



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

MARIELLI BEFFART

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE RESIDÊNCIA

PASSO FUNDO/RS

2024



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

MARIELLI BEFFART

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

PASSO FUNDO/RS

2024

## Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Beffart, Marielli

ADESÃO AO TRATAMENTO EM USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS TIPO II:: CUIDADO FARMACÊUTICO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA / Marielli Beffart, Thais Scalco, Renata dos Santos Rabello. -- 2024.

102 f.

Orientadora: Docente e Orientadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS. Renata dos Santos Rabello

Co-orientadora: Farmacêutica, Mestre em Assistência farmacêutica, Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS. Thais Scalco  
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Universidade Federal da Fronteira Sul, Residência Multiprofissional em Saúde, Passo Fundo, RS, 2024.

I. Scalco, Thais II. Rabello, Renata dos Santos

III. Rabello, Renata dos Santos, orient. IV. Scalco,

Elaborada pelo sistema de Geração Automática de Ficha de Identificação da Obra pela UFFS

Sul. VI. Título e dados fornecidos pelo(a) autor(a).

MARIELLI BEFFART

**ADESÃO AO TRATAMENTO EM USUÁRIOS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO  
II: CUIDADO FARMACÊUTICO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

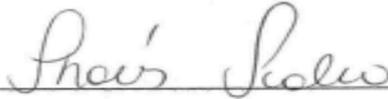
Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

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

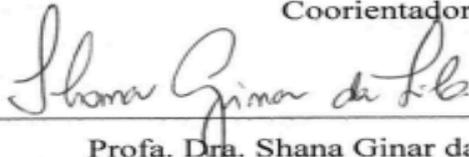
**BANCA EXAMINADORA**



Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello Bernardo – UFFS  
Orientadora



Me. Thais Scalco – SMS - MARAU/RS  
Coorientadora



Prof. Dra. Shana Ginar da Silva – UFFS  
Avaliadora



Prof. Dr. Marcelo Soares Fernandes – UFFS  
Avaliador



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

CAMPUS PASSO FUNDO

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

MARIELLI BEFFART

**Diagnóstico Territorial:**

**Estratégia Saúde da Família São José Operário - Marau/RS**

PASSO FUNDO/RS

2022

MARIELLI BEFFART

**Diagnóstico Territorial:**

**Estratégia Saúde da Família São José Operário - Marau/RS**

I Capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

PASSO FUNDO/RS

2022

## SUMÁRIO

### CAPÍTULO I

<b>1. DIAGNÓSTICO TERRITORIAL</b>	<b>9</b>
<b>2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRICO E AVANÇOS</b>	<b>10</b>
<b>3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	<b>12</b>
<b>4. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF</b>	<b>12</b>
<b>5. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE</b>	<b>13</b>
5.1 Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul	14
<b>6. MARAU – RS</b>	<b>15</b>
6.1 Apresentação do município - Aspectos Gerais	15
Figura 1 - Localização da Cidade de Marau	15
6.2 História e cultura	17
Figura 2 - Rota das Salamarias	17
Figura 3 - Caminho das Águas	18
<b>7. SISTEMA DE SAÚDE LOCAL</b>	<b>18</b>
7.1 Secretaria Municipal de Saúde	18
7.2 Recursos Hospitalares	20
7.3 Assistência Farmacêutica	21
7.4 Conselho Municipal de Saúde	21
<b>8. ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO - CAMPO DE PRÁTICA</b>	<b>22</b>
Figura 4 - ESF São José Operário	23
Figura 5 - Academia da Saúde	23
Figura 6 - Cronograma do Grupo de Gestantes 2022	25
Figura 7 - Grupo de Atividade Física	26
Figura 8 - Folder divulgação - Brechó Solidário	26
8.1 Conhecendo o território da ESF	27
Figura 9 - Igreja da Comunidade São José Operário	29
<b>9. PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO: O CUIDADO FARMACÊUTICO EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO II</b>	<b>30</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>33</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>40</b>
<b>2. TEMA</b>	<b>42</b>
<b>3. PROBLEMA DE PESQUISA</b>	<b>42</b>
<b>4. OBJETIVOS</b>	<b>42</b>
4.1 OBJETIVO GERAL:	42
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	43
<b>5. HIPÓTESES</b>	<b>43</b>
<b>6. JUSTIFICATIVA</b>	<b>43</b>
<b>7. REFERENCIAL TEÓRICO</b>	<b>45</b>
7.1 DIABETES MELLITUS	45
7.2 RASTREAMENTO	46
7.3 META DE CONTROLE GLICÊMICO - HEMOGLOBINA GLICADA	47
Tabela 1 - Metas de HbA1c e Glicemia para a DM	48
7.4 COMPLICAÇÕES E COMORBIDADES	49
7.5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO	49
7.6 ADESÃO AO TRATAMENTO	50
7.7 QUALIDADE DE VIDA	51

7.8 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	52
7.9 ATENÇÃO FARMACÊUTICA	54
<b>8. METODOLOGIA</b>	<b>55</b>
8.1 TIPO DE PESQUISA	55
8.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO	55
8.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM	55
Critérios de inclusão	56
Critérios de exclusão	56
8.4 VARIÁVEIS E COLETA DE DADOS	56
8.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	58
8.6 ASPECTOS ÉTICOS	58
Riscos	59
Benefícios	60
<b>9. RESULTADOS ESPERADOS</b>	<b>61</b>
<b>10. RECURSOS FINANCEIROS</b>	<b>61</b>
QUADRO 1 - Orçamento da pesquisa	61
<b>11. CRONOGRAMA</b>	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>63</b>
APÊNDICE A - Questionário Sociodemográfico	67
APÊNDICE B – Questionário de Condições de Saúde	68
APÊNDICE D - Instrumento Brief Medication Questionnaire – BMQ	71
Avaliação da Adesão	71
APÊNDICE E – Termo de Ciência e Concordância da Instituição Envolvida	74
APÊNDICE F– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	75
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>79</b>
<b>2. PERCURSO DA COLETA</b>	<b>79</b>
2.1 Logística prévia a coleta de dados	79
2.2 Instrumento e coleta de dados	80
2.3 Perdas e recusas	81
2.4 Preparação e organização do banco de dados	81
<b>3. Potencialidades e desafios enfrentados durante a coleta de dados</b>	<b>82</b>
<b>4. Relato e descrição da intervenção</b>	<b>83</b>
<b>5. Considerações finais e encerramento do trabalho de campo</b>	<b>83</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>88</b>
<b>2. MÉTODO</b>	<b>89</b>
<b>3. RESULTADOS</b>	<b>91</b>
Tabela 2 - Escores obtidos na reaplicação do Instrumento BMQ	96
<b>4. DISCUSSÃO</b>	<b>96</b>
<b>5. Considerações finais</b>	<b>99</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>100</b>

## 1. DIAGNÓSTICO TERRITORIAL

Para se iniciar um projeto, trabalho ou pesquisa em um determinado ambiente, é necessário conhecer as pessoas e o território a que pertencem. A definição de território atualmente é ampla e vários autores trazem diferentes perspectivas. Conceituar o território permite entender como as pessoas se relacionam nos diferentes grupos e se apropriam dos espaços (Gondim; Monken, 2017).

Território, na visão geográfica, é o espaço delimitado composto por objetos naturais e construídos, por pessoas e grupos e diferentes poderes. Mais comumente conhecido por ser uma demarcação física de determinada parte do espaço, ora é referenciado por área, um espaço entre limites com características singulares, geográficas, epidemiológicas, sanitárias e econômicas, ora como região, espaço com características comuns e homogêneas, como climáticas, econômicas, físicas, entre outros (Gondim; Monken, 2017).

Território, em outra percepção, é um espaço singular, com uma identidade própria que é dependente de sua história. É formado por atores sociais, ou seja, a população que o habita, além do poder local e do Estado (Gondim *et al.*, 2008). Para Monken e Barcellos, 2005:

O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população. Além disso, permite o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico. (Monken; Barcellos, 2005)

O território é adaptado à população e sua interação com o espaço e fluxos, que interferem diretamente no processo saúde-doença. Ele é visto em diferentes escalas, seja do cotidiano: família e grupos, além de trabalho, lazer e escola, e oficiais: relações político-administrativas. Reconhecer e definir território é, portanto, essencial para estabelecer relações e criar vínculos com os atores sociais, principalmente no âmbito da saúde (Gondim; Monken, 2017).

Territorializar, ato de fixar-se no território, permite construir identidade e vínculos. As pessoas, ao estabelecerem-se em um lugar, trazem consigo e desenvolvem uma história, hábitos e costumes, contribuindo assim para a territorialização. O processo de territorialização é constante. A territorialização em saúde permite analisar os diferentes contextos e desenvolver estratégias, a partir da coleta de dados, para realizar o diagnóstico do território, permitindo a observação e conseqüente planejamento de intervenções das

condições sociais, econômicas, políticas, epidemiológica e culturais, além de servir de ferramenta para avaliar as vulnerabilidades e potencialidades do ambiente (Gondim; Monken, 2017).

Para Gondim e Monken, 2017, a partir da territorialização é possível compreender como os grupos vivem, trabalham, do que adoecem e morrem. Este reconhecimento territorial resulta em diagnósticos de situação de saúde e de condições de vida que fornecem ao sistema de saúde dados para desenvolver ações e definir estratégias para acompanhar, controlar e prevenir riscos e agravos, permitindo assim, promover a prevenção, promoção e recuperação da saúde, melhorando as condições de vida de sua população (Gondim; Monken, 2017).

## **2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: HISTÓRICO E AVANÇOS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) nem sempre existiu. É difícil imaginar como era a realidade antes de sua criação, afinal, ele está presente em tudo. Pensar no SUS é pensar em água potável para beber, em Vigilância Sanitária dos alimentos que consumimos, nas vacinas, doação de sangue, transplante de órgãos, atendimentos, medicamentos e procedimentos de baixa, média e alta complexidade, entre vários outros serviços fornecidos gratuitamente por esse Sistema (BRASIL, 2020).

Quando se fala em SUS, também nos remete às filas, demora, espera, afinal, todo sistema tem suas falhas. Se hoje temos um sistema complexo e que ainda necessita de aperfeiçoamento, imaginemos como era antes de sua implantação. É necessário relembrar um pouco a trajetória desde antes de sua criação até os dias atuais.

Antes da década de 80, existiu o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), fusão dos institutos de aposentadorias e pensões (IAPs) de profissionais como bancários, comerciários e industriários, entre outros. Mais tarde, foi desdobrado em Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS), Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) e, por último, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia do Ministério da Previdência e Assistência Social.

O INAMPS prestava assistência aos seus associados, com atendimento em suas unidades ambulatoriais, hospitalares e serviços privados. Essa assistência, porém, era dirigida apenas aos trabalhadores de carteira assinada e seus dependentes, sendo que os recursos destinados a isso era proporcional ao arrecadado dos beneficiários. As regiões Sul e Sudeste eram as mais rentáveis e Norte e Nordeste, as mais pobres, que menos recebiam recursos, ou

seja, a população era composta pelos trabalhadores que tinham acesso aos serviços de saúde garantidos pelo INAMPS, os que tinham condições econômicas e podiam pagar e, àqueles que não podiam, não tinham direito algum (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em meados da década de 70, a Previdência passou por uma crise de financiamento, onde o INAMPS precisou adotar medidas para conter suas despesas, como a compra de serviços do setor público através de convênios, oferecendo melhores tratamentos aos trabalhadores rurais e no final da década de 80, aproximaram-se de uma cobertura universal com o fim da exigência da Carteira de Segurado do INAMPS para atendimento em hospitais próprios e conveniados da rede pública. Nasce então o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado por convênios entre o INAMPS e os governos estaduais. Eram os primeiros passos até o surgimento do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Reforma Sanitária foi um movimento que, em 1988, resultou na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal, com a criação do SUS. Tal movimento foi possível graças à mobilização política dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade, que exigiam mudanças e transformações no sistema e setor da saúde, buscando melhorias nas condições de vida da população. O decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, transferiu então o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde e somente foi extinto pela Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993. A Lei 8.080 instituiu o SUS e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União e, a partir daí, o Brasil passou a contar com um sistema público de saúde único e universal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para toda a população, garantido pela Constituição Federal de 1988. Em seu artigo 196, diz que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

O SUS é financiado com os impostos do cidadão, com recursos próprios da União, Estados e Municípios e de outras fontes de financiamento, contemplados no orçamento da seguridade social. Tem como diretrizes: descentralização (direção única em cada esfera de governo), atendimento integral (prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais) e participação da comunidade (LEI 8.080/90).

### **3. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de atenção em saúde. É a principal porta de entrada do SUS e de comunicação com a Rede de Atenção do SUS. Abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. Tem por objetivo desenvolver uma atenção integral, pensando na coletividade, pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade (BRASIL, 2012).

Um exemplo de APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF) que oferece serviços multidisciplinares às comunidades, tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como:

estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (PORTARIA 2.436/2017).

### **4. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF**

A ESF é uma estratégia prioritária de atenção à saúde que visa à reorganização da Atenção Básica no país, de acordo com os preceitos do SUS. Já apresentada anteriormente, deve dispor de uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem conter também na equipe profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para essa definição. O número de pessoas por equipe deve considerar o grau de vulnerabilidade das famílias do território, sendo que, quanto maior o grau de vulnerabilidade, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe (BRASIL, 2012).

No município de Marau, a implantação das Unidades de ESF foi iniciada ao final de 2002, sendo ampliada até atingir 100% da população em 2013, contando com 12 equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

## 5. RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE

A Residência Multiprofissional em Saúde (RMS) é uma formação a nível de pós-graduação lato sensu, realizada pelo trabalho em saúde. A Residência em Área Profissional da Saúde – uni ou multiprofissional – é regida pelas disposições da Lei Federal n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, pela Portaria Interministerial n.º 1.077, de 12 de novembro de 2009, e alterações previstas na Portaria Interministerial MEC/MS N.º 16, de 22 de dezembro de 2014 e pela Resolução n.º 1, de 21 de julho de 2015.

A primeira Residência criada no Brasil, em 1976, pela Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, foi desenvolvida na Unidade Sanitária São José do Murialdo, em Porto Alegre, conhecida como Residência em Medicina Comunitária. No ano seguinte, em 1977, já com caráter multiprofissional, adicionou profissionais da área de enfermagem, serviço social e medicina veterinária. Em 1983, houve a regulamentação nacional da residência médica do Centro de Saúde Murialdo, porém, havia divergências entre a remuneração e tempo de atuação entre profissionais da medicina e de outras áreas devido à profissão médica receber reajuste salarial, diferente de outros profissionais que tiveram suas bolsas congeladas, fazendo com que tal desvalorização desse fim a residência multiprofissional. Desse modo, a residência perde o caráter multiprofissional, e passa a contar apenas com médicos (Uebel; Rocha; Mello, 2003).

Em 1º de outubro de 1999 é aprovada a Portaria 16/99, criando o Programa de Residência Integrada em Saúde, com caráter multiprofissional e ampla área de concentração, contando com Saúde Mental Coletiva, no Hospital Psiquiátrico São Pedro, Atenção Básica em Saúde Coletiva, no Centro de Saúde Escola Murialdo e Projetos Assistenciais em Dermatologia Sanitária, no Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Ainda em 1999, o então Departamento de Atenção Básica, da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, junto ao Movimento Sanitário, tinham interesse em um modelo de Residência Multiprofissional com objetivo de envolver diferentes profissões para a promoção da saúde e integralidade da atenção e acolhimento. Em 2001 foram elaboradas diretrizes para os cursos de graduação da área da Saúde, publicadas na forma de resoluções pelo Conselho Nacional de Educação e, no ano de 2002, foram criadas 19 residências multiprofissionais em saúde da família. Financiadas pelo Ministério da Saúde, tinham formas diferentes, mas, em comum, o trabalho integrado entre as profissões. A partir de então, os números de Residências

Multiprofissionais aumentaram consideravelmente, com sua atuação pelo e para o trabalho em saúde (Uebel; Rocha; Mello, 2003).

### 5.1 RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL

A Residência Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), foi institucionalizada em dezembro de 2014, através da Câmara de Pesquisa e Pós-Graduação (CPPG) e do Conselho Universitário (CONSUNI), Resolução nº 10/2014-CONSUNI/CPPG. O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, que tem como base o projeto credenciado junto ao Sistema Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde/Multiprofissional – SisCNRMS, é desenvolvido em 60 horas semanais, com duração de 24 meses letivos, em regime de dedicação exclusiva, recebendo a Bolsa de Educação pelo Trabalho. Conta com acompanhamento docente-assistencial, de responsabilidade conjunta da Universidade e dos serviços de saúde implicados, com 80% da carga horária total em atividades práticas ou teórico-práticas e 20% em atividades teóricas ou de orientação à pesquisa. O Programa tem por objetivo geral:

Especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe de forma interdisciplinar na Atenção Básica e na gestão do SUS, além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e de proposição de ações que visem a concretizar os princípios e as diretrizes do SUS (UFFS, 2022).

A RMS da UFFS se concentra na Atenção Básica, sendo os campos da prática duas ESF's, ESF Santa Rita e ESF São José Operário, respectivamente, localizadas no município de Marau, Rio Grande do Sul. Conta com profissionais da área da Enfermagem, Farmácia e Psicologia, sendo disponibilizadas duas vagas para cada área anualmente e atuam no Programa 6 preceptores (profissionais do serviço de saúde), responsáveis pela supervisão e orientação dos residentes, além dos tutores, docentes vinculados à UFFS.

A proposta de estruturação de um Programa de Residência em Saúde da Família e Comunidade (PRMSFC), sob responsabilidade da UFFS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Marau – RS surgiu da política de descentralização da Residência Integrada em Saúde do Grupo Hospitalar Conceição (RIS-GHC). Para sua construção, a proposta pedagógica alinhou-se à proposta de desenvolvimento local e fortalecimento das relações ensino e serviço, por meio da oferta de formação de acordo com

as necessidades da região. Constituiu-se um grupo de trabalho, com a participação de residentes, preceptores e docentes e foi então constituída a COREMU-UFFS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

A RMS pautada na educação permanente, com capacidade de impactar na qualidade do cuidado e serviço em saúde, tem como finalidade de seu processo de ensino formar profissionais competentes para atuar no SUS (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

## 6. MARAU – RS

### 6.1 APRESENTAÇÃO DO MUNICÍPIO - ASPECTOS GERAIS

Marau, município localizado no norte do estado do Rio Grande do Sul, na região conhecida como planalto médio, tem uma área de mais de 650 quilômetros quadrados e densidade demográfica de 56,00 hab/km<sup>2</sup>. Tem uma população estimada de mais de 45 mil pessoas (2021), sendo 36.364 de acordo com o último censo realizado (2010), sendo a população urbana 31.558 (87%) e população rural de 4806 (13%). Conta com 86,8% de suas vias públicas arborizadas e 32,4% urbanizadas, sendo 87,2% o percentual de esgotamento sanitário adequado (IBGE, 2022).

Tem como cidades limítrofes, ao norte, os municípios de Passo Fundo (28 km) e Mato Castelhano (28 Km), ao sul Vila Maria (12,9 Km), Camargo (21,2 Km) e Soledade (80,8 Km), à oeste Nicolau Vergueiro (30,8 Km), à noroeste Ernestina (59 Km) e a sudoeste Ibirapuitã (44,7 Km) (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

**FIGURA 1 - LOCALIZAÇÃO DA CIDADE DE MARAU**



**Fonte:** Plano municipal de saúde – 2022/2025

A zona urbana do município é delimitada pelo PERÍMETRO URBANO LEGAL (Lei nº 2967/2000 - plano diretor) e divide-se em Zona Urbana de Ocupação Prioritária, que são as áreas ocupadas da cidade, formadas pelos bairros: centro; e pela Zona de Expansão Urbana, áreas da cidade entre a zona urbana de ocupação prioritária e o perímetro urbano legal. Já a zona rural é composta pelas localidades: Três Cerros, Carreta Quebrada, Morangueira, São Miguel, São Pedro do Jacuí, São Caetano, Rondon, Posse Boa Vista, Nossa Senhora do Carmo, São Luiz da Mortandade, São Paulo da Cruz, Santo Antônio dos Pavan, Aparecida, São Pedro da Boa Vista, Nossa Senhora do Caravaggio, São Marcos da Laranjeira, Rodeio dos Tibola, Cachoeirão, São José dos Ricci, Carrascal, Tope, Portão, Rincão da Roça, São Sebastião da Vista Alegre, São João do Lamaison, Veado Pardo, Nova Esperança, São João do Barroso, São Jose dos Tonial, Cruzinhas, Três Passos, Sagrado Coração de Jesus, Gruta do Rio Marau, Linhas 25, Santo Antônio dos Triches, Gramadinho, São Antônio do Planalto, Santo Agostinho, São Brás, São Paulo do Gramado (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

A população masculina corresponde a 49,6% e a feminina a 50,4%, sendo que mulheres em idade fértil (10 a 49 anos) totalizam 10580. A população idosa (acima dos 60 anos) totaliza aproximadamente 3990 pessoas, correspondendo a 11% da população total do município, sendo 1769 homens e 2221 mulheres. Apesar de ter uma expectativa de vida acima da média do Estado (74,64 anos estadual e 75,9 anos a municipal), o contingente de pessoas com mais de 60 anos é menor que a média (11% em Marau e 13,6% no Estado). Ainda, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população conceituada como jovem, de 15 a 24 anos, representa 17,59%, sendo maior que o percentual de 16,39% encontrada no Estado. Já a população jovem-adulta, de 15 a 59 anos, representa 68,97%, ficando abaixo da média Estadual de 76,37%. A população menor de 14 anos é de 3729 meninos e 3564 meninas, totalizando 7293 e correspondendo a 20% da população (IBGE, 2022).

Com relação à economia, Marau possui um PIB per capita de 50.305,26 (2019), índice de Desenvolvimento Humano Municipal 0,774 (2010) e o salário médio mensal dos trabalhadores formais, de acordo com dados de 2019, é de 2,4 salários-mínimos. Possui 18 escolas de ensino fundamental, 4 de ensino médio, 12 de educação infantil, 02 escolas particulares e 01 SEJA - Educação de jovens e adultos. Na saúde, o município conta com 02 hospitais e 12 Unidades Básicas de Saúde (IBGE, 2022).

