

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO**  
**CAMPUS BAIXADA SANTISTA**  
**Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde**

**NINA ROSA SANTOS CRUZ**

**DIABETES E HIPERTENSÃO:  
(RE) PENSANDO O CUIDADO FARMACÊUTICO  
NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES DE CUBATÃO**

**SANTOS**

**2021**

**NINA ROSA SANTOS CRUZ**

**DIABETES E HIPERTENSÃO:  
(RE) PENSANDO O CUIDADO FARMACÊUTICO  
NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES DE CUBATÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino e Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Fernanda Petrolí Frutuoso

**SANTOS  
2021**

Ficha catalográfica elaborada por sistema automatizado  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

C957d SANTOS CRUZ, NINA ROSA .  
DIABETES E HIPERTENSÃO: (RE) PENSANDO O CUIDADO  
FARMACÊUTICO NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES DE  
CUBATÃO. / NINA ROSA SANTOS CRUZ; Orientadora  
Profª. Drª. Maria Fernanda Petroli Frutuoso;  
Coorientador . -- Santos, 2021.  
115 p. ; 30cm

Dissertação (Mestrado Profissional - Pós-graduação  
Ensino em Ciências da Saúde) -- Instituto Saúde e  
Sociedade, Universidade Federal de São Paulo, 2021.

1. atenção secundária à saúde, . 2. cuidado  
farmacêutico. 3. educação em saúde. 4. rodas de  
conversa. I. Frutuoso, Profª. Drª. Maria Fernanda  
Petroli, Orient. II. Título.

CDD 610.7

Bibliotecária Daianny Seoni de Oliveira - CRB 8/7469

# **NINA ROSA SANTOS CRUZ**

## **DIABETES E HIPERTENSÃO: (RE) PENSANDO O CUIDADO FARMACÊUTICO NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES DE CUBATÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Ensino em Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo – Campus Baixada Santista, para obtenção do título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Data de aprovação: 05 de fevereiro de 2021.

### **BANCA EXAMINADORA**

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. MARIA FERNANDA PETROLI FRUTUOSO

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. LÚCIA DA ROCHA UCHÔA-FIGUEIREDO

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. WALBER TOMA

Instituição: Universidade Santa Cecilia

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup>. JANARA DE CAMARGO MATOS

Instituição: Centro Paula Souza - Faculdade de Tecnologia da Praia Grande

Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. DANIELA CAETANO GONÇALVES - SUPLENTE

Instituição: Universidade Federal de São Paulo

Assinatura: \_\_\_\_\_

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho as pessoas que me deram o mais valioso de todos os presentes: a Vida. Em especial àquela que me deu a base para ser a pessoa que sou, que me ensinou sobre coragem, caráter, respeito e dignidade, mostrando que em um mundo cheio de indiferença e maldade, o que sempre prevalece é o amor, a verdade e a fé.

A esta grande mulher que sempre esteve ao meu lado, me apoiando, instruindo e incentivando, vibrando silenciosa, a cada conquista, a cada descoberta.

A essa pessoa insubstituível que, por sua capacidade de lutar, me ensinou a apaixonar-me pela vida. Um eterno,

Muito Obrigado,  
Minha Mãe!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por mais uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional.

À minha família, em especial à minha mãe, que é responsável pelo que hoje sou e caminha comigo, me encorajando a superar obstáculos e mediar situações.

Ao meu grande companheiro e amante, parceiro de grandes jornadas, por seu carinho e compreensão durante aqueles dias de plena dedicação a este trabalho.

Às minhas irmãs Daniella, Natashy e Sarah que suportaram minhas iras e lágrimas me ajudando a transformar projetos em realidade.

Aos meus sobrinhos, Luis Felipe e Vinícius que tiveram papel importante na construção dessa pesquisa e, a pequena Pietra, que com seu encanto de criança tornou mais leve todo esse trajeto.

Aos amigos que estiveram comigo durante minha caminhada, que deram o apoio necessário para vencer e transpor qualquer obstáculo.

Aos colegas deste mestrado que a cada aula transformaram esta experiência acadêmica numa trajetória de grande aprendizado.

Agradeço a todos os professores que, por sua sabedoria, dedicação e didática, contribuíram para construção do conhecimento.

Aos membros da banca de arguição, Janara, Lucia, Walber e Daniela que, com sua colaboração contribuíram para tornar este trabalho cada vez mais rico.

A minha orientadora que, mesmo distante, me fez perceber o quanto sou capaz de caminhar sozinha. Obrigada.

Aos gestores e profissionais da unidade de estudo que de alguma forma se fizeram presentes para desenvolvimento desta pesquisa.

A todos os vinte e sete participantes das rodas de conversa que, com suas falas e percepções, tornaram esta pesquisa mais um exemplo da potencialidade das atividades coletivas de cuidado farmacêutico.

Agradeço também, a Adriana, Audra, Elenice, Fabiano, Juçara, Maria Silvia, Rosemeire e Tatiana, anjos que cruzaram o meu caminho.

Enfim, a todos o meu carinhoso,

Muito obrigado!

## EPÍGRAFE

“...E assim como o ouro, pelo fogo vais passar,  
E o que tem de melhor o fogo vai revelar.  
Ainda que chores, tu vencerás,  
só aquele que perde sabe também ganhar.  
Segue adiante, sem olhar atrás,  
vive cada dia e nada mais.  
E o que vier tu vencerás,  
Só tu tens a chave, abres ou fecharás”

Pe. Fábio de Mello

## LISTA DE ABREVIATURAS

AF	Assistência farmacêutica
ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CFE	Conselho Federal de Farmácia
CONASS	Conselho Nacional de secretários de Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes <i>mellitus</i>
DM2	Diabetes <i>mellitus</i> tipo 2
ETEC	Escola técnica
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
LIACC	Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PA	Pressão arterial
PRM	Problemas relacionados à medicamentos
PSF	Programa de Saúde da Família
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
RAS	Redes de Atenção à Saúde
SOAP	Sistema de registro de prontuários
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
UBS	Unidade básica de saúde
USF	Unidade de saúde da família

## RESUMO

O acesso à saúde a partir de 1988 passou a ser um direito social, pautado em legislações que garantem universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde, encontrando na Atenção Básica e na Atenção Especializada, subsídios que assegurem a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado e a participação social. Neste universo, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre as queixas mais frequentes dos serviços de saúde, fatos estes que mostram a necessidade do trabalho interprofissional e da adoção de ações de assistência e atenção farmacêutica, para identificação precoce dos fatores de risco. O cuidado farmacêutico facilita a adesão da terapia, garantindo a qualidade e a integralidade da assistência. Neste diálogo, o usuário, protagonista do cuidado é encorajado a exercer suas potencialidades e construir, por si mesmo, estratégias e alternativas para evolução do tratamento. Esta pesquisa propôs uma intervenção de educação em saúde, para diabéticos e hipertensos atendidos no Serviço de especialidades de Cubatão, construída por meio de rodas de conversa, contribuindo para ampliação da integralidade do cuidado em saúde e atuando como um dispositivo de percepção do cuidado farmacêutico, no âmbito do atendimento do SUS. Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, que buscou fazer um levantamento do perfil dos participantes e entender, através de rodas de conversa, como as pessoas avaliam sua experiência com medicamentos, como definem seu problema de saúde e quais opiniões, sentimentos e significados contribuem para esse processo. Os dados coletados na pesquisa responderam os objetivos do estudo, ao permitir uma análise do cuidado farmacêutico prestado na unidade estudada, fornecendo subsídios para implementar um conjunto de ações de Atenção farmacêutica, visando melhorar a qualidade nos atendimentos, otimizar a gestão de medicamentos e entender como diabéticos e hipertensos percebem o seu tratamento. As trocas vivenciadas durante as rodas de conversa colocaram em foco as lacunas e possibilidades observadas com a inclusão de atividades coletivas no serviço, permitindo ainda, a construção de um produto técnico fundamentado no uso de folhetos informativos, dinâmicas e recursos lúdicos, como estratégias para promover a adesão e continuidade do tratamento.

**Palavras-chave:** atenção secundária à saúde, cuidado farmacêutico, educação em saúde, rodas de conversa.

## ABSTRACT

Access to health from 1988 onwards became a social right, based on laws that guarantee universality of access at all levels of health care, finding in Primary Care and Specialized Care subsidies that ensure accessibility, bonding, continuity of care and social participation. In this universe, chronic non-communicable diseases (NCDs) are among the most frequent complaints from health services, facts that show the need for interprofessional work and the adoption of assistance and pharmaceutical care actions, for the early identification of risk factors. Pharmaceutical care facilitates adherence to therapy, ensuring quality and comprehensive care. In this dialogue, the user, the protagonist of care, is encouraged to exercise his potential and build strategies and alternatives for the evolution of treatment. This research proposed a health education intervention for diabetics and hypertensive patients attended at the Cubatão Specialty Service, built through conversation circles, contributing to the expansion of comprehensive health care and acting as a perception device for pharmaceutical care, within the scope of SUS service. It is an exploratory qualitative study, which sought to survey the profile of the participants and understand, through conversation circles, how people evaluate their experience with medicines, how they define their health problem and what opinions, feelings and meanings contribute to this process. The data collected in the research answered the objectives of the study, by allowing an analysis of the pharmaceutical care provided in the studied unit, providing subsidies to implement a set of pharmaceutical care actions, aiming to improve the quality of care, optimize medication management and understand how diabetics and hypertensive patients perceive their treatment. The exchanges experienced during the conversation rounds focused on the gaps and possibilities observed with the inclusion of collective activities in the service, also allowing the construction of a technical product based on the use of informative leaflets, dynamics and playful resources, as strategies to promote adherence and continuity of treatment.

**Keywords:** secondary health care, pharmaceutical care, health education, conversation circles.

## SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	iv
AGRADECIMENTOS .....	v
EPÍGRAFE .....	vi
RESUMO.....	viii
ABSTRACT .....	ix
SUMÁRIO.....	x
BREVE TRAJETÓRIA.....	12
1. INTRODUÇÃO .....	14
2. OBJETIVOS .....	16
2.1 Objetivo geral .....	16
2.2 Objetivos específicos .....	16
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	17
3.1 Redes de atenção à saúde e as doenças crônicas .....	17
3.2. Linhas de cuidado .....	24
3.2.1. Cuidado na hipertensão e diabetes .....	26
3.3 Cuidado farmacêutico .....	29
3.3.1 Experiências exitosas de cuidado farmacêutico .....	37
3.3.2 Cuidado farmacêutico no diabetes e hipertensão .....	39
3.4 Grupos na educação em saúde .....	44
3.5 Rodas de conversa .....	46
3.6 Cenário da pesquisa e público alvo.....	49
4. METODOLOGIA.....	52
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	56
5.1 Perfil dos participantes .....	56
5.2 A análise qualitativa das rodas de conversa .....	61
5.2.1 Apropriação da doença, cuidado e tratamento.....	65
5.2.2 Estratégias e dificuldades no manejo e uso dos medicamentos .....	70
5.2.3 Grupos como ferramenta para o cuidado: potencialidades e fragilidades .....	73
5.2.4 Rodas de conversa, ferramenta para o cuidado farmacêutico? .....	77
5.2.5 Oportunidades e deslocamentos das intervenções em saúde .....	80

5.3 Produto técnico – caderneta para o cuidar.....	82
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	84
REFERÊNCIAS.....	86
ANEXO 1 – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA .....	99
APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO – ETAPA 1.....	106
APÊNDICE 2: ROTEIRO DE DISCUSSÃO INICIAL – RODA DE CONVERSA.....	107
APÊNDICE 3 – PRODUTO TÉCNICO: CADERNETA PARA O CUIDAR .....	108
APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	110

## **BREVE TRAJETÓRIA**

Nasci em fevereiro de 1975, em Feira de Santana – BA. A partir dos dez anos passei a residir em Santos, onde cursei parte do ensino fundamental e o ensino médio completo em escola pública. Sempre sonhei em fazer medicina, ser pediatra, mas, as condições financeiras me levaram a caminhos diferentes. Comecei a trabalhar aos dezoito anos e tive a benção de ter em minha caminhada pessoas que me encorajaram a lutar pelos meus sonhos e objetivos. Pessoas que me incentivaram a ser parte do que hoje sou.

Apaixonada pela área de saúde ingressei no curso de Farmácia e Bioquímica da Universidade Católica de Santos. Iniciando minha carreira em farmácia privada, passando pelas áreas de homeopatia, manipulação e drogaria, período que fiz cursos de aperfeiçoamento em Cosmetologia e pós-graduação em Homeopatia. Após treze anos de formada vivi a experiência do desemprego, momento em que fiz a matrícula no curso de Tecnologia de Processos Químicos na FATEC, Faculdade de Tecnologia da Praia Grande, na expectativa de aumentar meu leque de conhecimentos e oportunidades de recolocação no mercado de trabalho.

Ainda sem trabalhar, encontrei nos corredores da faculdade uma colega do curso de farmácia, que me convidou para participar de um processo seletivo para contratação de professores para formação de técnicos de farmácia. A partir daí, a vida seguindo seu fluxo, me ofereceu uma nova oportunidade no setor de farmácia e abriu as portas para uma nova profissão.

Hoje, me sinto realizada como farmacêutica e lisonjeada em participar da construção de saberes de futuros colegas de profissão, como docente da ETEC, Escola Técnica de Praia Grande. Há seis anos me tornei Servidora Pública Municipal na função de Especialista de Saúde I – Farmacêutico-Bioquímico, no município de Cubatão, coordenando o serviço de farmácia da unidade de urgência e emergência e, atualmente faço parte do quadro de profissionais que atuam no Serviço de especialidades do município.

