos que possuem HAS e DM, sendo aplicado a primeira parte da coleta de dados (apêndice A) realizada por meio do acesso ao prontuário eletrônico do G-MUS.

Os dados coletados foram analisados e, de acordo com critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados através de sorteio três idosos em cada faixa etária (3 idosos de cada uma das seguintes faixas etárias: 60-69 anos, 70-79 anos e acima de 80 anos), totalizando 09 idosos. O sorteio da amostra da pesquisa foi realizado por meio do aplicativo Sorteador, onde realizou o sorteio de números aleatórios, onde cada número caracterizava um usuário.

Após sorteio, houve comunicação prévia sobre a coleta de dados/entrevista, quando os usuários vinham até a ESF, a partir de uma abordagem de como seria a participação dos mesmos, onde foi informado que em alguns dias receberiam a visita domiciliar da pesquisadora para a realização da entrevista.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em domicílio, acompanhada pela agente comunitária em saúde (ACS) de cada microárea. Após ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), seguiu a entrevista por meio de um roteiro semiestruturado (apêndice B), organizado em dois módulos temáticos, cuja duração foi entre 15 a 25 minutos, dependendo de cada usuário. As entrevistas foram áudio gravadas através do consentimento dos usuários.

3.3 PERDAS E RECUSAS

Foram consideradas perdas aqueles usuários que faleceram ao longo do processo de coleta de dados (Apêndice A), sendo estes, três usuários e dois usuários que se mudaram da área de abrangência da ESF. Não obtive recusas nas entrevistas.

3.4 PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Antes mesmo da realização das entrevistas, foi iniciada a organização dos dados coletados no banco de dados Excel, a partir da elaboração de três arquivos, o primeiro com o apêndice A, o segundo com as características sociodemográficas e de saúde do apêndice B e terceiro com o bloco percepções de saúde e o uso de medicamentos, contidos também, no apêndice B.

As entrevistas foram gravadas digitalmente em formato MP3, utilizando os programas do gravador digital IC chip - ICD PX240 da marca Sony e utilizado ferramentas de transformação de áudio em texto como suporte para a transcrição com o aplicativo Transkriptor. Também foi realizada a revisão minuciosa da pontuação e grafia de palavras erroneamente transcritas, além de verificar se a entrevista foi trabalhada integralmente.

Ao término da entrevista, foi renomeado o áudio seguindo o padrão: nome do usuário da entrevista e salvo o arquivo no computador pessoal da pesquisadora e no Google Drive, juntamente com a transcrição e liberado o acesso para a orientadora e coorientadora.

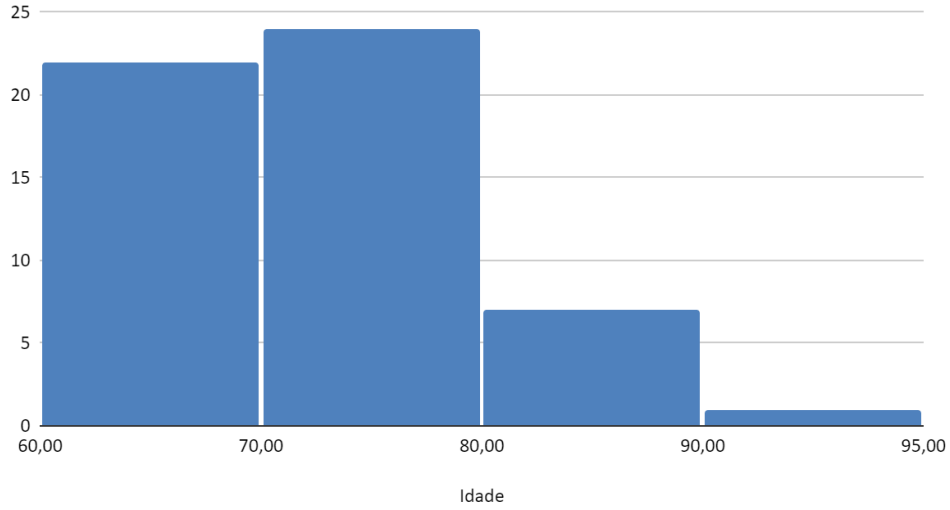
3.5 RESULTADOS PARCIAIS

No dia 17/04/2023, segundo relatório emitido pelo sistema G-MUS v23.04.00, a ESF Santa Rita continha 357 usuários com idade igual ou superior a 60 anos. Destes, 148 usuários eram do sexo masculino e 209 do sexo feminino.

Também foi gerado na mesma data o relatório dos usuários que convivem com a HAS, sendo 383 usuários. Destes, 147 eram do sexo masculino e 236 do sexo feminino. E de pessoas convivendo com o DM, na data eram 110 usuários, sendo que 42 eram homens e 68 mulheres. Em agosto de 2023, esses números já sofreram um aumento, visto que houve uma busca ativa no monitoramento e o diagnósticos de novos pacientes no sistema G-MUS no dia 21/08/2023.

Em relação aos dados preliminares da pesquisa do apêndice A, foram realizados o cruzamento dos relatórios obtidos através do Prontuário Eletrônico G-MUS, identificou-se que são 54 pessoas idosas convivendo com as duas comorbidades (DM e HAS) destes, 22 pessoas da faixa etária dos 60 a 69 anos, 24 entre a faixa de 70 a 79 anos e 8 usuários acima de 80 anos. A idade varia de 60 a 92 anos. A mediana é 71,5 e a média é 71,2. Segue Figura 1 para ilustrar.

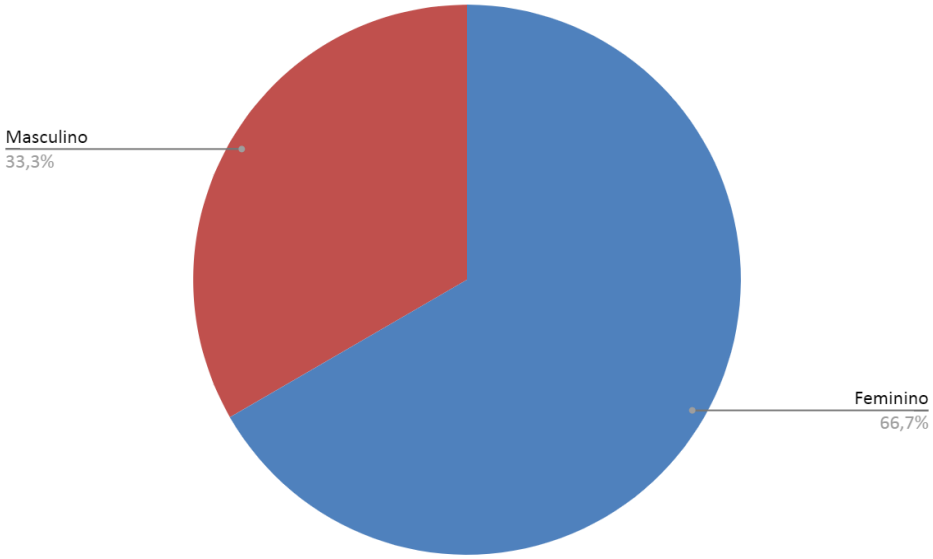
Figura 1: Histograma de idade



Fonte: Autoria do trabalho (2023).

No que se refere ao sexo (Figura 2), a pesquisa foi realizada com 36 mulheres (66,7%) e 18 homens (33,3%).

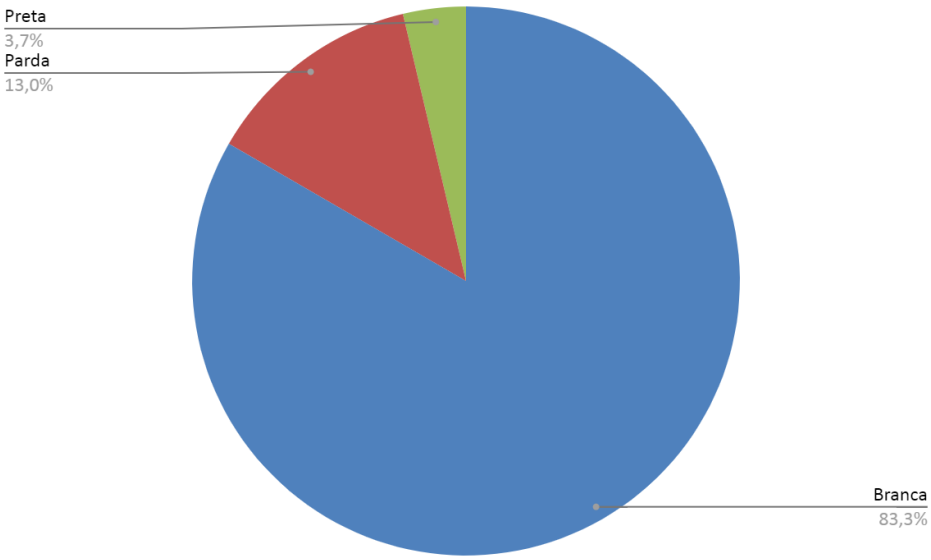
Figura 2: Gênero



Fonte: Autoria do trabalho (2023).