## 6.2 HISTÓRIA E CULTURA

O município de Marau começou a ser colonizado, em 1904, por descendentes de imigrantes italianos, mas, antes, era formado por índios guaranis. Em 1845 morre o cacique Marau, que deu nome à cidade e ao rio em que foi morto em combate com os brancos. O povoado chamado Tope foi o primeiro núcleo de Marau, com uma população de 2.500 habitantes. Foi em 1920 que Marau, de povoado foi elevado a vila e em 1923, com o surgimento do frigorífico Borella e Cia Ltda., deu início à indústria marauense, o qual tornou-se, mais tarde, fornecedor de salame, presunto, mortadela e banha, tornando a vila de Marau conhecida nacionalmente. A cidade tem a forte presença dos Freis Capuchinhos, que em 1934 assumiram a assistência espiritual, auxiliando no desenvolvimento urbano e rural. Foi em 1954 que o município emancipou-se e em 28 de fevereiro de 1955 instalou-se oficialmente, sendo esta data comemorada o seu aniversário (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, s.d).

É uma cidade que investe em mobilidade urbana, projetos de segurança, limpeza e revitalização dos espaços públicos. Conta também com a forte presença do turismo, com destaque para a Rota das Salamarias, local onde é possível percorrer trilhas ecológicas e degustar seus produtos coloniais, bem conhecidos na região, produzidos de modo artesanal, com destaque para o produto mais nobre, o salame. Ainda, o Projeto Turístico Caminho das Águas e Sabores, nascido por meio de empreendedores rurais com intuito de empreender e promover de forma sustentável, a valorização da história local e beleza naturais. Reunindo gastronomia, cultura e lazer, abrange as comunidades rurais de Marau, Gramadinho, Cachoeirão, Trichês e Aparecida (Capingui) e a comunidade urbana Constante Fuga (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, s.d).

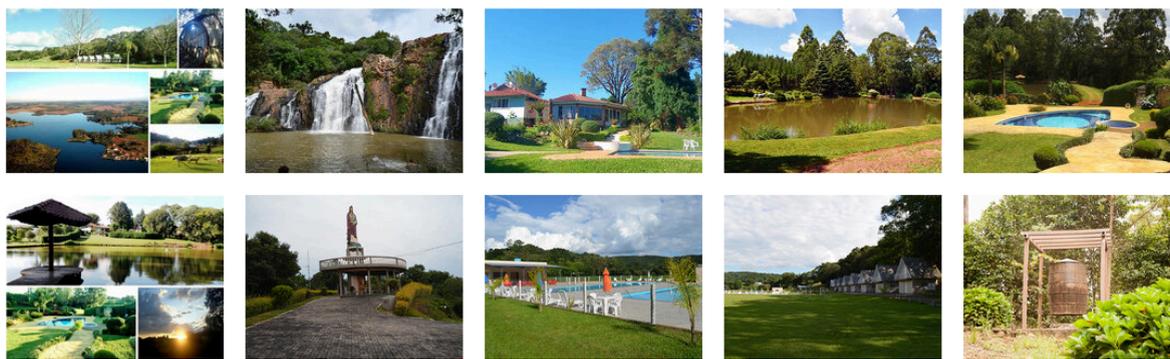
**FIGURA 2 - ROTA DAS SALAMARIAS**



**Fonte:** Prefeitura Municipal de Marau

<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/rota-das-salamarias>

**FIGURA 3 - CAMINHO DAS ÁGUAS**



**Fonte:** Prefeitura Municipal de Marau -

<http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/caminho-das-aguas-e-sabores>

Nas últimas décadas, a economia se diversificou, onde inicialmente as indústrias eram fortemente relacionadas ao setor frigorífico, hoje se expandiu para os setores metal-mecânico, couro e também houve o fortalecimento do setor terciário, com o comércio local e prestação de serviços. Como consequência do setor econômico, observou-se uma forte migração e alto crescimento demográfico, um dos maiores do Estado tornando Marau um município bastante diversificado, com moradores de várias regiões do estado, do País e estrangeiros (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022).

Anualmente acontece o Festival Nacional do Salame, evento que reúne a gastronomia da Rota das Salamarias e de outras partes do Estado, sendo três dias de atrações, degustação e venda de produtos. Outros principais eventos presentes no município que chamam a atenção e grande público são: Festa Italiana, Rodeio Internacional, Expomarau, Marau em Duas Rodas, Encontro de Fuscas, Motocross, Futsal, Artes Marciais (PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU, s.d).

## **7. SISTEMA DE SAÚDE LOCAL**

### **7.1 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Marau, inaugurada em 11 de maio de 1988, tem como responsabilidade a atenção básica à saúde de sua população. Com isto, presta atendimento contando com 12 ESFs, um Centro da Criança e do Idoso, um centro de Especialidades, uma Unidade de Sintomáticos Gripais (criada com a Pandemia de COVID-19) e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) cadastrados junto ao Cadastro

Nacional Estabelecimentos (CNES). A Secretaria presta também serviços administrativos, como planejamento financeiro, agendamentos de consultas e exames, autorização de internação hospitalar, cartão SUS e regulação dos transportes. Há também, a Vigilância em Saúde e a Farmácia Básica Municipal e de Medicamentos do Estado, anexas ao mesmo prédio da Secretaria. (PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE, 2022)

As equipes das ESF são constituídas por um médico (40 horas/semanais), uma enfermeira (40 horas/semanais), uma técnica de enfermagem (40 horas/semanais), uma psicóloga (20 horas/semanais), um cirurgião-dentista (20 horas/semanais), uma auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), uma auxiliar administrativa (40 horas/semanais), uma sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitários de saúde (40 horas/semanais).

Algumas ESFs são individuais e outras mistas. As individuais são: ESF São José Operário, ESF Santa Lúcia, ESF Jardim do Sol, ESF Centro Social Urbano e ESF Santa Rita, ou seja, são aquelas que possuem uma estrutura própria, enquanto que as Unidades mistas, aquelas que possuem apenas uma estrutura e compostas por duas equipes, são: ESF Central I - ESF Central II, ESF Planalto - ESF Central III e ESF Rural - ESF Progresso. A ESF Fuga - Santa Helena é composta por uma equipe apenas que atende a população pertencente a esses dois bairros, em uma mesma estrutura. Ainda, as ESF que contém Farmácia são: São José Operário, Santa Rita, Centro Social Urbano e Planalto - Central III, com a presença de farmacêutico 20 horas semanais, enquanto que a ESF Fuga - Santa Helena, conta com o profissional em suas 40 horas na semana.

As ESF com estrutura individual contam com um consultório médico, um consultório odontológico, um consultório psicológico, uma sala de vacinas, uma sala de procedimentos, recepção, uma sala de esterilização, um consultório de enfermagem, lavanderia, cozinha, uma sala de reuniões, uma sala de digitação, uma farmácia e dois banheiros. Já as ESF mistas são compostas por dois consultórios médicos, um consultório odontológico, um consultório psicológico, uma sala de vacinas, duas salas de procedimentos, duas recepções, uma sala esterilização, dois consultórios de enfermagem, uma lavanderia, uma cozinha, quatro banheiros, uma sala de reuniões e uma sala de digitação.

O Horário de atendimento das Unidades de Saúde é de segunda a sexta-feira, das 07h30minh às 11h30minh e das 13h às 17h. O atendimento médico e odontológico ocorre através do agendamento de consultas por meio de contato telefônico, através da Central de Consultas no número 156, onde o paciente passará por triagem e terá sua consulta agendada para a ESF a qual pertence. Além disso, as Unidades oferecem também acolhimento psicológico e de enfermagem, através de agendamento próprio, direto na ESF e ainda, dispõe

de atendimento ambulatorial, visitas domiciliares, imunizações, vigilância epidemiológica, pré-natal, puericultura, coleta citopatológico, administração de medicamentos, testes rápidos, teste de glicemia capilar, atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos) entre outros serviços prestados.

A SMS disponibiliza veículos para atender a demanda da população marauense. Tendo como referência para atendimentos de média e alta complexidade os municípios de Passo Fundo, Porto Alegre e Lajeado, é disponibilizado todos os veículos da frota para dar suporte aos pacientes. As transferências de urgência/ emergência e altas hospitalares, de ou para hospitais, são realizadas pelas ambulâncias. Já para as equipes de ESF, são fornecidos carros para realização de atividades fora das Unidades de Saúde, assim como para a Vigilância em Saúde, que dispõe de veículos próprios para realizarem os serviços de vigilância. Ainda, para o transporte coletivo de pacientes a hospitais que prestam atendimento pelo SUS, a Secretaria disponibiliza veículos e, quando não for possível por alguma necessidade do paciente ou tratando-se de emergência, é fornecido transporte individual.

## 7.2 RECURSOS HOSPITALARES

O Município compra alguns serviços em instituições privadas para atendimento SUS, como consultas, realização de exames laboratoriais e de imagem, sessões de fonoaudiologia, quimioterapia, hemodiálise, entre outros. São exemplos de hospitais e clínicas referências: ACD, HCR, MOT, HO, HC, IOT, DATAMED, CENTRO CLÍNICO, HSVP E LIONS UPF, CD, além dos laboratórios: Alpha, Biomarau, Prevenir, Decésaro, Exatus, Ticiani e laboratório do HCR. Algumas especialidades onde não é possível obter atendimento via SUS, os próprios profissionais e clínicas ofertam o serviço com valor reduzido para os pacientes da Rede Básica.

O Hospital Cristo Redentor (HCR), localizado em Marau, é referência para assistência hospitalar em casos de emergência, onde o paciente dirige-se diretamente até o hospital, em casos de encaminhamento dos profissionais das Unidades e quando há a necessidade de internação e para realização de procedimentos. O HCR conta com leitos SUS para cirurgia, ginecologia geral, ortopedia/traumatologia, clínica geral, obstetrícia, pediatria e psiquiatria.

### 7.3 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

A Assistência Farmacêutica (AF) de Marau é composta pela Farmácia Básica Central, que funciona 40 horas semanais com dispensação das insulinas e dos medicamentos presentes na Lista do município. Há também a farmácia de dispensação de medicamentos do componente especializado e estratégico na AF, que são aqueles que o estado disponibiliza para o tratamento de doenças graves ou integralidade do tratamento, que não estão presentes na Lista, obtidos através de protocolos clínicos do estado e de processos judiciais, além dos tratamentos para HIV, Hepatite B, Hepatite C, Tuberculose e Sífilis. Por fim, existem as farmácias nas ESF Santa Rita, Centro Social Urbano, São José Operário, Planalto e Fuga, onde cada uma possui profissional farmacêutico.

O município possui e fornece em torno de 215 medicamentos de sua lista básica, tanto para pacientes consultados na Rede, via SUS, como para pacientes vindos do serviço particular e convênio. A demanda de atendimentos de processos judiciais aproxima-se de 50 atendimentos por dia, onde são dispensadas medicações de ordem judicial estadual e municipal, aparelhos e fitas de glicose (via município) fraldas e dietas (pelo estado). O fator influenciador desta demanda é a prescrição de medicações não pertencentes a lista básica municipal, de alto custo, impossibilitando a aquisição pelos pacientes, além da falta de fornecimento de medicamentos especiais e excepcionais pela esfera estadual. Com isto, tem-se o aumento da judicialização da saúde, principalmente na compra de medicamentos, tornando oneroso para o município.

### 7.4 CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Regulamentado pela lei municipal número 1577 de Julho de 1991 e orientado pela Lei Orgânica Municipal, o Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau atualmente é composto por 19 membros: 6 representantes do governo, 1 prestador de serviços públicos e privados, 2 profissionais da saúde e 10 representantes de usuários.

Em novembro de 2021 foi realizada a X Conferência Municipal de Saúde, de forma virtual, em decorrência da pandemia de Covid 19, onde foram discutidos aspectos relacionados às redes de atenção primária em saúde e propostas para melhoria da atenção básica do município.

Apesar de ser um espaço democrático para construção de políticas públicas, há pouca participação dos conselheiros e comunidade nas reuniões, verificando-se a necessidade de

educação permanente aos conselheiros para melhor entendimento de suas atribuições na tomada de decisões e fiscalização dos serviços de saúde.

## **8. ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO - CAMPO DE PRÁTICA**

A ESF São José Operário é uma das Unidades onde é desenvolvida a prática profissional da RMS da UFFS. Localiza-se no município de Marau, no Bairro São José Operário, Rua 21 de Maio, número 151. Seu horário de funcionamento é de Segunda-feira a Sexta-feira, das 07hrs30min às 11hrs30min e a tarde, das 13hrs às 17hrs, de acordo com o funcionamento mínimo exigido pela Política Nacional de Atenção Básica (PORTARIA 2.436/2017). Não há horário alternativo de funcionamento, exceto em situações como Campanhas de Vacinação, em que, geralmente, a unidade abre aos sábados para realização desses serviços.

A ESF conta com uma equipe composta por uma médica com carga horária de 40 horas semanais e um médico presente 32 horas na semana. Conta com os profissionais da enfermagem, sendo uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, uma auxiliar administrativa, uma auxiliar de higienização e sete agentes comunitárias de saúde (ACS), todos com carga horária de 40 horas semanais, uma dentista, uma auxiliar de saúde bucal, uma psicóloga e uma farmacêutica, com 20 horas semanais, além dos residentes da RMS da UFFS - duas enfermeiras, duas psicólogas, um farmacêutico e uma farmacêutica - que atuam 40 horas semanais.

A ESF São José Operário, alojada onde antes funcionava uma escola, foi se adequando e atualmente conta com uma estrutura física composta por uma sala de espera dos pacientes junto à recepção, dois consultórios médicos, uma sala de enfermagem, uma sala de procedimentos de enfermagem, uma sala de vacinas, uma sala das ACS, sala de expurgo, sala de esterilização, sala de guarda de materiais diversos, um consultório odontológico, uma farmácia, dois consultórios de psicologia, dois banheiros para uso dos pacientes, sendo um adaptado para cadeirantes e um de uso dos funcionários, além da sala de reuniões e cozinha de uso comum dos profissionais. Ainda, ao lado da ESF localiza-se a Academia da Saúde, a qual recebe os pacientes do Grupo de Atividade Física e é aberta para a população em geral.

**FIGURA 4 - ESF SÃO JOSÉ OPERÁRIO**

**Fonte:** Elaborada pela autora, 2022

**FIGURA 5 - ACADEMIA DA SAÚDE**

**Fonte:** Elaborada pela autora, 2022

A unidade abrange quatro bairros: São José Operário, Busnello, Frei Adelar e Nova Alternativa, os quais são classificados por microáreas, sendo elas: MA 27; MA 28; MA 29; MA 30 e MA 31, onde cada ACS assume sua microárea correspondente. Desta forma, cada uma fica responsável por, em média, 600 pessoas, ou seja, cobertura de 100% da população, não ultrapassando o número máximo de 750 pessoas por ACS, como recomendado pela Política de Atenção Básica. Ainda, há o Distrito Industrial, área onde se concentram algumas empresas, não considerada própria para moradia, porém, algumas famílias se estabeleceram nessa região, sendo atendidas também pela ESF (PORTARIA 2.436/2017).

A ESF possui pouco mais de 4 mil usuários cadastrados, porém, acredita-se que o número de pacientes que seu território abrange seja maior, devido à alta rotatividade das pessoas, por mudarem-se com frequência, não sendo possível seu cadastramento em tempo hábil. Esta demanda ultrapassa o recomendado pelas diretrizes da Atenção Básica, que recomenda a população por equipe de ESF ser de 2.000 a 3.500 pessoas (PORTARIA 2.436/2017).

A Unidade, com uma estrutura e equipe adequada de uma ESF, além de prestar atendimento médico, odontológico, psicológico, ainda, presta serviços de vacinação, puericultura, coletas de exame preventivo - citopatológico, realização de pequenos curativos, aplicação de medicamentos, dispensação e orientações de medicamentos, acolhimento de pacientes que vem até a unidade por livre demanda e ainda, realização de testes rápidos em todos os usuários que solicitarem ou em pré-consulta.

A farmácia da Unidade atende uma grande demanda de usuários. Além daqueles presentes em seu território, atende também usuários da ESF Santa Lúcia e ESF Jardim do Sol, pois são Unidades que não contém farmácia em sua estrutura. Conta com medicamentos presentes na Lista do município, com a dispensação e orientação local pela farmacêutica e residentes de farmácia. É realizado também visitas domiciliares (VD) a pacientes que não tem condições de vir até a ESF e àqueles com maiores dificuldades relacionadas ao seu tratamento e medicamentos. São confeccionadas caixas na farmácia e fornecidas aos pacientes no momento das VD, auxiliando na organização e armazenamento de seus medicamentos e melhor entendimento no modo de uso (posologia), contribuindo assim para uma maior adesão terapêutica. Com isto, tem-se uma atenção mais próxima ao paciente, desenvolvendo um cuidado individual e direcionado à resolução de seus problemas/dificuldades.

Além dos serviços essenciais e básicos da rotina, a ESF São José Operário presta serviço através da promoção e recuperação da saúde, dispondo de Grupos ofertados aos seus usuários, como o Grupo de Gestantes, Grupo de Atividade Física, Grupo de Artesanato, Brechó Solidário, além da Educação Permanente onde são realizados trabalhos com a população de acordo com temas específicos, como por exemplo, o Projeto Farmácia Vai à Escola, onde Farmacêuticos realizaram atividades de conscientização com alunos na Escola do território a respeito do Uso Racional de Medicamentos.

O Grupo de Gestantes é destinado às gestantes do território, onde é aberta uma turma anualmente, com encontros presenciais, uma vez na semana, pelo período da tarde. Cada encontro é composto por um tema relevante, abordado por profissionais da Unidade e convidados externos, ocorrendo uma troca de conhecimentos, de maneira simples e acolhedora. Ao final do Curso, é disponibilizado certificado às gestantes, além de mimos e um ensaio fotográfico, como forma de reconhecimento e valorização da participação de cada uma.

FIGURA 6 - CRONOGRAMA DO GRUPO DE GESTANTES 2022



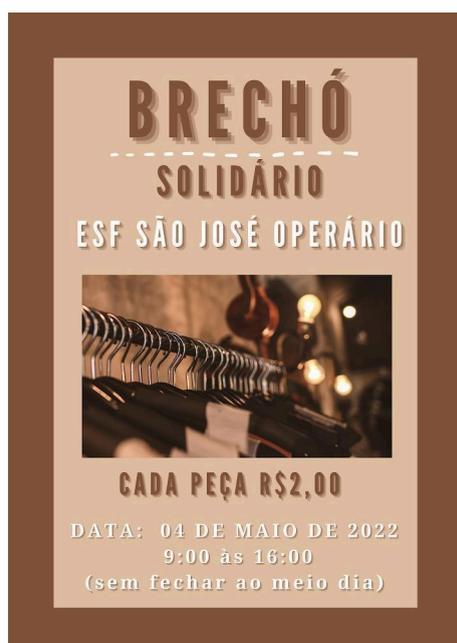
Fonte: Arquivo ESF São José Operário, 2022

O Grupo de Atividade Física é realizado semanalmente, nas quartas-feiras, das 07h45min às 09h00min, na Academia da Saúde. É coordenado pelas ACS com participação de alguns Residentes da Unidade, aberto a toda população em geral, mas, no momento, formado por pessoas de meia idade. No grupo, são desenvolvidas atividades como alongamentos, exercícios e caminhadas leves, de acordo com as condições dos pacientes.

**FIGURA 7 - GRUPO DE ATIVIDADE FÍSICA**

**Fonte:** Elaborada pela autora, 2022

Outra atividade que a ESF desenvolve anualmente é o Brechó Solidário, o qual é realizado no Salão da Comunidade localizado ao lado da Unidade, com peças de roupas, calçados e artigos doados pela população em geral. Cada peça possui um custo baixo, simbólico e todo o valor arrecadado é guardado para ser utilizado nas demandas da ESF, como por exemplo, para compra dos lanches oferecidos nos cursos, compra de materiais para o Grupo de Artesanato e etc.

**FIGURA 8 - FOLDER DIVULGAÇÃO - BRECHÓ SOLIDÁRIO**

**Fonte:** Arquivo ESF São José Operário, 2022

## 8.1 CONHECENDO O TERRITÓRIO DA ESF

A população do território que a ESF São José Operário abrange, tem aspectos mistos no que se refere à idade, condições econômicas, sociais e de saúde, variando conforme a área de concentração de moradia. São dados que as próprias ACS nos trazem, as quais conhecem o território e tem propriedade para falar sobre ele.

No bairro Nova Alternativa, por exemplo, se concentram pessoas mais jovens, geralmente casais sem filhos, a maioria possui plano de saúde. As casas são, em sua maioria, de alvenaria, a rotatividade é grande devido a maior parte dessas pessoas morarem de aluguel, às vezes se mudam para o mesmo bairro e até mesmo para a mesma rua, trocando apenas de casa. Há alguns problemas relacionados com uso e contrabando de drogas, realidade de alguns jovens moradores do bairro.

O loteamento Busnello, também composto por uma população mais jovem e alguns casais com filhos, é o menor bairro entre todos, contendo pouco mais de 60 famílias nele instaladas.

Na região do Frei Adelar, bairro mais novo entre todos e considerado o que tem melhores condições econômicas, a população é dividida entre jovens e pessoas de meia idade. O que se observa é que a maioria dos casais possuem filhos e, com o tempo, acabaram trazendo seus pais para morar próximo a eles, tornando a população mista. Neste território, as casas quase que em sua totalidade de alvenaria, se observa um grande número de edificações com apartamentos e moradias pertencentes ao Programa Minha Casa Minha Vida e casas distribuídas pela Prefeitura. Neste território concentram-se a grande parte dos estrangeiros, haitianos, venezuelanos e senegaleses e mudam bastante em decorrência do emprego. Antigamente, logo que vieram para o município, ganhavam ajuda de moradia e alimentação nos seis primeiros meses, algo que não ocorre mais. Portanto, muitos destes decidem ir embora, em busca de melhores condições, alegando ser aqui um local com custo de vida elevado.