Feliz com minhas escolhas, mas inquieta com algumas situações vivenciadas ao longo de minha trajetória no setor de farmácia, julguei ser importante complementar e atualizar meu perfil profissional e acadêmico, investindo numa formação que leve em conta, além de requisitos puramente profissionais e técnicos,

aquisição de novas experiências que possam ser aplicadas no desempenho das minhas funções. Assim, me propus o desafio de ingressar no mestrado profissional da Unifesp e numa pós-graduação EAD em Formação Pedagógica para Educação Profissional de nível médio, buscando encontrar subsídios para desenvolver um trabalho de análise da construção do papel social e profissional dos indivíduos inseridos na área de saúde, a partir conhecimentos, diferenças e desigualdades.

Considerando que a participação do farmacêutico no cuidado em saúde, de forma colaborativa com a equipe de saúde e com o usuário, melhora a eficiência e os resultados do uso de medicamentos, o interesse em construir esta pesquisa surgiu da necessidade de conhecer as pessoas com diabetes e hipertensão que procuram atendimento no Serviço de Especialidades de Cubatão, identificando suas queixas de saúde para assim, ampliar e qualificar o rol de atividades desenvolvidas pela farmácia, consolidando os vínculos entre os serviços e a população da unidade.

Para desenvolver esta pesquisa escolhi a Roda de Conversa como uma ferramenta de interação entre “quem dar e quem recebe o cuidado”, como forma de estimular a construção da autonomia dos sujeitos, valorizando os processos coletivos e experiências vivenciadas em uma comunidade durante o seu processo de transformação do cuidado em saúde.

## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a saúde se tornou um rico nicho de mercado, tendo o medicamento e as novas tecnologias de diagnóstico como objeto de consumo na relação cura-doença, ganhando cada vez mais destaque, com o envelhecimento progressivo da população. Nesse segmento, empresas com serviços direcionados ao atendimento ambulatorial, fisioterapia, cuidados com idosos, medicamentos e de venda de planos de previdência complementar e de saúde vem ocupando lugar de destaque.

Quando pensamos no tratamento das doenças crônicas, os medicamentos aparecem como um importante recurso terapêutico. No entanto, o uso de forma inadequada, com pausas ou interrupções do tratamento, pode reduzir a efetividade terapêutica, favorecendo o desenvolvimento de interações medicamentosas, reações adversas e intoxicações, além de comprometer a efetividade das ações em saúde. (BRASIL, 2009; BRASIL, 2014).

Neste cenário, criar estratégias para promover um novo olhar sobre a percepção do cuidado, tem sido um grande desafio no processo de construção da relação saúde/doença.

Estratégias que devem superar o modelo assistencial e medicalizante vigente no país, uma vez que, a medicalização diminui a autonomia em saúde-doença das populações, gerando um aumento na demanda dos serviços de saúde, consistindo em um relevante desafio para o Sistema Único de Saúde – SUS. (TESSER, 2006).

Em 2018, em um novo relatório, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indicou que no Brasil em 2017 as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) foram responsáveis por 56,9% do total de óbitos na população entre 30 a 69 anos. Destas, o diabetes *mellitus* (DM) e a hipertensão arterial (HAS) estão entre as DCNT responsáveis por diversas complicações orgânicas, estando diretamente relacionadas com o sobrepeso, obesidade e dislipidemias, bem como, a fatores de risco, como tabagismo, alimentação não saudável, sedentarismo e o consumo nocivo de álcool. (MALTA et al, 2011; SCHIMIDT et al, 2011; WHO, 2018).

Todavia, a identificação e o tratamento destes fatores de risco como parte da prevenção, inaugura uma nova era na saúde pública, centrada na intervenção individual, que transforma grande número de sadios em doentes e gera intervenções em assintomáticos, que passam a necessitar do uso de medicamentos, fato que

contribui para a expansão do mercado farmacêutico e incentiva a polifarmácia, podendo reduzir a qualidade de vida, sobretudo em idosos, gerando mais iatrogenias aumentando os custos para a sociedade e para os serviços de saúde, ao converter pessoas saudáveis em pacientes crônicos. (FULTON; ALLEN, 2005; TESSER, 2017).

Neste contexto, uma das estratégias para discutir, qualificar e redirecionar as atividades em saúde, no sentido de evitar o excesso de medicalização e de danos iatrogênicos foi organizar o SUS em Redes de Atenção à Saúde (RAS), coordenadas e orientadas pela Atenção Básica em Saúde (ABS). (BRASIL, 2011).

Neste ambiente, para restaurar a qualidade do serviço farmacêutico em Cubatão, esta pesquisa optou pelo uso de atividades coletivas, como ferramenta para analisar o cuidado farmacêutico, por estas proporcionarem a troca de experiências e aprendizados, possibilitando verificar como as pessoas avaliam sua experiência com medicamentos, como definem seu problema de saúde e quais opiniões, sentimentos e significados contribuem para esse processo.

Recentemente, várias pesquisas acadêmicas confirmaram que a adoção de intervenções farmacêuticas pode gerar redução de custos, aprimorar a qualidade do cuidado ao paciente e a segurança em relação à terapia medicamentosa, além de, aumentar os níveis de adesão ao tratamento, identificando e prevenindo erros de medicação. (ARAÚJO et al, 2017).

A pesquisa organizada em seis capítulos insere o leitor no contexto do cuidado em saúde que vem sendo proposto pelo SUS, fornecendo exemplos de ações coletivas de saúde para diabéticos e hipertensos, que justifiquem os objetivos do estudo.

Ao longo dos capítulos, a dissertação explora dados sobre as ações de cuidado farmacêutico, sinalizando as etapas essenciais para este processo e as experiências vividas no trajeto, apresentando as lacunas, dificuldades e potencialidades encontradas para inserção de atividades coletivas em unidades de saúde, legitimando assim, as hipóteses ou suposições citadas na pesquisa.

A dissertação também traz um resumo do produto técnico elaborado a partir dos resultados e necessidades apresentadas durante a pesquisa.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o cuidado farmacêutico para hipertensos e diabéticos atendidos no Serviço de Especialidades de Cubatão, São Paulo, com vistas a fortalecer os espaços coletivos de educação em saúde em equipamentos de atenção secundária a saúde.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever o perfil dos usuários que utilizam o serviço estudado e apresentam algum tipo de doença crônica;
- Conhecer os tipos de medicações utilizados, os níveis de adesão aos tratamentos propostos e formas de cuidado em saúde;
- Promover por meio de rodas de conversa atividades que contribuam para integralidade do cuidado farmacêutico que conduzam ao aumento da adesão ao tratamento medicamentoso e às mudanças do estilo de vida, repercutindo na melhora dos níveis pressóricos e glicêmicos;
- Elaborar um produto técnico que estimule a corresponsabilização pelo cuidado e tratamento.

### **3. REFERENCIAL TEÓRICO**

#### **3.1 Redes de atenção à saúde e as doenças crônicas**

O acesso à saúde a partir de 1988 passou a ser um direito social, pautado em princípios e diretrizes instituídos pela Lei 8.080/1990, que garantem universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde, com participação da comunidade, ofertando a população brasileira uma estrutura de saúde pública capaz de receber e acolher os usuários de forma hierarquizada e organizada por níveis de complexidade. (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Entretanto, as marcantes desigualdades regionais e constantes transformações das condições de saúde, em decorrência das doenças infecciosas e parasitárias, do envelhecimento, do aumento da morbidade e da mortalidade por causas externas, trouxeram para o SUS, ao longo de sua história, o desafio de se adaptar as novas demandas pela atenção à saúde. (VIACAVA et al, 2018).

A criação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 permitiu ampliar a cobertura em saúde, trazendo um novo olhar sobre a promoção de saúde, a prevenção e cuidado às doenças. Já, em 2004, com o objetivo de assegurar o acesso aos usuários e a comunidade a serviços farmacêuticos de qualidade, que contribuíssem para o uso racional dos medicamentos, foi criada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. Política esta, que inseriu o farmacêutico no campo de cuidados das pessoas e definiu a assistência farmacêutica como componente essencial dos programas e serviços de saúde. (CNS, 2004).

Entre as adversidades citadas, as DCNT e os cuidados continuados, figuram categorias que suplicam dos serviços públicos de saúde um novo olhar para atender esta realidade, uma vez que, requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre levam à cura. (MERHY, 2002).

Neste processo, as tecnologias leves são responsáveis pelas relações que perpassam pelos processos de acolhimento, vínculo e atenção integral, entre trabalhadores, gestores e usuários, tendo suas ações voltadas a promoção e recuperação da saúde, prevenção das doenças e humanização do atendimento. As leve-duras, baseadas na construção do conhecimento, por meio de saberes estruturados e as duras focadas no uso dos recursos materiais, instrumentos,

normas e equipamentos tecnológicos, para condução e complementação de diagnósticos. (MERHY, 2002).

Estimativas da OMS sobre a evolução das DCNT revelaram que, em 2017 estas foram responsáveis por 72,0% das causas de óbitos no mundo, com destaque, para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%), atingindo indivíduos de todas as camadas socioeconômicas. Elas são responsáveis por grande um número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade. (ANDRADE et al, 2013; WHO, 2018).

O diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial estão entre as DCNT responsáveis por complicações cardiovasculares, encefálicas, renais e vasculares periféricas, estando diretamente relacionadas à epidemia de sobrepeso, obesidade e dislipidemias. No Brasil, uma pesquisa realizada no período entre 2006 e 2018, indicou que a prevalência de diabetes passou de 5,5% para 7,4% e a hipertensão arterial subiu de 22,6% para 24,5%. (SCHMIDT et al, 2011; BRASIL, 2019).

Fatos estes que indicam a necessidade do trabalho de uma equipe interprofissional e a adoção de ações centradas na intervenção individual e coletiva, para identificação precoce dos fatores de risco, trazendo ao SUS, o desafio de criar estratégias para discutir, qualificar e redirecionar as atividades médicas e sanitárias, de uma forma que sejam coordenadas e orientadas pela ABS, para assim, promover o fortalecimento do usuário e a atenção centrada nas pessoas. (VIACAVA et al, 2018).

Neste sentido, a Portaria nº 4.279, de 2010, estabeleceu diretrizes para a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas regiões de saúde e aperfeiçoar o funcionamento político institucional do SUS, com vistas a assegurar ao usuário um conjunto de ações e serviços, com diferentes densidades tecnológicas que integradas visem à efetividade, eficiência e integralidade do cuidado. (BRASIL, 2010).

As RAS configuram organizações de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única e por uma ação cooperativa e interdependente. Este modelo, coordenado pela atenção primária à saúde, permite ofertar uma atenção contínua e

integral a determinada população, com intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas, com responsabilidades sanitárias e econômicas. (MENDES, 2011)

Com este intuito, a segunda edição da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) vem reforçar que a ABS deve assegurar a acessibilidade, o vínculo e a continuidade do cuidado, se fundamentando como a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a RAS, com a responsabilidade de garantir a integralidade da atenção, a humanização, a equidade, a responsabilização e a participação social. (BRASIL, 2011a).

Entretanto, entendendo que o cuidado de usuários com doenças crônicas deve acontecer de forma integral e, que essa atenção integral só é possível se o cuidado for organizado em redes integradas e regionalizadas, de forma a trazer melhores resultados para os indicadores de saúde. (BRASIL, 2011a; MENDES, 2011).

Neste caminho, o Brasil elabora em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, cujo objetivo foi promover a implantação, o desenvolvimento e a manutenção de políticas públicas efetivas, integradas e sustentáveis, estabelecendo linhas de cuidado para diabetes e hipertensão, baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. (BRASIL, 2012).

A estrutura operacional das redes de atenção à saúde é dividida em cinco componentes: a atenção primária à saúde (APS); os pontos de atenção secundários e terciários (serviços especializados e atenção hospitalar); os sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde); os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde. (BRASIL, 2011a).

A ABS ou APS, por seu caráter estratégico tem potencial para identificar as necessidades de saúde da população e realizar a estratificação de riscos estando apta a subsidiar a organização do cuidado em toda a rede, uma vez que é o ponto de atenção com maior capilaridade e proximidade com a população. (BRASIL, 2017).

Nos pontos de atenção ambulatorial especializada, o cuidado às pessoas com doenças crônicas deve ser complementar e integrado à atenção básica, de forma que a tarefa do cuidado seja uma responsabilidade solidária de profissionais da ABS

e de especialistas, superando a atuação fragmentada e isolada, sendo essencial estabelecer e negociar responsabilidades e garantir a comunicação e transferência segura do cuidado. (MENDES, 2011).

Na Portaria nº 4.279/2010, salienta que serviços de Clínica Farmacêutica, ofertados nos diferentes pontos de atenção à saúde devem propiciar o uso racional dos medicamentos de forma integrada, contínua, segura e efetiva para o indivíduo, a família e a comunidade, descrevendo a Assistência Farmacêutica como um dos elementos constituintes das RAS, com a finalidade de disponibilizar o medicamento certo, para o usuário certo, no momento que ele precisa, com regularidade, suficiência e qualidade adequadas. (BRASIL, 2010).

Para garantir que a implantação da Rede de Atenção às Pessoas com doenças crônicas aconteça de forma efetiva, é necessário reorganizar os processos de trabalho em todos os pontos de cuidado, de modo a propiciar um cuidado integral e o trabalho interprofissional, uma vez que, a prática colaborativa e trabalho em equipe tornam a atenção à saúde mais segura, efetiva e integral, podendo contribuir para melhorar o acesso e a qualidade desta atenção. (BRASIL, 2012; PEDUZZI; AGRELI, 2018; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Neste cenário, é preciso que profissionais e equipes de um mesmo serviço colaborem entre si e que estes colaborem com profissionais e equipes de outros serviços e outros setores da rede. A partilha, a parceria, a interdependência e o poder compartilhado entre os membros, baseado no conhecimento e experiência, em detrimento das funções ou títulos devem estar entre as premissas dos envolvidos nesse processo. (PEDUZZI; AGRELI, 2018; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Neste caminho, o acolhimento, a atenção centrada na pessoa e na família, o cuidado continuado, a atenção interprofissional e o projeto terapêutico singular devem funcionar como agentes transformadores do cuidado, sendo continuamente acompanhados por processos de regulação e apoio matricial, que favoreçam a condução para o autocuidado. (MENDES, 2012).