A respeito da etnia dos usuários, conforme Figura 3, dos 54 usuários analisados, 45 deles se autodeclaram da raça branca, 7 da raça parda/morena e 2 da raça preta.

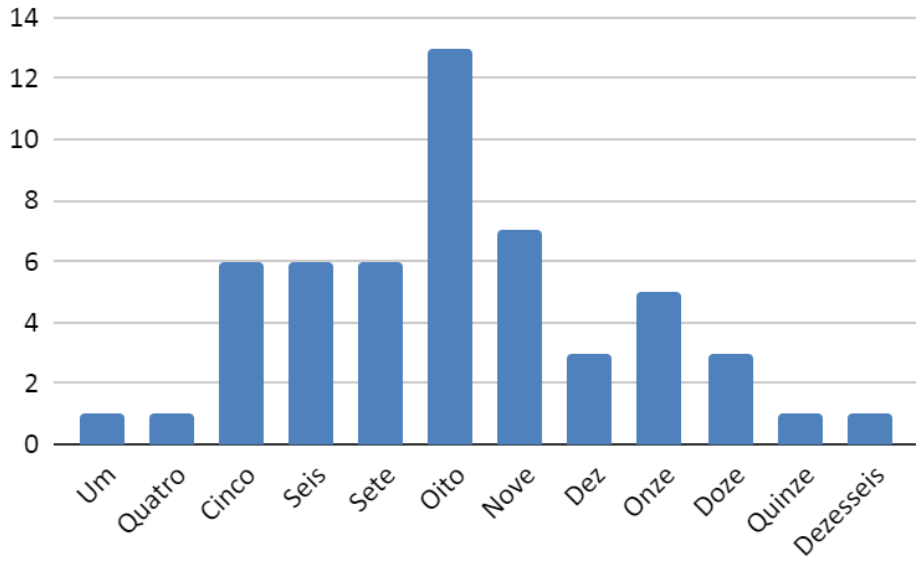
Figura 3: Etnia



Fonte: Autoria do trabalho (2023).

No que concerne à polimedicação em usuários idosos, observa-se que a maioria dos entrevistados utiliza um variado número de medicações conforme Figura 4, sendo que de 54 usuários a média é de 8,0 medicamentos de uso contínuo e a mediana 8,1.

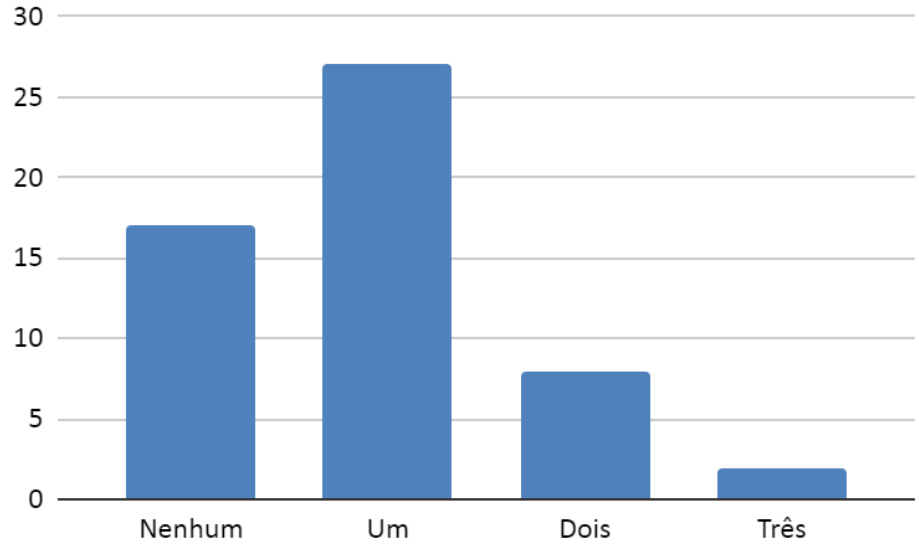
Figura 4: Número de medicamentos de uso contínuo utilizados



Fonte: Autoria do trabalho (2023).

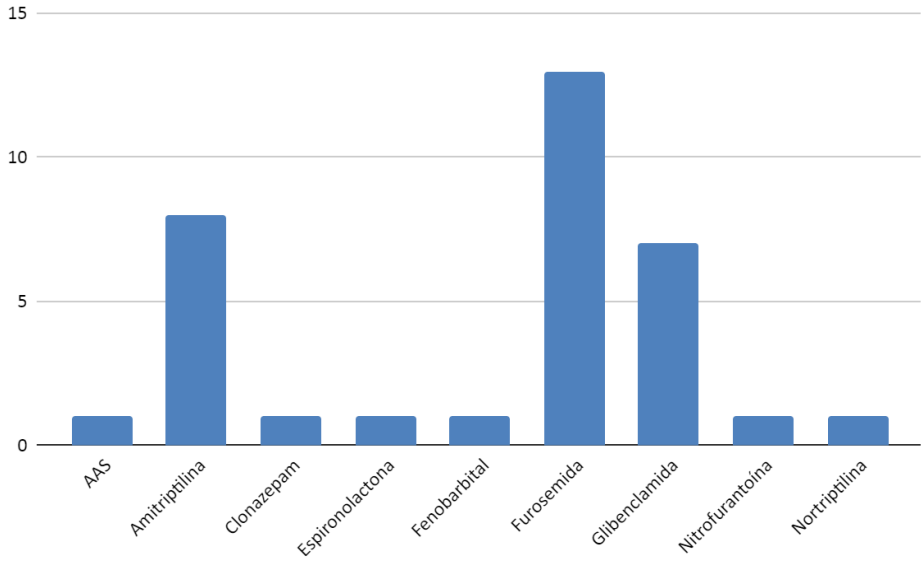
Conforme Figura 5, em relação ao uso de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (MPI), observa-se que dos 54 usuários pesquisados, apenas 17 usuários não fazem uso de algum medicamento que seja MPI, 27 usuários utiliza um MPI, 8 usuários utilizam dois MPI e 2 usuários usam três MPI. Na Figura 6 segue tabela de quais MPI são mais utilizados nesta população observacional.

Figura 5: Quantidade de MIP



Fonte: Autoria do trabalho (2023).

Figura 6: MPI mais utilizados



Fonte: Autoria do trabalho (2023).

3.6 POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS

As entrevistas foram realizadas em domicílio, com o agendamento prévio, respeitando a autonomia dos participantes e a confidencialidade dos dados coletados.

Os maiores desafios foram encontrar os pacientes em casa, precisando retornar ao espaço para realizar a coleta de dados, a transcrição das falas, pois como são idosos com baixa escolaridade, não conseguiam expressar as palavras adequadamente e os ruídos externos, uma vez que como era em domicílio, dificultava o controle de sons do ambiente.

3.7 CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Apesar das limitações e dificuldades encontradas no decorrer do processo, a realização do trabalho de campo foi recompensadora, já que foi notório o interesse da maioria dos entrevistados em conversar sobre sua saúde integral e responder às perguntas relacionadas aos medicamentos.

A experiência no campo da pesquisa, através do Sistema Único de Saúde (SUS), permitiu perceber a relevância e a necessidade da atuação farmacêutica, uma vez que, ao interagir com a equipe de saúde, conviver com usuários, participar e acompanhar a prática profissional, percebeu-se a relevância de aprofundar os conhecimentos para esses usuários pesquisados.

É importante o reconhecimento da inclusão de profissionais farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde, levando em consideração um contexto de saúde mais amplo que engloba além do cuidado com os medicamentos, mas sim os fatores sociais e econômicos de cada usuário, sendo cruciais para o trabalho no SUS e para a produção científica e de pesquisa nesse campo.