No São José Operário, bairro mais antigo de todos e no qual a unidade está localizada, o panorama é um pouco diferente. Neste, se concentram a população mais idosa entre as áreas, a maioria aposentados. São, geralmente, pessoas que moram há anos no mesmo lugar, que vieram para trabalhar na Metasa e arredores e acabaram firmando moradia e construindo e desenvolvendo a família, o que justifica a maioria ter casa própria e melhores condições

econômicas. Nesta população, observa-se também, um número expressivo de pacientes diabéticos, hipertensos, cardiopatas e com problemas relacionados à saúde mental.

Sobre as empresas localizadas próximas aos bairros citados podem-se destacar as metalúrgicas como Pasa, CS Metal e Metasa, ainda, Plastimarau e algumas empresas menores localizadas no Distrito Industrial, como Aglofór e Essenza. Têm-se ainda, do ramo alimentício e frigorífico, a Nicolini, em Nova Araçá, RS e Brasil Foods - BRF e couro, Fuga Couros, localizada em Marau e que são empresas ocupadas pelos trabalhadores do território da ESF. Algumas destas oferecem plano de saúde, vale-alimentação e/ou alimentação na empresa e disponibilizam transporte gratuito para deslocamento de seus funcionários.

Em relação às gestantes, a maioria concentra-se entre Frei Adelar e Nova Alternativa. Como já citado, são bairros compostos pela população mais jovem que, ao adquirir a casa própria, começam a desenvolver e constituir família.

Sobre as patologias prevalentes no território, tem-se a hipertensão, diabetes, cardiopatia e problemas de saúde mental, sendo que cada área tem uma parcela de pacientes acometidos. Na área de abrangência da ESF não existem muitos pacientes acamados e sim, domiciliados, sendo aqueles que não são restritos ao leito, mas possuem dificuldades, impossibilitando-os de deslocar-se até a ESF ou de sair de casa.

O território contém áreas de lazer, como o SESI - Centro Esportivo, onde crianças e jovens podem frequentar no turno inverso do período escolar, além de campo de futebol, praças com brinquedos, bancos, árvores e espaço para conveniência, mercados, algumas lojas, igrejas, sendo uma localizada próxima a ESF, paradas de ônibus, servindo de ponto de embarque para transporte urbano e de empresas. Ainda, há apenas uma Escola de ensino fundamental e uma creche e, atravessando a rodovia, localiza-se um posto de combustível, farmácia e laboratório.

**FIGURA 9 - IGREJA DA COMUNIDADE SÃO JOSÉ OPERÁRIO**

**Fonte:** Elaborada pela autora, 2022

Algumas das dificuldades que a população encontra, em relação ao território, é a falta de vagas em creches, conforme relatado pelas ACS. Algumas mães referem ter problemas ao retornar ao trabalho após a licença maternidade, pois, precisam matricular seus filhos e muitas não conseguem vagas, sendo esta uma sugestão de melhoria, a construção de mais creches no território para atender a demanda. Ainda sobre a educação, não há no território Escola de ensino médio, apenas no centro da cidade, tornando mais difícil o acesso para os estudantes.

Já em relação à ESF, alguns usuários relatam a dificuldade em conseguir consulta através de ligação na central 156, pois, há demora em conseguir atendimento e quando conseguem, muitas vezes, já esgotaram o número de consultas do dia. Ainda assim, afirmam ter melhorado bastante a forma de agendamento, ao que antes era entrega de fichas por ordem de chegada, gerando filas na unidade, horas antes do início de funcionamento, pela madrugada ainda.

Em relação ao município, no geral, tem-se também a dificuldade para acessar o centro da cidade, pois, os bairros ficam mais afastados, tornando difícil o deslocamento. Uma barreira é a rodovia que fica em frente à Metasa, que “separa” os dois territórios - bairros e centro - movimentada, com grande fluxo de carros e caminhões, tornando a travessia perigosa para os moradores dessa região. Além disso, a distância e o deslocamento também são fatores em questão, pois, há apenas uma empresa de transporte urbano na cidade, a qual passa pelos

pontos de embarque a cada 45 minutos, em média, com o custo da passagem elevado para quem depende deste serviço diariamente, e, na maioria das vezes, mais de uma vez ao dia.

## **9. PROPOSTA DE PESQUISA-INTERVENÇÃO: O CUIDADO FARMACÊUTICO EM PACIENTES COM DIABETES *MELLITUS* TIPO II**

Percebendo-se o número consideravelmente elevado de pacientes com diabetes mellitus tipo II no território que fazem tratamento com medicamentos hipoglicemiantes, e, levando em consideração as complicações e alto custo decorrentes desta doença, observou-se a necessidade de um olhar mais aprofundado para esses pacientes.

O diabetes, considerado um sério problema de saúde pública mundialmente, com previsões superadas a cada nova triagem, com estimativa da incidência da doença em 2030 chegar a 21,5 milhões de pessoas, é impulsionado por uma complexa interação de fatores socioeconômicos, demográficos, ambientais e genéticos. Este aumento contínuo se deve, em parte, ao diabetes tipo 2, com fatores de risco relacionados à obesidade, alimentação inadequada e sedentarismo. No entanto, os níveis de diabetes tipo 1, com início na infância, também estão aumentando (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d).

De acordo com Rolim e colaboradores, 2022, “ as neuropatias diabéticas (ND) constituem a complicação crônica mais prevalente, subdiagnosticada e subtratada do *diabetes mellitus* (DM)”. A neuropatia periférica diabética (NPD) é uma complicação precoce, que pode ser sintomática causando dor neuropática aguda ou crônica, conhecida como neuropatia periférica diabética dolorosa (NPDD), além de sequelas como o pé diabético. A NPD impacta nos custos de saúde pública, sendo fundamental implementar estratégias para sua detecção precoce e prevenção no DM (Rolim, *et al*, 2022). Somado aos danos gerados aos pacientes, tem-se os elevados custos que esta doença gera ao SUS, anualmente. Em uma estimativa realizada por Nilson e colaboradores, 2018, se observou que o total gasto com pacientes com hipertensão, diabetes e obesidade no SUS alcançou 3,45 bilhões de reais (R\$) em 2018, onde 30% desse total foi relacionado à diabetes (Nilson, *et. al*, 2018).

Segundo o Ministério da Saúde, o cuidado farmacêutico:

Consiste em um conjunto de ações e serviços realizados pelo profissional farmacêutico, levando em consideração as concepções do indivíduo, família comunidade e equipe de saúde com foco na prevenção e resolução de problemas de saúde, além da sua promoção, proteção, prevenção de danos e recuperação incluindo não só a dimensão clínico assistencial, mas também a técnico-pedagógica do trabalho em saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019).

Levando em consideração este cenário e as potencialidades que o profissional farmacêutico tem e pode desenvolver frente a isso, tem-se a urgência de medidas que dêem seguimento no cuidado ao paciente com DM. De acordo com o Ministério da Saúde, apenas o acesso a medicamentos de qualidade não é suficiente, sendo necessária a orientação às pessoas sobre a correta utilização e a importância do tratamento farmacológico para o controle de sua doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2019). Desta forma, tendo em vista o conceito proposto por Hepler e Strand em 1994 na reunião da Organização Mundial da Saúde (OMS), em que “reconhecer, deste modo, o farmacêutico como dispensador da atenção sanitária que pode participar, ativamente, na prevenção das doenças e da promoção da saúde”, o farmacêutico torna-se fundamental no processo saúde-doença do paciente.

Diante do exposto, portanto, é necessário um acompanhamento mais próximo dos pacientes com diabetes, possibilitando a avaliação e escuta das dificuldades relacionadas ao manejo da doença, com a finalidade de contribuir para uma adesão ao tratamento eficiente, propondo intervenções que melhorem a qualidade de vida dessas pessoas e tragam resultados satisfatórios no controle da DM.

Pensando nisso, a proposta deste trabalho é realizar a Atenção Farmacêutica (AF) em pacientes com DM tipo II, em uso de hipoglicemiante (s) via oral (VO), que não utilizam insulina e que estejam com hemoglobina glicada alterada no último exame. Esta intervenção se dará por meio de um processo de pesquisa composta inicialmente por entrevista estruturada aos pacientes, realizada em VD e/ou encontros na ESF São José Operário. Esta primeira etapa permitirá conhecer melhor não só o paciente e suas dificuldades em relação à adesão ao tratamento, como também sua realidade e barreiras a serem levadas em consideração.

Após esta etapa inicial, os dados obtidos serão avaliados para planejamento das intervenções. Serão realizados encontros de educação permanente, onde serão abordados temas relacionados ao cuidado e manejo da doença, de forma clara, simples e objetiva para

que o paciente se sinta confortável em tirar suas dúvidas e consiga realmente aproveitar estes momentos. Será avaliado, de modo geral: adesão medicamentosa, aceitação da doença, estilo de vida, como alimentação e prática de atividades físicas, e, a partir destes aspectos, será trabalhado em conjunto com o paciente formas de melhorar sua qualidade de vida, promovendo hábitos mais saudáveis que resultem em um controle maior da doença e, quando necessário, realizar encaminhamentos para outros profissionais, como por exemplo, médico e psicólogo.

Como forma de avaliação de resultados, será levado em consideração a hemoglobina glicada de cada paciente, onde, observado as alterações e, a partir do processo de mudança/melhorias no tratamento, buscara-se a diminuição/normalização dos níveis glicêmicos, evitando assim a descompensação do diabetes, complicações ao paciente e terapia insulínica.

Ao final desta pesquisa-intervenção, será realizado um protocolo de atenção farmacêutica, onde serão descritas todas as etapas realizadas no decorrer do trabalho, servindo assim, de instrumento para futuros projetos profissionais e/ou até mesmo, para auxiliar na rotina da equipe ao cuidado com pacientes com diabetes. Este protocolo será criado ao final desta experiência justamente por possibilitar sua construção ao longo da pesquisa, pois somente assim será possível criar algo baseado em vivências reais, permitindo o aprimoramento em cada etapa e servindo de guia para consultas farmacêuticas auxiliando os profissionais no manejo da doença.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidente da República, [1988]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 06 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **26/06 - Dia nacional do diabetes**. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/26-6-dia-nacional-do-diabetes-4/>>. Acesso em: 03 junho 2022.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Brasília, DF: Presidência da República, [1990]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm). Acesso em: 16 maio 2022.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Brasília, DF: Presidência da República, [2017]. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html). Acesso em: 08 fev. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Saúde da Família. **Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica**.- Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Livro\\_Atencao\\_basica\\_Farmacutica\\_SET2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/Livro_Atencao_basica_Farmacutica_SET2019.pdf)

DE SOUZA, R. **O sistema público de saúde brasileiro**. Ministério da Saúde, 2002.

GONDIM, G.M; MONKEN, M. TERRITÓRIO E TERRITORIALIZAÇÃO. Técnico de Vigilância em Saúde- **Contexto e Identidade**, Rio de Janeiro, 2017, p. 21.

GONDIM, G.M.; MONKEN, M., et al. **O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização**. In Miranda, A; Barcellos, C; Moreira, J; Monken, M. (Org). Território, Ambiente e Saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Cidades e Estados*. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/rs/marau/panorama>. Acesso em: 14 maio 2022

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 898-906, 2005.

NILSON EAF; ANDRADE RCS; BRITO DA; OLIVEIRA ML. **Custos atribuíveis à obesidade, hipertensão e diabetes no Sistema Único de Saúde**. Brasil, 2018. Rev Panam Salud Publica. 2020;44:e32. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.32>

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. História de Marau. s/d. Disponível em: <http://www.pmmarau.com.br/conheca-marau/historia-de-marau>. Acesso em: 13 de maio de 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE MARAU. Secretaria da Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2022 - 2025**. 2022. Acesso em: 27 maio 2022.

ROLIM L; THYSSEN P; FLUMIGNAN R; ANDRADE D; DIB S; BERTOLUCI M.  
*Diagnóstico e tratamento da neuropatia periférica diabética*. **Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022)**. DOI: 10.29327/557753.2022-14, ISBN: 978-65-5941-622-6.

SILVA, Letícia Batista. Residência Multiprofissional em Saúde no Brasil: alguns aspectos da trajetória histórica. **Revista Katálysis**, v. 21, p. 200-209, 2018.

UEBEL, Ana Cristina; ROCHA, Carolina Medeiros; MELLO, Vânia Roseli Correa. Resgate da memória histórica da Residência Integrada em Saúde Coletiva do Centro de Saúde Escola Murialdo (CSEM). **Boletim da Saúde**, v. 17, n. 1, p. 117-23, 2003.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL**

**CAMPUS PASSO FUNDO**

**RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM ÁREA DA SAÚDE**

**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA**

**MARIELLI BEFFART**

**ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM  
DIABETES *MELLITUS* TIPO II: UMA INTERVENÇÃO DA ATENÇÃO  
FARMACÊUTICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

**PASSO FUNDO/RS**

**2022**

**MARIELLI BEFFART**

**ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM  
DIABETES *MELLITUS* TIPO II: UMA INTERVENÇÃO DA ATENÇÃO  
FARMACÊUTICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

II Capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Orientadora: Prof. Dra. Renata dos Santos Rabello

Coorientadora: Ms. Thaís Scalco

**PASSO FUNDO/RS**

**2022**

**MARIELLI BEFFART**

**ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM  
DIABETES *MELLITUS* TIPO II: UMA INTERVENÇÃO DA ATENÇÃO  
FARMACÊUTICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

II Capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

Este trabalho foi defendido e aprovado pela banca em 05/12/2022.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.ª Dr.ª Renata dos Santos Rabello – UFFS  
Orientadora

---

Ms. Thaís Scalco – UFFS  
Coorientadora

---

Prof. Dr. Marcelo Soares Fernandes – UFFS  
Avaliador

---

Prof.ª Dr.ª Shana Ginar da Silva – UFFS  
Avaliadora

## RESUMO

O Diabetes *mellitus* está entre as doenças crônicas não transmissíveis e atinge 1 em cada 10 pessoas atualmente, trazendo graves complicações quando não tratado adequadamente e gerando altos custos para os sistemas de saúde, além de afetar a qualidade de vida dos indivíduos. Alguns hábitos podem ser adotados no controle e prevenção da doença, como alimentação adequada, prática de atividade física e adesão ao tratamento. O farmacêutico inserido na atenção básica, deve ser atuante na promoção e educação em saúde desses pacientes, contribuindo para prevenção de agravos. Desta forma, o presente trabalho tem por objetivo investigar o efeito da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento e qualidade de vida de usuários com Diabetes *mellitus* tipo II em uma Estratégia Saúde da Família de um município da região Norte do Rio Grande do Sul a partir da prática de educação em saúde. Trata-se de um estudo com abordagem quantitativa, quasi-experimental, do tipo antes-depois, descritivo e analítico e faz parte de um projeto maior intitulado “Análise da situação de saúde de portadores de Diabetes *mellitus* em um município do norte gaúcho”, o qual será apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde – Área de concentração: Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo. Este estudo será realizado entre março a dezembro de 2023 e como critério de inclusão serão selecionadas 50 pessoas cadastradas na Unidade São José Operário com diagnóstico de Diabetes *mellitus* tipo II, com idade igual ou superior a 18 anos e que assinem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As etapas da pesquisa se dará a partir da aplicação de questionários aos participantes; realização de um Grupo terapêutico composto de três encontros; reaplicação dos questionários àqueles que aderirem ao Grupo; criação de uma cartilha orientativa aos profissionais de saúde da Unidade de prática e devolutiva aos participantes. Serão utilizados questionários que avaliem o perfil sociodemográfico e de condições de saúde, além da qualidade de vida e de adesão ao tratamento, sendo usados, respectivamente, o Instrumento SF-12 e Brief Medication Questionnaire. Este capítulo faz parte do projeto de pesquisa - intervenção do Trabalho de Conclusão de Residência II e espera-se que, com este trabalho, os usuários com Diabetes *mellitus* tipo II tenham maior clareza sobre a doença e a importância do tratamento, promovendo assim, melhorias na adesão e na qualidade de vida dos mesmos.

Palavras-chave: Diabetes *mellitus*; qualidade de vida; adesão ao tratamento; atenção farmacêutica; farmacêutico

## ABSTRACT

Diabetes mellitus is among the non-communicable chronic diseases and currently affects 1 in 10 people, bringing serious complications when not treated and generating high costs for health systems, in addition to affecting the quality of life of individuals. Some habits can be adopted in the control and prevention of the disease, such as proper nutrition, physical activity and adherence to treatment. The pharmacist inserted in primary care must be active in the promotion and education in health of these patients, desired for the prevention of injuries. In this way, the present work aims to investigate the effect of Pharmaceutical Care on adherence to treatment and quality of life of users with Type II Diabetes mellitus in a Family Health Strategy of a municipality in the northern region of Rio Grande do Sul from the health education practice. This is a study with a quantitative, quasi-experimental, before-after, descriptive and analytical approach and is part of a larger project entitled “Analysis of the health situation of people with Diabetes mellitus in a municipality in the north of Rio Grande do Sul”. , which will be presented to the Multiprofessional Residency Program in Health – Concentration Area: Primary Care, at the Federal University of Fronteira Sul, Passo Fundo campus. This study will be carried out between March and December 2023 and, as inclusion criteria, 50 people registered at the São José Operário Unit with a diagnosis of Type II Diabetes Mellitus, aged 18 years or older and who sign the Term of Free Consent and Enlightened. The stages of the research will be based on the application of questionnaires to the participants; realization of a therapeutic group composed of three meetings; reapplication of questionnaires to those who join the Group; creation of an orientation booklet for health professionals at the practice Unit and feedback to participants. Questionnaires will be used to assess the sociodemographic profile and health conditions, in addition to aspects related to quality of life and adherence to treatment, respectively, the SF-12 Instrument and the Brief Medication Questionnaire. This chapter is part of the research project - intervention of the Work Completion of Residency II and it is hoped that, with this work, users with Type II Diabetes mellitus will have greater clarity about the disease and the importance of treatment, thus promoting improvements adherence and quality of life.

Keywords: Diabetes *mellitus*; quality of life; adherence to treatment; pharmaceutical care; pharmacist

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias, são responsáveis por praticamente metade das mortes registradas no Brasil. Somente no ano de 2019, a porcentagem de óbitos registrados por DCNT foi de 54,7% e 11,5% por agravos. Causadas por uma série de fatores envolvendo as condições de vida dos indivíduos, hábitos não saudáveis como o consumo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, podem comprometer ainda mais a qualidade de vida dos acometidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2021).

A Diabetes *mellitus* (DM), doença que atinge cada vez mais pessoas, com números alarmantes todos os anos, é um sério problema de saúde pública. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF), no ano de 2021, 537 milhões de adultos entre 20 a 79 anos viviam com a doença, ou seja, 1 em cada 10 pessoas. Há previsão de que este número dispare para 643 milhões no ano de 2030 e 783 milhões em 2045. A doença, que causou 6,7 milhões de mortes em 2021, foi também responsável por gerar US \$966 bilhões em gastos com saúde nos últimos 15 anos, representando um aumento de 316%. Percebe-se que a grande maioria das pessoas acometidas vivem em países de baixa e média renda (IDF, 2021).

A Atenção Básica, principal porta de entrada e comunicação dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde e centro de articulação do Sistema Único de Saúde com os usuários, promove o acolhimento, a escuta e desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, juntamente de uma equipe multiprofissional, de forma multidisciplinar, através do vínculo, da continuidade e integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012). Ao desenvolver programas e ações, leva em consideração as diversidades e necessidades individuais e coletivas. No estado do Rio Grande do Sul, a Estratégia Saúde da Família foi definida como modelo prioritário para garantir o acesso de sua população ao Sistema Único de Saúde. Atualmente, conta com uma cobertura de Atenção Primária de aproximadamente 68% da população (RIO GRANDE DO SUL, s.d).

A equipe multiprofissional da Atenção Básica possui atribuições que são comuns a todos, além das específicas de cada profissional, como identificar e cadastrar as famílias do território de abrangência; monitorar situações de risco e vulnerabilidade; acolher; realizar busca ativa de doenças e agravos; ofertar promoção, prevenção e recuperação da saúde através de ações de educação e vigilância em saúde; realizar reuniões de equipe e educação permanente; mobilizar a comunidade para participação ativa e controle social, entre outras funções (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Percebe-se, portanto, a importância da atuação multiprofissional. Além de todos os aspectos citados, é relevante apontar o quanto a equipe, atuando de forma multidisciplinar, contribui para a integralidade do cuidado do indivíduo por possibilitar um olhar ampliado não somente para a doença, como também para a pessoa por trás do diagnóstico, do sintoma. Permite, ainda, a junção de diferentes saberes e técnicas que possibilitam construir um cuidado ampliado, trazendo benefícios para o usuário e também oportunizando trocas entre os profissionais, que dividem responsabilidades, conhecimento e aprendizado (DAMINELLO, 2022).

A adesão ao tratamento é fundamental para garantir o sucesso terapêutico. Muitos estudos mostram que há problemas relacionados à adesão principalmente medicamentosa, o que impacta negativamente a situação de saúde dos pacientes. Dentre os fatores da baixa adesão pode-se citar a interrupção do tratamento por conta própria devido à dificuldade na aquisição dos fármacos, esquecimento, reação adversa, ineficiência e melhora dos sintomas, o que faz com que o indivíduo interrompa o uso dos medicamentos assim que se sente melhor, sem dar continuidade conforme determinado por prescrição médica (Oliveira *et al.*, 2020).

A Atenção e o cuidado farmacêutico, realizados com os usuários, seja em consulta farmacêutica ou em práticas de educação em saúde, como Grupos terapêuticos, permite uma aproximação que torna mais eficiente a adesão dos mesmos. Através da escuta qualificada, respeitando a individualidade e especificidades de cada um, relacionadas as dúvidas, dificuldades, fragilidades do indivíduo frente a sua doença, o farmacêutico consegue benefícios para o usuário ao promover melhorias que impactam na saúde, com resultados mensuráveis e também resulta em um maior vínculo de toda a equipe multiprofissional ao atuarem no seu cuidado (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2019).