O apoio ao autocuidado deve ser ofertado, de forma a manter contato com os usuários que precisam de acompanhamento diferenciado, como após a alta hospitalar decorrente do processo de agudização de uma condição crônica, ou como forma de acompanhar aqueles com dificuldade em praticar o autocuidado, com objetivo de identificar a situação atual, suas dificuldades, conquistas e novas

soluções ou, por atividades individuais ou coletivas desenvolvidas nas unidades de atendimento. (BRASIL, 2012).

Nesse trajeto, um importante elemento para a integração das redes de saúde é um efetivo sistema de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade do serviço, entendido como mecanismo de referência e contrarreferência. (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha os usuários a um serviço de maior complexidade, para um atendimento com níveis de especialização mais complexos, como hospitais e clínicas especializadas. (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

Já a contrarreferência, quando a situação é resolvida e o usuário é encaminhado novamente ao serviço de procedência, para continuar o seu acompanhamento, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio. (MENDES, 2011; MENDES, 2012).

O serviço de referência é considerado o de maior complexidade e, o serviço de contrarreferência, o de menor complexidade, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, é mais simples.

Em Cubatão, cidade do Estado de São Paulo que compõe a Região Metropolitana da Baixada Santista, este trabalho ainda acontece de forma discreta, sendo realizado nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas Unidades de Saúde da Família (USF): serviços de contrarreferência e no Serviço Ambulatorial de Especialidades (Policlínica): serviço de referência.

Na UBS, porta de entrada e continuidade do cuidado, o munícipe recebe atendimento médico (clínico, ginecologia e pediatria), de enfermagem e farmácia. Na USF que possuem o NASF, os usuários são acompanhados pelo médico da família, enfermagem, agentes de saúde, educador físico e farmácia. Cabe destacar que, em apenas algumas UBS e USF, o farmacêutico está presente, fato que reforça a necessidade de reformular os serviços de cuidado farmacêutico ofertados na atenção secundária.

Na policlínica, unidade de atenção secundária, entre os profissionais envolvidos no cuidado estão: médicos de várias especialidades, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, técnicos de farmácia, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, além da equipe de apoio administrativo.

Neste contexto, a partir da criação das RAS, no cronograma de fluxo de atendimento, as pessoas com algum tipo de doença crônica seriam encaminhadas, pela APS, para que tenham sua situação avaliada por uma equipe interprofissional, nos serviços de atenção secundária. Após a avaliação, essas pessoas, hipertensas e diabéticas, por exemplo, com um plano de cuidado traçado pela equipe de saúde, voltariam a ser acompanhadas pela APS. (MENDES, 2012).

Mas, as rotinas vivenciadas em grande parte dos serviços de saúde, são bem diferentes. Estes mesmos doentes crônicos, seguindo o exemplo proposto acima, que consultam com o cardiologista ou endocrinologista, por meio de vagas ofertadas pela central de regulação, quando precisarem novamente de uma consulta, provavelmente não passarão com o mesmo profissional, o que pode influenciar nos processos de adesão e continuidade do cuidado.

Esta realidade indica que, apesar dos avanços constatados no Brasil no sistema público de saúde nos últimos anos, principalmente em relação à cobertura da atenção primária, ainda se observa que a organização atual da oferta desses serviços, permanece fragmentada e com pouca interação entre os diferentes níveis de atenção. (ANDRADE et al, 2019).

Com uma receita ou pedido de exame nas mãos, esses usuários, mais uma vez, entrarão na fila, seja para se consultar com outro especialista, para pegar um medicamento ou para realizar algum exame, interrompendo a sequência de cuidado preconizada com a criação das RAS.

É fato, que a organização do cuidado observada em vários municípios do país é capaz de resolver problemas ou complicações relacionados a eventos agudos, entretanto, é pouco eficaz para o cuidado das doenças crônicas que necessitam de um acompanhamento contínuo, proativo e integrado. (CONASS, 2018; ANDRADE et al, 2019).

Neste ambiente, espaços de educação em saúde com foco no diálogo e na troca de saberes, baseada em processos comunicativos, onde escutar o outro é fundamental para compreender quais as suas crenças e suas possibilidades, de modo que cada um tem muito a ensinar e muito a aprender, figuram espaços de intercâmbio de conhecimentos, técnico e populares, onde profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um novo saber sobre o processo saúde-doença. (SILVA; SILVA; LEAL, 2009).

Uma proposta desenvolvida pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2018, visando à integração da APS com a atenção ambulatorial especializada a partir de mudanças dos processos de trabalho, sobretudo os relacionados à articulação com a comunidade e ao suporte à decisão, baseados no desenvolvimento do cuidado compartilhado e autocuidado apoiado, buscou fortalecer as premissas de criação da RAS, com intuito de romper este fluxo de atendimento fragmentado ainda verificado no Brasil. (CONASS, 2018).

A ideia propôs a implantação do Laboratório de Inovações na Atenção às Condições Crônicas (LIACC), como projeto-piloto em três cidades: Curitiba (2011) no Paraná; Santo Antônio do Monte (2013) em Minas Gerais; e Tauá (2014) no Ceará, introduzindo uma renovação nos processos de organização do cuidado por meio de oficinas, entre eles, o (re) cadastramento das famílias, classificação de risco familiar, estratificação de risco individual, implantação do sistema de triagem de Manchester nas UBS, organização da agenda e programação da marcação de consultas, elaboração do plano de cuidado. (JUNIOR, 2011; CONASS, 2018).

Um estudo comparativo produzido pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES/MG) com usuários diabéticos, atendidos de forma compartilhada entre os municípios e o Centro Hiperdia Minas de Santo Antônio do Monte revelou resultados satisfatórios, quanto ao impacto financeiro da organização da rede de assistência, além de relatar dados positivos, nos parâmetros de satisfação do usuário e dos profissionais envolvidos com o modelo de atenção às condições crônicas, adotado pela SES/MG. (JUNIOR, 2011)

Pesquisa realizada em 2016, buscou entender as possibilidades e limitações da atenção integral preconizada pela RAS, ao avaliar a implementação da linha de cuidado para HAS e DM na região de Taubaté/SP. A proposta mostrou os desafios para alcançar a integralidade da atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus, apontando a necessidade de investimentos nos processos da macro e micropolítica, sinalizando insuficiências na organização da rede de serviços, coordenação do cuidado pela ABS, além de falhas no uso e adoção de protocolos, bem como, de práticas que estimulem a vinculação e responsabilização do cuidador. (VENANCIO; ROSA; BERSUSA; 2016).

Ambos, estudos demonstram a alta cobertura da APS nos municípios analisados e o reconhecimento dos indivíduos nas UBS como pontos positivos, porém, os princípios de longitudinalidade no acompanhamento permanecem

insuficientes. Os resultados apresentados permitem afirmar que a maioria dos usuários, principalmente aqueles com diabetes acompanhados pela APS, apresentou bom controle metabólico, reforçando que o cuidado em rede gera melhora no processo e manejo das condições crônicas, sendo uma evidência positiva para a implementação das RAS no SUS. (JUNIOR, 2011; VENANCIO; ROSA; BERSUSA; 2016; ANDRADE et al, 2019).

### **3.2. Linhas de cuidado**

As linhas de cuidado definem as ações e os serviços garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde, devendo ser desenvolvidas nos diferentes pontos de atenção (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, de forma a desenhar o itinerário terapêutico dos usuários na rede. Sua normatização deve incluir ações promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas relativas à determinada doença. (MENDES, 2011).

Nas condições crônicas com coexistência de determinantes biológicos e sócio culturais, nessa construção, é fundamental a participação de profissionais dos diversos pontos de atenção da RAS e das diversas categorias profissionais, além do protagonismo dos indivíduos, suas famílias e comunidade. (BRASIL, 2010).

Este trajeto exige a capacitação contínua dos profissionais envolvidos, uma vez que, propõe mudanças das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica sobre o processo de trabalho e incorporação de novos saberes no cotidiano das equipes. (BRASIL, 2014).

Esta reflexão deve reconhecer a atenção centrada no paciente e assegurar que todos os profissionais envolvidos no cuidado tenham acesso às informações atualizadas e unificadas sobre a condição do mesmo. Peduzzi e Agreli (2018) recomenda o cuidar com as pessoas, como um elemento central da prática colaborativa interprofissional, ao invés de cuidar para as pessoas. (BRASIL, 2014; PEDUZZI; AGRELI, 2018).

O usuário com doenças crônicas procura as unidades de saúde por diversas razões, entre elas, renovação de receitas, consulta de acompanhamento, verificação da pressão e/ou glicemia, atendimento por complicações de sua condição crônica, sendo considerado um grande frequentador das UBS. Fatos que reforçam a

necessidade de se estabelecer linhas de cuidado que estimulam o vínculo, a responsabilização e a integralidade do cuidado. (BRASIL, 2014).

Lembrar que essas pessoas têm diferentes necessidades, que variam conforme seu risco, ajuda na composição de ações de promoção, prevenção e autocuidado, que favoreçam a adesão aos tratamentos. Nesse sentido, conhecer os riscos de cada usuário, ajuda as equipes de atenção à saúde a adequar suas ações, tanto individuais como coletivas, conforme as necessidades da população assistida. (BRASIL, 2019).

Através de projetos terapêuticos individualizados, as linhas de cuidado preconizadas para melhorar o cuidado ofertado aos usuários com Hipertensão Arterial e do Diabetes *Mellitus*, visam o tratamento adequado, a prevenção de sequelas e o diagnóstico precoce como ferramentas para diminuir o número de internações, com recomendações que permeiem todos os serviços, e que contribuam para a autonomia dos usuários. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

Constituem publicações reunidas no formato de Cadernos de Atenção Básica, elaboradas pelo Ministério da Saúde em parceria com as secretarias estaduais e municipais de saúde, com objetivo de reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos, diretrizes e rotinas de trabalho. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2009).

Estas orientações também estabelecem metas de cuidado relacionadas à alimentação, atividades físicas, cuidados com fatores de risco e uso de práticas integrativas e complementares no SUS, além de fornecer subsídios para implantação do cuidado farmacêutico e processos de educação em saúde. (BRASIL, 2001; BRASIL, 2019).

Para os usuários com diabetes e hipertensão, a educação deve ser parte essencial do tratamento, abrangendo informações sobre as consequências do DM e HAS, reforçando a importância da alimentação como parte do processo, além de, esclarecer sobre credices, mitos e alternativas populares de tratamento, desfazendo temores, inseguranças e ansiedade do paciente. (BRASIL, 2001).

O Ministério da Saúde preconiza para estas pessoas com doenças crônicas, o cuidado integral e humanizado, orientando que estas ações não devem estar centradas exclusivamente nos médicos, mas sim, articuladas com enfermeiros, farmacêuticos clínicos, fisioterapeutas, nutricionistas e terapeutas ocupacionais, com

a expectativa de ampliar as estratégias de promoção e de prevenção, além do diagnóstico, do tratamento, da reabilitação e da redução de danos.

Todos os protocolos e diretrizes reforçam o uso de tecnologias leves como premissas para adoção de linhas de cuidado, uma vez que essa tecnologia estimula a produção de relações de reciprocidade e de interação, indispensáveis à efetivação do cuidado, afirmando que o acolhimento, base da tecnologia leve, direciona o estabelecimento de estratégias de atendimento e o envolvimento de trabalhadores, gestores e usuários. (MERHY, 2002).

### **3.2.1. Cuidado na hipertensão e diabetes**

Cuidar é uma característica do ser humano, com menor ou maior facilidade, todos nós em algum momento, iremos exercer essa atividade. Mas, quando falamos de cuidado, na perspectiva da atenção à saúde, do ponto de vista profissional, é importante que alguns objetivos sejam atingidos, entre eles a satisfação do usuário e a qualidade da atenção. (FEUERWERKER, 2011).

Questões como acolhimento, vínculo profissional-paciente, estrutura do serviço e profissionalismo têm repercussão direta na satisfação com os serviços, uma vez que nessa construção, usuários e profissionais, aprendem e trocam um com o outro. (COELHO; JORGE, 2009).

Estes cuidados vão desde ao direito de ser acolhido, escutado à construção do vínculo com uma equipe que se corresponsabiliza pelo cuidado, bem como, ao acesso à serviços e tecnologias que se façam necessárias.

Para pessoas com diabetes e hipertensão, há sempre uma expectativa de ser cuidado, de poder contar com uma equipe que o conheça, que ajude a diminuir seu sofrimento e ofereça serviços que proporcionem o vínculo e a responsabilização. Para o usuário, a escuta, o interesse e a informação são requisitos para construção de um plano de cuidado. (FEUERWERKER, 2011).

Para que este cuidado aconteça de forma integral, devem ser considerados aspectos relacionados ao uso das medicações prescritas e utilizadas, doses, horários, devendo também ser avaliada à alimentação (recente e eventuais exageros ou dieta restritiva), atividade física, o uso de álcool, tabaco e outras drogas, além dos problemas emocionais e sociais (BRASIL, 2001; BRASIL, 2012; BRASIL, 2014).

O plano de acompanhamento deve ser revisado pelos profissionais envolvidos e a periodicidade de contatos com a equipe de saúde ser programada de acordo com seus riscos/vulnerabilidades. Quando necessário, os envolvidos no processo de referência e contrarreferência devem providenciar o agendamento de consulta subsequente para avaliação clínica e solicitação de exames. (MENDES, 2011; BRASIL, 2016).

Ao traçar um plano de cuidado para diabéticos e hipertensos é necessário reconhecer que as pessoas têm necessidades e níveis de severidade do problema diferentes e, que sua capacidade para o autocuidado contempla aspectos socioeconômicos e culturais, além do grau de confiança e o apoio que as pessoas têm para cuidar de si mesmas. (BRASIL, 2014; BRASIL, 2016).