CAPÍTULO IV – ARTIGO CIENTÍFICO

Revista
Saúde
em Redes

v.9, n. 1 (2023)
ISSN 2446-4813

Idosos polimedicados em uma Estratégia Saúde da Família do norte do Rio Grande do Sul: subsídios para o cuidado Farmacêutico

Elderly people with polymedication in a Family Health Strategy in the north of Rio Grande do Sul: subsidies for pharmaceutical care

Andrieli Boeira Barremaker

Farmacêutica; Universidade Federal da Fronteira Sul, Passo Fundo, RS, Brasil

Email: andrielibarremaker99@gmail.com; ORCID: 0009-0001-0215-3006

Thaís Scalco

Farmacêutica; Mestra em Assistência Farmacêutica; Prefeitura Municipal de Marau, RS, Brasil

Email: thais_scalco@hotmail.com; ORCID: 0000-0002-1490-2211

Vanderleia Laodete Pulga

Filósofa; Doutora e Mestra em Educação na Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul (Professora Efetiva), Passo Fundo, RS, Brasil

Email: vanderleia.pulga@uffs.edu.br; ORCID: 0000-0002-1918-0916

Resumo: Objetivo: analisar as necessidades em saúde de idosos polimedicados com hipertensão e diabetes mellitus a fim de criar subsídios para realização do cuidado farmacêutico. Métodos: estudo exploratório com abordagem mista, tipo pesquisa-intervenção com análise de prontuários e entrevistas semiestruturadas, realizado em uma Estratégia Saúde da Família de um município do Rio Grande do Sul. Resultados: a caracterização encontrada no instrumento analisador foi mulheres (66,7%), brancas (83,3%), idade entre 60 a 92 anos, com índice de polimedicação de 96,2%, e 68,5% de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (MPI) prescritos, sendo o omeprazol (29,6%) o mais utilizado. Nas entrevistas semiestruturadas, a maioria eram mulheres (88,9%), da raça branca (66,7%) com idade média de 74,4 anos. Todos os entrevistados relataram sua saúde como regular, identificam o Sistema Único de Saúde como consultas e internações hospitalares e retiram medicação na atenção básica. Conclusão: Os dados do presente trabalho oferecem subsídios que indicam a necessidade de avançar em relação ao cuidado farmacêutico na atenção básica. É preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico de forma ampliada, para além da dispensação de medicamentos dentro da ESF, mas incorporá-lo às equipes de

saúde, já que faz parte de suas atribuições a promoção da saúde, a fim de que se garanta a melhoria da utilização dos medicamentos, reduzindo os riscos e custos.

Palavras-chave: Estratégia Saúde da Família; Assistência à Saúde do Idoso; Diabetes Mellitus; Hipertensão; Cuidado Farmacêutico Baseado em Evidência.

Abstract:

Keywords: Family Health Strategy; Health Services for the Aged; Diabetes Mellitus; Hypertension; Evidence-Based Pharmacy Practice.

Introdução

O processo de envelhecimento, geralmente, está associado ao aparecimento de múltiplas doenças e, consequentemente, à maior necessidade de implementação de terapias farmacológicas, com o uso simultâneo de múltiplos medicamentos, sendo que a polifarmácia é definida como o uso de cinco ou mais medicamentos contínuos, é em parte uma consequência da taxa crescente de multimorbilidade na população idosa em todo o mundo. [1]

O uso de diversos medicamentos aumenta a complexidade do caso, além disso, os pacientes que convivem com mais de uma doença crônica não transmissível (DCNT) demandam, em geral, assistência contínua e a utilização de vários medicamentos, aumentando as prescrições de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos (MPI), sendo estes medicamentos cujo uso deve ser evitado ou feito com cautela pela maioria dos idosos ou naqueles com doenças específicas, devido à falta de evidências quanto à eficácia, segurança e presença de alternativas terapêuticas mais seguras, sendo que possuem um maior risco de quedas, prejuízo cognitivo e mortalidade em relação aos benefícios do tratamento. [2,3]

O perfil epidemiológico da população idosa é caracterizado pela tripla carga de doenças com forte predomínio das condições crônicas, prevalência de elevada mortalidade e morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas e agudizações de condições crônicas. A pessoa idosa apresenta profundas particularidades biopsicossociais que a diferenciam da população adulta, até mesmo dentro da faixa etária há heterogeneidade no processo de envelhecimento. [5]

As DCNT podem afetar a funcionalidade das pessoas idosas, através deste contexto é importante uma reflexão e discussão sobre as necessidades dos idosos. No ano de 2006, o Ministério da Saúde (MS) incluiu a saúde do idoso como uma das prioridades nas ações de saúde em todas as esferas de governo, promulgando a Política

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) que tem como finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos. [4]

Através disto, observa-se que tanto a Atenção Primária à Saúde (APS), quanto a Estratégia Saúde da Família (ESF) apontam que a pessoa idosa precisa receber do profissional um novo olhar, não mais focado na doença, porém na funcionalidade, salientando que a saúde não se restringe apenas ao controle e à prevenção de agravos de DCNT, mas também à interação entre a saúde física e mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. [5] A especificidade e a heterogeneidade nos processos de envelhecer devem ser consideradas, a partir dos determinantes sociais da saúde, nos seus mais diferentes aspectos, buscando a equidade e resolutividade do cuidado a ser ofertado. [6]

O farmacêutico possui um importante papel no cuidado à pessoa idosa, desempenhando ações de identificação, resolução de problemas relacionados a medicamentos, através da revisão das prescrições e auxílio na tomada de decisão em equipes multiprofissionais, garantindo a efetividade e segurança da farmacoterapia prescrita, sendo que os cuidados primários do profissional farmacêutico são fundamentais e indispensáveis, diminuição do surgimento de problemas relacionados a medicamentos, além da prevenção de doenças e agravos. [7]

A participação do farmacêutico na discussão dos casos clínicos de forma integrada com os demais membros da equipe de saúde traz como consequência maior adesão e melhor resolutividade dos tratamentos, redução de morbidades relacionadas a reações adversas e interações medicamentosas, além de impacto farmacoeconômico positivo na farmacoterapia adotada. [8]

Nesse contexto, o presente estudo teve por finalidade investigar as necessidades de saúde e de acompanhamento farmacoterapêutico em idosos polimedicados pertencentes à área de cobertura de uma ESF situada no norte do Rio Grande do Sul a fim de gerar subsídios para realização do cuidado farmacêutico. Além disso, identificou MPI prescritos, características sociodemográficas prevalentes, a adesão ao tratamento e suas implicações no cuidado integral.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório com abordagem mista (quantitativa e qualitativa), tipo pesquisa com análise de prontuários e entrevistas semiestruturadas, realizado em uma ESF de um município do norte do Rio Grande do Sul. O estudo foi aprovado pelo

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), com parecer n° 5.983.212 e CAEE nº 67431323.1.0000.5564.

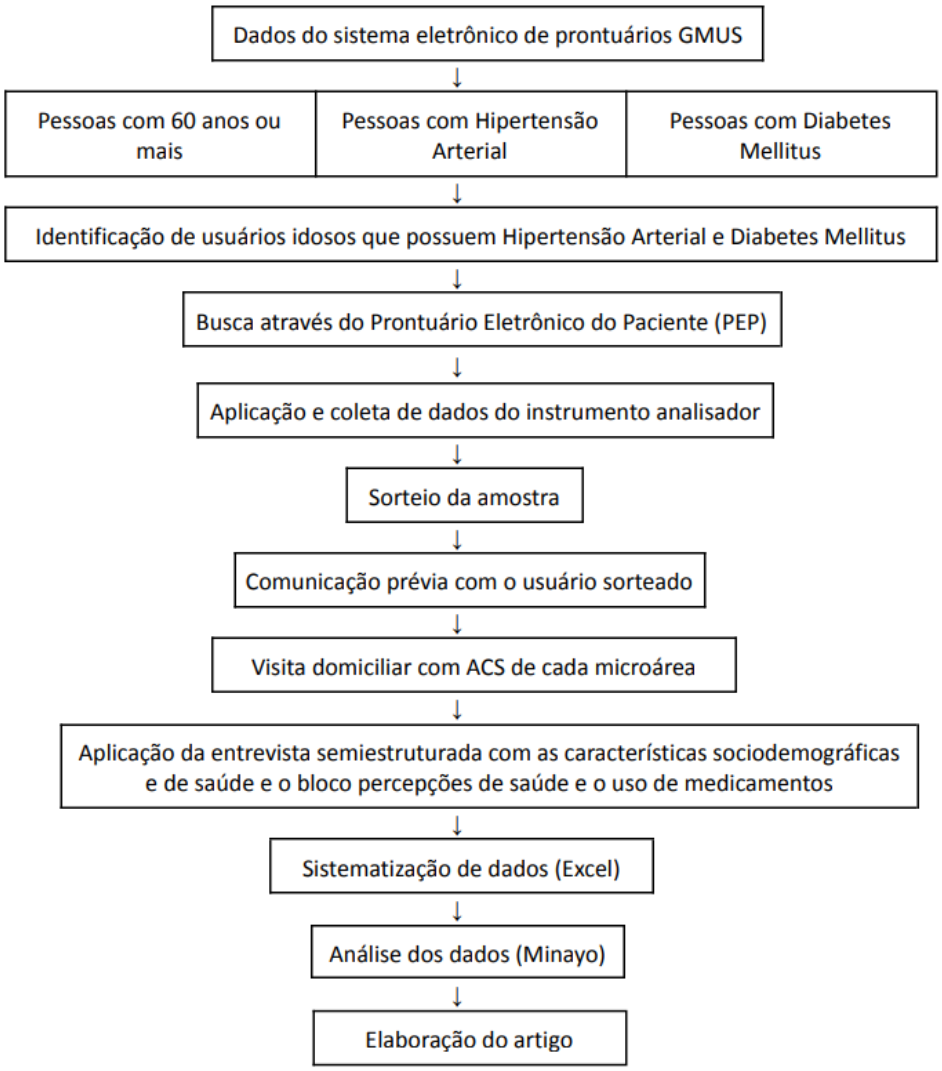
Considerando os critérios de inclusão, participaram da pesquisa, indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, ambos os sexos, inseridos no território de abrangência de uma ESF, que apresentavam Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) tipo II e estavam polimedicados, fazendo uso de um ou mais MPI analisados pelo Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos [9] e que tinham realizado no mínimo, uma consulta médica nos últimos dois anos na ESF, sendo usuários em acompanhamento pela equipe de saúde.