Portanto, o farmacêutico, inserido na Atenção Básica, é apto para atuar no cuidado ao usuário com diabetes, realizando um trabalho integral com a equipe de saúde, atuando não só na dispensação de medicamentos, como também na orientação sobre o uso correto, alertando sobre os efeitos adversos e atentando as possíveis interações medicamentosas. Ainda, este profissional pode e deve participar ativamente das atividades relacionadas à educação permanente, através de Grupos terapêuticos, encontros, rodas de conversa com a equipe, usuários e comunidade, promovendo assim, educação em saúde (BRASIL, 2014).

Desta forma, a pessoa com doença crônica, como a diabetes, tem maior êxito no tratamento quando assistido por profissionais capacitados em um estabelecimento de saúde. São vários os benefícios, desde a melhoria dos níveis de glicemia sanguínea e de efeitos colaterais relacionados aos medicamentos até no esclarecimento de dúvidas sobre sua doença

e na melhor adesão ao tratamento proposto (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2019).

Com isso, o presente trabalho objetiva desenvolver a prática de educação em saúde através de um Grupo terapêutico na Estratégia Saúde da Família São José Operário. Ao identificar os usuários e suas principais fragilidades relacionadas à adesão ao tratamento que afetam negativamente sua qualidade de vida, pretende-se, através da Atenção Farmacêutica, realizar uma escuta ativa e de qualidade, orientar, instruir, acolher e acompanhar, a fim de proporcionar melhorias à saúde destes indivíduos.

## **2. TEMA**

Adesão ao tratamento e qualidade de vida em usuários com Diabetes *mellitus* tipo II: uma intervenção da Atenção Farmacêutica e educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família.

## **3. PROBLEMA DE PESQUISA**

Qual o perfil sociodemográfico, epidemiológico e comportamental dos usuários com Diabetes *mellitus* tipo II assistidos em uma Estratégia Saúde da Família?

Qual o nível de qualidade de vida dos usuários com Diabetes *mellitus* tipo II antes e após uma intervenção farmacêutica em uma Estratégia Saúde da Família?

Intervenção com práticas de educação em saúde influenciam na adesão ao tratamento e qualidade de vida de usuários com Diabetes *mellitus* tipo II?

Existe relação entre a adesão ao tratamento e a qualidade de vida dos usuários com Diabetes *mellitus* tipo II?

## **4. OBJETIVOS**

### **4.1 OBJETIVO GERAL:**

Investigar a influência da Atenção Farmacêutica na adesão ao tratamento e na qualidade de vida de pacientes com Diabetes *Mellitus* tipo II em uma Estratégia Saúde da Família a partir da prática de educação em saúde.

#### 4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Descrever o perfil sociodemográfico, epidemiológico e comportamental dos usuários com Diabetes *mellitus* tipo II;
- Avaliar o nível de qualidade de vida dos usuários e a relação com a atenção farmacêutica antes e após uma intervenção;
- Avaliar a adesão ao tratamento dos usuários e a relação com a atenção farmacêutica antes e após uma intervenção;
- Analisar a influência de práticas de educação da Atenção Farmacêutica em saúde para a adesão ao tratamento e a qualidade de vida de usuários com Diabetes *mellitus* tipo II;
- Elaborar uma cartilha orientativa aos profissionais de saúde contendo sugestões sobre o manejo de pacientes com Diabetes *mellitus* tipo II.

#### 5. HIPÓTESES

O perfil encontrado será de mulheres, sedentárias, na faixa etária de 50 anos, brancas, casadas, que apresentam comorbidades.

Espera-se observar um nível de qualidade de vida baixo nestes pacientes.

Espera-se que a atenção farmacêutica tenha um efeito positivo na adesão ao tratamento e na qualidade de vida dos pacientes com Diabetes *mellitus* tipo II assistidos na Estratégia Saúde da Família.

A realização de práticas educativas direcionadas para esta população influencia positivamente no efeito da adesão ao tratamento e na qualidade de vida.

Será observada uma relação estatisticamente significativa entre a adesão farmacêutica e a qualidade de vida dos pacientes observados antes e após a intervenção.

#### 6. JUSTIFICATIVA

Percebendo-se o número consideravelmente elevado de pessoas com Diabetes *mellitus* tipo II pertencentes à Estratégia Saúde da Família (ESF) do território, que fazem tratamento com medicamentos hipoglicemiantes, e, levando em consideração as

complicações e alto custo decorrentes desta doença, observou-se a necessidade de um olhar mais aprofundado para esses pacientes.

A ESF é vista como modelo prioritário da Atenção Primária à Saúde (APS). A APS é a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), ela que organiza o fluxo dos serviços de saúde, do simples ao complexo e permite a comunicação com os demais pontos da Rede de Atenção do SUS. É orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização e equidade. Ou seja, tem o objetivo de desenvolver um cuidado integral, ao sujeito, família e comunidade, garantido acesso a todos os serviços e ações disponíveis, através da promoção, proteção e recuperação da saúde, provendo o diagnóstico, tratamento, reabilitação, contribuindo para prevenção de agravos, redução de danos e buscando contribuir positivamente na saúde dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d).

A APS trabalha focando não somente na saúde como também na educação, promovendo o engajamento da comunidade em ações que visem a segurança sanitária, além de englobar questões sociais, econômicas e ambientais. Por fim, é também uma eficiente forma de contribuição para redução dos gastos em saúde com internações hospitalares, pois trabalha fortemente a prevenção e controle, tornando-se um investimento custo efetivo de qualidade (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, s.d).

A ESF é um estabelecimento de saúde, uma expansão da atenção básica, que trabalha visando à melhoria das condições de saúde dos usuários de acordo com os preceitos do SUS. Atua na promoção, proteção e recuperação de saúde através de serviços ofertados por uma equipe multiprofissional que trabalha de forma multidisciplinar. Composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais que podem estar compondo a equipe, como farmacêutico, profissionais de saúde bucal, cirurgião-dentista, psicólogo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, s.d).

A equipe multiprofissional tem um papel muito importante na ESF, pois, ao exercer sua profissão dentro da Unidade, tem a responsabilidade de lidar com vidas, sejam elas saudáveis, doentes ou muitas vezes sem diagnóstico definido. Os profissionais precisam ser qualificados e estarem sempre atualizados para atuar definindo planos terapêuticos, realizando encaminhamentos quando necessário, implementando ações educativas e de vigilância, bem como trabalhando na reabilitação, promoção e recuperação da saúde dos usuários (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

Além de desenvolverem suas funções individualmente dentro da Unidade de saúde, a equipe multiprofissional realiza algumas atividades que permitem uma proximidade e vínculo

maior com seus usuários, como o diagnóstico situacional, como forma de levantar dados que permitam conhecer melhor a população que a ESF abrange, onde trabalham, do que adoecem, como interagem entre si. Ainda, pode-se citar a cartografia, o genograma e ecomapa, além do cadastramento das famílias, acolhimento, consultas, visitas domiciliares e oferta de educação em saúde através de grupos educativos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018).

O farmacêutico, profissional inserido na equipe multiprofissional, sendo habilitado para participar ativamente na prevenção, promoção e recuperação da saúde, tem um papel fundamental na assistência ao paciente acometido por diabetes. Ao realizar um trabalho integrado com a equipe de saúde, trabalha orientando, instruindo e promovendo saúde. Portanto, torna-se indispensável no acompanhamento e monitoramento dos usuários, colaborando para uma maior adesão ao tratamento e promovendo ações que visem à melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2018).

Diversos trabalhos mostram a importância do farmacêutico e da atenção farmacêutica desenvolvida por eles em pacientes com diabetes, obtendo resultados favoráveis ao tratamento, como redução da hemoglobina glicada, da glicemia, melhora nos exames clínicos e na adesão ao tratamento, bem como melhora no acompanhamento destes pacientes pela Unidade de Saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2019).

Com isto, o presente trabalho torna-se relevante, ao assistir estes indivíduos, acompanhando-os dentro da ESF, composta de uma equipe multiprofissional, ofertando educação em saúde através da Atenção farmacêutica, cria-se um vínculo maior que beneficia ambas as partes, usuários e profissionais.

## **7. REFERENCIAL TEÓRICO**

### **7.1 DIABETES *MELLITUS***

Diabetes *mellitus* (DM), uma síndrome metabólica de origem múltipla, ocorre na falta de insulina e/ou quando essa é incapaz de exercer adequadamente seus efeitos no organismo. A insulina, produzida pelo pâncreas, é responsável por manter o metabolismo da glicose e a falta desse hormônio provoca deficiência na sua metabolização e, conseqüentemente, o diabetes. É caracterizado por alta concentração de açúcar no sangue (hiperglicemia) de forma permanente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) recomenda a classificação baseada na etiopatogenia do diabetes, ou seja, através da análise das causas que ocasionam seu desenvolvimento, que pode ser o diabetes tipo 1 (DM1), o diabetes tipo 2 (DM2), o diabetes gestacional (DMG) e outros tipos de diabetes. Têm sido propostas outras classificações e subtipos de DM, considerando características como o início do diabetes, a história familiar, o risco de complicações crônicas, o grau de obesidade, entre outras. A classificação é fundamental para definir estratégias de rastrear complicações e propor o tratamento mais adequado (Rodacki *et al.*, 2022).

O DM1, mais comum em crianças e adolescentes, têm propensão à cetose e cetoacidose. Apresenta-se abruptamente, com deficiência grave de insulina devido a destruição das células  $\beta$  pancreáticas, necessitando de insulino terapia desde o diagnóstico. Já o DM2, o tipo mais comum, tem início insidioso. Ocorre quando há resistência à insulina ou deficiência parcial na secreção desta pelas células  $\beta$  do pâncreas, além de alterações na secreção das incretinas, hormônios produzidos pelo trato gastrointestinal e que, quando liberadas, estimulam a secreção de insulina (Rodacki *et al.*, 2022).

Ao identificar a hiperglicemia, procede-se com o diagnóstico de DM e para isto, podem ser usados a glicemia plasmática de jejum, o teste de tolerância oral à glicose (TOTG) e a hemoglobina glicada (A1c). Em pacientes que não apresentem sintomas, para diagnóstico, dois exames precisam estar alterados sendo que, se apenas um estiver, deverá ser repetido. É recomendado utilizar a glicemia plasmática de jejum, que deve ser maior ou igual a 126 mg/dl, a glicemia duas horas após uma sobrecarga de 75 g de glicose igual ou superior a 200 mg/dl ou a HbA1c maior ou igual a 6,5% (Cobas *et al.*, 2022).

## 7.2 RASTREAMENTO

O rastreamento para DM2 é indicado para pessoas com 45 anos ou mais, mesmo sem fatores de risco, e para aqueles com sobrepeso/obesidade que tenham pelo menos um fator de risco adicional. Existem alguns critérios para rastreamento de DM2 em adultos assintomáticos, são eles:

- Histórico familiar de DM2;
- Etnias de alto risco (afro descendente, hispânico ou indígenas);
- História de doença cardiovascular;

- HAS;
  - HDL menor que 35 mg/dL e Triglicerídeos maior que 250mg/dL;
  - Síndrome dos ovários policísticos;
  - Sedentarismo;
  - Presença de acantose nigricans;
  - Pacientes com pré-diabetes;
  - História de diabetes gestacional;
  - Indivíduos com HIV
- (Cobas *et al.*, 2022).

### 7.3 META DE CONTROLE GLICÊMICO - HEMOGLOBINA GLICADA

O tratamento do DM2 envolve o controle glicêmico, individualizado, de acordo com a clínica de cada paciente. Avalia-se a hemoglobina glicada (HbA1c) e a glicemia capilar. Atualmente, de acordo com as Diretrizes da SBD, é recomendado a meta para controle do diabetes níveis de HbA1c <7%, para prevenção de complicações micro e macrovasculares, o que corresponde, em média, a glicemia diária de aproximadamente 154 mg/dL. Para haver adequação entre as dosagens de HbA1c, é recomendado aos laboratórios utilizar métodos certificados pelo *National Glycohemoglobin Standardization Program* (NGSP), que definem a faixa de normalidade da HbA1c, valores < 5,7% (Pititto *et al.*, 2022).

Entretanto, a HbA1c não deve ser unicamente levada em consideração, pois há condições que podem causar divergência em seus valores, como por exemplo, anemias, hemólise, gestação, hemoglobinopatias. Há também a variabilidade glicêmica, onde pacientes com glicemias elevadas e aqueles com glicemias estáveis podem ter HbA1c semelhantes. Portanto, as medidas de glicemia capilar devem ser avaliadas junto a HbA1c e como meta, considera-se a glicemia em jejum entre 80-130 mg/dL, e a glicemia 2 horas após o início das refeições < 180 mg/dL (Pititto *et al.*, 2022).

A tabela 1, a seguir, mostra as metas individualizadas de DM de acordo com a situação de cada paciente.

TABELA 1 - METAS DE HbA1c E GLICEMIA PARA A DM

	Pacientes DM1 ou DM2	Idoso saudável	Idoso comprometido	Idoso muito comprometido	Criança e adolescente
<b>HbA1c %</b>	< 7,0	< 7,5	< 8,5	Evitar sintomas de hiper ou hipoglicemia	< 7,0
<b>Glicemia de jejum e Pré Prandial</b>	80 - 130	80 - 130	90 - 150	100 - 180	70 - 130
<b>Glicemia 2hrs Pós-prandial</b>	< 180	< 180	< 180	-	< 180
<b>Glicemia ao deitar</b>	90 - 150	90 - 150	100 - 180	110 - 200	90 - 150

Fonte: adaptado de SBD, 2022.

Para conceituar as categorias, foi levado em consideração alguns aspectos. Idoso saudável refere-se àquele com poucas comorbidades, com estado funcional e cognitivo preservado. Já o idoso comprometido, àquele com várias comorbidades, como por exemplo, câncer, artrite reumatóide, insuficiência cardíaca congestiva, doença de Parkinson, infarto do miocárdio, e acidente vascular cerebral e com comprometido moderado de suas funções e cognição. Por fim, o idoso muito comprometido, aquele que apresenta doença terminal, como câncer com metástase, paciente em diálise, com doença pulmonar crônica que necessita de oxigenioterapia, com comprometimento funcional e cognitivo grave (Pititto *et al.*, 2022).

Apesar de o controle glicêmico ser recomendado, alguns pacientes com diabetes, como os idosos, podem ter dificuldade de manter a HbA1c <7%, e a terapia medicamentosa pode causar hipoglicemia. Portanto, deve ser considerada a situação de saúde do paciente e o tratamento deve ser individualizado (Pititto *et al.*, 2022).

#### 7.4 COMPLICAÇÕES E COMORBIDADES

Dentre as complicações que o DM2 pode trazer, destaca-se a doença renal, retinopatia, neuropatia, doença arterial periférica e pé diabético, que podem surgir quando a doença não for diagnosticada e controlada em tempo hábil (IDF, 2021). Entre os 318 entrevistados no ano de 2012, em um estudo transversal, as complicações microvasculares foram referidas por 53,8% dos indivíduos, e as mais frequentes foram as oftálmicas (42,8%), seguidas das vasculares (14,5%) e renais (12,9%) (Cecílio *et al.*, 2015). Em uma pesquisa documental, em 2016, dos 134 prontuários analisados, a taxa de complicações microvasculares agudas foi de 23,8% e macrovasculares de 40,3% dentre elas a cardiopatia, seguida da doença vascular periférica. As complicações crônicas apresentaram prevalência de 50,7%, sendo 61,7% retinopatia, 48,5% acometimento renal e 57,3% neuropatia sensório-motora simétrica (Almeida *et al.*, 2017).

Diversos estudos mostram que, dentre as comorbidades encontradas em pacientes com DM2 a predominante é a hipertensão. No estudo transversal realizado por Cecílio e colaboradores, com 318 pessoas com a doença, já citado acima, mostrou que 66,4% eram hipertensos (Cecílio *et al.*, 2015), dado semelhante ao encontrado por Souza e Oliveira, 2020, onde 73% dos 352 indivíduos analisados tratavam hipertensão (Souza; Oliveira, 2020). Este número vem de encontro ao achado por Gomes e colaboradores, em 2020, onde a hipertensão atingia 73,4% dos entrevistados. Este mesmo estudo epidemiológico realizado com 139 usuários de uma Unidade Básica de Saúde da Família, mostrou que 48,2% dos participantes da pesquisa apresentavam uma ou mais comorbidades relacionadas à diabetes, sendo problemas de visão e cegueira os mais comuns. Além disso, 58,3% usam medicamentos para tratar comorbidades cardiovasculares e renais. (Gomes *et al.*, 2020).

#### 7.5 TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

As causas da DM2, não são completamente estabelecidas, mas há influência da obesidade, idade, etnia e histórico familiar. Para controle da doença, são necessárias medidas

como mudanças no estilo de vida, o que inclui alimentação saudável, atividade física regular, cessação tabágica e manutenção do peso corporal. Tais medidas podem prevenir e até retardar o aparecimento da doença. Quando não for possível tais medidas, para controlar os níveis de glicose no sangue geralmente inicia-se a terapia medicamentosa, primeiramente, com hipoglicemiante (s) via oral e, se ainda forem insuficientes, entram as injeções de insulina como tentativa de controle glicêmico. Ainda, é fundamental manter a pressão arterial e colesterol controlados, pois, são também fatores de risco para o desenvolvimento da doença e podem trazer complicações (Filho *et al.*, 2022).

Como tratamento inicial em adultos não gestantes, sem doença cardiovascular ou renal e que a HbA1c esteja  $<7,5\%$ , é recomendado a monoterapia com metformina para melhor controle da glicemia. Já aqueles que apresentam HbA1c entre  $7,5\%$  e  $9,0\%$ , é recomendado terapia dupla, ou seja, metformina associada a outro antidiabético e quando a HbA1c é  $> 9,0\%$ , terapia dupla associada à insulina. Em pacientes adultos assintomáticos, ou com doença cardiovascular ou renal, com terapia dupla em que a HbA1c permanece alterada, acima da meta, a terapia tripla é recomendada. Em pacientes sem doença cardiovascular ou renal, onde a HbA1c permanece acima da meta, mesmo com a terapia tripla, recomenda-se a terapia quádrupla ou a insulino terapia (Filho *et al.*, 2022).

Assim como o tratamento deve ser individualizado, a escolha pelos fármacos antidiabéticos também devem ser, respeitando as preferências dos pacientes e levando em conta a eficácia, a tolerabilidade, custo, efeitos adversos, risco de hipoglicemia, entre outros (Filho *et al.*, 2022).

## 7.6 ADESÃO AO TRATAMENTO

A adesão é indispensável e uma das principais metas para obter resultados favoráveis no tratamento. É compreendida como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, respeitando horários, doses e tempo de tratamento (Leite; Vasconcellos, 2003).

O medicamento, enquanto insumo essencial das ações de saúde, influencia decisivamente no controle de doenças e qualidade de vida das pessoas. Deste modo, para garantir o uso racional, é necessário que se tenha clareza no objetivo do seu uso, para que seja prescrito corretamente, levando em conta sua eficácia, segurança, forma farmacêutica,

acessibilidade e controle de qualidade. Assim, as etapas seguintes de dispensação e orientação completam o regime terapêutico desejado (Aquino, 2008).

Uma má adesão ao tratamento pode afetar negativamente e promover falha terapêutica sobre as mais diversas doenças. Em um estudo realizado com 11.842 indivíduos com doenças crônicas, Tavares e colaboradores mostraram que a prevalência de baixa adesão ao tratamento farmacológico foi de 30,8% e apenas 2,6% dos entrevistados foram classificados como aderentes aos tratamentos prescritos (Tavares *et al.*, 2016). Outro estudo mostrou que, dos 70 prontuários analisados, 30 demonstraram que os pacientes tinham algum problema relacionado a não adesão farmacoterapêutica. Entre os motivos encontrados, estão a dificuldade em adquirir os medicamentos, reação adversa, esquecimento, ineficiência do fármaco e descontinuidade do tratamento, por conta própria, ao sentir-se melhor (Oliveira *et al.*, 2020).

Em outra pesquisa onde 1.180 indivíduos foram entrevistados, 63,5% não aderiram ao tratamento proposto e apenas 5,7% apresentaram comprometimento para utilizar seus medicamentos (Remondi; Cabrera; Souza, 2014). Algumas das justificativas para a má adesão ao tratamento, tem-se os obstáculos no uso dos fármacos, como mostra Gomes e colaboradores, em 2020, onde 56,1% dos entrevistados apontaram dificuldades para usar os medicamentos prescritos, relatando efeitos adversos e esquecimento (Gomes *et al.*, 2020).

## 7.7 QUALIDADE DE VIDA

Ao se referir ao termo qualidade de vida, deve-se levar em consideração que se trata de um tema que traz um conceito amplo, é visualizado sob diferentes percepções e aspectos e leva em consideração a subjetividade de quem o define. No âmbito da saúde, é compreendido através das necessidades humanas, materiais e espirituais, na capacidade de viver sem doença, transpondo dificuldades e condições capazes de produzir doenças. Minayo e colaboradores, 2000, trazem em seu debate que, embora o estado de saúde das pessoas influencie e seja influenciado pelo ambiente, “nem todos os aspectos da vida humana são, necessariamente, uma questão médica ou sanitária”, pode-se acrescentar também a influência de questões econômicas e sociais e que:

a questão da qualidade de vida diz respeito ao padrão que a própria sociedade define e se mobiliza para conquistar, consciente ou inconscientemente, e ao conjunto das políticas públicas e sociais que induzem e norteiam o desenvolvimento humano, as mudanças positivas no modo, nas condições e estilos de vida, cabendo parcela significativa da formulação e das responsabilidades ao denominado setor saúde (MINAYO *et al.*, 2000).

A DM é uma doença que interfere na qualidade de vida das pessoas acometidas ao limitar a realização de algumas tarefas da rotina que antes eram exercidas normalmente, além de afetar negativamente a percepção do indivíduo sobre a sua saúde (Sousa; Alves; Reis, 2022).