O objetivo de avaliar a capacidade de autocuidado e o grau de severidade de seu problema de saúde é conhecer as necessidades de cuidado de cada pessoa, para assim, planejar as melhores recomendações. Esses aspectos estão ilustrados na Figura 1, onde cada nível da pirâmide indica a estratificação desse risco e uma recomendação de ação em saúde específica. (STURMER; BIANCHINI, 2012 BRASIL, 2014).

Figura 1-Estratos de riscos e ações recomendadas para doenças crônicas



Nível de Atenção	Ação de Saúde Predominante	Exemplos de Atividades
5	Gestão de Caso	Discussão de caso, visitas domiciliares, abordagem familiar.
4	Atenção individual	Consultas sequenciais, multidisciplinares.
3	Atenção individual / compartilhada em atividade de grupo	Consultas sequenciais, multidisciplinares e/ou consulta coletiva – Particularizar conforme a necessidade individual.
2	Atenção compartilhada em atividade de grupo	Consulta Coletiva
1	Grupos de Educação em Saúde	Grupo de tabagismo, de caminhada, alimentação saudável.

Fonte: STURMER; BIANCHINI, 2012

A cor azul, extrato 1 representa as pessoas que possuem apenas os fatores de risco ligados a comportamentos e a estilo de vida, indicando situação de menor risco/vulnerabilidade, uma vez que, estas não apresentam doença estabelecida. A cor verde, extrato 2, corresponde às pessoas com baixo risco que apresentam fatores bio psicológicos estabelecidos e precisam de cuidado profissional mais dirigido. (STURMER; BIANCHINI, 2012).

O extrato 3, nível de risco intermediário na pirâmide, a condição crônica representa um risco maior. A evolução clínica determina o acompanhamento interprofissional. O extrato 4, laranja, representa pessoas que apresentam doença crônica muito complexa e insuficiente capacidade para o autocuidado, com alto risco de desenvolver complicações. Esse grupo demanda atenção individual e mais direcionada por parte dos profissionais, com consultas sequenciais realizadas por diferentes profissionais implicados no cuidado da condição de saúde. (STURMER; BIANCHINI, 2012; BRASIL, 2014).

Já o extrato 5, vermelho, ápice da pirâmide, à gravidade da condição estabelecida soma-se a insuficiente capacidade de autocuidado. Esta faixa engloba pessoas que necessitam de maior atenção profissional, devendo ser cuidadas e acompanhadas por uma equipe, prioritariamente, por meio da gestão de caso.

Nesse universo, conhecer os hábitos alimentares, às condições de vida e o histórico familiar é fundamental para identificar os fatores que possam contribuir ou prejudicar o controle metabólico ou que possam, ao longo do tempo, agravar as doenças, por isso, recomenda-se que todas as pessoas com diagnóstico recente ou em tratamento de doenças crônicas serão submetidas ao exame físico, à avaliação antropométrica para o diagnóstico do estado nutricional e à breve anamnese dos hábitos alimentares. (BRASIL, 2014).

Ademais, nas linhas de cuidado para diabéticos e hipertensos é necessário que o profissional utilize estratégias que estimulem a mudança de hábitos e conheça os recursos e atividades disponíveis na comunidade, como escolas, centros de convivência, espaços de esporte e de lazer, como ambientes presentes nas rotinas dos usuários que podem ser utilizados como dispositivos de cuidado. (BRASIL, 2014 b).

Diabéticos, hipertensos e seus familiares precisam compreender seu problema de saúde e reconhecer os sinais de alerta das possíveis complicações. É importante que estejam bem informadas sobre suas condições de saúde, motivadas

a lidar com elas e capacitadas para cumprir com o seu plano de tratamento. Neste caminho, é fundamental, saber como e onde recorrer para responder a isso, uma vez que, convivem com seus problemas diariamente por longo tempo. (BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016).

Neste ambiente, a roda de conversa, proposta de trabalho da pesquisa, por sua perspectiva dialógica e participativa, pode contribuir para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito protagonista no processo de saúde/doença/cuidado, proporcionando a melhora na eficiência e nos resultados do uso de medicamentos.

### **3.3 Cuidado farmacêutico**

O cuidado farmacêutico constitui a ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e prevenção de agravos, sendo caracterizado por conjunto de atitudes, compromissos, inquietudes, valores éticos, conhecimentos, responsabilidades e aptidões, com o objetivo de atingir resultados terapêuticos. (WHO, 2006; BRASIL, 2016).

Visa por meio dos serviços da clínica farmacêutica e atividades técnico-pedagógicas a educação em saúde e a promoção do uso racional de medicamentos prescritos e não prescritos, de terapias alternativas e complementares, voltadas ao indivíduo, à família, à comunidade e à equipe de saúde. (BRASIL, 2014b).

Esta atuação clínica promove o reencontro entre farmacêutico e usuário, exigindo do profissional novas competências para que possa novamente se responsabilizar pelo bem-estar do paciente e tornar-se um dos provedores de cuidados em saúde, no contexto do cuidado multidisciplinar. (BRASIL, 2016).

No Brasil, a inclusão da Assistência Farmacêutica (AF) no campo das Políticas Públicas deu-se por meio da publicação da Política Nacional de Medicamentos em 1998, tendo como foco e limite as atividades relacionadas aos medicamentos no País, sendo percebida apenas como um sistema logístico ou um sistema de apoio, e não como integrante do conjunto de ações e de serviços do SUS. (BRASIL, 1998).

Esta visão comercial e administrativa da farmácia e do profissional farmacêutico iniciou nas primeiras décadas do século XX com o aumento

exponencial da comercialização e utilização de medicamentos, levando a um distanciamento da farmácia com o usuário. (REZENDE, 2015).

As farmácias se tornaram no setor privado, estabelecimentos comerciais e no setor público, depósitos de medicamentos, perdendo sua concepção de estabelecimento de saúde. Essas mudanças do caráter social da farmácia promoveram uma discussão do papel da Atenção Farmacêutica junto às instituições de saúde e de educação, como uma das diretrizes principais para redefinição da atividade farmacêutica no país. (PEREIRA; FREITAS, 2008; REZENDE, 2015).

Com isso, a partir de 2004, com a intenção de estimular a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica passou a enfatizar o cuidado com as pessoas e um conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e uso racional. (CNS, 2004)

A partir de então, surge a proposta, de que, o farmacêutico, incorporado nas ações de saúde possa qualificar a atenção integral aos usuários a partir da sua prática clínica, e também potencializar ações realizadas pelos demais profissionais no que se refere ao uso racional de medicamentos, seja no âmbito da promoção, da prevenção ou da reabilitação em saúde, contribuindo para a redução de custos. (BRASIL, 2014a).

A regulamentação dessas atribuições clínicas do farmacêutico foi efetivada com a Resolução do Conselho Federal de Farmácia (CFF) nº 585/2013, estabelecendo direitos, responsabilidades e competências do farmacêutico, no âmbito de suas atividades clínicas, estando organizadas em três eixos: cuidado à saúde no âmbito individual e coletivo, comunicação e educação em saúde e gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento. (CFF, 2013).

Para tanto, foi criado o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (QUALIFAR-SUS), instituído por meio da Portaria nº 1.214, de 2012, com finalidade de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica nas ações e nos serviços de saúde, visando à atenção contínua, segura, responsável e humanizada à população brasileira. (BRASIL, 2012a).

O QUALIFAR-SUS se propõe a fortalecer a atenção a saúde desde a estruturação física, a qualificação dos recursos humanos e a disponibilização de informações que possibilitem o acompanhamento, o monitoramento e a avaliação das ações e dos serviços da Assistência Farmacêutica. (BRASIL, 2012a).

As ações preconizadas pela Política Nacional de Assistência Farmacêutica incluem o rastreamento em saúde, educação, manejo de problemas de saúde autolimitados, revisão da farmacoterapia, acompanhamento farmacoterapêutico, conciliação de medicamentos e monitorização terapêutica, bem como, elaboração de plano de cuidado em conjunto com o paciente e seguimento individual ou coletivo, realizados de acordo com a necessidade do usuário. (MENDES, 2011; CORRER; OTUKI, 2013).

A revisão da farmacoterapia permite uma análise da polimedicação, com avaliação da necessidade, efetividade e da segurança dos tratamentos e o ajuste na escolha e uso dos medicamentos e, quando possível, redução do número de comprimidos e do custo do tratamento, em articulação com o prescritor e a equipe de saúde. (BRASIL, 2001; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Para realizar uma adequada revisão, o farmacêutico deve conhecer a indicação, a dose, via de administração, frequência e duração do tratamento de cada medicamento em uso e reunir as informações clínicas necessárias para avaliar a resposta do paciente, em termos de efetividade e segurança.

Para Correr e Otuki, (2013) a utilização de Diretrizes Clínicas baseadas nas melhores evidências científicas, normalmente elaborados por entidades médicas e científicas auxiliam esse processo e, se fundamentam como documentos de orientação para conduta profissional, uma vez que, o farmacêutico deve possuir conhecimentos sólidos em farmacoterapia e sobre o manejo de condições agudas e crônicas.

Durante o acompanhamento terapêutico, o farmacêutico revê a medicação do paciente, presta orientações sobre o seu uso correto, avalia suas necessidades e, determina possíveis problemas relacionados à sua utilização, além de criar um plano de cuidado a partir das necessidades do mesmo, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento do paciente e pelos resultados clínicos obtidos. Este plano de cuidado pode incluir metas terapêuticas, intervenções farmacêuticas e/ou encaminhamento a outros profissionais e o agendamento das avaliações de seguimento. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2014).

Vale lembrar que este plano de cuidado deve ser construído junto com o usuário, com a participação de outros profissionais envolvidos no cuidado, com o objetivo de resolver e prevenir problemas relacionados ao uso de medicamentos (PRM), assegurando uma terapia medicamentosa que seja a mais efetiva e segura possível.

Este envolvimento aumenta a adesão terapêutica, fortalece os processos de autocuidado e a longo prazo aumenta as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos. Ao pactuar decisões e proporcionar escuta ativa e comunicação não verbal cria-se um ambiente de confidencialidade, onde o paciente deseja envolver-se nas decisões clínicas e conhecer que tipo de informação deseja receber. (CORRER; OTUKI, 2013).

Cabe esclarecer, que todos os dados coletados e todas as decisões pactuadas com o paciente e/ou equipe de saúde devem ser registradas, monitoradas, avaliadas e arquivadas, como orienta as Resoluções Nº 357/2001 e Nº 499/2008 do CFF em prontuários, de forma que estas informações possam ser utilizadas por todos os profissionais envolvidos no cuidado e sirvam de parâmetros para acompanhamentos futuros. (CFF, 2001; CFF, 2008).

Este processo pode ser realizado por meio do método clínico para resolução de problemas, pelo sistema de registro em prontuário conhecido como SOAP, através de consultas farmacêuticas individuais ou por meio de atividades coletivas, como oficinas, grupos focais e rodas de conversa. (SOUZA, 2017). A Figura 2 ilustra as etapas do método clínico de atenção farmacêutica.

Figura 2 - Processo de atenção farmacêutica ao paciente



Fonte: CORRER; OTUKI; SOLER, 2011.

Segundo Correr, Otuki e Soler (2011) no Brasil, entre as metodologias mais usadas está o Método de Dáder, que pode ser aplicada nas farmácias comunitárias, para todos os tipos de situações e doenças, baseando-se nos problemas de saúde apresentados pelo paciente para identificar e resolver os PRM, com o propósito de ajudar os pacientes a atingir suas metas terapêuticas e a obter o máximo benefício dos medicamentos. Serve como diretriz para documentar as atividades clínicas, uma vez que, proporciona um processo de orientação e formação continuada, com apresentação e comparação de resultados.

A identificação e resolução desses problemas são o território próprio do profissional farmacêutico, aquilo que o diferencia de outras profissões da saúde e que justifica socialmente sua prática. (CORRER; OTUKI, 2011, p. 5).

Com o acrônimo SOAP, as informações de cada consulta são anotadas em ordem cronológica (com data da consulta e tempo) e de forma definida: S – dados subjetivos do paciente, O – dados objetivos do paciente, A – avaliação farmacêutica, P – plano e condutas realizadas pelo farmacêutico. Este formato permite acompanhar o registro da evolução do paciente. (FEUERWERKER, 2011; CORRER; OTUKI, 2011).

A primeira etapa para iniciar o serviço de clínica, é a identificação do público-alvo do cuidado farmacêutico, reconhecer entre os usuários, aqueles que necessitam de cuidado e que possivelmente se beneficiarão mais diretamente do serviço, ou seja, aqueles que possuem maior risco de desenvolver danos relacionados a medicamentos. (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2014a; BRASIL, 2014b).

Esta busca ativa por pacientes realizada pelo próprio farmacêutico pode ser feita durante a dispensação de medicamentos, por meio do prontuário, em contextos onde o farmacêutico tenha acesso à história clínica do paciente, ou até mesmo, por meio de atividades coletivas, onde os diálogos permitam a identificação das necessidades e dificuldades inerentes ao manejo de medicamentos. (FEUERWERKER, 2011; ANDRADE et al, 2013).

Um bom critério de seleção leva em consideração o uso de vários medicamentos simultaneamente, com prescrições por dois ou mais médicos diferentes e, que apresentam esquemas terapêuticos complexos para o tratamento de suas condições clínicas, além da presença de várias comorbidades. Estes usuários possuem maior risco de que aconteça falha terapêutica, baixa adesão ao tratamento, interações medicamentosas, erros de medicação ou desenvolvimento de reações adversas aos medicamentos e intoxicações. (FEUERWERKER, 2011; CORRER; OTUKI, 2013).

Outro público importante são os pacientes que deixaram de adquirir qualquer dos medicamentos prescritos, por conta do custo ou dificuldade de acesso, no último ano e aqueles que precisam ir a duas ou mais farmácias diferentes, todos os meses, a fim de adquirir seu tratamento completo.