A coleta de dados teve início no final de abril de 2023, com o acesso às informações do sistema G-MUS através de 3 tabelas, a primeira que apresentava os usuários idosos que possuíam 60 anos ou mais, a segunda, com a lista dos usuários que tinham HAS e a terceira tabela, com os usuários com DM. Após, foi elaborada uma tabela no Excel, com os usuários idosos que tinham HAS e DM e aplicado a primeira parte da coleta de dados através do acesso ao prontuário eletrônico do G-MUS. Destes usuários, foram analisados todos os dados e, conforme critérios de inclusão e exclusão, foram sorteados usuários idosos em cada faixa etária (3 idosos de cada uma das faixas a seguir: 60-69 anos, 70-79 anos e acima de 80 anos) totalizando 09 idosos para realização da entrevista semiestruturada. O sorteio da amostra da pesquisa foi realizado com o aplicativo Sorteador, onde realizou o sorteio de números aleatórios, onde cada número caracterizava um usuário.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, em domicílio, acompanhada pela Agente Comunitária em Saúde (ACS) de cada microárea, onde, após leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), seguiu a entrevista através de roteiro semiestruturado, organizado em dois módulos temáticos, cuja duração foi entre 15 a 25 minutos, dependendo de cada usuário. As entrevistas foram audiogravadas com consentimento do participante, transcritas e analisadas. Para a Análise Temática de Conteúdo, de acordo com Minayo, desdobrou-se nas etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos. Os usuários foram abordados ao longo do texto como Entrevistado (E) seguido do número correspondente a partir do 1 (E1) e, assim sucessivamente, para não identificação dos mesmos.

Assim, na sequência, segue o fluxograma (Figura 1) da sistematização de como foi realizada a coleta e análise dos dados dessa pesquisa.

Figura 1. Fluxograma sistematizado da coleta e análise dos dados.



Fonte: Elaborado pelas autoras.

Resultados e Discussão

A ESF em estudo, em abril de 2023, segundo relatório do prontuário Eletrônico, possuía 357 usuários com idade igual ou superior a 60 anos, a maioria (58,5%) eram do sexo feminino. Ainda, é importante ressaltar que a ESF vinha acompanhando 383 usuários que possuíam HAS, 110 usuários com DM e 54 usuários idosos com ambas as comorbidades. Este estudo priorizou usuários que continham as duas comorbidades.

Os resultados do instrumento analisador foram extraídos dos prontuários eletrônicos de cada usuário que continha HAS e DM, sendo que a maioria do público pesquisado era composta por mulheres (66,7%), a distribuição da etnia mostra a maioria branca (83,3%) e a idade variou de 60 a 92 anos, com a média de 71,2.

No que concerne à polimedicação em usuários idosos com HAS e DM, neste estudo, 96,2% eram polimedicados e a média por usuário foi de oito medicamentos.

Já em relação ao uso de MPI, a maioria utilizava pelo menos um dos tipos de medicamento potencialmente inapropriado para idosos, ou seja, (68,5%), sendo que os mais prescritos foram omeprazol (29,6%), furosemida (24,0%), amitriptilina (14,8%) e glibenclamida (12,9%).

Os dados estão descritos na Tabela 1.

Tabela 1. Resultados do Instrumento Analisador em uma ESF do norte gaúcho com 54 idosos contendo HAS e DM, no ano de 2023

	n (54)	% (100%)
Sexo		
Feminino	36	66,7
Masculino	18	33,3
Idade		
60 – 69	22	40,8
70 – 79	24	44,4
≥ a 80	8	14,8
Raça autodeclarada		
Branca	45	83,3
Parda	7	13,0
Preta	2	3,7
Número de medicamentos em uso		
0 – 4	2	3,8
≥ 5	52	96,2
Uso de MPI		
Não utilizam	17	31,5
≥ à 1	37	68,5
MPI mais utilizados*		
Omeprazol	16	29,6
Furosemida	13	24,0
Amitriptilina	8	14,8
Glibenclamida	7	12,9
Outros MPI	6	11,1

* Refere-se a quantidade da utilização dos medicamentos na amostra, visto que cada usuário pode utilizar mais de um MPI.
Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os dados do instrumento analisador foram importantes para caracterização dos idosos que possuem HAS e DM do território estudado, sendo que os resultados obtidos foram de um público majoritariamente composto por mulheres (66,7%), autodeclaradas da etnia branca (83,3%) e na faixa etária entre 70 a 79 anos (44,4%), seguida pela faixa etária de 60-69 anos (40,7%). Em relação ao predomínio do sexo feminino, pode estar associado a recorte da amostra estudada, isto está de acordo com o estudo de Corralo (2018), que aponta que no Brasil, mulheres em idade avançada são mais acometidas por DCNT, necessitando do tratamento medicamentoso, além de serem as que mais

procuram o sistema de saúde. [10] Sobre a etnia, por ser um município de migração italiana, tem um grande percentual de idosos desta raça, influenciando no percentual elevado desta etnia no resultado da pesquisa.

Sobre o uso de medicamentos, o estudo analisou que 96,2% dos usuários são polimedicados (igual ou maior que cinco tipos de medicamentos), com um total de 68,5% de usuários que fazem uso de no mínimo, um MPI, sendo o omeprazol (29,6%) o mais utilizado.

Esses dados foram observados também no estudo de Castilho (2020), que identificou a prevalência da polifarmácia e a prescrição de MPI, a polifarmácia estava presente em 62,3% da amostra, e 40,7% tinham pelo menos um MPI prescrito. [10] Como a amostra do presente estudo era de idosos com HAS e DM, de forma concomitante, estas, contribuem para o estabelecimento da polifarmácia, podendo observar uma prevalência estatisticamente significativa. [12]

A associação entre polifarmácia e MPI não é inesperada, uma vez que usuários com várias DCNT desencadeiam muitas prescrições, causando a polifarmácia e a possibilidade de vários medicamentos serem considerados MPI. O tratamento das DCNT, como HAS e DM, requer o uso concomitante de vários medicamentos e a polifarmácia é uma estratégia para a manutenção adequada da farmacoterapia, porém, é importante que a prescrição desses fármacos ocorra de forma adequada, garantindo a segurança dos idosos. [13,14]

No presente estudo foram escolhidos os MPI presentes na lista de medicamentos de distribuição nas farmácias básicas do território, que é elaborado através da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME). Esta relação constitui-se como um importante instrumento para as ações de Assistência Farmacêutica no país, sendo recomendado que os medicamentos prescritos no SUS estejam presentes na lista nacional a fim de garantir o acesso.

Entre os principais MPI prescritos, a furosemida e a glibenclamida possuem alternativas terapêuticas mais seguras para idosos na RENAME, enquanto o omeprazol não possui opções. [15]

O omeprazol é um dos medicamentos mais receitados para os idosos com a finalidade de proteção gástrica devido ao uso de muitos medicamentos, mas o seu uso prolongado e indiscriminado foi associado em estudos com à má absorção de vitamina B12 e cálcio, além de já terem uma baixa absorção devido alterações fisiológicas. Dessa forma, a má absorção é um dos fatores de risco para a idade, pois o omeprazol eleva o

pH estomacal e ocorre interferência no processo de absorção da vitamina B12 e cálcio. Com o tempo, isso pode gerar no organismo a deficiência, ocorrendo alterações no sistema neurológico (demência e doença de Alzheimer), hematológico (anemia megaloblástica), cardiovascular (aterosclerose) e do tecido ósseo (reabsorção óssea). [16] Daí a relevância deste estudo e da importância de os profissionais de saúde buscarem estratégias de cuidado capazes de evitar o uso indiscriminado de MPI para idosos.