Diversas pesquisas trazem dados que comprovam o quanto a doença impacta negativamente na qualidade de vida dos pacientes, em diversos âmbitos, como mostram Diaz e colaboradores, 2012, onde, dos 983 entrevistados, demonstraram impacto físico 71,6%, emocional 77,2% e social 81,2%. Destes, alguns trazem a percepção de que a doença afeta a vida de suas famílias e amigos, e ainda, de que já os impediu de comparecer a compromissos e atividades de lazer (Diaz *et al.*, 2016). Este estudo se aproxima do desenvolvido por Girardi e colaboradores, 2015, o qual mostra que pacientes com diabetes apresentam depreciação da sua qualidade de vida nestes diferentes domínios (Girardi *et al.*, 2015).

Algumas ações podem ser desenvolvidas para auxiliar os indivíduos que convivem com a doença. A ESF, principal porta de entrada da Atenção Primária, é quem tem um contato mais próximo com estes pacientes e, sendo local que promove educação em saúde, pode planejar atividades educativas, interativas e integrativas, que aproximem o usuário e melhorem a qualidade de vida, como por exemplo, através de Grupos terapêuticos, das visitas domiciliares, além da distribuição de medicamentos e de consultas com os profissionais (Moreschi *et al.*, 2018).

Desta forma, o profissional inserido na área da saúde, pode influenciar positivamente na qualidade de vida destes pacientes ao atuar minimizando as consequências decorrentes da doença, intervindo no controle de agravos, aliviando a dor e o mal-estar. O farmacêutico, através da assistência farmacêutica, tem seu valor perante a equipe de saúde, onde, ao assumir a posição de responsável por promover saúde, atua no cuidado do paciente determinando uma relação terapêutica respeitosa que traga benefícios satisfatórios ao tratamento (Minayo *et al.*, 2000; Angonesi; Sevalho, 2010).

## 7.8 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Para abordar a Assistência Farmacêutica (AF), é preciso comentar um pouco sobre a Política Nacional de Medicamentos (PNM). Em vigor com a Portaria nº 3.916 de 30 de outubro de 1998 e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, tem como propósito "garantir

a necessária segurança, eficácia e qualidade dos produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

Tem como principais diretrizes, o estabelecimento da relação de medicamentos essenciais, o estímulo à produção de medicamentos e a sua regulamentação sanitária, além da reorientação da assistência farmacêutica. Esta, por sua vez, tem por objetivo implementar ações de promoção do acesso da população aos medicamentos essenciais, englobando aquisição, seleção, armazenamento, distribuição e controle de qualidade. Para isso, deverá levar em consideração as necessidades da população baseada em critérios epidemiológicos, buscando a padronização de protocolos de intervenção terapêutica. Para estas ações, conta-se com a cooperação técnica e financeira intergestores que envolverá a aquisição e transferência de recursos para assegurar o abastecimento dos medicamentos e produtos.

Esta Política traz a AF como sendo “grupo de atividades relacionadas com o medicamento, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988). Ainda:

Envolve o abastecimento de medicamentos em todas e em cada uma de suas etapas constitutivas, a conservação e controle de qualidade, a segurança e a eficácia Terapêutica dos medicamentos, o acompanhamento e a avaliação da utilização, a obtenção e a difusão de informação sobre medicamentos e a educação permanente dos profissionais de saúde, do paciente e da comunidade para assegurar o uso racional de medicamentos (PORTARIA 3.916/1998).

A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), aprovada de acordo com a Resolução n 338 de 06 de maio de 2004, sendo parte integrante da Política Nacional de Saúde, envolve ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do indivíduo e também do coletivo, garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade no cuidado. Traz o medicamento como insumo essencial e visa seu uso racional, mas, não se restringe unicamente a isso, envolve a pesquisa, desenvolvimento, dispensação, garantia de qualidade dos produtos e acompanhamento na utilização e obtenção de resultados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

A AF, constituinte das Redes de Atenção à Saúde (RAS) é uma prática que visa assegurar o acesso seguro aos medicamentos pela população, promovendo seu uso racional. Mas, não se restringe apenas a isso, pois desenvolve também serviços clínicos assistenciais, compreende uma complexidade de processos e requer articulação dos serviços e dos profissionais de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

Também compreendida como política pública de medicamentos, ciência e tecnologia, é também política de formação de recursos humanos, não só do setor público como também

do privado. Envolve ações referentes à Atenção Farmacêutica, considerada como um modelo de prática farmacêutica, a qual é compreendida como a interação do profissional farmacêutico com o sujeito, respeitando suas concepções e especificidades, dotada de comportamento ético e compromisso com a saúde em sua integralidade, almejando obter resultados definidos e mensuráveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

## 7.9 ATENÇÃO FARMACÊUTICA

O Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica - Proposta (2002), documento promovido e realizado pela Organização Pan-Americana da Saúde, traz o conceito de Atenção Farmacêutica e aborda suas especificidades. Embora Atenção Farmacêutica e AF sejam termos semelhantes e muitas vezes confundidos, estes têm conceitos distintos. Enquanto que o último estaria relacionado às atividades específicas do profissional farmacêutico na atenção à saúde, a Atenção traz um amplo conjunto de ações focadas na multiprofissionalidade, uma prática desenvolvida na AF (OPAS, 2002). Esta proposta traz como conceito de Atenção Farmacêutica:

Um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. 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. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades biopsicossociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (OPAS, 2002).

No atendimento Farmacêutico, o profissional, através da escuta ativa, identifica, avalia e analisa as demandas e necessidades e busca resolver os problemas de saúde dos usuários, definindo condutas para a tomada de decisão. Pode envolver ou não medicamentos e intervenção farmacêutica. A Intervenção Farmacêutica, planejada e documentada, realizada junto ao usuário e outros profissionais de saúde, é parte do acompanhamento farmacoterapêutico e objetiva definir ações resolutivas para combater obstáculos relacionados à farmacoterapia (OPAS, 2002).

A Intervenção farmacêutica, produtora de melhores resultados para o usuário e sistemas de saúde, objetiva promover a adesão dos pacientes aos medicamentos e ao tratamento proposto, educando-os sobre seus problemas de saúde. Através do conhecimento do sujeito acerca de suas condições é possível aumentar sua autonomia e colaborar para seu autocuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

O cuidado e as intervenções farmacêuticas, promovem resultados positivos aos pacientes, pois proporcionam melhorias no autocuidado, na adesão e controle de suas condições clínicas. Mostram a importância do profissional estar inserido na equipe multidisciplinar, sendo aliado na construção de estratégias de promoção de saúde (CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA, 2019).

Portanto, é perceptível o papel do farmacêutico no cuidado integral dos usuários, garantindo não só o acesso seguro aos medicamentos, como também à todo o tratamento. Este profissional não deve limitar-se apenas à gestão dos serviços e a atender prescrições, mas sim, comprometer-se na atenção ao paciente, em toda sua linha de cuidado (Manzini *et al.*, 2015). Assim, aqueles usuários que usam vários medicamentos diariamente, com problema ou baixa adesão, com prescrição de mais de um profissional e que tratam várias doenças, se beneficiam com o cuidado farmacêutico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

## **8. METODOLOGIA**

### **8.1 TIPO DE PESQUISA**

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, quasi-experimental, do tipo antes-depois, de caráter descritivo e analítico.

### **8.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO**

Este estudo é um recorte de um estudo maior intitulado “Análise da situação de saúde de portadores de diabetes mellitus em um município do norte gaúcho”, e será realizado no território da Estratégia Saúde da Família São José Operário, localizada no município de Marau/RS. A Unidade de saúde é campo de atuação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). O período de realização da pesquisa será de março a dezembro de 2023, com as etapas de pesquisa, coleta, análise e apresentação dos dados.

### **8.3 POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM**

Serão elencados os usuários cadastrados na ESF do território, que possuam diagnóstico de DM2, desde que aceitem participar da pesquisa. A seleção da amostra será não

probabilística, por conveniência, e incluirá os indivíduos que apresentem diagnóstico de DM2 cadastrados na Unidade de saúde mencionada. Espera-se incluir 50 indivíduos no estudo.

### **Critérios de inclusão**

Serão considerados critérios de inclusão da pesquisa:

- Estar cadastrado na ESF São José Operário;
- Possuir diagnóstico de DM2;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE);
- Possuir idade igual ou superior a 18 anos;

### **Critérios de exclusão**

Serão considerados critérios de exclusão da pesquisa:

- Não fazer parte do território de abrangência da ESF São José Operário durante o período da pesquisa;
- Fazer uso de insulina injetável;
- Não possuir condições cognitivas para compreensão e seguimento da pesquisa;

## **8.4 VARIÁVEIS E COLETA DE DADOS**

Com o auxílio do Sistema de Gestão Municipal em Saúde (G-MUS) na identificação dos pacientes com DM2 de abrangência da Unidade de saúde e, assim que selecionados os indivíduos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, os mesmos serão convidados a participar da pesquisa. Se aceitarem, assinarão o TCLE (APÊNDICE F) e só a partir disso, a pesquisa começará.

A coleta de dados se dará por meio de um questionário estruturado composto por questões e Instrumentos que abordarão e avaliarão: questões sociodemográficas (APÊNDICE A), para caracterizar os indivíduos do território com DM2 onde conterà informações sobre idade, escolaridade, estado civil, renda, ocupação, entre outros; condições de saúde (APÊNDICE B); qualidade de vida, através do Instrumento SF-12 (APÊNDICE C) o qual aborda questões relacionadas à percepção do indivíduo sobre sua saúde, sobre as atividades que realiza diariamente e as dificuldades encontradas ao fazer e, se estas estão relacionadas com sua saúde física, dor ou problema emocional, e ainda, como o indivíduo tem se sentido nas últimas semanas. Por fim, questões relacionadas à adesão ao tratamento, através do

Instrumento Brief Medication Questionnaire (APÊNDICE D), o qual aborda as medicações utilizadas pelo indivíduo, tempo de uso, dose, indicação, se houve esquecimento, incômodo, problemas e dificuldades. O tempo médio estimado de resposta do questionário é de 30 minutos.

O questionário será aplicado aos indivíduos participantes da pesquisa, em seus domicílios, assim que aceitarem o convite, a ser realizado via contato telefônico pela pesquisadora. As entrevistas serão feitas de forma individual e privada e ocorrerão uma única vez, no domicílio do usuário, no período matutino ou vespertino, de acordo com a sua disponibilidade, antes da intervenção. Após a intervenção que será detalhada mais adiante, serão aplicados novamente os Instrumentos de avaliação da adesão e qualidade de vida aos usuários que participarem do Grupo terapêutico.

Após a aplicação do questionário, serão analisados os dados obtidos e criado um banco de dados e, através das fragilidades e dificuldades encontradas relacionadas à qualidade de vida e de adesão ao tratamento, será realizada a Atenção Farmacêutica através da intervenção, em forma de encontros grupais, presenciais, a fim de atender as demandas levantadas. Será realizado, portanto, um Grupo terapêutico, sendo previsto três encontros, coordenado pela pesquisadora, dentro da Unidade de saúde, onde abordarão temas relacionados à DM2, trabalhando o manejo dos medicamentos, cuidados e hábitos a fim de promover uma maior adesão ao tratamento e propondo práticas que visem à maior qualidade de vida, através da Atenção Farmacêutica em forma de educação em saúde. Este Grupo será dirigido pela pesquisadora, a qual responsabiliza-se pelos encontros, sendo estendido o convite aos usuários mas sem qualquer intenção de obrigá-los a participar, sendo livre a escolha por comparecer ou não.

Assim que realizado o Grupo terapêutico e passadas quatro semanas, será aplicado novamente o Questionário com os Instrumentos SF-12 e Brief Medication Questionnaire - BMQ, já citados acima, àqueles participantes que comparecerem aos encontros, com a finalidade de avaliar se haverá diferença na adesão ao tratamento e na qualidade de vida destas pessoas, para comparação dos dados. Ao final de todas as etapas, será criada uma cartilha contendo as principais demandas identificadas nesta população em estudo, referente às fragilidades na adesão ao tratamento e demais dificuldades mencionadas pelos usuários. Esta cartilha conterá sugestões para o manejo de pacientes com a doença, que será entregue aos profissionais de saúde da Unidade de atuação da residente, em uma reunião de equipe, num momento de educação permanente.

Após a realização do presente trabalho, será feita a devolutiva aos participantes da pesquisa, de forma coletiva, em um encontro presencial, onde serão apresentados os resultados de forma oral, clara, objetiva e prática, numa linguagem que fique compreensível para seu entendimento.

## 8.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados obtidos serão duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística se dará nos programas de análises estatísticas PSPP e R versão 4.0.2 (distribuição livre) e consistirá em uma estatística descritiva. Para as variáveis numéricas serão estimadas as medidas de posição (média e mediana) e de dispersão (desvio-padrão, amplitude, intervalo interquartil) enquanto que para as variáveis categóricas serão descritas as frequências absolutas (n) e relativas (%).

Para avaliação da relação da variável dependente (atenção farmacêutica) com as demais variáveis estudadas, a análise será feita de forma descritiva, de acordo com o observado antes e após a intervenção grupal. Para determinar o tamanho do efeito entre os grupos (antes e depois da intervenção proposta), será calculada a estatística d de Cohen (calculada pela diferença da média de dois grupos dividida pelo desvio padrão da população). Para d foram convencionados os valores para tamanho do efeito pequeno (0,2), médio (0,5) e grande (0,8).

No componente analítico, para a análise bivariada, serão utilizados os testes estatísticos do qui-quadrado, teste t para comparação de médias e ANOVA. Para dados contínuos que apresentam distribuição assimétrica serão aplicados os respectivos testes não paramétricos. Serão considerados estatisticamente significativos valores com  $p < 0,05$ .

## 8.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa será encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do município de Marau/RS, para aprovação da pesquisa e obtenção do Termo de Ciência e Concordância (APÊNDICE E). Com relação aos aspectos éticos, após a etapa inicial citada acima, o projeto será enviado para aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa

com Seres Humanos (CEP) da UFFS, conforme Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012). A pesquisa iniciará somente após a aprovação deste comitê.

O convite aos usuários para participarem da pesquisa será via contato telefônico, e, se aceitarem, será realizado visitas domiciliares, onde, verificados os critérios de elegibilidade e, aqueles que fizerem parte dos critérios de inclusão e na ausência de critérios de exclusão, se dará início a pesquisa. Inicialmente, procede-se à leitura e esclarecimentos do TCLE (APÊNDICE F) que deverá ser assinado voluntariamente, em duas vias, onde uma via ficará com o participante e a outra com a pesquisadora. No termo há a garantia de sigilo sobre os dados coletados dos participantes, sendo que estes serão representados na pesquisa pela letra *P* seguida de dois números cardinais em ordem crescente, visando assim, reduzir riscos de identificação dos mesmos.

Os participantes terão o direito de interromper e retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, sem qualquer penalidade ou prejuízo nos atendimentos de saúde da ESF São José Operário. O usuário que escolher não participar do estudo não sofrerá qualquer restrição, sendo mantido seu atendimento normalmente na Unidade.

## **Riscos**

A pesquisa utilizará dados coletados do questionário aplicado aos usuários do território, com abordagem presencial, sendo livre a escolha e a participação do indivíduo em respondê-lo. Entretanto, caso algum participante se sinta desconfortável ao responder o questionário, mesmo após esclarecimento prévio, poderá interromper seu preenchimento e desistir de participar da pesquisa, e suas informações serão descartadas pela pesquisadora. Havendo qualquer dúvida em relação à pesquisa, a pesquisadora poderá ser contatada.

Quanto às informações coletadas para o estudo, as mesmas deverão ser mantidas em sigilo e utilizadas somente para fins científicos. Para prevenir possíveis riscos de vazamento de informações coletadas, a pesquisadora responsável Marielli Beffart compromete-se a manter o sigilo das informações e de que as mesmas sejam armazenadas em arquivos eletrônicos com acesso restrito à mesma.

Para se evitar qualquer constrangimento, a entrevista será realizada em local reservado, garantindo a privacidade do entrevistado. Caso haja quebra de sigilo e vazamento de informações, o estudo será interrompido e os participantes serão contatados e informados sobre o ocorrido e retirados do estudo. Caso o risco se concretize, a pesquisadora responsável

estará à disposição para avaliação de qualquer constrangimento e, se necessário, haverá o encaminhamento para profissional da psicologia da Unidade.

Ao término da pesquisa, os dados físicos e digitais permanecerão armazenados por cinco anos, na UFFS, Campus Passo Fundo-RS, Bloco A, sala 12 (sala dos professores), em armário com acesso restrito com chaves. Após este período de guarda, os arquivos físicos serão destruídos completamente e os digitais excluídos. No caso de riscos não previstos ocorrerem em níveis acima dos aceitáveis, a atividade desenvolvida será interrompida. Ainda, na preservação do sigilo, os resultados da pesquisa poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, no entanto, mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar os nomes dos entrevistados, ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Cuidado também será tomado para não interferir nas atividades cotidianas dos participantes, acordando o melhor horário para a aplicação do questionário, bem como utilizando o menor tempo possível.

### **Benefícios**

Esta pesquisa poderá gerar benefícios ao trazer informações sobre as possíveis dificuldades da população estudada, no território de abrangência, relacionadas à sua doença e tratamento, e que possam contribuir com esclarecimentos sobre tais fragilidades. Além disso, os resultados podem auxiliar a equipe de saúde em ações que visem o cuidado do paciente com doença crônica, como também, servir de suporte para farmacêuticos no desenvolvimento da atenção farmacêutica.

Os resultados da pesquisa serão devolvidos diretamente para os participantes pela pesquisadora de coletiva, em um encontro presencial. Além disso, os resultados também serão apresentados para a equipe da ESF de abrangência do território da população estudada, de forma expositiva, em reunião de equipe, com convite à Secretaria Municipal de Saúde. Um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR) com os resultados desta pesquisa, será apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional da UFFS. Ainda, pretende-se publicar os resultados da pesquisa em forma de artigo, em revista especializada relacionada à área da saúde.

## 9. RESULTADOS ESPERADOS

Com a realização do presente estudo, através da atenção farmacêutica, da orientação, da promoção e educação em saúde e de intervenções que visem melhorar alguns aspectos, espera-se promover uma maior adesão ao tratamento e melhorias na qualidade de vida das pessoas implicadas na pesquisa.

Presume-se que, ao final do estudo, as pessoas tenham maior clareza sobre a importância de aderir ao tratamento e de atuar ativamente com a equipe e os profissionais de saúde no controle de sua doença para prevenção de complicações.

## 10. RECURSOS FINANCEIROS

Os recursos financeiros necessários para a pesquisa estão apresentados no quadro 1 e serão totalmente custeados pela pesquisadora.

QUADRO 1 - ORÇAMENTO DA PESQUISA

<b>MATERIAIS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>Folhas A4</b>	<b>200 unidades</b>	<b>R\$ 0,10</b>	<b>R\$ 20,00</b>
<b>Impressão</b>	<b>200 unidades</b>	<b>R\$ 0,15</b>	<b>R\$ 30,00</b>
<b>Caneta Esferográfica</b>	<b>10 unidades</b>	<b>R\$ 1,00</b>	<b>R\$ 10,00</b>
<b>MATERIAIS</b>	<b>QUANTIDADE</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL</b>
<b>Clips</b>	<b>1 caixa</b>	<b>R\$ 6,00</b>	<b>R\$ 6,00</b>
<b>TOTAL</b>		<b>R\$ 7,25</b>	<b>R\$ 66,00</b>

Fonte: elaborado pela autora, 2022.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Valéria Cristina Delfino de *et al.* **Complicações micro e macrovasculares em pessoas com Diabetes Mellitus tipo 2 em atendimento ambulatorial.** *Rev Rene*, v. 18, n. 6, p. 787-793, 2017. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-877692>. Acesso em: 26 ago. 2022.

ANGONESI, Daniela; SEVALHO, Gil. **Atenção Farmacêutica: fundamentação conceitual e crítica para um modelo brasileiro.** *Ciência & saúde coletiva*, v. 15, p. 3603-3614, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/3GGQn9CxTy9NkS8VxwdRHtP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 set. 2022.

AQUINO, D. S. **Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?** *Ciência & Saúde Coletiva*, [S.l.], v. 13, n. p. 733-736, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/ZqY8ZMrdQnVZNtdLNjQsFvM/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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, DF - 20 de maio de 2004.* Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html). Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 3.916 de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos.** *Diário Oficial da União, Brasília, 1998.* Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html). Acesso em: 23 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus.** Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, DF. 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>. Acesso em: 30 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica.** Caderno 1 - Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, DF. 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf). Acesso em: 24 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série E. Legislação em Saúde – Brasília, DF. 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 21 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora.** Cadernos de Atenção Básica, nº 41. Brasília, DF 2018. Disponível em

[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/CAB\\_41\\_saude\\_do\\_trabalhador.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/CAB_41_saude_do_trabalhador.pdf). Acesso em: 19 nov. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **O que é Atenção Primária?** Brasília, DF. 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>. Acesso em: 18 nov. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 18 nov. 2022

CECILIO, Hellen Pollyanna Mantelo *et al.* **Comportamentos e comorbidades associados às complicações microvasculares do diabetes**. Acta paulista de enfermagem, v. 28, p. 113-119, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/4xtRNBkdbPCfC4ZRVGGPXPk/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 27 ago. 2022.

COBAS R, Rodacki M. *et al.* **Diagnóstico do diabetes e rastreamento do diabetes tipo 2**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-2, ISBN: 978-65-5941-622-6. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/diagnostico-e-rastreamento-do-diabetes-tipo-2/>. Acesso em: outubro 2022.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Experiências Exitosas de Farmacêuticos no SUS**. Cuidado Farmacêutico no SUS. Capacitação em Serviços. Brasília - Ano VI - Número 06 - Dezembro, 2019. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/Experi%C3%Aancias%20Exitosas%202019.pdf>. Acesso em: 01 out. 2022.

DAMINELLO, Marcello. **Práticas colaborativas interprofissionais: potências e desafios em uma unidade básica de saúde tradicional**. 2022. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-03082022-082733/en.php>. Acesso em: 20 nov. 2022.