Um estudo realizado em 2003 em um pronto atendimento hospitalar, em Tubarão/SC apontou que 16% dos pacientes diagnosticados com algum tipo de DCNT tinham problemas de adesão ao tratamento, 12%, não apresentaram efetividade terapêutica, 5%, sofreram intoxicações, 4%, reações adversas e 2%, complicações pelo uso de medicamentos desnecessários. (MEDEIROS-NETTO et al, 2005).

No caso da hipertensão, um levantamento realizado na cidade de Araucária, no Paraná, constatou que a não adesão pode chegar a 60% dos usuários, sendo influenciada pela escolaridade e compreensão da doença, pelo histórico familiar de

doenças cardiovasculares e pelo tipo de combinação medicamentosa utilizada (MELCHIORS, 2008).

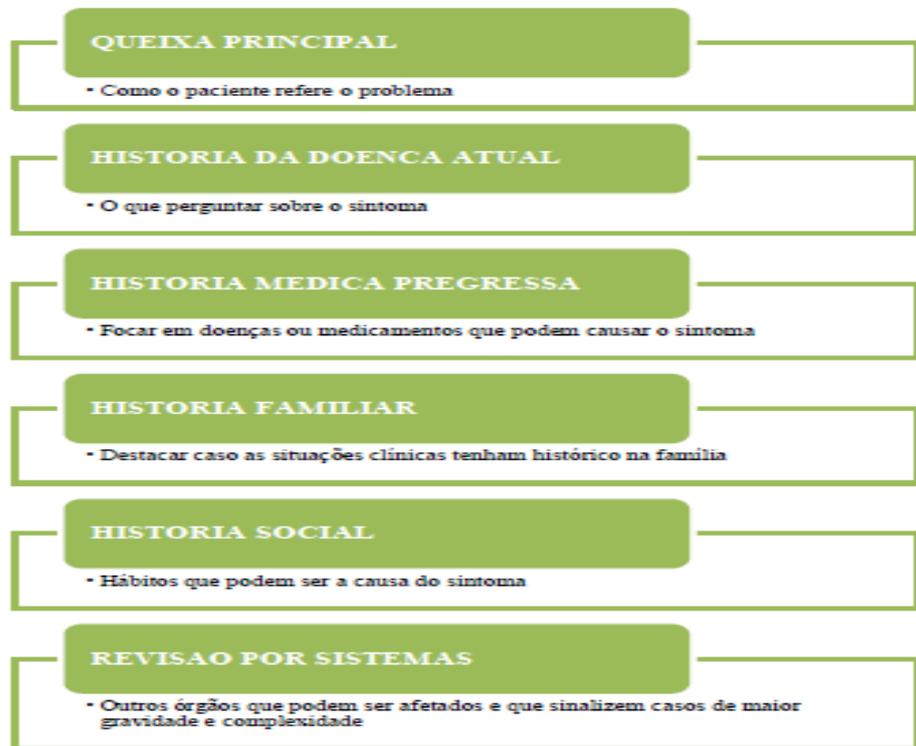
Estes números que sinalizam para o campo das políticas públicas, a urgência de propostas consistentes para os serviços de clínica farmacêutica na ABS e especializada, que possam ser incentivados e reproduzidos no plano nacional, e que contribuam efetivamente para melhoria das condições de saúde da população brasileira. (BRASIL, 2019).

Os exemplos anteriores confirmam que esta intervenção aumenta a adesão ao tratamento, reduz o número e os problemas de prescrição, diminuindo a taxa de hospitalização. Em contrapartida, o envolvimento do farmacêutico no cuidado centrado e individualizado tem sido associado à melhoria na saúde dos usuários, com impacto econômico positivo, uma vez que, gera redução de gastos em saúde decorrentes do aparecimento de agravos.

Diferentemente de outros serviços prestados pelo farmacêutico, o serviço de cuidado coloca o paciente como foco principal da prática profissional. A meta deve ser a saúde e o bem-estar do paciente, e não o medicamento. Por isso, para que se possa criar uma relação terapêutica durante a entrevista clínica é necessário levar em consideração condições ambientais, psicológicas e sociais que permeiam no universo do paciente. (FEUERWERKER, 2011; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Este olhar para o usuário permite conhecer o seu perfil, seu histórico de medicação, sua história clínica, social e familiar, traçando informações que podem dar uma ideia dos fatores de risco presentes e direcionar a consulta clínica. Além disso, este serviço admite a exploração de informações contidas em exames, receitas e medicamentos em uso pelo paciente. (ANDRADE et al, 2019; BRASIL, 2019). A figura 3 exemplifica as etapas de uma entrevista clínica.

Figura 3 - Etapas da entrevista clínica



Fonte: CORRER; OTUKI, 2011.

Nesta construção é essencial ao farmacêutico compreender as atitudes, desejos, expectativas e receios do paciente com relação aos medicamentos. Identificar a experiência de medicação relatada pelo paciente e o grau de entendimento com relação ao uso dessas medicações, se fundamenta como importante estratégia para tomada de decisões clínicas. (CORRER; OTUKI, 2013).

Para garantir o desenvolvimento da prática farmacêutica e o uso racional de medicamentos no sistema de saúde é preciso garantir o acesso, estabelecer a necessidade do uso, com uma prescrição apropriada de acordo com critérios de eficácia e segurança, na forma farmacêutica e posologia adequada. (BRASIL, 2019).

Fica evidente que esse trabalho não pode ser isolado e deve ter a contribuição da equipe de saúde. Para que o farmacêutico e a farmácia retornem à atividade de estabelecimento de saúde, integrada a equipe e desempenhe importante função social, o farmacêutico como líder, precisa de habilidades e atitudes que envolvam a comunicação e colaboração, além de visibilidade, responsabilidade, acessibilidade e compromisso com a confidencialidade e orientação ao paciente. (PEREIRA; FREITAS, 2008; BRASIL, 2014; BRASIL, 2019).

A habilidade em reconhecer-se como membro de uma equipe e reconhecer o outro como colaborador do processo de cuidado é imprescindível para o trabalho do farmacêutico na clínica, especialmente, se considerarmos este trabalho, sendo desenvolvido no contexto da atenção básica e especializada de saúde. (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2019). Para tanto, é necessário investir numa formação que resulte na melhoria do atendimento e, conseqüente, conscientização da população para o uso correto dos medicamentos. (PEREIRA; FREITAS, 2008).

Considerando que a participação do farmacêutico no cuidado do paciente, de forma colaborativa com o médico e a equipe de saúde, melhora a eficiência e os resultados do uso de medicamentos, o interesse em construir esta pesquisa surgiu da necessidade de conhecer os usuários com doenças crônicas que procuram atendimento no Serviço de Especialidades de Cubatão, identificando suas queixas de saúde para assim, ampliar e qualificar o rol de atividades desenvolvidas pela farmácia com a implantação de um programa Assistência e atenção farmacêutica na unidade.

### **3.3.1 Experiências exitosas de cuidado farmacêutico**

Acreditando que o farmacêutico pode contribuir muito para transformar o SUS, este capítulo fará um passeio por algumas experiências de farmacêuticos que, com seu trabalho, transformaram a realidade de usuários de medicamentos, nos locais onde atuam seja na atenção básica, especializada ou hospitalar.

Os exemplos aqui expostos reforçam a importância de manter o farmacêutico nos quadros do SUS e ampliar a sua área de atuação nos serviços municipais de saúde. Para tanto, é preciso que os gestores municipais da saúde reconheçam a importância do farmacêutico na gestão dos serviços que envolvem medicamentos e no cuidado com o paciente.

Uma pesquisa realizada em 2007, para acompanhar os diabéticos atendidos no ambulatório de endocrinologia do Hospital da Universidade de Marília – SP demonstrou o impacto dos problemas relacionados com medicamentos (PRM) antes e após o acompanhamento farmacoterapêutico e possíveis interações medicamentosas. Este estudo feito com 15 pacientes com idade acima de 60 anos, 86,6% com DM Tipo 2 e 31,25% com hipertensão arterial, encontrou 29 PRM e 57 interações medicamentosas e, concluiu que a aplicação da Atenção

Farmacêutica, permitiu localizar e resolver problemas que muitas vezes o médico desconhece, qualificando a relação farmácia –usuário. (PLÁCIDO; FERNANDES; GUARIDO, 2009).

Um relato de experiências de ações educativas em saúde à população idosa realizadas em Quixadá-CE, em 2015, destacou que, no contexto de educação em saúde, as atividades coletivas que abrangem a participação da população idosa, saudável e não apenas, daquelas sob risco de adoecer são essenciais na melhoria da qualidade de vida do idoso. (SANTOS et al, 2016).

O estudo desenvolveu atividades de educação em saúde, baseadas em orientação e aconselhamento sobre o uso adequado de medicamentos produzindo palestras informativas sobre as doenças crônicas que mais acometem a população idosa, além da execução de teste de glicemia e verificação de pressão arterial para averiguação da terapia medicamentosa. (SANTOS et al, 2016).

Um projeto desenvolvido por Napal (2016) com pacientes hipertensos, na cidade de Viçosa/MG comprovou intervenção farmacêutica aumenta o conhecimento e envolvimento dos pacientes contribuindo com a melhor compreensão de sua doença e maior percepção do risco cardiovascular para evitar possíveis complicações.

Ronzoni e Maragno (2016) também comprovaram os efeitos positivos de atividades coletivas, numa pesquisa desenvolvida com idosos em Criciúma/PR, ao demonstrar que a roda de conversa proporcionou uma maior vinculação com a unidade de saúde, uma maior valorização pessoal e conscientização da importância do autocuidado, auxiliando na melhora da relação entre a equipe e os usuários. Estas estratégias contribuíram para o uso racional de medicamentos por pacientes idosos, visto que estes são mais suscetíveis aos riscos da terapia medicamentosa. Ademais, através dos encontros, foi possível verificar que persistem diversos mitos relacionados aos medicamentos, que prejudicam o sucesso da terapia.

Dois estudos realizados no município de Ribeirão Preto (SP) acompanharam 64 pessoas com DM 2 e 104 pessoas diagnosticadas com HAS, durante 12 meses. No período da pesquisa, o farmacêutico se responsabilizou por realizar a gestão do cuidado à saúde desses pacientes, orientando sobre a importância do tratamento, do controle da glicemia e da pressão arterial, além de trabalhar de forma integrada com os demais profissionais de saúde, criando uma rede colaborativa com o objetivo

de fornecer o melhor acompanhamento possível aos pacientes com DM 2 e HAS. (BORGES et al, 2011; CAZARIM et al, 2016).

Os resultados mostraram redução nos valores de sua pressão arterial, no perfil lipídico, com redução significativa na hemoglobina glicada (redução de 8,9% para 7,9% na dose de metformina e de insulina utilizada pelos pacientes, além da diminuição no número de consultas na atenção especializada e no Pronto Atendimento, assim como aumento no número de consultas da Atenção Básica, comparado ao período pré cuidado farmacêutico. (BORGES et al, 2011; CAZARIM et al, 2016).

Os exemplos citados indicam a importância da integração da assistência farmacêutica nas RAS, como uma ação e serviço de saúde, sendo considerada uma estratégia fundamental para qualificar o acesso da população aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos.

Eles também expressam os resultados positivos dos serviços de cuidado farmacêutico na melhoria da qualidade de adesão ao tratamento, de informações sobre medicamentos, proporcionando a efetividade e segurança dos tratamentos, além de se caracterizar como ferramenta ímpar para os desfechos clínicos, econômicos e humanísticos.

Porém, esta inserção ainda se encontra em descompasso com relação ao conjunto de ações e serviços do SUS e das necessidades de saúde da população, tornando essencial a discussão sobre o papel da farmácia no atual estágio de desenvolvimento do SUS, de forma a responder as demandas de saúde da população brasileira. (BRASIL, 2012).

### **3.3.2 Cuidado farmacêutico no diabetes e hipertensão**

O Ministério da Saúde (MS) em parceria com o CFF e o programa de capacitação Proadi-SUS criou uma série de cadernos sobre o cuidado farmacêutico, preconizando ferramentas e instrumentos para modelos de gestão e atendimento farmacêutico.

Estes materiais fornecem subsídios para avaliar efetividade e segurança da farmacoterapia, orientar o acompanhamento e auxiliar no processo de avaliação dos pacientes, além de fornecer diretrizes para documentar seu conteúdo e, em alguns

casos, ser capaz de indicar a necessidade de uma avaliação médica e/ou de tratamento adicional. (BRASIL, 2015; BRASIL, 2016; CONASS, 2018).

A Atenção Farmacêutica, no ambiente das doenças crônicas, tem como objetivos a prevenção, detecção e resolução de PRM, promovendo o uso racional, a fim de melhorar a saúde e qualidade de vida dos usuários. Neste espaço, o perfil epidemiológico da região e as necessidades dos pacientes devem ser os fatores-guia da construção do serviço clínico farmacêutico. (CORRER; OTUKI, 2013).

Estas intervenções devem estar sempre vinculadas a processos de educação em saúde, cabendo ressaltar, que nesta condução, a educação em saúde deve funcionar como um instrumento que contribui para as escolhas conscientes dos usuários considerando os conhecimentos populares, a fim de refletir na autonomia e favorecer um cuidado direcionado para suas reais necessidades. (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Para Alves e Aerts, (2011) a abordagem educativa deve compreender o indivíduo, como ser biopsicossocial, com valores e percepções diferentes e, as atividades propostas devem ir além da patologia e de seus sofrimentos, procurando trabalhar suas necessidades mais abrangentes. Estas ações devem valorizar as atitudes e decisões do usuário frente ao seu cuidado buscando técnicas para qualificar e aprimorar este processo.