Análise dos resultados das entrevistas

As entrevistas semiestruturadas aplicadas a nove usuários idosos que possuíam HAS e DM foram analisadas a partir da análise temática de conteúdo, de acordo com Minayo. A análise desdobrou-se nas etapas pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados obtidos, gerando, assim, a categorização expressa na tabela 2.

Tabela 2. Categorização da análise temática de conteúdo através de perguntas das entrevistas semiestruturadas.

Aspectos relacionados a costumes dos idosos no território.	- Hábitos saudáveis; - Estilo de vida.
A visão sobre saúde, um olhar dos usuários a partir de seus relatos.	- Qual a percepção de saúde; - O que afeta mais a saúde e as suas principais queixas.
A definição do sistema de saúde através de diversos olhares dos sujeitos do território.	- Definição do SUS; - Quais os serviços que acessam e como é realizado o acompanhamento.
Cuidados em saúde: o acesso ao diagnóstico e tratamento.	- Quais os cuidados que possuem com as medicações; - Forma como se relacionam com o tratamento; - Quais os autores no cuidado com as DCNT.
O farmacêutico para além da dispensação e a importância do cuidado farmacoterapêutico e das ações multi e interprofissional no cuidado aos idosos na Atenção Básica em Saúde.	- O acesso ao tratamento, SUS ou privado; - Quais os profissionais da área da saúde que realizam visitas domiciliares e tiram dúvidas sobre saúde.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Aspectos relacionados a costumes dos idosos no território

Em relação aos resultados das entrevistas semiestruturadas no bloco características sociodemográficas e de saúde, observou-se que a maioria eram mulheres (88,9%), da raça branca (66,7%) e a idade variou de 65 a 92 anos, com a média de 74,4 anos. A religião mais prevalente foi à católica (88,9%) e a maioria dos entrevistados era aposentada (88,9%).

O IBGE, 2018, apontou que o sexo feminino tem maior longevidade de acordo com os cálculos de projeção da população brasileira e sua expectativa de vida é maior 7,3 anos em relação aos homens. [17]

Em relação à renda mensal familiar, a maioria possuía renda entre dois e três salários mínimos (55,6%). Tal achado entra em consonância com o poder aquisitivo da família, que, por muitas vezes não podem utilizar medicamentos para o tratamento de DCNT, visto que a aquisição se torna difícil, fazendo com que este público utilize os fármacos fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para o tratamento de HAS e DM. [18] Portanto, permitindo o acesso a medicamentos selecionados, baseado na RENAME, e os princípios do uso racional de medicamentos.

Sobre os hábitos de saúde, a maior parte dos sujeitos da pesquisa não tinha o hábito de fumar (55,6%), 33,3% são usuárias ex-fumantes e 11,1% ainda utilizam o tabaco até hoje. Para os pesquisados, o cigarro ocupa um lugar de consolo, como forma de diminuir a ansiedade e com sensação de melhora, outro aspecto a considerar no uso do cigarro é que a maioria começou a fumar ainda quando criança e junto com familiares.

> **“**Ex-fumante, há dez anos. Bem fumado também. Se eu pegasse o cigarro eu até fumaria de novo. Sempre gostei de fumar.” Entrevistado 2.
>
> “Idade de oito anos quando comecei a fumar com a avó. Parei uns tempos, mas acho que é um ano que parei, acho.” Entrevistado 6.

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), 2012, o tabagismo é considerado uma doença infanto-juvenil, pois a maior parte dos fumantes inicia-se no consumo de cigarros quando são crianças e adolescentes. Entre os anos de 1960 e 1970, houve um avanço significativo com o número de mulheres fumantes, que teve como consequência mais atual para a saúde pública o aumento significativo da mortalidade por câncer de pulmão entre as mulheres. [19]

No que se refere ao hábito de consumir bebidas alcoólicas (88,9%) relataram não fazer o consumo, o único usuário que relatou, é do sexo masculino que consome diariamente um copo de vinho.

Este é um fator importante para analisar a qualidade de vida desses idosos, pois o consumo de bebidas alcoólicas pode piorar a saúde de pessoas idosas com DCNT, pois são mais vulneráveis quanto às ações danosas do uso do álcool. Isso acontece devido às alterações fisiológicas, como o aumento da gordura corporal, a redução da

massa muscular e da água dos tecidos e a diminuição do metabolismo hepático, que são próprias do processo de envelhecimento natural e que potencializam o efeito do álcool no organismo. [20]

Outro fator relevante para a saúde desses idosos é o fato de que 66,7% realizam alguma atividade física que também é fundamental para o cuidado integral à saúde. A OMS recomenda que a partir dos 65 anos, a atividade física seja moderada, no mínimo três dias por semana e em intensidade que varia de acordo com as condições de saúde e de mobilidade de cada pessoa. Os benefícios dessas atividades não são apenas de forma física, mas também benefícios biológicos, psicológicos e sociais. [21]

No que tange à alimentação, há uma consciência de que deve fazer parte do tratamento das DCNT a alimentação saudável, mas a maioria refere que comem de "*tudo*" de forma genérica, outros que comem demais, mas sabem que a alimentação influencia na sua saúde.

> "Vamos dizer aqui a gente se passa bem, nunca faltou carne, nem pão, de tudo, nós temos do bom e do melhor aqui. Não se abusa da comida, mas também não se passa fome, né? Todos domingo um churrasquinho." Entrevistado 4.

Pode-se perceber que a culinária típica de sua cultura prevalece no que se relaciona com a alimentação, evidenciando a necessidade de construir pactuações entre os profissionais da saúde com os usuários para a mudança de hábitos alimentares saudáveis e articulados com a cultura local, familiar e comunitária. Em outros depoimentos há a preocupação em cuidar para não comer alimentos gordurosos, com açúcar e priorizar o consumo de frutas, legumes, carnes, dentre outros alimentos.

Já na parte do sono, relataram que possuem dificuldades para dormir e ter um sono reparador, devido às consequências das doenças que são mais acometidos os idosos, como DM e cistocele (bexiga baixa), precisando levantar muitas vezes para ir ao banheiro. Além disso, fazem uso excessivo de telas, em especial da televisão, possuem o hábito de dormir de dia e tomar muito chimarrão, que é uma bebida estimulante. Dos nove usuários entrevistados, quatro tomam medicamentos para dormir, como por exemplo, a amitriptilina e zolpidem.

> "Faço um sono e depois custo dormir. Agora estou tomando um comprimidinho ali, metade do comprimido pra dar pra dormir." Entrevistado 3.

Sabe-se que o sono impacta a vida de cada pessoa. Dormir tem uma função

biológica fundamental para a memória, normalização das funções endócrinas, regular a temperatura do corpo, conservação e restauração da energia, e na restauração do metabolismo energético cerebral. Devido a essas importantes funções, as perturbações do sono podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social do indivíduo, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida. [22]

Estudos demonstraram que mais de 50% dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos se queixam de distúrbios do sono crônicos, sendo relacionado a DCNT decorrentes da idade e não o resultado do processo de envelhecimento, diminuindo a capacidade de obter um sono satisfatório com o avançar da idade. Ex: [23]. Em adição ao impacto das comorbidades, outros mecanismos causais podem estar na base do declínio da qualidade do sono, nomeadamente a polimedicação, o uso de drogas sociais, fatores psicossociais, comportamentais ou ambientais (como a viuvez ou uma má higiene do sono), bem como as alterações do sono. [21, 25]

Na tabela falante 3, há uma caracterização do perfil dos usuários idosos que participaram das entrevistas semiestruturadas.

Tabela 3. Tabela falante com a caracterização das entrevistas semiestruturadas com uma amostra de nove idosos atendidos em uma ESF do norte gaúcho no ano de 2023.

	n (9)	% (100%)
Sexo		
Feminino	8	88,9
Masculino	1	11,1
Raça autodeclarada		
Branca	6	66,7
Parda	3	33,3
Religião		
Católica	8	88,9
Evangélica	1	11,1
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	9	100
Situação conjugal		
Casado	5	55,6
Viúvo	3	33,3
Solteiro	1	11,1
Com quem mora		
Filho	1	11,1
Esposo	6	66,2
Empregada	1	11,1
Sozinho	1	11,1
Situação trabalhista		
Aposentado	8	88,9
Pensionista	1	11,1
Renda média mensal familiar		
Entre um e dois salários mínimos	4	44,4
Entre dois e três salários mínimos	5	55,6
Hábito de fumar		
Sim	1	11,1
Não	5	55,6
Ex fumante	3	33,3
Consumo de bebida alcoólica		
Sim	1	11,1
Não	8	88,9
Realização de atividade física		
Sim	6	66,6
Não	3	33,3

E4: *"Ah eu era do interior, não tinha transporte, eu só fiz até a quarta série."*

E1: *"Quando eu andava meia triste, com ansiedade que eu pitava um cigarrinho parecia que melhorava, mas depois eu não pitei mais."*

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A visão sobre saúde, um olhar dos usuários a partir de seus relatos

Em relação às condições de saúde, 100% consideraram seu estado de saúde regular, especialmente por ter doenças crônicas e utilizar medicamentos.