DIAZ, Naiana *et al.* **O impacto do Diabetes Mellitus tipo 2 na qualidade de vida**. Rev. Med. UFPR, v. 3, n. 1, pág. 5-12, 2016.

FILHO R, Albuquerque L. *et al.* **Tratamento farmacológico da hiperglicemia no DM2**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-10, ISBN: 978-65-5941-622-6. Disponível em: <https://diretriz.diabetes.org.br/tratamento-farmacologico-da-hiperglicemia-no-dm2/>. Acesso em: outubro 2022.

GIRARDI C.E *et al.* **Qualidade de vida de pessoas em grupos de convivência com Diabetes Mellitus tipo 2.** Rev enfermagem UFPE online. Recife. 9(4):7239-46, abr., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10484/11336>. Acesso em: outubro 2022.

GOMES, Andreia Coelho *et al.* **Adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso em adultos com diabetes tipo 2.** O Mundo da Saúde, v. 44, n. s/n, p. 381-396, 2020.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Linha de cuidado à pessoa com diabetes mellitus.** Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde. Santa Catarina: p 29, 2018. Disponível em: <https://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/legislacao-principal/anexos-de-deliberacoes-cib/anexos-deliberacoes-2018/14794-anexo-deliberacao-330-2018/file>. Acesso em: 26 ago. 2022.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Atenção Básica do RS. **Divisão da Atenção Primária à Saúde.** Porto Alegre, RS. 2022. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/divisao-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 19 nov. 2022.

IDF - International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas.** 10 ed., 2021. Disponível em <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. Acesso em: 05 out. 2022.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, v. 8, p. 775-782, 2003.

MANZINI, Fernanda *et al.* **O farmacêutico na assistência farmacêutica do SUS: diretrizes para ação** – Brasília, DF. Conselho Federal de Farmácia, 2015. 298 p. : il. ISBN 978-85-89924-11-5.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & saúde coletiva, v. 5, p. 7-18, 2000.

MORESCHI, Claudete *et al.* **Ações das equipes da ESF para a qualidade de vida das pessoas com diabetes.** Cienc Cuid Saude, v. 17, n. 2, p. 1-8, 2018.

OLIVEIRA, D. F.; MORAIS, A. S.; SENA, A. C. da S.; PEREIRA, C. V.; BEZERRA, E. da S.; SILVA, K. K.; DURÃO, S. K. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de pacientes atendidos por um Centro Integrado de Saúde. **Brazilian Journal of Natural Sciences**, [S. l.], v. 3, n. 3, p. 430, 2020. DOI: 10.31415/bjns.v3i3.113. Disponível em: <https://bjns.com.br/index.php/BJNS/article/view/113>. Acesso em: 7 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta.** Serviços Farmacêuticos – Brasil. Brasília, DF - 2002. Disponível

em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PropostaConsensoAtenfar.pdf>. Acesso em: 01 out. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Atenção Primária à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude>. Acesso em: 18 nov. 2022.

PITITTO B *et al.* **Metas no tratamento do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-3, ISBN: 978-65-5941-622-6.

REMONDI, Felipe Assan; CABRERA, Marcos Aparecido Sarria; SOUZA, Regina Kazue Tanno de. **Não adesão ao tratamento medicamentoso contínuo: prevalência e determinantes em adultos de 40 anos e mais**. Cadernos de Saúde Pública, v. 30, p. 126-136, 2014.

RODAKI M. *et al.* **Classificação do diabetes**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). DOI: 10.29327/557753.2022-1, ISBN: 978-65-5941-622-6.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2020**. Clannad. Editora Científica. 2019.

SOUZA CL, Oliveira MV. **Fatores associados ao descontrole glicêmico de diabetes mellitus em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde no Sudoeste da Bahia**. Cad Saúde Colet, 2020;28(1):153-164. <https://doi.org/10.1590/1414-462X202028010319>.

SOUZA, Cristiane V.; ALVES, Mayara P.; REIS, Lilian Barros de Sousa Moreira. **Qualidade de vida de pacientes diabéticos do tipo 2 através do SF-36: uma revisão integrativa**. Health Residencies Journal-HRJ, v. 3, n. 15, p. 342-358, 2022.

TAVARES, N. U. L *et al.* **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil**. Rev Saúde Pública.; 50 (supl 2):10s., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/R8pG5F3d3Qwx5Xz7dt6K6nx/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2022.

## APÊNDICE A - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Sexo:

Masculino \_\_\_\_

Feminino \_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos

Raça:

Estado Civil:

Solteiro (a) \_\_\_\_

Casado (a) / União estável \_\_\_\_

Divorciado(a) \_\_\_\_

Viúvo (a) \_\_\_\_

Número de Filhos: \_\_\_\_

Escolaridade:

Não alfabetizado (a) \_\_\_\_

Sabe ler e escrever \_\_\_\_

Ensino fundamental \_\_\_\_

Ensino médio \_\_\_\_

Curso Superior \_\_\_\_

Profissão?

Você está trabalhando atualmente?

Recebe algum benefício? Qual?

Qual o valor da renda mensal?

Quantas pessoas vivem em sua casa?

Como classifica a sua situação econômica:

Ruim \_\_\_\_

Média \_\_\_\_

Boa \_\_\_\_

Sua moradia é:

Alugada \_\_\_\_

Própria \_\_\_\_

Possui meio de transporte? Qual?

## APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CONDIÇÕES DE SAÚDE

<b>Você possui alguma das condições abaixo?</b>				
	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>	<b>HÁ QUANTO TEMPO</b>	<b>NÃO SABE RESPONDER</b>
Hipertensão				
Colesterol alterado				
Triglicerídeo alterado				
Doença cardíaca				
Asma				
Bronquite				
Enfisema				
Alergia respiratória				
Alergia de pele				
Hipotireoidismo				
Hipertireoidismo				
Câncer				
Ansiedade				
Depressão				
Insônia				
Epilepsia				
Doença cardiovascular				
Doença renal				
Alzheimer				
Parkinson				

OUTRA CONDIÇÃO:

APÊNDICE C – Instrumento SF-12 - Avaliação da qualidade de vida

1. Em geral você diria que sua saúde é:

<b>EXCELENTE</b>	<b>MUITO BOA</b>	<b>BOA</b>	<b>RUIM</b>	<b>MUITO RUIM</b>
1	2	3	4	5

Os seguintes itens são sobre atividades que você poderia fazer atualmente durante um dia comum. Devido a sua saúde, você teria dificuldade para fazer essas atividades? Neste caso, quanto?

<b>Atividades</b>	<b>Sim. Dificulta muito</b>	<b>Sim. Dificulta um pouco</b>	<b>Não. Não dificulta de modo algum</b>
2. Atividades moderadas, tais como mover uma mesa, passar aspirador de pó, jogar bola, varrer a casa	1	2	3
3. Subir vários lances de escada	1	2	3

Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de sua saúde física?

4. Realizou menos tarefas do que gostaria?	SIM	NÃO
5. Esteve limitado no seu tipo de trabalho ou em outras atividades?	SIM	NÃO

Durante as últimas quatro semanas, você teve algum dos seguintes problemas com o seu trabalho ou com alguma atividade diária regular, como consequência de algum problema emocional (como sentir-se deprimido ou ansioso)?

6. Realizou menos tarefas do que gostaria?	SIM	NÃO
7. Não trabalhou ou não fez qualquer das atividades com tanto cuidado com geralmente faz?	SIM	NÃO

8. Durante as últimas quatro semanas, quanto a presença de dor interferiu com o seu trabalho normal (incluindo tanto o trabalho fora de casa e dentro de casa)?

<b>DE MANEIRA ALGUMA</b>	<b>UM POUCO</b>	<b>MODERADAMENTE</b>	<b>BASTANTE</b>	<b>EXTREMAMENTE</b>
1	2	3	4	5

Estas questões são sobre como você se sente e como tudo tem acontecido com você durante as últimas quatro semanas. Para cada questão, dê uma resposta que mais se aproxime da maneira como você se sente. Em relação as últimas quatro semanas:

	Todo tempo	A maior parte do tempo	Uma boa parte do tempo	Alguma parte do tempo	Uma pequena parte do tempo	Nunca
9. Quanto tempo você tem se sentido calmo ou tranquilo?	1	2	3	4	5	6
10. Quanto tempo você tem se sentido com muita energia?	1	2	3	4	5	6
11. Quanto tempo você tem se sentido desanimado e abatido?	1	2	3	4	5	6

12. Durante as últimas quatro semanas, quanto do seu tempo a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram nas suas atividades sociais (como visitar amigos, parentes, etc)?

<b>Todo o tempo</b>	<b>A maior parte do tempo</b>	<b>Alguma parte do tempo</b>	<b>Uma pequena parte do tempo</b>	<b>Nenhuma parte do tempo</b>
1	2	3	4	5

APÊNDICE D - INSTRUMENTO BRIEF MEDICATION QUESTIONNAIRE – BMQ

AVALIAÇÃO DA ADESÃO

1. Quais medicações você utilizou na última semana?

OBS: para cada medicação anotar no quadro abaixo, se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder colocar NR

NA ÚLTIMA SEMANA					
a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou	c) Quantas vezes por dia você tomou	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 – Funciona bem 2 – Funciona Regular 3 – Não funciona bem

2. Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

a) Se o entrevistado respondeu SIM, listar os nomes das medicações e o quanto elas o incomodam

QUANTO ESSA MEDICAÇÃO INCOMODOU VOCÊ?					
Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3. Agora, citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos.

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				
Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo medicamento				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Escore de problemas encontrados pelo BMQ

<b>DR – REGIME (questões 1a - 1e)</b>	<b>1 = sim</b>	<b>0 = não</b>
DR1. O R falhou em listar (espontaneamente) os medicamentos prescritos no relato inicial?		
DR2. O R interrompeu a terapia devido ao atraso na dispensação da medicação ou outro motivo?		
DR3. O R relatou alguma falha de dias ou de doses?		
DR4. O R reduziu ou omitiu doses de algum medicamento?		
DR5. O R tomou alguma dose extra ou medicação a mais do que o prescrito?		
DR6. O R respondeu que ‘não sabia’ a alguma das perguntas?		
DR7. O R se recusou a responder a alguma das questões?		
<b>NOTA: ESCORE <math>\geq 1</math> INDICA POTENCIAL NÃO ADESÃO</b> <b>soma:</b>		<i>Tregime</i>
<b>CRENÇAS</b>		
DC1. O R relatou ‘não funcionou bem’ ou ‘não sei’ na resposta 1g?		
DC2. O R nomeou as medicações que o incomodam?		

NOTA: ESCORE $\geq 1$ INDICA RASTREAMENTO POSITIVO PARA BARREIRAS DE CRENÇAS soma:		<i>Tcrenças</i>
<b>RECORDAÇÃO</b>		
DRE1. O R recebe um esquema de múltiplas doses de medicamentos (2 ou mais vezes/dia)?		
DRE2. O R relata “muita dificuldade” ou “alguma dificuldade” em responder a 3c?		
NOTA: ESCORE $\geq 1$ INDICA ESCORE POSITIVO PARA BARREIRAS DE RECORDAÇÃO soma:		<i>Trecord</i>

R = respondente    NR = não respondente

## APÊNDICE E – TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DA INSTITUIÇÃO ENVOLVIDA



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

**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 de Saúde do Município de Marau - RS, envolvida no projeto de pesquisa intitulado: “**ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS TIPO II: UMA INTERVENÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**”, declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos das Resoluções nº 466 de 12 de dezembro de 2012 e nº 510, de 7 de abril de 2016, ambas do Conselho Nacional de Saúde, e as demais legislações vigentes.

---

**Douglas Kurtz**

**Secretário de Saúde do Município de Marau - RS**

---

**Marielli Beffart**

**Farmacêutica Residente - Pesquisadora Responsável**

Marau, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

## APÊNDICE F– TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado(a) Sr.(a)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa **“ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM DIABETES MELLITUS TIPO II: UMA INTERVENÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA”**. Esta pesquisa está associada ao Trabalho de Conclusão de Residência da residente Marielli Beffart da Residência Multiprofissional em Saúde: área de concentração Atenção Básica e é orientado pela professora Doutora Renata dos Santos Rabello da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) e coorientado pela farmacêutica Especialista Thaís Scalco.

Este estudo tem como objetivo geral investigar o efeito da atenção farmacêutica na adesão ao tratamento e na qualidade de vida de pacientes com Diabetes *Mellitus* tipo II na ESF a partir da prática de educação em saúde. Os dados obtidos possibilitarão fornecer subsídios e informações sobre dificuldades e fragilidades relacionadas à diabetes ao tratamento, bem como sobre a qualidade de vida das pessoas, possibilitando a realização de planejamentos com vistas a melhorias para saúde.

O convite à sua participação se deve ao Sr.(a) ter Diabetes *mellitus* tipo II e realizar tratamento. A sua participação consistirá em responder algumas perguntas que serão coletas por meio de um questionário.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização no atendimento na unidade de saúde. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma.

Os riscos desta pesquisa podem estar relacionados a algum constrangimento ou desconforto ao responder o instrumento de coleta de dados; estresse ou estafa ao responder à entrevista, bem como da exposição acidental dos dados de identificação. Para que seja minimizado, as questões serão aplicadas em espaço reservado, as questões revisadas pelos pesquisadores para não invadir a intimidade dos indivíduos participantes, direcionando-as somente a conteúdo relacionado ao interesse público e os nomes dos entrevistados serão substituídos por letra e número nos formulários para não serem identificados.

Os resultados deste trabalho poderão ser publicados em artigo científico ou apresentados em encontros ou congressos e mostrarão apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição ou qualquer informação relacionada à sua privacidade. Duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por você e pelos pesquisadores. Guarde cuidadosamente a sua via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os seus direitos como participante da pesquisa.

A devolutiva dos resultados obtidos será divulgado às instituições envolvidas por meio da entrega de cópia física impressa em papel das publicações científicas, como por exemplo, artigos em revistas e resumos em anais de eventos nos quais serão divulgados os

resultados no projeto; e aos participantes, será divulgado os resultados através de material informativo impresso e de apresentação.

A legislação brasileira não permite que você tenha qualquer compensação financeira pela sua participação na pesquisa. Você não terá nenhuma despesa advinda da sua participação. Caso alguma despesa extraordinária associada à pesquisa venha a ocorrer, você será ressarcido(a) nos termos da lei. Caso você tenha algum prejuízo material ou imaterial em decorrência da pesquisa, poderá solicitar indenização, de acordo com a legislação vigente e amplamente consubstanciada.

A pesquisadora responsável compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa. Caso tenha alguma dúvida sobre os procedimentos ou sobre o projeto, você poderá entrar em contato a qualquer momento pelo telefone (54) 99604-3593 (entre 07:30 e 17:00), e-mail [mari.beffart@gmail.com](mailto:mari.beffart@gmail.com), endereço: Rua 21 de maio, nº 161, bairro São José Operário, CEP 99150-000, Marau – RS. Você também poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS pelo telefone (49) 2049-3745, e-mail [cep.uffs@uffs.edu.br](mailto:cep.uffs@uffs.edu.br) ou pessoalmente na Universidade Federal da Fronteira Sul, Bloco da Biblioteca, Sala 310, 3º andar, localizada na Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul, Chapecó, Santa Catarina, Brasil, CEP 89815-899.

Eu,....., li este documento (ou tive este documento lido para mim por uma pessoa de confiança) e obtive da pesquisadora todas as informações que julguei necessárias para me sentir esclarecido(a) e optei por livre e espontânea vontade participar da pesquisa.

Marau, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2022.

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

---

Marielli Beffart  
E-mail: [mari.beffart@gmail.com](mailto:mari.beffart@gmail.com)  
Telefone: (54) 9 9604-3593

---

Renata dos Santos Rabello  
E-mail: [renata.rabello@uffs.edu.br](mailto:renata.rabello@uffs.edu.br)  
Telefone: (21) 9 7227-3384



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

MARIELLI BEFFART

**ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM  
USUÁRIOS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO II: UMA  
INTERVENÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA E EDUCAÇÃO EM  
SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

PASSO FUNDO  
2023

MARIELLI BEFFART

**ADESÃO AO TRATAMENTO E QUALIDADE DE VIDA EM USUÁRIOS COM  
DIABETES *MELLITUS* TIPO II: UMA INTERVENÇÃO DA ATENÇÃO  
FARMACÊUTICA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA  
FAMÍLIA**

Capítulo III: Relatório Parcial do Trabalho de Campo, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Atenção Básica.

**PASSO FUNDO/RS**

**2023**

## 1. INTRODUÇÃO

O relatório de trabalho de campo compõe o terceiro capítulo do Trabalho de Conclusão de Residência, que faz parte do processo de formação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, com ênfase na Atenção Básica, da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo.

O primeiro capítulo é composto pelo diagnóstico territorial, onde, a partir dele, são identificadas as características de sua população, bem como suas fragilidades, o que possibilita ao residente, construir uma abordagem com uma intervenção, de acordo com o tema escolhido.

Após a escolha do tema, é apresentado o Projeto de Pesquisa, sendo, respectivamente, “Adesão ao tratamento e qualidade de vida em usuários com Diabetes *mellitus* tipo II: uma intervenção da Atenção Farmacêutica e educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família”. Este, faz parte de um projeto maior intitulado: “Análise da situação de saúde de portadores de Diabetes *mellitus* em um município do norte gaúcho”.

Neste Projeto, consta a justificativa para a escolha do tema e a parte metodológica. Ou seja, a ideia inicial é desenvolvida, enfatizando a necessidade da aplicação do trabalho no campo de atuação, visando promover saúde e melhorias das condições de vida das pessoas implicadas no território abrangente.

Após o Projeto ser aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), inicia-se o trabalho de campo, composto pela coleta de dados e intervenção, que serão apresentados e detalhados no quarto capítulo, dentro do artigo científico.

Portanto, este relatório, traz a trajetória percorrida desde o início da coleta de dados até o final, mostrando as dificuldades e desafios encontrados, bem como as potencialidades identificadas com o trabalho, a partir da vivência da pesquisadora.

## 2. PERCURSO DA COLETA

### 2.1 LOGÍSTICA PRÉVIA A COLETA DE DADOS

O projeto de pesquisa foi submetido ao CEP no dia 24/02/2023 e, após análise, retornou com algumas pendências a serem ajustadas. Em relação a amostra do estudo, foi preciso fornecer uma informação prévia sobre o número da população, de modo a possibilitar a elaboração do cálculo amostral. Na metodologia, na parte de coleta de dados, foi apontado

para descrever mais detalhadamente os Instrumentos a serem aplicados aos participantes da pesquisa, como o tempo de aplicação, a finalidade da entrevista e como se pretendia conduzir a mesma. Na intervenção, mais especificamente sobre o Grupo terapêutico, foi necessário explicar como os dados obtidos individualmente na coleta seriam introduzidos e aplicados no coletivo. Por fim, se este Grupo seria composto apenas pelos envolvidos na pesquisa ou com demais usuários do serviço da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Após o recebimento das pendências, foram realizados os ajustes necessários e, posteriormente, nova submissão ao CEP, realizada no dia 20/03/2023, com a aprovação do Projeto de Pesquisa ocorrendo na data de 27/03/2023, com parecer nº 5.964.101.

Após a aprovação pelo CEP, antes de iniciar a coleta de dados, foi realizada uma reunião com a orientadora e a outra pesquisadora do Projeto, para alinhamento da logística da coleta. Foram revisados os Instrumentos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e aplicado em um piloto para verificar possíveis inconsistências, possibilitando ajustes. Após estas etapas, deu-se início à coleta de dados.

## 2.2 INSTRUMENTO E COLETA DE DADOS

Para dar início a coleta de dados propriamente dita, a pesquisadora reuniu-se com a outra pesquisadora participante do Projeto e com as Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Com a lista de usuários portadores de Diabetes *mellitus* (DM) em mãos, totalizando 186 pessoas, do território da ESF São José Operário, obtida através do G-MUS - sistema de informação de dados do município de Marau - foram analisados os prontuários e selecionados apenas aqueles com DM tipo II, correspondendo a 108 usuários.

A partir desta nova lista de elegíveis, foram aplicados os critérios de exclusão. Após, solicitado às ACS, para que informassem aos usuários de suas áreas, sobre o contato que as pesquisadoras fariam a respeito da Pesquisa, para que soubessem que se trataria de um contato confiável. Deu-se início aos convites, sendo realizados, principalmente, via contato telefônico, além da forma presencial, quando os usuários estavam na ESF.

No convite foi explicado sobre o processo da pesquisa, da importância da mesma, como se daria, sobre a questão dos Instrumentos, do sigilo dos dados, da não obrigatoriedade da participação e, que em caso de recusa, não traria nenhuma consequência para os mesmos, além de outras informações pertinentes.

Após o aceite, os usuários foram agendados previamente, com datas e locais escolhidos de acordo com sua disponibilidade e preferência, alguns em suas residências, outros na ESF.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e julho de 2023. Em cada uma, era explicado novamente ao participante sobre o Projeto, os riscos e benefícios, coletado as assinaturas dos TCLE, aplicados o questionário e Instrumentos, coletado as medidas antropométricas e entregue os Diários Alimentares para preenchimento. As entrevistas duraram cerca de 40 minutos.

Dos 108 elegíveis para o estudo, após aplicação dos critérios de exclusão, totalizaram 88 usuários. Destes, foi possível entrevistar 30 indivíduos inicialmente, sendo 17 mulheres e 13 homens.

### 2.3 PERDAS E RECUSAS

Participaram da pesquisa usuários do território diagnosticados previamente com DM tipo II, de acordo com os critérios de inclusão. Os convites foram feitos via contato telefônico e também presencialmente, como citado acima e, a partir do aceite, foram agendados em datas e horários específicos para a realização das entrevistas.

Alguns usuários, mesmo com agendamento prévio, faltaram e, destes, foram poucos os que remarcaram e compareceram na nova data agendada. Ainda, houve as recusas, ou seja, aqueles que no momento do contato já recusaram participar, seja por motivo de falta de tempo, devido ao trabalho, como também por não haver interesse de serem entrevistados. Somado a isso, houve o empecilho de não conseguir contatar alguns indivíduos, mesmo após várias tentativas.