Estas orientações podem ser realizadas por meio de demonstração do esquema posológico e esclarecimento de dúvidas em relação à terapia e seu acesso, com o objetivo de facilitar o entendimento dos participantes sobre o uso correto de medicamentos e melhorar a adesão ao tratamento. Estes processos devem conduzir o indivíduo à consciência acerca de seus problemas de saúde e da responsabilidade, pela parte que lhe cabe, de seu cuidado. (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

No ambiente de cuidado farmacêutico para diabéticos e hipertensos, estas ações podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de consultas clínicas, oficinas, grupos focais ou rodas de conversa, devendo esta escolha ser vinculada as fragilidades e dificuldades apresentadas pelo público assistido.

O quadro 1 exemplifica algumas intervenções que podem ser realizadas em todos os formatos de cuidado propostos pela literatura, que podem sofrer adaptações e ajustes de acordo com o grau de carência e privação do usuário.

Quadro1: Tipos de intervenções farmacêuticas realizadas na atenção farmacêutica

1. Modificação na quantidade de medicamento	1.1 Modificar a dose do medicamento
	1.2 Modificar a frequência de administração ou a duração do tratamento
	1.3 Modificar os horários de uso do medicamento
2. Modificação da estratégia farmacológica	2.1 Iniciar um novo medicamento
	2.2 Suspender um medicamento
	2.3 Substituir um medicamento
3. Educação do paciente	3.1 Reduzir a não aderência não-intencional do paciente (educar no uso do medicamento)
	3.2 Reduzir a não aderência voluntária do paciente (trabalhar atitudes e comportamento do paciente)
	3.3 Educar sobre medidas não-farmacológicas

Fonte: CORRER; OTUKI, 2011.

As experiências vivenciadas nos serviços de saúde, registradas na literatura confirmam que no trajeto de cuidado a pacientes com hipertensão e diabetes, o acompanhamento farmacêutico ajuda a gerenciar o cuidado com a saúde, melhorando sua adesão ao tratamento e, conseqüentemente, reduzindo a pressão arterial (PA) e os níveis glicêmicos a valores aceitáveis, cabendo a atenção farmacêutica se adequar às demandas dos usuários da farmácia comunitária ou do serviço onde o farmacêutico esteja inserido. (PLÁCIDO; FERNANDES; GUARIDO, 2009; BRASIL, 2012). Neste caminho, o farmacêutico se responsabiliza em:

- oferecer informações gerais sobre cuidados com a saúde;
- orientar sobre a HAS e DM (natureza, causas e conseqüências), a importância das ações complementares (dieta e exercício) e do tratamento medicamentoso, avaliando a adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso;
- verificar os níveis pressóricos, de hemoglobina glicada e glicemia capilar, se necessário;
- colher informações sobre o paciente e sua doença e enfermidades associadas;

- identificar potenciais problemas relacionados à HAS e DM em especial, os relacionados aos medicamentos, identificando os efeitos adversos, orientando os pacientes sobre como minimizá-los ou preveni-los.

Este processo precisa ser fundamentado na inclusão de metas terapêuticas, visto que estas fidelizam a relação farmacêutico/usuário e qualificam o trabalho de negociação entre profissional e paciente. As metas terapêuticas atuam como um pacto, um compromisso na condução do cuidado devendo ser definidas para cada indicação apresentada pelo paciente e compartilhadas com o mesmo. Estas metas podem estar relacionadas aos parâmetros clínicos e/ou laboratoriais mensuráveis, que serão utilizados para medir o resultado e ao prazo definido para alcance dos resultados. (BRASIL, 2014a; CORRER; OTUKI, 2013; ANDRADE et al, 2019).

Dentro das propostas de cuidado farmacêutico recomendadas na literatura, as atividades coletivas se fundamentam como espaços importantes que favorecem a corresponsabilização dos participantes, ampliando o conhecimento da população assistida sobre os riscos e complicações da HAS e DM, encorajando a adoção de práticas e hábitos saudáveis, além de permitir verificar a adesão ou não ao tratamento medicamentoso e quais as dificuldades que possuem no trajeto. (CORRER; OTUKI, 2013; BRASIL, 2015).

Quando necessário, é permitido ao farmacêutico à sugestão de uma alteração na farmacoterapia, mediante uma consulta com o profissional prescritor, uma vez que, o farmacêutico deve ver o médico como parceiro e, deve ter posturas que favoreçam um controle maior da doença e, por consequência, uma melhor qualidade de vida aos pacientes. (CORRER; OTUKI, 2011; BRASIL, 2014b; BRASIL; 2015).

Esta comunicação deve ser feita por carta, de forma que funcione como registro da intervenção, uma vez que seu objetivo não é apontar erros de prescrição, nem expor o comportamento do paciente. Seu conteúdo deve ser ético e tecnicamente consistente, tendo por finalidade apresentar um laudo farmacêutico, com a identificação de problemas do paciente e propor alternativas de resolução. Esta deve ser levada e entregue ao médico pelo paciente, preservando a relação médico-paciente e posicionando o paciente como sujeito, deixando claro a responsabilidade e o comprometimento do farmacêutico com a continuidade do cuidado e o trabalho interprofissional. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Um aspecto importante nesse processo de cuidado farmacêutico para diabéticos e hipertensos, seja ele feito por meio de atividades coletivas ou por

consultas individuais, é definir o prazo necessário para que o paciente volte a ser acompanhado e, qual será a frequência desses acompanhamentos, a fim de se avaliar os resultados da farmacoterapia e das intervenções ao longo de tempo. (MENDES, 2012; BRASIL, 2014).

O seguimento do paciente funciona como um padrão de qualidade da atenção farmacêutica e deve ser feita ou revisada sempre, como parte do plano de cuidado. A definição destes intervalos deve estar vinculada ao prazo necessário para que se observem os resultados da farmacoterapia, em termos de efetividade e segurança, bem como, as necessidades e dificuldades da população assistida. (SILVA; SILVA; LEAL, 2009; CORRER; OTUKI, 2013).

Para pacientes com quadros mais graves ou problemas relacionados à farmacoterapia de maior complexidade, o seguimento deverá ser feito com maior frequência. Já para aqueles que não apresentam problemas relacionados à farmacoterapia, esta condução deve ter por objetivo manter as condições de alcance das metas terapêuticas propostas. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2015).

Mendes (2012) aponta como um dos principais problemas do sistema de saúde no modelo de atenção desenhado às condições crônicas a falta de seguimento terapêutico, reforçando o conceito que este modelo deve se basear na continuidade, no seguimento e no suporte ao autocuidado. Por conseguinte, sem a realização de seguimento, a atenção farmacêutica passa a ser apenas mais uma parte do problema, não da solução.

Cabe destacar que o seguimento e a continuidade do cuidado permitem a avaliação dos resultados terapêuticos e evolução clínica do paciente, permitindo uma adequação e avaliação do alcance das metas terapêuticas e identificação de novos problemas. Ademais, possibilita verificar as mudanças de comportamento do paciente, da prescrição médica, dos exames laboratoriais e dos relatos do usuário sobre seus sintomas, além da análise dos resultados das ações e gerenciamento da situação para o melhor resultado possível. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2014a).

Neste caminho, o farmacêutico aprende de forma significativa sobre farmacoterapia, analisa os resultados de suas intervenções, as mudanças de saúde do paciente e a dinâmica da equipe de saúde. Lembrando que, por meio dos serviços de cuidado farmacêutico, a farmácia passa a ser vista pelo usuário, não

mais como ponto de retirada de medicamentos, mas sim, como local onde é visto de forma completa, onde pode ser acolhido e partilhar de ações que conduzam para melhora de seu problema de saúde. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

### **3.4 Grupos na educação em saúde**

A educação e a saúde, quando articuladas, demonstram possibilidades para uma assistência integral às pessoas, contribuindo para aumentar a autonomia dos sujeitos no seu cuidado, principalmente se forem realizadas por meio de ações coletivas.

Essas ações tem a finalidade de potencializar o empoderamento dos indivíduos tornando-os capazes de tomar suas próprias decisões. Estas devem estimular a responsabilidade e a autonomia por sua saúde, de modo a favorecer a médio e longo prazo mudanças nas suas condições de saúde. (FREIRE, 1997).

A Lei 8.080/1990 cita em seu art. 3º que fatores como habitação, higienização, subsistência e educação, entre outras condições, influenciam o estado de saúde-doença, cabendo à educação, oportunizar momentos de reflexões e ações, onde habilidades individuais e a participação coletiva sejam valorizadas, de forma a possibilitar um aprendizado consciente, sem a intenção de controlar suas vidas. (BRASIL, 1990; PEREIRA; VIEIRA; FILHO, 2011).

Neste ambiente, o processo educativo não deve ser compreendido como algo fechado em que o conhecimento pode ser depositado no outro, como se observa na crítica de Paulo Freire à 'educação bancária'. Esta construção deve promover independência e capacidade para questionamentos, críticas e reflexões, além de possibilitar acesso à informação e troca de experiências, que contribuam para prevenção de morbidades e promoção da saúde. (FREIRE, 1997).

Ainda segundo Freire (1997), as ações de educação em saúde, que se concretizam no cotidiano dos encontros entre profissionais e usuários do serviço devem ser feitas de forma contínua e compartilhada, não podendo ser reduzida a um ato de depositar ideias de um no outro, mas sim, a um ato de criação responsável para libertação e transformação.

Neste sentido, as ações coletivas em saúde também estimulam espaços de humanização, inclusão e participação social nos serviços, possibilitando mudanças no cotidiano do usuário, em relação à procura pelo serviço, à adesão ao tratamento

ou ao cuidado com a sua própria saúde. (ALVES; AERTS, 2011). Para Merhy (2002; 2005), essa humanização pode ser entendida como tecnologia leve, como uma forma de gerenciamento do trabalho nas relações, geradora de vínculos.

A política de Humanização do Ministério da Saúde, de 2004 reforça a importância dessa escuta, diálogo e acolhimento por parte dos profissionais, bem como, o incentivo a autonomia e ao protagonismo dos usuários, sinalizando que estas ações devem fazer parte da cultura organizacional das instituições, sistema de saúde e sociedade. (BRASIL, 2004). O acolhimento, visto como tecnologia leve direciona para o estabelecimento de estratégias de atendimento, o qual envolve trabalhadores, gestores e usuários. (MERHY, 2002).

Almeida, Montinho, Leite (2014) colaboram com esta proposição, ao analisar, a partir da percepção do usuário, a prática de educação em saúde no contexto da Estratégia Saúde da Família. Os autores discutem que atividades em grupo representam um mecanismo de apoio a quem enfrenta a doença crônica, ficando perceptível que a educação promove mudanças de estilo de vida, reflexão acerca da doença e a busca de um caminho terapêutico adequado ao cotidiano do usuário, o que pode favorecer sua autonomia e a capacidade de cuidar de si.

Para Freire (1997) educar em saúde é mais do que instruir. É acreditar na reflexão e no diálogo entre pessoas, oportunizando uma ação cultural que possibilite independência emocional.

A voz da educação que emerge nos grupos de saúde, compartilhada entre profissionais de saúde e usuários, contribui para minimizar sofrimentos, aproximar as relações interpessoais, auxiliando na produção de cuidados integrais, além de garantir o acesso a outros serviços de saúde. (PEREIRA; VIEIRA; FILHO, 2011).

A literatura confirma a inserção de atividades em grupo como instrumentos para produção do cuidado em saúde, como condição para o conhecimento da realidade comum, ou para concepção de ações conjuntas e organizadas, onde os participantes são encorajados a exercer suas potencialidades, perceber seus limites e anseios, compreendendo as possibilidades de construir, por si mesmo, saídas, estratégias e alternativas na busca de soluções para seus problemas. (CAMPOS, 1996).

Pesquisas realizadas com adultos e idosos, com baixa escolaridade, que vivenciaram por muito tempo uma educação prescritiva, centrada no profissional de saúde e, em condição de sujeito passivo, evidenciou que participação regular nas

atividades educativas favorece a aprendizagem significativa, resultando em mudanças nos seus hábitos de vida, no exercício da autonomia e responsabilização pelo cuidado com a sua saúde, tornando-os sujeitos ativos no cotidiano de sua saúde e disseminadores dos conhecimentos construídos. (SILVA; SILVA; LEAL, 2009; SANTOS et al, 2016; RONZONI; MARAGNO, 2016).

Para planejar uma ação em saúde e construir possibilidades de mudanças com relação à atenção à saúde é necessário considerar as pessoas envolvidas, seus saberes prévios, e não apenas dados de produção e indicadores de saúde, valorizando tanto os aspectos biológicos, quanto os emocionais, sociais, políticos, econômicos, culturais e espirituais. (PEREIRA; VIEIRA; FILHO, 2011).

Para Merhy (2005), estas ações exigem dos profissionais engajados na condução dos processos de educação em saúde, um questionamento, a respeito da produção de atenção em saúde, tanto nas consultas individuais, quanto nos grupos. Lembrando que, ao transformar a sua prática, também modifica o meio em que vive e se torna um disseminador dos conhecimentos adquiridos, transformando-se em um agente de mudança social.

Neste contexto, esta pesquisa vem ao encontro com esta proposta, ao buscar analisar o trabalho farmacêutico construído na unidade de estudo, utilizando rodas de conversa, como dispositivo de intervenção para diabéticos e hipertensos, em um serviço ambulatorial.

### **3.5 Rodas de conversa**

As rodas de conversa são metodologias de aprendizado coletivo que podem ser adotadas como um instrumento pedagógico em diversos contextos, quando o objetivo da proposta de intervenção for estimular “o aprender com o outro e a partir do outro”. (SAMPAIO et al, 2014 p. 1301).

Nas rodas de conversa a fala é compreendida, como expressão de modos de vida, sendo percebida como técnica que prioriza discussões em torno de uma temática, onde as pessoas podem apresentar suas convicções que, mesmo divergentes, instigam o outro a falar, sendo possível se posicionar e ouvir o posicionamento do outro. (MÉLLO, 2007).