"Regular. Eu tomo bastantinho remédio né?!" Entrevistado 3.

Além disso, 33,3% relataram como principais queixas relacionadas à saúde o desgaste e a dor nos braços e coluna. Devido ao processo de envelhecimento, cada organismo pode sofrer alterações decorrentes de micro traumatismos, lesões nos músculos, e nos mecanismos de controle neural, que podem resultar na má postura do idoso, podendo ser o causador das principais queixas dos mesmos. [25]

Na parte do questionário “O que é saúde para você?”, muitos relataram que é poder comer de tudo, ter disposição de fazer os serviços de casa, viver sem dor, ter uma alimentação saudável, conforme os relatos que seguem:

> “Mas saúde é pra mim, é uma coisa boa, né? Quem não gosta de ter saúde, né? Comer de tudo, polenta, raditi cotti;”. Entrevistado 1.
>
> “A saúde, a gente viver sem dor, viver bem. Ter disposição pra fazer as coisas.”. Entrevistado 3.
>
> “O que que eu vou dizer? A gente tem que se cuidar no alimento, nas coisas, né? Que daí é normal, porque senão se tu não se cuida daí…”. Entrevistado 8.

Os relatos trazem aspectos do conceito de saúde como algo amplo e relacionado às condições de vida, uma vez que é abordado diversos temas, desde alimentação, poder trabalhar fora com boa disposição física e mental, até o não precisar usar medicamentos. A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, definiu a saúde como “Um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade”. [26]

Na Constituição Federal de 1988, no seu artigo 196, a saúde está relacionada ao resultado de condições dignas de vida, como um direito social e como política pública fundamental para garantir a promoção, proteção, cuidado e reabilitação da saúde das pessoas. Com isto, o Sistema Único de Saúde (SUS), foi pensado através dos conceitos da integralidade, equidade e universalidade, sendo que o sistema público e universal deve estar preparado para a escuta dos usuários, a compreensão do contexto social em que estão inseridos e, a partir daí, atender às suas demandas e necessidades, atentando, sobretudo, para a prevenção de doenças ou agravos de saúde. [27]

Um estudo realizado na cidade de Campinas/São Paulo, em 2008, relatou que as nutrições de melhor qualidade foram constatadas entre os idosos que referiram o diagnóstico de diabetes, a presença de três ou mais DCNT e o uso de três ou mais medicamentos nos três dias prévios à entrevista. Isto está de acordo com o estudo realizado, visto que os sujeitos da pesquisa possuem no mínimo duas DCNT, além de serem polimedicados e relatam que a alimentação está de consonância com a saúde como um todo. [28]

A definição do sistema de saúde através de diversos olhares dos sujeitos do território

O SUS foi criado no ano de 1990, através da Lei 8080/1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Com isto, assegurou em todo o território de abrangência as ações e os serviços de saúde, englobando desde o controle da qualidade da alimentação de um simples almoço num restaurante, as vacinas, até o transplante de órgãos. [27]

Ao perguntar aos sujeitos da pesquisa "O que é o SUS?", muitos relataram que é as consultas, as internações nos hospitais, mas o conceito é bem mais amplo. Ainda possuem um olhar mais "médico-centrado", voltado para as consultas médicas, tem a compreensão sobre o SUS a partir dos serviços que utilizam. Trazem a ideia de que é algo bom, necessário, que ajuda a cuidar, um serviço sem pagar, não identificam quais serviços são o SUS e a amplitude do mesmo, não aparece a visão da Saúde como direito e do SUS como sistema universal.

> "É não pagar quando faz exame, consulta e tudo quanto é problema desse." Entrevistado 6.
>
> "Pra mim é tudo, porque a gente sempre precisa, né? Quando a gente não tá bem, a gente vai procurar aonde, né?" Entrevistado 7.

Ao perguntar se os mesmos utilizam o SUS, todos assentiram e que quando não estão bem sabem aonde ir e com quem contar. Já na pergunta se tinham algum plano de saúde, 100% relataram que não possuem, contam apenas com o SUS. Ao perguntar sobre os especialistas que acompanham a saúde dos idosos, a maioria abordou que já passou por consulta com especialistas, principalmente cardiologista, mas que agora quem acompanha são os médicos da ESF.

> "Por enquanto não, só aqui no posto agora". Entrevistado 2.
>
> "Não tem. É só o postinho". Entrevistado 9.

No estudo de Vieira e Martins (2015), observou-se que os idosos não constituem o principal grupo de beneficiários de planos de saúde, mas são os que mais endereçam reclamações à Agência Nacional de Saúde Suplementar, isto gera preocupação, pois os idosos têm mais propensão de DCNT e outras fragilidades e irão se deparar com barreiras de acesso e uso dos serviços. [29] A desigualdade no acesso evidencia um contexto em que a maioria dos idosos no Brasil não tem condições financeiras de pagar planos de saúde ou médicos particulares.

O Estatuto do Idoso garante o direito aos idosos receberem cuidados completos de saúde por meio do SUS, com um acesso universal e igualitário a ações e serviços de

prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde. Nesta perspectiva, a ESF tem a responsabilidade reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, mediante a promoção do envelhecimento saudável, com variação de necessidades e demandas dos idosos. [30]

A APS tem papel fundamental na atenção ao idoso e para que os atributos da mesma sejam executados, a equipe de saúde multiprofissional precisa estar com um olhar ampliado de todas as condições de saúde do idoso e do território que os idosos convivem, sendo que as decisões devem ser compartilhadas em discussões conjuntas, resultando em uma intervenção mais eficaz, possibilitando uma melhor qualidade de vida para os idosos. [3]

Cuidados em saúde: o acesso ao diagnóstico e tratamento

Nas entrevistas semi estruturadas, 100% dos idosos relataram fazer o uso contínuo de medicamentos e sempre de acordo com a prescrição médica, segundo eles. Possuem pelo menos um MPI prescrito e os grupos de medicamentos mais utilizados pelos idosos na polifarmácia foram os indicados para o tratamento de DM, hipercolesterolemia e sistema cardiovascular.

No estudo de Lemos, et. al., (2022) foi possível identificar que a frequência de polifarmácia foi elevada entre o sexo feminino, associado com pessoas com mais de 64 anos e que possuiam alguns tipo de doença crônica. Isto também vai de acordo com o estudo de Bojuwoye, et al. (2022), que demonstrou que a população feminina fazia mais uso da polifarmácia em comparação à masculina. [31, 32]

Sousa (2022) apontou que a polimedicação está relacionada à idade, nível de escolaridade e a presença de comorbidades, como a HAS e DM, se demonstram como causas importantes dessa mesma condição. [33]

Sobre como se devem tomar as medicações, 88,8% souberam responder corretamente para o que cada medicação era utilizada e em que horário administra o uso. Relataram que houve melhora na sua saúde após iniciar o tratamento com os medicamentos e não tiveram nenhum sintoma/reação adversa. Quanto a problemas de adesão/esquecimento, os usuários relataram que não são de esquecer, mas que quando isso ocorre, tomam assim que lembram e nunca pararam de tomar a medicação sem avaliação médica.

No estudo de Guttier, et. al. (2023), mostrou que, daqueles que fazem uso de medicamentos contínuos, cerca de um quarto se esquece de tomar seus medicamentos

eventualmente, apesar de a maioria ter relatado nunca se esquecer (74,9%). [34] Neste estudo, todos os usuários relataram que quem cuida da própria medicação, são eles mesmos e que não necessitam de ajuda. Quando os medicamentos são utilizados de forma incorreta, aumentam os riscos da prática de polifarmácia e a sofrerem de efeitos adversos mais intensos, principalmente na população idosa.