Portanto, no decorrer da coleta de dados, teve-se 58 perdas ao todo, entre as faltas, recusas e aqueles que não foi possível entrar em contato.

### 2.4 PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS

Para análise e processamento dos dados foi utilizado o programa de livre distribuição Epidata, sendo que o banco de dados foi desenvolvido a partir do software, da digitação dos mesmos.

O programa possui um layout de fácil compreensão e viabiliza a análise das variáveis do estudo. No entanto, para o instrumento Diário alimentar, em virtude do elevado número de caracteres, optou-se por utilizar o Microsoft Word para processamento e análise dos dados.

### **3. POTENCIALIDADES E DESAFIOS ENFRENTADOS DURANTE A COLETA DE DADOS**

Os desafios encontrados durante a coleta de dados foram muitos. Desde a fase inicial, de não conseguir contato com algumas pessoas, pois não atendiam às ligações ou os números estavam desatualizados, até receber as recusas. Na parte das entrevistas também houve situações que dificultaram um pouco o processo, fazendo com que a entrevistadora tivesse que se adaptar.

Dentre as fragilidades, pode-se citar o tempo de realização das entrevistas. Tendo em vista que foram aplicados um questionário e mais de um Instrumento, por se tratar de um Projeto, tornaram-se longos alguns momentos, especialmente devido as dispersões dos entrevistados. Também, houve algumas entrevistas realizadas com a presença de familiares, por vontade dos próprios entrevistados, resultando na interferência dos mesmos, influenciando nas respostas dos respondentes, tornando desconfortável para a pesquisadora.

Ainda, destaca-se a questão do deslocamento, que influenciou pois, a pesquisadora deslocou-se até os domicílios para realizar algumas entrevistas. Tendo em vista que o território possui bairros mais afastados da ESF e, levando em consideração o período de chuvas, tornou o processo mais complicado. Não há transporte disponível para tal atividade, portanto, além da distância, a questão climática interferiu negativamente.

Referente ao Diário Alimentar, instrumento que foi entregue a cada um dos entrevistados para preenchimento em casa, a próprio punho, houve a dificuldade no entendimento de alguns, devido ao não entendimento da caligrafia.

Com os demais Instrumentos aplicados, foi observado também que estes causaram uma certa inquietação nos entrevistados, talvez por serem extensos e alguns exigirem respostas mais específicas dos mesmos.

Com relação às potencialidades observadas, pode-se destacar o contato mais próximo e, conseqüentemente, o vínculo criado com os usuários, o que certamente os aproxima mais ainda da ESF. Também, a possibilidade de, através deste trabalho, conhecer melhor as fragilidades existentes na população, possibilitando, a partir das experiências vivenciadas, pensar em meios assertivos de manejar algumas situações, assim como a própria intervenção.

Por fim, o Projeto num todo, tem extrema importância e relevância para o serviço, para o município e demais profissionais. Possibilitou identificar as fragilidades a serem trabalhadas, visando ofertar uma melhor adesão ao tratamento com consequente melhora nas condições de vida dos indivíduos. Para a pesquisadora, foi também uma possibilidade de crescer profissionalmente, por desenvolver um trabalho na área da saúde, proporcionando maior conhecimento e experiências.

#### **4. RELATO E DESCRIÇÃO DA INTERVENÇÃO**

Após o processamento dos dados, será realizada a intervenção através de um Grupo terapêutico, como forma de educação em saúde. Este, será formado por três encontros presenciais, na ESF de atuação das pesquisadoras, com duração média de 2 horas cada e abordará as principais fragilidades identificadas no trabalho, sobre o manejo da doença. As pesquisadoras realizarão o convite aos entrevistados e após isto, os participantes com frequência maior que 75%, serão convidados para uma nova entrevista.

Ao final, será entregue uma cartilha informativa contendo as principais orientações abordadas àqueles que aderirem ao grupo, a qual estará disponível também aos profissionais da equipe, principalmente às ACS, que poderão utilizar para difundir o conhecimento e ampliar as informações.

#### **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E ENCERRAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO**

O trabalho de campo teve início no dia 12/05/2023 e término no dia 19/07/2023. Contou com 30 usuários entrevistados do território da ESF de atuação.

Este trabalho foi intenso e desafiante em todos os sentidos. Por ter sido a primeira experiência da pesquisadora, desta forma, com este tipo de abordagem, houveram momentos de insegurança, dúvidas, questionamentos, mas que, no decorrer das coletas de dados, foram se dissipando com o amadurecimento na aplicação das entrevistas.

Foi enriquecedor este tipo de experiência, que proporcionou uma imersão no mundo da pesquisa, um contato mais próximo com os usuários, permitindo conhecer seus hábitos alimentares, atividades e lazer, a forma com que lidam com a doença e de que modo encaram o tratamento. Ainda, possibilitou a troca de conhecimentos não só com profissionais envolvidos no trabalho, bem como com os próprios entrevistados, pois suas crenças e valores foram respeitados.

Por fim, não há dúvidas de que uma pesquisa, seja ela qual for, sempre é uma boa ferramenta de aprendizado no mundo acadêmico, por permitir que o profissional se desafie, experimente novas técnicas e desenvolva um olhar mais crítico, científico e, ao mesmo tempo, humano. Portanto, foi muito válido este trabalho e que seja impulsionador de várias outras intervenções positivas na área da saúde, no município.

## **CAPÍTULO IV. ARTIGO CIENTÍFICO**

**O Artigo será encaminhado para avaliação na Revista Saúde e Sociedade.**

### **ADESÃO AO TRATAMENTO EM USUÁRIOS COM DIABETES *MELLITUS* TIPO II: CUIDADO FARMACÊUTICO EM UMA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

#### **ADHERENCE TO TREATMENT IN USERS WITH TYPE II DIABETES MELLITUS: PHARMACEUTICAL CARE IN A FAMILY HEALTH STRATEGY**

Marielli Beffart<sup>1</sup>

Thaís Scalco<sup>2</sup>

Renata dos Santos Rabello<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Farmacêutica, residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

<sup>2</sup> Farmacêutica, Mestre em Assistência farmacêutica, Preceptora no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

<sup>3</sup> Docente e Orientadora do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo, RS.

## RESUMO

**Objetivo:** Descrever o impacto do cuidado farmacêutico, por meio do serviço de educação em saúde, na adesão ao tratamento em usuários com Diabetes *mellitus* tipo II atendidos na Atenção Primária à Saúde. **Método:** Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, quasi-experimental, do tipo antes-depois, de caráter descritivo, realizado através da intervenção educativa conduzida por meio de um Grupo terapêutico com 30 indivíduos adultos diagnosticados com a doença, cadastrados em uma Estratégia Saúde da Família no Sul do Brasil. Aplicaram-se questionários sociodemográfico e de condições de saúde, além do Instrumento Brief Medication Questionnaire, de avaliação de adesão, antes e após a intervenção. Os dados obtidos foram duplamente digitados em banco de dados no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística foi realizada no programa Microsoft Excel e constituiu-se de uma estatística descritiva. Para avaliação do cuidado farmacêutico com as demais variáveis estudadas, a análise foi feita de forma descritiva, de acordo com o observado antes e após a intervenção grupal. **Resultados:** Dos 30 participantes da pesquisa, 56,7% foram mulheres, com idade média de 62 anos, cor da pele branca (80%), casadas (60%), aposentadas (73,4%), com ensino fundamental incompleto (63,3%), com tempo de diagnóstico da doença em média há 8 anos e apresentaram como comorbidades hipertensão arterial sistêmica (83,3%), hipercolesterolemia (46,7%), hipertrigliceridemia (33,3%) e ansiedade (30%). Após a educação em saúde, foram entrevistados 6 usuários que compareceram à dois, dos três encontros, da intervenção grupal. Destes, 66,7% foram do sexo feminino, com idades entre 54 e 71 anos, cor da pele predominantemente branca (83,3%), viúvos (66,7%), aposentados (50%), com uma média de 2 filhos e ensino fundamental incompleto (66,7%). Observou-se, apesar da baixa participação na intervenção proposta, diferença nos escores obtidos pelo Instrumento aplicado, demonstrando maior adesão, melhor entendimento dos usuários aos medicamentos e ao tratamento indicado, sendo positiva a intervenção realizada, através do cuidado farmacêutico e prática de educação em saúde.

Palavras-chave: Farmacêutico; Diabetes Mellitus Tipo 2; Educação em saúde; Adesão ao tratamento; Cuidados farmacêuticos.

## SUMMARY

**Objective:** To describe the impact of pharmaceutical care, through the health education service, on adherence to treatment in users with type II Diabetes mellitus treated in Primary Health Care. **Method:** This is a quantitative study, almost experimental, before-after type, descriptive in nature, carried out through an educational intervention conducted through a therapeutic group with 30 adult individuals diagnosed with the disease, registered in a Family Health Strategy in Southern Brazil. Sociodemographic and health condition questionnaires were applied, in addition to the Brief Medication Questionnaire Instrument, to assess adherence, before and after the intervention. The data obtained were double entered into a database using the Epidata version 3.1 program (free distribution). Statistical analysis was carried out using the Microsoft Excel program and consisted of descriptive statistics. To evaluate pharmaceutical care with the other variables studied, the analysis was carried out descriptively, according to what was observed before and after the group intervention. **Results:** Of the 30 research participants, 56.7% were women, with an average age of 62 years, white skin color (80%), married (60%), retired (73.4%), with incomplete primary education (63.3%), with disease diagnosis time on average 8 years ago and presented as comorbidities systemic arterial hypertension (83.3%), hypercholesterolemia (46.7%), hypertriglyceridemia (33.3%) and anxiety (30%). After health education, 6 users who attended two of the three group intervention meetings were interviewed. Of these, 66.7% were female, aged between 54 and 71 years, predominantly white skin color (83.3%), widowed (66.7%), retired (50%), with an average of 2 children and incomplete primary education (66.7%). It was observed, despite the low participation in the proposed intervention, a difference in the scores obtained by the applied instrument, demonstrating greater adherence, better understanding of users regarding the medicines and the indicated treatment, with the intervention carried out being positive, through pharmaceutical care and educational practice in health.

**Keywords:** Pharmacist; Type 2 Diabetes Mellitus; Health education; Adherence to treatment; Pharmaceutical care.

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), como o diabetes, câncer, doenças cardiovasculares e respiratórias, são responsáveis por praticamente metade das mortes registradas no Brasil. Somente no ano de 2019, a porcentagem de óbitos registrados por DCNT foi de 54,7% e 11,5% por agravos. Causadas por uma série de fatores envolvendo as condições de vida dos indivíduos, hábitos não saudáveis como o consumo de álcool, tabagismo, alimentação inadequada e sedentarismo, podem comprometer ainda mais a qualidade de vida dos acometidos (BRASIL, 2021).

A Diabetes *mellitus* (DM), doença que atinge cada vez mais pessoas, com números alarmantes todos os anos, é um sério problema de saúde pública. De acordo com a Federação Internacional de Diabetes (IDF), no ano de 2021, 537 milhões de adultos entre 20 a 79 anos viviam com a doença, ou seja, 1 em cada 10 pessoas. Há previsão de que este número dispare para 643 milhões no ano de 2030 e 783 milhões em 2045. A doença, que causou 6,7 milhões de mortes em 2021, foi também responsável por gerar US \$966 bilhões em gastos com saúde nos últimos 15 anos, representando um aumento de 316%. Percebe-se que a grande maioria das pessoas acometidas vivem em países de baixa e média renda (IDF, 2021).

A Atenção Primária, principal porta de entrada e comunicação dos usuários com a Rede de Atenção à Saúde e centro de articulação do Sistema Único de Saúde (SUS) com os usuários, promove o acolhimento, a escuta e desenvolve ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, juntamente de uma equipe multiprofissional, de forma multidisciplinar, através do vínculo, da continuidade e integralidade do cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Ao desenvolver programas e ações, leva em consideração as diversidades e necessidades individuais e coletivas. No estado do Rio Grande do Sul, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida como modelo prioritário para garantir o acesso de sua população ao SUS. Atualmente, conta com uma cobertura de Atenção Primária à Saúde de aproximadamente 68% da população (GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL, s.d).

O farmacêutico, inserido na Atenção Primária, é apto para atuar no cuidado ao usuário com diabetes, realizando um trabalho integral com a equipe multiprofissional de saúde, atuando não só na dispensação de medicamentos, como também na orientação sobre o uso correto, alertando sobre os efeitos adversos e atentando as possíveis interações medicamentosas. Ainda, este profissional pode e deve participar ativamente das atividades

relacionadas à educação em saúde, através de Grupos terapêuticos, encontros, rodas de conversa com a equipe e usuários do território (BRASIL, 2014).

Os serviços farmacêuticos dizem respeito às várias atividades com vistas à prevenção de doenças e promoção de saúde. O Cuidado farmacêutico, termo muito abordado atualmente, é o modelo de prática relacionado aos serviços farmacêuticos. É utilizado para descrever uma série de atribuições do farmacêutico desenvolvidas com o paciente, família e comunidade, com a finalidade de promover melhor qualidade de vida aos indivíduos. Envolve a educação em saúde, rastreamento e gestão da condição de saúde; a dispensação, conciliação, monitorização e orientação quanto ao uso racional de medicamentos; revisão e acompanhamento farmacoterapêutico e realização de ações integradas em saúde, direcionadas não só ao usuário, como também aos demais profissionais (CONASEMS, 2021; CFF, 2016).

A adesão refere-se à pessoa seguir corretamente as recomendações recebidas de um profissional, desde que concorde com elas, e envolve o uso de medicamentos e mudanças de estilo de vida (WHO, 2003). A baixa adesão ao tratamento, principalmente medicamentoso, pode trazer consequências, como falha terapêutica, desperdício de recursos e hospitalização (BRASIL, 2016).

Desta forma, torna-se necessário acompanhar as pessoas com doenças crônicas, identificando falhas na adesão que podem comprometer o tratamento. Com isso, a pesquisa-intervenção teve como objetivo avaliar o impacto do cuidado farmacêutico, por meio do serviço de educação em saúde, na adesão ao tratamento em usuários com DM II atendidos na Atenção Primária à Saúde.

## 2. MÉTODO

Este trabalho é um recorte de um projeto maior intitulado “Análise da situação de saúde de portadores de Diabetes *mellitus* em um município do norte gaúcho”. Trata-se de um estudo de natureza quantitativa, quasi-experimental, do tipo antes-depois, de caráter descritivo. Realizado de maio a novembro de 2023, contou com usuários do território de uma ESF, localizada no município de Marau, região Sul do Brasil, que convivem com DM II, organizados em um único grupo, não havendo grupo controle.

A pesquisa foi realizada seguindo três etapas principais: coleta de dados através da aplicação de questionários e Instrumento, por meio de entrevista; grupo terapêutico composto por três encontros e reaplicação do Instrumento após a realização do grupo. O convite aos usuários foi realizado previamente, por meio de contato telefônico e pessoalmente, com

auxílio das agentes comunitárias de saúde (ACS), as quais fizeram o primeiro contato, convidando-os a participar da pesquisa.

A coleta de dados, etapa inicial, ocorreu entre maio a julho de 2023, com a aplicação do Questionário sociodemográfico e de condições de saúde, além do Instrumento Brief Medication Questionnaire (BMQ).

O BMQ é um Instrumento validado, utilizado para avaliar a adesão ao tratamento, a partir da perspectiva da pessoa entrevistada, como forma de autorrelato. Divide-se em três domínios que identificam barreiras à adesão quanto ao regime, às crenças e à recordação em relação ao tratamento medicamentoso.

É composto por questões que abordam a utilização dos medicamentos pelo indivíduo na última semana, solicitando nome, dose, número de dias que utilizou os fármacos, doses esquecidas, como o indivíduo julga que seus medicamentos funcionam e se esses causam algum incômodo, de forma que sejam relatados e classificados conforme a intensidade, sendo: muito; um pouco ou muito pouco. Além disso, o Instrumento cita uma lista de problemas relacionados aos medicamentos, para que o entrevistado julgue como esses problemas o afetam, tais como: abrir ou fechar e ler o que está escrito na embalagem; lembrar de tomar e conseguir os medicamentos, e tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo; como opções de respostas sendo: muito difícil; um pouco difícil ou não muito difícil (Ben *et al.*, 2012)

Ao final, apresenta uma parte a ser preenchida pelo próprio pesquisador, o qual permite anotar, através das respostas, características relacionadas ao entrevistado, gerando escores que são a soma da pontuação obtida em cada domínio. Classifica os indivíduos conforme o número de respostas positivas, como: alta adesão (0), provável alta adesão (1), provável baixa adesão (2) e baixa adesão (3 ou mais) em qualquer domínio (Ben *et al.*, 2012).

As entrevistas aconteceram na ESF e nos domicílios, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados. Duraram, em média, quarenta minutos e, em algumas, houve a participação de familiares, por preferência dos usuários.

A segunda etapa, compreendida pela intervenção, se deu através do Grupo terapêutico. Realizado na ESF, no mês de setembro de 2023, foi composto por três encontros presenciais divididos por temas: “Diabetes *mellitus*: mudança de hábitos, aspectos biopsicossociais e tratamento medicamentoso”; “Diabetes *mellitus* e alimentação” e “Diabetes *mellitus* e a prática de atividade física”. Diante de cada tema, foram abordadas as principais demandas identificadas na coleta de dados, como a dificuldade relacionada ao uso dos medicamentos e a aceitação da doença, os impactos causados por esta na qualidade de

vida, dúvidas relacionadas à alimentação, no geral, além das limitações na realização de atividade física.

Os encontros constituíram-se de um formato roda de conversa. Participaram profissionais da própria ESF, farmacêuticas, psicólogas e enfermeiras, como também, convidadas externas, nutricionista e educadora física. Isso permitiu que os indivíduos trouxessem suas experiências, compartilhassem seus conhecimentos e questionamentos pertinentes, os quais foram esclarecidos com uma linguagem compreensível ao público-alvo.

Ainda, foi realizada orientação acerca do uso correto de medicamentos, da alimentação saudável e da prática regular de atividade física, com exercícios e alongamentos fáceis de serem realizados no próprio domicílio. Ao final, foi entregue uma cartilha orientativa, como parte da intervenção e cuidado farmacêutico, sobre dicas e cuidados com medicamentos, além da abordagem voltada aos demais temas.

A terceira e última etapa, composta da reavaliação do Instrumento BMQ, foi realizada no mês de novembro de 2023 e contou com seis entrevistados que participaram de, pelo menos, dois dos encontros do Grupo terapêutico. Foi realizada com a finalidade de comparação dos dados, para verificar se houve diferença percentual antes e depois da intervenção.

Os dados obtidos foram duplamente digitados em banco de dados criado no programa Epidata versão 3.1 (distribuição livre). A análise estatística foi realizada no programa Microsoft Excel e constituiu-se de uma estatística descritiva. Para avaliação do cuidado farmacêutico com as demais variáveis estudadas, a análise foi feita de forma descritiva, de acordo com o observado antes e após a intervenção grupal.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos, com parecer n.º 5.964.101 e Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) n.º 67478623.5.0000.5564.

### **3. RESULTADOS**

A ESF possuía 186 pessoas cadastradas, diagnosticadas com DM até o momento da seleção da amostra, sendo que 108 possuíam DM II. Foram excluídos aqueles que faziam uso de insulina e que não possuíam condições cognitivas para compreensão e seguimento da pesquisa. Foram incluídos, portanto, 88 usuários cadastrados na ESF, com diagnóstico de DM II, com idade igual ou superior a 18 anos. Destes, foram entrevistados 30 usuários que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com predominância do

sexo feminino, sendo 17 mulheres (56,7%) e 13 homens (43,3%), com idades entre 43 e 87 anos, uma média de 62 anos.

Com relação aos demais dados sociodemográficos, constatou-se a prevalência de pessoas com cor da pele branca (80%), casadas (60%), naturais do interior do Estado (93,4%), com ensino fundamental incompleto (63,3%), aposentados (73,4%), com renda de até um salário-mínimo (43,3%) e, em média, dois filhos. Sobre as medidas antropométricas, observou-se uma média de peso de 80,4 Kg, altura de 1,62 cm, circunferência abdominal de 105,7 cm e IMC de 30,4, ou seja, prevalência de obesidade entre os participantes.

A respeito do questionário de condições de saúde, observou-se que, entre as comorbidades referidas, prevaleceram a hipertensão arterial sistêmica (HAS) (83,3%), hipercolesterolemia (46,7%), hipertrigliceridemia (33,3%) e ansiedade (30%). No que se refere à média de tempo de diagnóstico das doenças prevalentes, observou-se que os indivíduos convivem com a HAS há 11 anos; hipercolesterolemia há 9; hipertrigliceridemia há 7; ansiedade há 6 e, com a DM, há 8 anos, em média.

Quanto ao Instrumento BMQ, em relação aos medicamentos utilizados pelos entrevistados na última semana, os principais referidos foram o ácido acetilsalicílico (AAS); anlodipino; enalapril; glibenclamida; hidroclorotiazida; losartana; metformina; metoprolol; omeprazol e sinvastatina, sendo a metformina o antidiabético oral mais utilizado (90%).

Dentre todos os participantes, 80% falharam em listar espontaneamente os medicamentos prescritos, ou seja, não sabiam os nomes e dosagem, sendo necessário ter a receita em mãos para ditar os fármacos utilizados. Contudo, identificavam os medicamentos pela cor e/ou formato do comprimido e, desta forma, indicavam para que utilizavam, mesmo não sabendo nomeá-los.

A polifarmácia caracteriza-se como o uso habitual de 5 ou mais medicamentos, sendo eles prescritos ou não (WHO, 2019). Nota-se que a maior parte dos participantes fazem uso da polifarmácia (66,7%), recebendo múltiplas doses dos medicamentos diariamente, principalmente para HAS e DM. Do total entrevistado, 86,7% referem não haver esquecimento de doses e 53,3% julgam que os medicamentos utilizados funcionam bem, enquanto que 40% refere não saber responder ou que não funciona bem, para, pelo menos, um dos medicamentos utilizados.