Como dispositivos de construção dialógica, as rodas produzem conhecimentos coletivos e contextualizados, ao privilegiarem a fala crítica e a escuta

sensível, de forma lúdica, não usando nem a escrita, nem a leitura da palavra, mas sim a leitura-ação das imagens e dos modos de vida cotidianos. Elas favoreceram o entrosamento e a confiança entre os participantes. (MÉLLO, 2007; SAMPAIO et al, 2014).

Nesse trajeto, os participantes expressam suas ideias, conceitos, impressões, e concepções sobre o tema proposto, estimulando a construção da autonomia dos sujeitos, por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para ação, proporcionando para pesquisas em saúde, uma nova perspectiva e conscientização sobre suas formas de cuidado e uso de medicamentos. (TAJRA, 2015; SOARES et al, 2017).

No campo da saúde, esta metodologia viabiliza espaços de construção coletiva e potencializa a produção de um novo pensar/fazer educação em saúde, permitindo uma análise dos efeitos das práticas cotidianas. (THIOLLENT, 2005)

O espaço da roda de conversa intenciona a construção de novas possibilidades que se abrem ao pensar, num movimento contínuo de perceber – refletir – agir – modificar, em que os participantes podem se reconhecer como condutores de sua ação e da sua própria possibilidade de “ser mais”. (SAMPALIO et al, 2014, p. 1301).

A roda de conversa, por seu potencial pedagógico colabora com a promoção da saúde na medida em que desencadeia um processo de aprendizagem a partir das reflexões sobre as experiências relativas ao uso de medicamentos, contribuindo para a efetividade do tratamento de cada usuário, como espaço para educação em saúde e formação de sujeitos mais autônomos, onde o envolvimento do paciente permite que ele se aproprie de sua saúde. (COELHO; BRAGA, 2009).

Neste diálogo e intercâmbio de saberes técnicos e populares, profissionais e usuários podem construir de forma compartilhada um novo saber sobre o processo saúde-doença, uma vez que, segundo Paulo Freire (1996), o ser humano tem capacidade de criar, basta que sejam dadas condições e ele terá o poder e o conhecimento para proporcionar as transformações.

Uma pesquisa realizada no Rio de Janeiro em 2013, por meio de rodas de conversa, exemplifica o exposto, ao identificar as dúvidas dos familiares de Crianças com Necessidades Especiais de Saúde (CRIANES) relacionadas ao uso contínuo de medicamentos, relativas aos efeitos no organismo da criança, eficácia da

medicação, dosagem, preparo, administração e horário de administração. Esta estratégia de educação em saúde auxiliou os profissionais no preparo para alta de familiares de crianças com necessidades especiais de saúde, além de apontar a necessidade que, esta proposta educativa seja constante e permanente, afirmando que a equipe de saúde deve estar atenta aos sinais de que algo está errado, só assim os erros poderão ser prevenidos. (MONNERAT et al, 2016).

As atividades de promoção em saúde desenvolvidas em rodas de conversa, devem analisar de forma prática os fundamentos e razões para aquele encontro, de maneira que os participantes do momento educativo possam ter interesse na investigação e na experiência. (FREIRE, 1996).

Neste cenário, estratégias de ensino em saúde que utilizam a ludicidade têm a capacidade de favorecer uma atitude proativa dos indivíduos em situação de aprendizagem, proporcionando o vínculo, a interação e a participação ativa de todos os convidados, despertando nos usuários a implicação para qualidade e continuidade do tratamento. (BARRETO et al, 2012).

As rodas de conversa sobre medicamentos promovem a racionalidade do uso e a responsabilização por seus tratamentos, aumentando a adesão ao tratamento e mudanças do estilo de vida, elevando a qualidade e efetividade da terapia medicamentosa, além de estimular a integração entre profissionais e usuários. (MUNIZ, 2016).

Vale ressaltar que, para este espaço ser capaz de desenvolver aprendizagem recíproca, sua condução deve acontecer num ambiente propício a desacelerar os ânimos, aliviar ansiedades, conflitos e tensões, melhorar a concentração, desenvolver o prazer de aprender e de estar com o outro, onde os profissionais envolvidos assumem apenas, a postura de facilitadores ou condutores do processo de ensino-aprendizagem. (PEREIRA; VIEIRA; FILHO, 2011). Freire, em sua Pedagogia do oprimido, reforçava a importância desse diálogo.

Os homens não se fazem no silêncio, mas na palavra, no trabalho e na ação-reflexão. É por meio do diálogo que o ser humano se descobre como sujeito, tornando o encontro educativo um momento de crescimento individual, em que deve ser o sujeito de sua própria história, e não o seu objeto. (FREIRE, 1997, p. 78).

Muniz (2016) ao traçar uma estratégia de educação em saúde, pautada em rodas de conversa, para um grupo de hipertensos e diabéticos e seus familiares em Natal/RN, comprovou que estas se caracterizam como uma ferramenta positiva para melhoria dos níveis pressóricos e glicêmicos. Ademais, a estratégia também demonstrou que o vínculo entre a população e a unidade de saúde foi fortalecido reafirmando a importância do trabalho em equipe.

### **3.6 Cenário da pesquisa e público alvo**

O Sistema de Saúde em Cubatão é composto de 25 estabelecimentos públicos, mantendo atendimento médico descentralizado através de 20 Unidades Básicas de Saúde, localizadas em diferentes bairros, sendo doze, unidades de saúde da família, responsáveis pela atenção primária.

Para compor sua RAS, a atenção secundária se distribui em: centro de especialidades pediátricas, serviço ambulatorial de especialidades, ambulatório de doenças infectocontagiosas, centro de atendimento à mulher, centros de atendimento psicossocial, centro de referência do idoso, além dos serviços de urgência e emergência.

Neste ambiente, a unidade escolhida para estudo foi o Serviço Ambulatorial de Especialidades de Cubatão – Policlínica, considerada referência em atendimento médico na sua região de abrangência, em razão de integrar o maior número de especialidades para o atendimento clínico e de diagnóstico. Realizando em média, 362 atendimentos por dia, 7230/mês, distribuídos entre consultas, atendimentos de enfermagem, farmácia, serviço social, nutricionista e exames.

Destes, uma grande porcentagem são usuários que possuem alguma doença crônica, diagnosticados com hipertensão ou diabetes, fato que sinaliza uma urgente análise das características da população que procura o serviço, para a elaboração de novas políticas públicas de saúde e aprimoramento do Programa de Hipertensão e Diabetes do município.

A unidade foi projetada para atendimento de 14 especialidades médicas: acupuntura, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia de cabeça e pescoço, endocrinologia, oncologia, ortopedia, neurologia, gastroenterologia, proctologia, dermatologia e oftalmologia, além do setor de serviço social, farmácia,

enfermagem, nutrição e salas de exames: eletrocardiogramas, retossigmoidoscopia e testes ergométricos.

O serviço de nutrição realiza apenas consultas para acompanhamento e orientação nutricional, tendo como foco de atendimento, usuários diagnosticados com diabetes, hipertensão, hipercolesterolemia e obesidade.

A equipe de enfermagem formada por dois enfermeiros e dois técnicos de enfermagem tem suas atividades direcionadas à verificação dos níveis pressóricos e glicêmicos, realização de curativos simples, administração de medicamentos injetáveis, bem como consulta de enfermagem para triagem durante os atendimentos clínicos, auxiliando também no atendimento oftálmico e teste ergométrico.

O equipamento conta também com a equipe de apoio administrativo, responsável pelo acolhimento dos usuários, agendamentos de consultas e procedimentos, organização de prontuários e serviços de recursos humanos.

O serviço de farmácia da unidade hoje, conta com quatro técnicos de farmácia e cinco farmacêuticos, que se dividem entre a farmácia de especialidades (saúde mental e componente básico) e farmácia de alto custo (componente especializado), desenvolvendo práticas relacionadas à administração e logística farmacêutica, onde parte dos esforços está direcionada às atividades burocráticas, voltadas ao medicamento, o que justifica a urgência da adoção de novas rotinas de trabalho fundamentadas no cuidado do paciente.

Este perfil, ainda observado em alguns municípios do Brasil contribui para afastar o farmacêutico dos pacientes, pois ainda, não prevê em sua organização, a participação deste profissional em sua equipe de saúde. (PEREIRA; FREITAS, 2008).

O farmacêutico, considerado um agente ativo na relação cuidado/paciente atualmente, ainda não é comumente visto nesse processo, tanto no sistema público quanto no privado, seja por falta de conhecimentos, habilidades e atitudes para realização do cuidado ao paciente, seja por falta de estrutura, tempo e imersão em outras atividades, logísticas e burocráticas, ou até mesmo pela falta de apoio dos gestores. (BRASIL, 2014a; PEREIRA; FREITAS, 2008).

A dispensação realizada através de uma “janela” dificulta a interação farmacêutico/usuário, uma vez que este formato não oferece privacidade, tempo e, não garante o sigilo para que se realizem todas as orientações adequadas sobre o

uso das medicações, e posologias prescritas, inviabilizando também o levantamento de dados sobre história clínica e medicamentosa do paciente e identificação de situações de risco relacionadas ao uso de medicamentos.

Essa realidade vivenciada em Cubatão não é um fato isolado, está na rotina de vários municípios do país. Estudos ressaltam a falta de incentivo do município, a ausência de estrutura física e de condições que assegurem privacidade na relação terapêutica farmacêutico/paciente, além de destacar que o número insuficiente de colaboradores na farmácia, a baixa aceitação pelos demais profissionais de saúde e a falta de reconhecimento social prejudicam o desenvolvimento de ações farmacêuticas voltadas para o cuidado. (ARAÚJO et al, 2017; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2018).

Na prática, constata-se que os usuários chegam com muitas dúvidas, alguns não sabem ler, outros, mesmo alfabetizados, têm dificuldades para “decifrar” as anotações do receituário, realizadas de forma muitas vezes incompreensível. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

Estes usuários em sua maioria são idosos, com algum tipo de doença crônica, em especial, diabéticos e hipertensos, que muitas vezes, tratam suas condições crônicas como situações agudas, procurando atendimento apenas quando apresentam piora clínica. Ademais, fazem uso de amplo número de medicamentos, com indicações variadas ao longo do dia, fatores que dificultam a compreensão, influenciando na adesão aos cuidados terapêuticos.

Uma pesquisa realizada em Florianópolis em 2017 ilustra esta proposição ao mostrar uma prevalência de polifarmácia de 32% em idosos, com uso contínuo de cinco ou mais medicamentos, indicados para uso cardiovascular, trato alimentar e metabolismo e sistema nervoso. Este estudo demonstrou que o padrão de uso de medicamentos estava dentro da média nacional, estando diretamente relacionado a repetição de receitas decorrente da falha na atenção à saúde do idoso, como, por exemplo, ser atendido em momentos distintos por diferentes especialistas e demais profissionais de saúde. (PEREIRA et al, 2017).

#### 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, que almeja verificar como as pessoas avaliam sua experiência com medicamentos, como definem seu problema de saúde e quais opiniões, sentimentos e significados para o seu processo de cura. A abordagem qualitativa busca compreender essa realidade e conhecer o conjunto de percepções e vivências da população estudada, com finalidade de identificar, esclarecer e indagar uma realidade, para reconhecimento de falhas e problemas que proporcionem a aplicação de intervenções. (GIL, 2002).

Com arcabouço construído nos pilares de uma pesquisa intervenção, este projeto buscou através de rodas de conversa analisar o cuidado farmacêutico desenvolvido na unidade, além de fazer um breve levantamento do perfil dos usuários participantes do estudo.

Segundo Rocha e Aguiar (2003) a pesquisa-intervenção viabiliza a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação e potencializa a produção de um novo pensar/fazer educação em saúde, onde a pesquisa ganha uma dimensão utilitária e o pesquisador, o papel de agente facilitador do amadurecimento das relações humanas.

O projeto inicial da pesquisa previa o levantamento de dados dos usuários que frequentam a unidade de estudo, com intuito de avaliar as características da população que utiliza o setor. Todavia, em razão de algumas mudanças no serviço, este levantamento foi feito apenas com os participantes dos encontros, seguindo um questionário (APÊNDICE I), com roteiro pré-estabelecido, realizado nos dias dos encontros, de agosto a dezembro de 2019.

Ribeiro (2008) trata o uso de questionários ou entrevistas como técnicas para obter informações a respeito do objeto de pesquisa, que permite conhecer sobre atitudes, sentimentos e valores subjacentes ao comportamento, além de possibilitar o tratamento quantitativo dos dados, permitindo o desenvolvimento de levantamentos sociais. (JUNIOR; JUNIOR, 2011).

A seleção dos participantes foi feita por meio de convite impresso, durante a retirada de medicamentos na farmácia, ao longo da semana em que os encontros foram programados e, também, aos usuários que aguardavam consulta médica nos dias de realização dos encontros. Nesta etapa, foram incluídos no grupo de

participantes elegíveis para os encontros os usuários do serviço de farmácia do setor, hipertensos e/ou diabéticos.

Esta ação realizada em 06 encontros com duração de 45 a 60 minutos, com datas programadas, durante os meses de agosto, setembro e dezembro de 2019, sendo os grupos formados para análise, compostos por quatro a seis usuários, valendo aqui ressaltar que o número e a frequência dos encontros foram reajustados e reprogramados de acordo com a necessidade do serviço, da pesquisa e/ou solicitação dos participantes. Na proposta inicial encaminhada ao Comitê de ética e pesquisa (CEP), os encontros aconteceriam em quatro meses consecutivos, com encontros quinzenais, entretanto em função de mudanças no serviço, as reuniões precisaram ser reprogramadas.

Foram excluídos aqueles que informaram indisponibilidade de participação dos encontros no momento do convite, sendo selecionados outros usuários em caso de indisponibilidade, até que se completasse a quantidade estipulada de participantes. O projeto inicial previa a formação de grupos com até 10 usuários.

Vale destacar que no último encontro, a pesquisadora contou com a participação da nutricionista da unidade, que se propôs a colaborar com a proposta de educação em saúde escolhida para pesquisa, partilhando experiências relacionadas ao manejo e tratamento do diabetes e hipertensão, sendo aqui, importante ressaltar que o convite para sua participação também surgiu a partir das necessidades e dificuldades apresentadas pelos usuários durante os cinco encontros anteriores.