Garcia e Saintrain (2009) avaliaram que a baixa escolaridade pode ocasionar dificuldades ao manusear os medicamentos, seguir dietas ou prescrições. Com o aumento da idade, a acuidade visual pode diminuir, sendo que muitos idosos reconhecem suas medicações somente pela embalagem, cor ou formato dos comprimidos, podendo ocorrer erros de administração. [35]

Em relação ao tempo de uso dessas medicações, a média é 16 anos com faixa de diagnóstico entre 50 e 60 anos. A DM e a HAS são doenças silenciosas e podem ser assintomáticas, com maior incidência a partir dos 40 anos em pessoas com excesso de peso, comportamento sedentário, com hábitos alimentares não saudáveis e história familiar de diabetes. [11]

Os idosos afirmaram que, quando vão tomar os medicamentos, eles separam todos em caixinhas, dependendo do horário, e armazenam as medicações na cozinha, em potes ou caixas organizadoras.

Os organizadores são úteis para pacientes idosos que utilizam vários medicamentos ao longo do dia, mas o Conselho Federal de Farmácia (CFF) orienta sobre os cuidados que devem ser tomados ao escolher o uso. Sobre o armazenamento dos medicamentos, devem ser conservados entre 15°C e 30°C, em local seco e protegido da luz solar. Devem-se evitar locais como porta-luvas de automóveis, armários de banheiros e cozinhas ou qualquer outro lugar quente e úmido. É importante guardar na embalagem original e a bula do medicamento para obter informações, como o modo de uso, a conservação, o lote e o prazo de validade. [36]

Sobre o uso de plantas medicinais, estão presentes no dia a dia de todos os usuários, principalmente quando estão com problemas gastrointestinais ou com resfriados.

> “Cada dia eu faço um chá, coloco na térmica e tomo ao longo do dia, eu não sou muito de chimarrão, todos os dias, já tomei por hábito.” Entrevistado 2.
>
> “A gente usa, tá tomando sempre um remédio na garrafa, a gente toma chimarrão. Agora a gente coloca hortelã, cidreira, folha de guavira e

> folha de lima, que a gente toma bastante, coloco essas plantas pra prevenir muita coisa. Dizem que é bom pra várias coisas, a gente só toma. Todos os dias.” Entrevistado 8.

Os profissionais na APS precisam de capacitação quanto à prescrição de fitoterápicos e plantas medicinais, assegurando a utilização segura e incentiva a sua prática. Com isto, a ANVISA, em 2016, publicou o Memento Terapêutico da Farmacopeia Brasileira que tem o objetivo de orientar a prescrição de plantas medicinais e fitoterápicas. Esse documento apresenta a nomenclatura popular e a parte utilizada da planta, além de contraindicações, precauções de uso, efeitos adversos, interações medicamentosas, vias de administração e posologia, auxiliando assim na prescrição dessas plantas. [37] A utilização correta de plantas medicinais, pode diminuir o uso de MPI, como por exemplo, o omeprazol, visto que é um medicamento com grande potencial de causar problemas no seu uso em longo prazo.

O farmacêutico para além da dispensação e a importância do cuidado farmacoterapêutico e das ações multi e interprofissional no cuidado aos idosos na Atenção Básica em Saúde

Ao serem questionados sobre a origem dos medicamentos, 100% são retirados na farmácia da ESF e apenas 22,2% dos idosos relataram procurar as farmácias comunitárias privadas para complementar as medicações que não são do Componente Básico da Assistência Farmacêutica e também do Componente Especializado/Estratégico da Assistência Farmacêutica. Dos medicamentos prescritos, 65,4% faziam parte da RENAME.

Tavares (2013) encontrou que 37,5% dos idosos conseguem suas medicações no posto de saúde, 45,0% precisam comprar e 17,5% parte encontra suas medicações no posto e parte compra. [11] Pode-se perceber neste estudo que o acesso de medicamentos utilizados no SUS é significativo, visto que 100% procuram a ESF para conseguir as medicações. Isto destaca a importância dos médicos prescritores saberem quais medicamentos estão disponíveis na RENAME, fazendo com que a adesão medicamentosa ocorra, visto que muitos usuários possuem a renda familiar entre um e dois salários mínimos.

Apenas um dos idosos relatou receber visita em casa de farmacêuticos da ESF para orientação sobre as medicações, os outros geralmente recebem visitas da ACS.

> “Veio uma vez o médico, e umas enfermeiras e farmacêuticas.”; Entrevistado 1.
>
> “Só a ACS que vem sempre, ela não falha de vir aqui em casa, se eu tenho alguma dúvida eu peço pra ela.” Entrevistado 2.
>
> “Não, a ACS vem sempre aqui só.” Entrevistado 8.

Isto mostra a centralidade no cuidado aos idosos na APS pelos ACS, sendo eles os responsáveis pelos cadastros, acompanhando as famílias e intermediando a relação entre idosos, famílias e equipes. São de extrema importância, pois são os responsáveis em registrar os idosos que foram hospitalizados e/ou regressaram de internação hospitalar, e identificar aqueles que necessitam de assistência domiciliar, mediante critérios da equipe de saúde. [38]

Ao serem perguntados se possuem dúvidas da forma como precisam tomar as medicações, relataram que se tem, consultam a receita ou pedem ajuda a familiares ou farmacêuticas.

> “Não, porque tem tudo na receita médica, então não vai ter dúvida, né?”. Entrevistado 7.
>
> “Não, quando tenho dúvida, eu peço pra minha nora.”. Entrevistado 8.
>
> “Não, eles já são entendidos. Aí eles me explicam, e se eu tenho dúvida, eu vou na farmacêutica aqui na frente de casa e peço pra ela.” Entrevistado 1.

Os usuários responderam que não tem sugestões para melhorar a assistência farmacêutica, relataram que é para continuar fazendo um bom trabalho.

> “E eu sempre vou lá pra pedir ajuda tanto pro médico e pra vocês (enfermeiras e farmacêuticas) também, né? Pra mim, do jeito que vocês estão fazendo, tá tudo bem. Pra mim, graças a Deus, todos vocês são médicos, todos são bem-vindos. Graças a Deus. Tenho sorte, né?” Entrevistado 9.

Pode-se observar que os usuários não entendem o que é a assistência farmacêutica e todos os trabalhos que envolvem. No ano de 2004, o Conselho Nacional de Saúde relatou que a:

> “Assistência Farmacêutica se trata de um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso

> racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população". [39]

O profissional farmacêutico é um profissional habilitado para atuar na atenção farmacêutica conforme estabelecido na Resolução nº 383 de 06 de maio de 2004. [37] A participação efetiva e integral do profissional farmacêutico passa a ser fundamental na ESF, proporcionando o desenvolvimento de atividades relacionadas com o trabalho em equipe e com o usuário de forma integrada, objetivando o cuidado integral do usuário, além do acesso regular e contínuo de medicamentos.

O farmacêutico clínico é o profissional capacitado para identificar sinais e sintomas, monitorar a terapia medicamentosa, programar e orientar o paciente, agindo em conjunto com os demais profissionais de saúde envolvidos no cuidado aos usuários. O serviço clínico do farmacêutico torna-se indispensável para avaliar a situação clínica do paciente diante da análise do risco-benefício de uma terapia medicamentosa, podendo contribuir para a recuperação da saúde e na conscientização da população sobre o uso racional de medicamentos com segurança e efetividade. [40]

A população idosa tem mais possibilidade de sofrerem reações adversas a medicamentos, pois possuem suas funções metabólicas diminuídas, com isto, os processos patológicos são mais graves e a farmacocinética é modificada, além que a presença de DCNT potencializam as alterações fisiológicas que ocorrem nos idosos. Através desses fatos, garantir a segurança medicamentosa dos pacientes idosos é um desafio, pois nesta faixa etária têm o aumento de prescrições de MPI que estão associados a um maior risco de ocorrência de efeitos adversos como quedas, fraturas, confusão pós-operatória, sangramentos gastrintestinais, constipação, depressão, disfunção renal, dentre outros exemplos, sendo associados também ao aumento da taxa de hospitalização e mortalidade entre os idosos. [32]

Com isto, observa-se a importância do profissional farmacêutico integrado na equipe multiprofissional, atuando de forma participativa na abordagem da avaliação de risco, adoção de medidas de promoção da saúde e no atendimento aos usuários idoso na ESFs.

Os dados do presente trabalho oferecem subsídios que indicam a necessidade de avançar em relação ao cuidado farmacêutico na atenção básica. É preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico de forma ampliada, para além da dispensação de medicamentos dentro da ESF, mas incorporá-lo às equipes de saúde, já que faz parte de suas atribuições a promoção da saúde, a fim de que se garanta a melhoria da utilização dos medicamentos, reduzindo os riscos e custos.

Nesta perspectiva, os resultados desse estudo revelam o desafio do cuidado integral à saúde de idosos e da importância de realizar ações multi e interprofissionais nos processos de trabalho junto às equipes das ESF.