Sobre os possíveis problemas causados pelos medicamentos, 70% dos entrevistados responderam que sua medicação não causa problemas, enquanto que 30% responderam que sim. Os problemas referidos foram dor de cabeça (muito pouco); azia (um pouco); diarreia, tontura, náuseas, mal-estar, fraqueza, poliúria, edema e ardência nos olhos (muito),

relacionados aos medicamentos escitalopram, hidroclorotiazida, metformina, sinvastatina e sulfato de glicosamina+sulfato de condroitina. A maior porcentagem encontrada (33%), está relacionada ao antidiabético metformina, por provocar diarreia, tontura, fraqueza e mal-estar nos indivíduos.

No que diz respeito às dificuldades que os entrevistados às vezes tem com seus medicamentos, listados como: abrir ou fechar a embalagem; ler o que está escrito na embalagem; lembrar de tomar todo medicamento; conseguir o medicamento e tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo, com opções de respostas sendo: muito, um pouco e não muito difícil, apenas 13% dos entrevistados referiu como não muito difícil, enquanto que os demais (83%) referiram um pouco ou muito difícil para, pelo menos, um de seus medicamentos utilizados.

Dentre as adversidades citadas, as principais foram relacionadas à leitura da embalagem (64%), devido às letras pequenas, principalmente para aqueles com dificuldade visual que usam óculos; e problemas para conseguir os medicamentos (40%), para os fármacos não disponíveis na farmácia básica do município, os quais possuem alto custo, ou mesmo quando há faltas.

Sobre lembrar de tomar todo o medicamento e tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo, 24% apontaram dificuldades relacionadas às múltiplas doses e ao tamanho dos fármacos, pois, quando os comprimidos e cápsulas são grandes, causam engasgos. Abrir ou fechar a embalagem foi apontado como problema (20%) por levar à quebra de alguns comprimidos, principalmente os mais pequenos, pois muitas vezes acabam esfarelando e fazendo com que pedaços da embalagem se desprendam.

Os escores obtidos pelo BMQ estão representados, em porcentagem, na tabela 1:

Tabela 1 - Escores obtidos pelo Instrumento BMQ

<b>Escores</b>	<b>Regime</b>	<b>Crenças</b>	<b>Recordação</b>
<b>Alta adesão (nenhuma)</b>	13,3%	40%	3,3%
<b>Provável alta adesão (1)</b>	30%	43,3%	16,7%
<b>Provável baixa adesão (2)</b>	26,7%	16,7%	80%
<b>Baixa adesão (3 ou mais)</b>	30%	0	0

Fonte: Elaboração própria

Observou-se prevalência de baixa adesão no domínio regime (56,7%) e recordação (80%), demonstrando a dificuldade do usuário em aderir à terapia medicamentosa. Já para o domínio crenças, prevaleceu provável alta adesão (83,3%), sugerindo não haver barreiras de crenças, pelos indivíduos, na terapêutica indicada.

Acerca da educação em saúde, realizada por meio da intervenção grupal, todos os 30 entrevistados foram convidados a participar do Grupo terapêutico, tendo a presença, respectivamente, de 5 usuários no primeiro encontro; 10 no segundo e 6 no terceiro. Para avançar para a terceira etapa, dando seguimento na pesquisa, foram selecionados os indivíduos que compareceram a pelo menos dois dos encontros, totalizando 6 pessoas.

Os convites a participar do Grupo, foram realizados presencialmente, via contato telefônico e através de convite impresso, entregue aos usuários pelas ACS. A maioria não atendeu às chamadas, logo, não retornaram. Alguns confirmaram mas não compareceram; outros alegaram ter compromissos e não conseguir participar. Portanto, percebeu-se a baixa participação na intervenção proposta.

O Grupo terapêutico foi constituído de três encontros realizados em dias alternados. O primeiro, teve como tema “Diabetes *mellitus*: mudança de hábitos, aspectos biopsicossociais e tratamento medicamentoso”, onde participaram as farmacêuticas, enfermeiras e psicólogas da ESF. Nessa primeira oportunidade, as enfermeiras falaram um pouco sobre a DM, suas causas, sintomas, consequências e tratamento. As farmacêuticas trouxeram os principais medicamentos utilizados, modo de uso, cuidados, efeitos adversos, descarte correto e demais orientações, bem como ressaltaram a importância de aderir ao tratamento para controle da doença.

As psicólogas abordaram questões mais subjetivas, relacionadas à como os indivíduos enxergavam a DM e que estratégias utilizavam para lidar com os obstáculos provenientes desta condição. Realizaram a escuta e acolheram as angústias e percepções negativas quanto às dificuldades apontadas.

Para o segundo encontro, que teve como tema “Diabetes *mellitus* e alimentação”, foi convidada uma nutricionista, externa à ESF. A mesma focou na alimentação saudável, adequada à manutenção de níveis de carboidratos, proteínas e glicose na dieta, trazendo dicas sobre melhores opções de alimentos, produtos e temperos, quais devem ser evitados e como estes influenciam na DM.

Já o terceiro, “Diabetes *mellitus* e a prática de atividade física”, contou com a presença de uma educadora física, também convidada externa. Esta falou sobre a importância da atividade física e exercícios como auxiliar no tratamento da DM e de outras doenças, bem

como para melhora da saúde física e apresentou uma série de práticas corporais possíveis de serem realizadas, principalmente em casa, para os usuários, sozinhos ou com familiares.

Percebeu-se que as maiores dúvidas trazidas pelos participantes do Grupo foram em relação à alimentação e ao tratamento medicamentoso, as quais foram discutidas e sanadas, de forma prática, respeitando suas crenças e conhecimentos. Além disso, foram entregues materiais educativos na forma de cartilhas orientativas, com conteúdo sobre cuidados gerais com medicamentos, alimentação e ressaltando a importância de manter a atividade física como aliada a esses aspectos, visando o controle da doença, prevenção de agravos e promoção de saúde.

A nova coleta de dados foi realizada um mês após a finalização do Grupo terapêutico, entre outubro e novembro de 2023, através da reaplicação do Instrumento BMQ de avaliação da adesão, com posterior análise e comparativo das informações.

Foram entrevistados os 6 usuários que compareceram a dois, dos três encontros, da intervenção grupal. Destes, 4 eram do sexo feminino (66,7%) e 2 do sexo masculino, com idades entre 54 e 71 anos, cor da pele predominantemente branca (83,3%), viúvos (66,7%), aposentados (50%), com uma média de 2 filhos e ensino fundamental incompleto (66,7%). Convivem com a DM há 6,8 anos, em média, e apresentam as seguintes comorbidades: ansiedade (66,6%), em média há 6,6 anos; HAS (50%) há 14,3 anos, em média; doença cardíaca (33,3%) há 10,5 anos; hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia (33,3%) em média há 5,5 e 9 anos.

Em relação ao Instrumento BMQ, ao ser reaplicado, manteve-se a porcentagem de polimedicados - 66,7% - ao que, 50%, referiram não haver esquecimento de doses de medicamentos e apenas para 16,7% houve esquecimento de, pelo menos, uma dose. Quando questionados sobre como os medicamentos funcionam, apenas 16,7% dos entrevistados referiram não funcionar bem ou não saber responder.

Não houve relatos de incômodos causados pelos medicamentos e, quanto aos demais listados, 83,3% dos usuários referiram ter dificuldade para algum item, sendo essas: ler o que está escrito na embalagem (100%); abrir ou fechar a embalagem (40%) e conseguir o medicamento (40%). A prevalência das adversidades observadas justificaram-se pelo tamanho pequeno das letras e dos comprimidos; pela indisponibilidade de alguns fármacos na farmácia básica do município e às faltas frequentes de alguns.

Dos 6 entrevistados, houve a troca de medicamentos para 2 deles, ocasionando aumento das dificuldades que não foram referidas na primeira coleta. Para um deles, as dificuldades diminuíram e, para outro, permaneceram iguais.

Os escores obtidos na reaplicação do BMQ estão representados, em porcentagem, na tabela 2:

TABELA 2 - ESCORES OBTIDOS NA REAPLICAÇÃO DO INSTRUMENTO BMQ

<b>Escore</b>	<b>Regime</b>	<b>Crenças</b>	<b>Recordação</b>
<b>Alta adesão (nenhuma)</b>	33,3%	100%	0
<b>Provável alta adesão (1)</b>	33,3%	0	16,7%
<b>Provável baixa adesão (2)</b>	0	0	83,3%
<b>Baixa adesão (3 ou mais)</b>	33,3%	0	0

Fonte: Elaboração própria.

Na reaplicação do Instrumento, foi observado prevalência de provável alta adesão ao domínio regime (66,6%), alta adesão ao domínio crenças (100%) e provável baixa adesão ao domínio recordação (83,3%), ou seja, indicando não haver barreiras de crenças dos usuários na eficácia do tratamento e provável alta adesão ao tratamento prescrito.

#### 4. DISCUSSÃO

Em relação a caracterização da população estudada, nota-se semelhança com outros estudos realizados, em que o perfil sociodemográfico das pessoas que convivem com a DM demonstra maior prevalência de mulheres, casadas, aposentadas, com ensino fundamental incompleto e renda de até 1 salário-mínimo (Dos Santos *et al.*, 2022; Borba *et al.*, 2018).

A baixa adesão à terapia medicamentosa, observada principalmente na primeira etapa da pesquisa, se verificou também em outros estudos realizados e os motivos podem estar ligados à falta de informação sobre a DM e o tratamento; bem como à polifarmácia, problemas visuais e baixa escolaridade (De Sá *et al.*, 2021; Arrelias, 2015).

A aplicação do BMQ é uma importante ferramenta para estimar a adesão ao tratamento. Demais pesquisas desenvolvidas utilizando o mesmo Instrumento, avaliaram a adesão de pessoas com hipertensão e doenças crônicas, demonstrando que as possíveis causas da baixa adesão podem estar relacionadas à polimedicação, ao esquema terapêutico complexo

e à dificuldade de obtenção dos medicamentos. Esses achados corroboram com o estudo realizado e mostram a necessidade de se planejar ações de melhorias, como adequação da assistência farmacêutica, do atendimento multidisciplinar e do ajuste da terapêutica (Ben *et al.*, 2012; Tavares *et al.*, 2016).

Contudo, este Instrumento não deve ser único na avaliação da adesão, pois não é específico para determinada doença e não é considerado “padrão ouro”, necessitando da aplicação de mais instrumentos ou ferramentas para uma melhor análise. Mesmo que a pessoa seja classificada como aderente ou não aderente, em algum domínio, isso não necessariamente está relacionado com o fato de ela tomar ou não os medicamentos corretamente. Neste estudo foi visto que 80% dos entrevistados falharam em listar espontaneamente os medicamentos utilizados, porém, conseguem identificá-los pela cor e formato, o que vai de encontro ao apresentado por França e colaboradores, 2020, que demonstraram que 75,3% dos pacientes entrevistados não conseguiram nomear seus medicamentos mas conseguiam identificá-los pelas características físicas (França *et al.*, 2020).

Mesmo que os participantes da segunda fase da pesquisa tenham sido em número inferior aos da primeira e as comparações não correspondam à totalidade, foram observadas diferenças. A respeito dos escores, percebeu-se melhorias, indicando provável alta adesão ao tratamento medicamentoso e não havendo barreiras de crença na terapêutica pelos indivíduos. Essas diferenças podem estar relacionadas com o maior entendimento dos usuários sobre os medicamentos utilizados e o tratamento indicado, a partir das intervenções individuais e coletivas realizadas (Barros *et al.*, 2020).

No Grupo terapêutico, foram abordados aspectos relacionados à terapia, doença e mudanças de estilo de vida, com o intuito de esclarecer dúvidas, compartilhar conhecimento e contribuir para uma melhor adesão. Diversos estudos mostram que intervenções educativas em saúde, são fundamentais para auxiliar as pessoas com doenças crônicas a terem uma percepção maior sobre a doença e a necessidade de mudanças de hábitos. Essa é uma maneira positiva, que pode ser utilizada pelos profissionais, ao trabalharem os aspectos que envolvem autocuidado e demais formas de controle das doenças (Morais *et al.*, 2023).

O trabalho com grupos, além de ser um espaço de aprendizagem e transformação, permite também a interação entre as pessoas. Quando conduzido de forma adequada e dinâmica, promove a abertura ao diálogo, à compreensão; encoraja o indivíduo a falar sobre seus anseios, compartilhando angústias e necessidades; convida-o a refletir sobre seu papel diante da doença e a repensar suas atitudes. Com isso, oportuniza o desenvolvimento da

autonomia e estimula a participação dessas pessoas em Grupos, visando o compartilhamento de conhecimentos sobre o manejo e controle da DM (Almeida; Soares; 2010).

Ademais, foram elaborados materiais didáticos visuais orientativos, entregues aos participantes ao final dos encontros. Estes continham os medicamentos utilizados referidos no momento da entrevista, com informações sobre como tomar, efeitos adversos e cuidados, além de uma cartilha, desenvolvida de maneira a auxiliar a fixar o conhecimento abordado durante a intervenção grupal. A cartilha orientativa é um exemplo de instrumento que pode ser utilizado na educação em saúde dos indivíduos, por conter informações importantes sobre o manejo e controle de doenças, sendo auxiliar aos profissionais na prevenção de agravos e promoção de saúde (Fiorini *et al*, 2022).

O cuidado farmacêutico foi desenvolvido desde o início da pesquisa. Já na aplicação dos questionários, foram observadas as dificuldades dos usuários em relação à terapia proposta, além de seus questionamentos referentes aos medicamentos, modo de uso, horário, interações e demais demandas. Ao verificar tais situações, a pesquisadora procedeu com as devidas orientações, tendo em vista que faz parte do cuidado farmacêutico prezar pela segurança do paciente. Está incluso nos serviços farmacêuticos a identificação de problemas relacionados à farmacoterapia, e o profissional deve, desta forma, seguir com as orientações, evitando que resultem em problemas maiores, como falha terapêutica e abandono do tratamento (CONASEMS, 2021).

O farmacêutico é indispensável na equipe multiprofissional. Os serviços farmacêuticos desenvolvidos neste estudo, como as orientações, intervenções e demais práticas educativas, demonstram as habilidades desse profissional em atuar na prevenção de doenças e agravos e promoção de saúde. Diversos trabalhos e revisões bibliográficas reforçam este papel, mostrando que o farmacêutico, inserido na Atenção Primária, auxilia na qualificação da assistência farmacêutica, contribuindo para o uso racional de medicamentos, redução de gastos, promovendo segurança e qualidade de vida às pessoas (Batista; Batista, 2023; De Barros *et al.*, 2020; Mello; Pauferro, 2020).

Alguns aspectos observados limitaram a pesquisa, como o tamanho amostral. Dos 88 usuários elegíveis para o estudo, foi possível entrevistar somente 30, pela dificuldade de contatar os demais e devido às recusas recebidas. Também na recoleta, participaram somente 6 indivíduos. Esse número reduzido de entrevistados pode levar a uma menor precisão nos resultados encontrados e não fornecer informações suficientes e representativas da população estudada.

Outra limitação a ser pontuada, relaciona-se com a confiabilidade nas respostas obtidas pelo Instrumento BMQ. Por tratar-se de autorrelato, há o viés de poder haver esquecimento e confusão nas informações prestadas pelos entrevistados. Ainda, o fato de a pesquisadora atuar na ESF de abrangência dos usuários leva a reflexões, gerando questionamentos sobre a veracidade das respostas, devido ao contato prévio com estes e conhecimento de algumas condições não referidas no momento da entrevista.

Por fim, salienta-se o período de realização da pesquisa, desde a coleta, intervenção grupal e recoleta. Este curto espaço de tempo pode ter influenciado nos resultados, visto que, do contrário, poderia se ter maior oportunidade de explorar as fragilidades identificadas e trabalhá-las, através do acompanhamento aos usuários, obtendo maiores mudanças decorrentes das ações de promoção à saúde e monitoramento destas.

## **5. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A pesquisa desenvolvida visou descrever o impacto do cuidado farmacêutico, por meio do serviço de educação em saúde, na adesão ao tratamento em usuários com DM II, atendidos na Atenção Primária à Saúde. Apesar do tamanho amostral diminuído, possibilitou conhecer as pessoas que convivem com a doença, identificar suas fragilidades e desenvolver o cuidado farmacêutico junto da equipe multiprofissional. Permitiu, desta forma, contribuir para maior adesão à terapia medicamentosa, proporcionando clareza a respeito do tratamento.

Ressalta-se a importância da pesquisa para os indivíduos implicados e profissionais da ESF a que estão vinculados. Além dos benefícios percebidos e citados anteriormente, destaca-se o fortalecimento do vínculo, o qual aproxima usuários e profissionais, melhorando a comunicação, confiança e aceitação das orientações e intervenções propostas.

Recomenda-se a realização de mais trabalhos como esse, que consigam abranger um maior número de indivíduos, de forma a obter informações mais precisas. Além disso, é extremamente relevante o seguimento da pesquisa, para que o acompanhamento aos usuários continue, observando as mudanças decorrentes das intervenções e permitindo o planejamento constante de ações voltadas à educação e promoção de saúde.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Shirley Pereira de; SOARES, Sônia Maria. Aprendizagem em grupo operativo de diabetes: uma abordagem etnográfica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1123-1132, 2010.

ARRELIAS, Clarissa Cordeiro Alves et al. Adesão ao tratamento do diabetes mellitus e variáveis sociodemográficas, clínicas e de controle metabólico. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 315-322, 2015.

BARROS, Débora Santos Lula; SILVA, Dayde Lane Mendonça; LEITE, Silvana Nair. Serviços farmacêuticos clínicos na atenção primária à saúde do Brasil. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, 2020.

BATISTA, Rejaine Vieira; BATISTA, Regina Vieira. A importância da atuação do farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. **Ciências da Saúde**, Ed. 120, 2023.

BEN, Angela Jornada; NEUMANN, Cristina Rolim; MENGUE, Sotero Serrate. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, p. 279-289, 2012.

BORBA, Anna Karla de Oliveira Tito et al. Fatores associados à adesão terapêutica em idosos diabéticos assistidos na atenção primária de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 953-961, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas e Agravos não Transmissíveis no Brasil 2021-2030**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022\\_2030.pdf](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/doencas-chronicas-nao-transmissiveis-dcnt/09-plano-de-dant-2022_2030.pdf). Acesso em: 18 nov. 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Caderno 1 - Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Brasília, DF, 2014. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos\\_farmaceuticos\\_atencao\\_basica\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/servicos_farmaceuticos_atencao_basica_saude.pdf). Acesso em: 24 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Síntese de evidências para políticas de saúde: adesão ao tratamento medicamentoso por pacientes portadores de doenças crônicas**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Brasília, DF, 2016. 52 p. : il. ISBN 978-85. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese\\_evidencias\\_politicas\\_tratamento\\_medica\\_mentoso.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sintese_evidencias_politicas_tratamento_medica_mentoso.pdf). Acesso em: 10 de dezembro de 2023.

BRITO, Gabriela Menezes Gonçalves de et al. Qualidade de vida, conhecimento e atitude após programa educativo para Diabetes. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, p. 298-306, 2016.

CONASEMS – CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. **Instrumento de Referência dos serviços farmacêuticos na Atenção Básica**. Brasília, 2021. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2021/09/Instrumento-de-referencia-serv-farmacuticos.pdf>. Acesso em: 07 de janeiro de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. **Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade. Contextualização e arcabouço conceitual**. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. 200 p. : il. ISBN 978-85-89924-20-7. Disponível em: [https://www.cff.org.br/userfiles/Profar\\_Arcabouco\\_TELA\\_FINAL.pdf](https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf). Acesso em: 20 de Janeiro 2024.

DE SÁ, Eliziane Mallane Rosa et al. ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DE INDIVÍDUOS COM DIABETES CADASTRADOS NO HIPERDIA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE BAIANA. **Revista Contexto & Saúde**, v. 21, n. 44, p. 54-67, 2021.

DOS SANTOS, Patrícia Tavares et al. Fatores que interferem na adesão ao tratamento do Diabetes Mellitus tipo 2. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e29711124861, 2022.

DOS SANTOS, Wallison Pereira. Enfoques metodológicos utilizados en intervenciones educativas dirigidas a personas con diabetes mellitus. **Revista Enfermería Actual en Costa Rica**, n. 38, p. 18, 2020.

FIORINI, Fernanda et al. Desenvolvimento de uma cartilha de cuidados e orientações para pacientes diabéticos insulínodpendentes. **Pensar Acadêmico**, v. 20, n. 2, p. 521-534, 2022.

FRANÇA, Patrícia de Oliveira; SALES, Igor Magalhães; PEZZIN, Mateus Fregona. Utilização do Brief Medication Questionnaire na avaliação da adesão de pacientes iniciantes em terapia antirretroviral. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 6, p. 5228-5240, 2019.

GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. Atenção Básica do RS. **Divisão da Atenção Primária à Saúde**. Porto Alegre, RS. 2022. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/divisao-da-atencao-primaria-a-saude>. Acesso em: 19 nov. 2022.

IDF - International Diabetes Federation. **IDF Diabetes Atlas**. 10 ed., 2021. Disponível em <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>. Acesso em: 05 out. 2022.

MELO, Ronald Costa; PAUFERRO, Márcia Rodriguez Vásquez. Educação em saúde para a promoção do uso racional de medicamentos e as contribuições do farmacêutico neste contexto. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 5, p. 32162-32173, 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 2017.

MORAIS, Huana Carolina Cândido et al. Efeito de intervenções educativas na autoeficácia de idosos da zona rural com doenças crônicas. **Rev Enferm UFPI**, p. e3974-e3974, 2023.

TAVARES, Noemia Urruth Leão et al. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies. Evidence for action. World Health Organization, 2003. Disponível em: <file:///C:/Users/Acer/Downloads/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Eng-2003.pdf>. Acesso em 18 de janeiro 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication Safety in Polypharmacy. Technical Report. Geneva: World Health Organization; 2019. Disponível em: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2024.