Considerações finais

O presente estudo apontou o quão importante torna-se o acompanhamento farmacoterapêutico ao idoso, visto que eles têm mais probabilidade de possuir DCNT, com uma prevalência alta da polifarmácia e uso de MPI nesta faixa etária, ocasionando danos graves à saúde.

A Residência Multiprofissional capacita os profissionais da área da saúde com foco no atendimento aos princípios do SUS, ou seja, da Integralidade da Atenção à Saúde, da Universalidade do acesso e da Equidade. É preciso considerar o potencial de contribuição do farmacêutico na APS e incorporá-lo de forma ativa nas equipes de saúde, promovendo encontros entre usuários e profissionais a fim de garantir um cuidado amplo em saúde, oportunizando o acesso destes usuários a uma melhor qualidade de vida.

Pode-se concluir que os idosos ainda procuram pouco os serviços de cuidado farmacêutico e não existem encaminhamentos para consultas farmacoterapêuticas, eles procuram a farmácia apenas para a dispensação de medicamentos. As limitações deste trabalho foram que não houve uma avaliação sobre interações e adesão aos medicamentos, apenas os relatos dos usuários. São necessárias futuras investigações sobre os problemas da polimedicação em idosos com DCNT e o uso de MPI nesta faixa etária.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Cuidado farmacêutico na Atenção básica: serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Brasília, Distrito Federal: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf

2. Silveira EA, Dalastra L, Pagotto V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. Rev Bras Epidemiol 2014; 17(4):818-829. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GBNZRjzySqL8bcP4f8VdtPt/?format=pdf&lang=pt

3. Painel de especialistas em atualização de critérios de cervejas da American Geriatrics Society 2012. A American Geriatrics Society atualizou os Critérios de Beers para o uso de medicamentos potencialmente inadequados em idosos . *J Am Geriatr Soc* . 2012 ; 60 (4) : 616-631. Disponível em: https://agsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jgs.15767

4. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2528/GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa [Internet]. Brasília; 2006. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/ prt2528_19_10_2006.html.

5. Brasil. Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências [Internet]. Brasília; 1994. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.html.

6. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congresso Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf

7. Melo DO, Castro LLC. A contribuição do farmacêutico para a promoção do acesso e uso racional de medicamentos essenciais no SUS. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, p. 235- 244, 2017. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csc/a/HFMqZG99cH8p7rQYTZJX45S/abstract/?lang=pt

8. Brasil. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Grupo Técnico de Trabalho de Cuidado Farmacêutico ao Idoso. Cuidado Farmacêutico ao Idoso. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. São Paulo: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, 2020. Disponível em: https://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/idoso.pdf

9. OLIVEIRA, M. G. *et al.* Consenso Brasileiro de Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos. Rev. Geriatria e Gerontologia, Vol. 10, n°. 4, p.168-81, 2016. Disponível em: https://cdn.publisher.gn1.link/ggaging.com/pdf/v10n4a02.pdf

10. Corralo VS, et al. Polifarmácia e fatores associados em idosos diabéticos. Revista de Salud Pública, v. 20, p. 366-372, 2018. Disponível em: https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n3/366-372/

11. Castilho I, et. al. Polifarmácia e uso de medicamentos potencialmente inapropriados em idosos com 75 anos ou mais: o caso de uma unidade de saúde da família. Acta Médica Portuguesa. Vol. 33 Nº 9, 2020. Disponível em: https:// doi.org/10.20344/amp.13320

12. Tavares NUL. et. al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. Rev Saúde Pública 2013;47(6):1092-101. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004834

13. Shah BM, Hajjar ER. Polifarmácia, reações adversas a medicamentos e síndromes geriátricas. Clin Geriatr Med. 2012; 28 (2):173–186. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22500537/

14. Freitas AFK, et al. Utilização de medicamentos por hipertensos e/ou diabéticos cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online, 2021; 13: 57-64. Disponível em: https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/7427

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais Rename 2022 – Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2022/01/RENAME-2022.pdf

16. Bandeira VAC, et al. Riscos relacionados ao uso prolongado de inibidores da bomba de prótons: uma revisão. Salão do conhecimento, Ciência, saúde e esporte. UNIJUÍ, 2013. Disponível em: https://www.publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaoconhecimento/article/view/2364/2008

17. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Projeções da população [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018. Disponível em: https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?&t=notas-tecnicas

18. BARRETO MNSC. et al. Análise do acesso ao tratamento medicamentoso para hipertensão e diabetes na Estratégia de Saúde da Família no Estado de Pernambuco, Brasil. Revista Brasileira de Epidemiologia, 2015; 18: 413-424. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rbepid/a/JK8D3vmG8fmbpT3kTdY9D6r/?lang=pt

19. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). O controle do tabaco no Brasil: uma trajetória. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/exposicao_controle_tabaco_brasil_trajetoria.pdf

20. Centro de Informações sobre Saúde e Álcool. Álcool e a Saúde dos Brasileiros: Panorama 2021 [Internet]. 2021. Disponível em: https://www.cisa.org.br/index.php/biblioteca/downloads/artigo/item/304-panorama2021

21. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia de Atividade Física para a População Brasileira [recurso eletrônico]. Brasília: 2021. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_atividade_fisica_populacao_brasileira.pdf

22. Carone, C. M. M., et al. (2020). Fatores associados a distúrbios do sono em estudantes universitários. Caderno de Saúde Pública, 36 (3), 9-18. Disponível em: https://www.scielo.br/j/csp/a/6MvT8NwnW97yWJdDwcP4rRJ/

23. Edwards BA. et. al. Envelhecimento e sono: fisiologia e fisiopatologia. Semin Respir Crit Care Med. 31, 618–633 (2010). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20941662/

24. Reid KJ. et al. Sono: um marcador de saúde física e mental em idosos. Am J Geriatr Psychiatry. 14, 860–6 (2006). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17001025/

25. Celich KLS, Galon C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2009; 12(3):345-359. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/144.pdf

26. Organização Mundial da Saúde. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Geneva: OMS, 1946. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5733496/mod_resource/content/0/Constitui%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organiza%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sa%C3%BAde%20%28WHO%29%20-%201946%20-%20OMS.pdf

27. Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

28. Assumpção D, Domene SMA, Fisberg RM, Barros MBA. Qualidade da dieta e fatores associados entre idosos: estudo de base populacional em Campinas, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2014;30 (Supl.8): 1680-94. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311X00009113

29. Vieira Junior WM, Martins M. Os idosos e os planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Seguros e Planos Privados de Saúde. Cien Saude Colet. 2015 Dec;20(12):3817-26. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26691806/

30. Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do idoso: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. 3. edição - Brasília: 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_3edicao.pdf

31. Lemos LS. et. al. Incidência da polifarmácia em idosos com doenças crônicas. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 2, p. e11589, 2023. Disponível em: https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/11589

32. Bojuwoye AO, et al. Polifarmácia e a ocorrência de potenciais interações medicamentosas entre pacientes geriátricos no departamento de farmácia ambulatorial de um hospital regional em Durban, África do Sul. Jornal de Política e Prática Farmacêutica, 2022; 15(1). Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34983680/

33. Sousa CR. et al. Fatores associados à vulnerabilidade e fragilidade em idosos: estudo transversal. Revista Brasileira de Enfermagem [online], 2022; 75:02. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reben/a/ZbhDtGqTDxtfXG74K6PH3nS/

34. Guttier MC. et al. Dificuldades no uso de medicamentos por idosos acompanhados em uma coorte do Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2023; 26: e230020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-549720230020.2

35. Garcia ESS, Saintrain MVL. Perfil epidemiológico de uma população idosa atendida pelo programa saúde da família. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro. 2009; 17(1):18-23. Disponível em: https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-513354

36. Conselho Federal de Farmácia. Cuidado com o uso de organizadores de medicamentos. Brasília Julho, 2023. Disponível em: https://site.cff.org.br/noticia/Noticias-gerais/18/07/2023/cuidado-com-o-uso-de-organizadores-de-medicamentos#top

37. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasil. Memento Fitoterápico. Farmacopeia Brasileira [Internet]. 1ª ed. Brasília: 2016. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnpmf/publicacoes/memento-fitoterapico-da-farmacopeia-brasileira/@@download/file

38. Brasil. Presidência da República. Secretaria-Geral. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Brasília, 2018. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/l13595.htm

39. Brasil. Conselho Nacional de Saúde - Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, 20 de maio de 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html

40. Correia KKL. et al. Farmácia clínica: importância deste serviço no cuidado à saúde. Boletim Informativo Geum, v8, n.3, p.7-18, jul./set., 2017. Disponível em: https://revistas.ufpi.br/index.php/geum/article/view/6183