Os primeiros minutos de cada encontro serviram para apresentação dos participantes, explicação sobre a pesquisa e definição dos temas de interesse para as atividades de educação em saúde com foco no uso de medicamentos, sendo neste momento, planejado a duração e os melhores horários para facilitar a permanência e adesão.

Para iniciar os diálogos, uma pergunta norteadora foi pensada para problematizar o modelo atual de cuidado centrado apenas da medicalização e intervencionismo e promover a reflexão sobre o conceito ampliado de saúde, implicando a qualidade de vida e bem-estar como fatores preponderantes para manutenção da saúde física e mental, “O que você faz para cuidar da sua saúde e como faz uso de seus medicamentos?”. (BRASIL, 2014a).

Para cada encontro, foi proposta uma dinâmica diferente, a fim de instigar dúvidas e aumentar a participação dos mesmos, entre elas, o uso de balões com perguntas sobre o acesso, armazenamento e uso dos medicamentos. Em cada atividade, os integrantes, foram estimulados a fazer seu comentário, sendo após aberto o espaço para participação do grupo e, ao final da discussão, as questões eram explicadas e comentadas pela mediadora (farmacêutica).

Dentre as perguntas levantadas, algumas delas foram: “Onde guardar seus medicamentos?”, “Como faz para identificar suas medicações?”, “Qual a melhor forma de ingerir os medicamentos?”, “Devo interromper o tratamento se não houver mais sintomas?”, “Posso tomar a medicação junto com qual alimento?”, “Posso guardar o medicamento no armário da cozinha ou no banheiro?”, “Quando esqueço de tomar a medicação, o que faço?”, entre outras.

A fim de estimular as trocas e fazer circular a palavra, a mediação foi empregada como recurso de intermediação para escuta da experiência dos usuários, de como eles vivenciam a questão do uso dos medicamentos, o que sentem e o que pensam em relação ao seu uso contínuo e por tempo indeterminado, encorajando à auto reflexão. (RIBEIRO, 2008; MINAYO, 2012).

Durante os encontros foram utilizadas algumas ferramentas de intervenção farmacêutica como mecanismos para proporcionar o vínculo, a interação e a participação ativa de todos os convidados. Dentre estes recursos foram pensados, o uso de folhetos, calendários posológicos, embalagens, dinâmicas, campanhas preventivas e atividades lúdicas que despertem nos usuários a implicação para qualidade e continuidade do tratamento. (METZNER; CAMOLESI, 2012).

O registro das interações aconteceu por meio de gravações de áudio e de anotações copiladas em diários de pesquisa com intuito de captar falas, reações e impressões. De acordo com Goodson (1992), ao ouvir e registrar a voz dos usuários podemos reconhecer que os dados de suas vidas são relevantes, na medida em que os projetos pessoais estão articulados a outros de natureza coletiva.

Os dados produzidos foram analisados e utilizados para refinar um conjunto de ações de atenção farmacêutica, visando melhorar a resolutividade nos atendimentos e otimizar a gestão de medicamentos, sendo escolhida a análise de conteúdo, como estratégia de análise, por apresentar um conjunto de técnicas de que procura descrever no conteúdo emitido no processo de comunicação, seja ele por meio de falas ou de textos e núcleos de sentido, cuja presença ou frequência

signifiquem alguma coisa para o objetivo pesquisado. (ROCHA; AGUIAR, 2003; MINAYO, 2003; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

O processo de análise contemplou as etapas de leitura flutuante e minuciosa do material transcrito, com intuito de organizar e reconhecer os aspectos importantes e mais destacados, sem o compromisso de qualificar os significados nele contidos. Na segunda etapa foram selecionadas unidades de análise, ou seja, sentenças, palavras, frases ou até mesmo um texto completo, que configurassem recortes do objetivo proposto pela pesquisa. Após a releitura criteriosa de todo conteúdo foi iniciado o processo de categorização, para escolha de elementos que indicassem significados e uma visão clara do tema pesquisado (CAMPOS, 2004). No trabalho interpretativo buscou-se analisar comparativamente as ideias mencionadas pelos participantes dos encontros, considerando aquilo que confirma e o que rejeita os pressupostos iniciais, uma vez que, um mesmo sintoma, por exemplo, pode ter significados diferentes para pessoas de níveis sociais distintos (TAQUETTE, 2016).

Quanto aos aspectos éticos, orientados pela Resolução 466/2012, esta pesquisa foi autorizada pela Secretária Municipal de Saúde de Cubatão e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (parecer nº 3.344.445, CAEE: 11767219.9.0000.5505) de 25/06/2019 (ANEXO 1). (CNS, 2012).

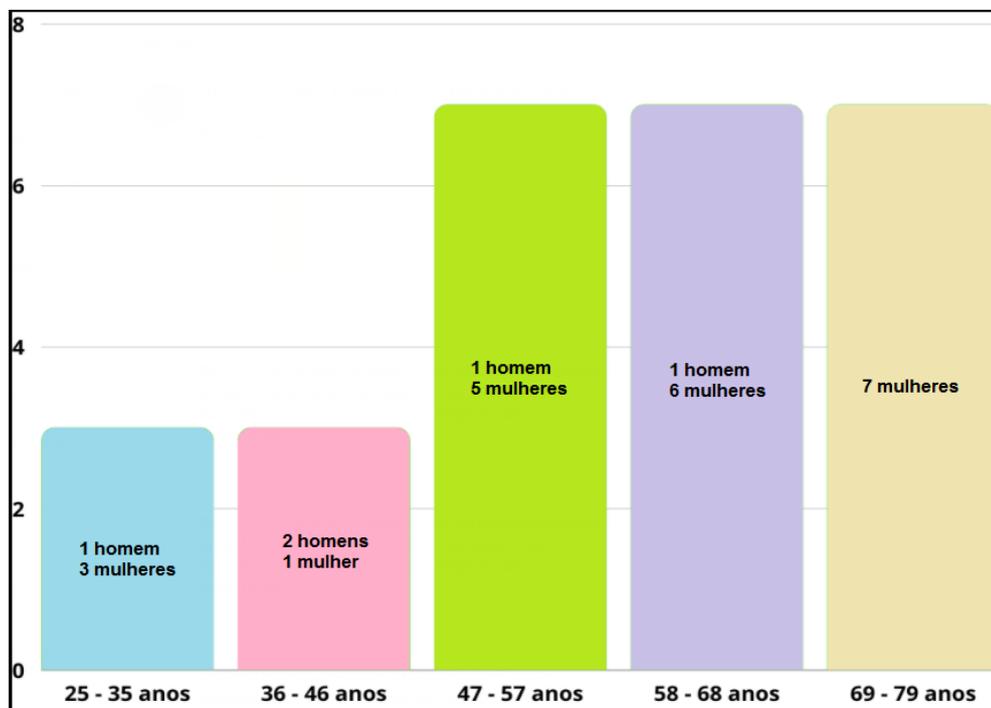
Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4). Com o intuito de manter o sigilo preservar a identidade dos sujeitos envolvidos na pesquisa, optou-se pelo uso de pseudônimos, escolhidos pelos próprios participantes.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Perfil dos participantes

Este projeto de intervenção contou com a presença de 27 usuários, todos moradores de Cubatão, residentes nos bairros Jardim Casqueiro, Vila Esperança, Vila Nova e Vila São José. Destes, 19% eram homens e 81% mulheres, com idade entre 27 e 75 anos, como ilustra o gráfico 1. A pesquisa reafirma uma maior participação feminina nos processos de cuidado, já comprovada pela literatura.

Gráfico 1 - Distribuição dos participantes segundo sexo e faixa etária (Cubatão, 2019)

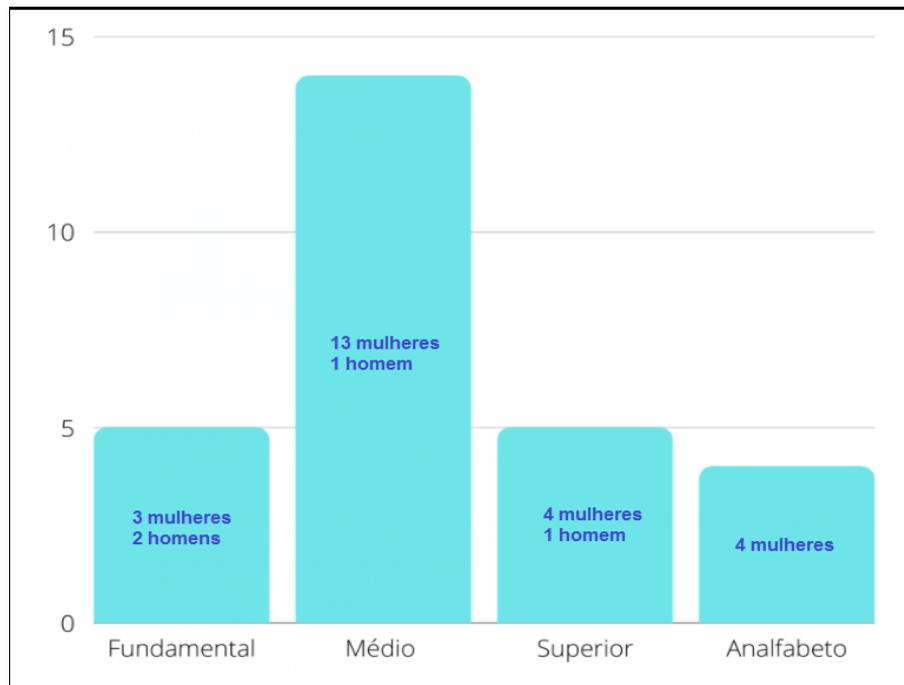


Fonte: Pesquisa de campo (2019)

Pesquisas que buscam identificar a percepção dos usuários sobre temas relacionados aos cuidados em saúde apontam a idade como pressuposto para qualidade dos níveis de adesão e comprometimento com o tratamento e cuidado. Idosos mais jovens apresentam maior independência, tem mais autonomia nas tomadas de decisões, inclusive quando decidem abandonar o tratamento ou não o seguir conforme a prescrição médica, quando comparados aos idosos mais velhos. (AIOLFI et AL, 2015; ARAÚJO et al, 2017)

A coleta de dados feita com os participantes durante os encontros buscou verificar o nível de escolaridade dos envolvidos, uma vez que a literatura aponta este dado como importante influenciador dos níveis de adesão ao cuidado. (MARIN et al, 2013; BARRETO et al, 2015; ARAÚJO et al, 2017). Os dados indicaram a presença importante do analfabetismo e da baixa escolaridade, sinalizando que dos 27 participantes, apenas cinco tem formação universitária (gráfico 2). As falas registradas ao longo dos encontros evidenciaram a influência da escolaridade e refletiram o grau de apropriação do cuidado e os níveis de conhecimento da doença e do tratamento.

Gráfico 2 - Distribuição dos participantes segundo sexo e nível de escolaridade (Cubatão, 2019)



Fonte: Pesquisa de campo (2019)

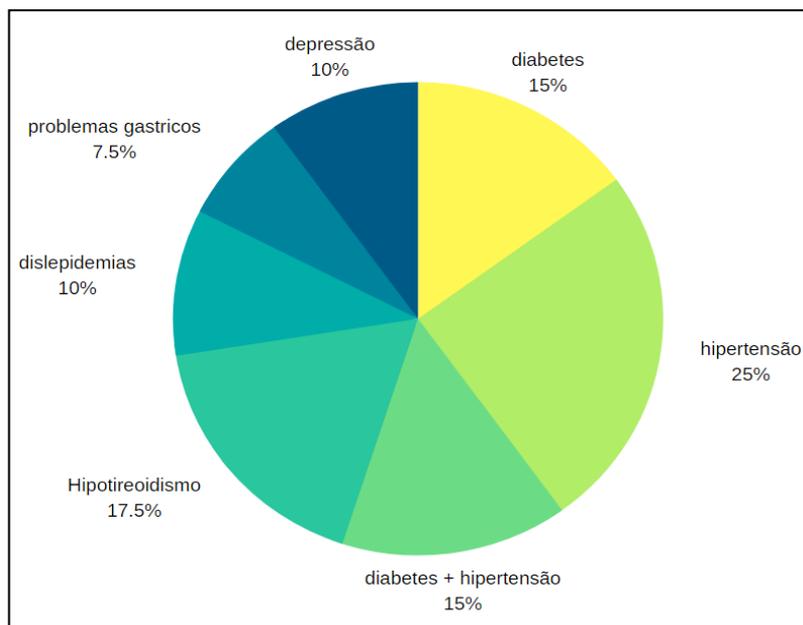
Analisando as alterações de saúde presentes entre os participantes, este breve levantamento indicou a presença da depressão, ansiedade e problemas gástricos, especialmente entre as mulheres. Todos os envolvidos na pesquisa foram diagnosticados com diabetes, hipertensão e outras comorbidades, apresentando em sua maioria, alterações na glândula tireoide e nos níveis de colesterol e triglicérides.

É importante ressaltar que mesmo a pesquisa sendo realizada com um grupo pequeno de frequentadores do serviço de farmácia, os dados coletados permitiram

identificar entre os participantes, aqueles que já foram acometidos por algum tipo de seqüela desencadeada pelo diabetes ou pela hipertensão. Dos 27 participantes, quatro tiveram AVC, um vivenciou a experiência de dois infartos e um AVC e dois sofreram as seqüelas do diabetes, insuficiência renal e cegueira.

O gráfico3, expressa o perfil epidemiológico dos usuários que participaram da pesquisa. Deste grupo, apenas uma usuária não apresenta alterações nos níveis pressóricos e glicêmicos.

Gráfico 3 - Perfil epidemiológico dos participantes da pesquisa (Cubatão, 2019)



Fonte: Pesquisa de campo (2019)

Este levantamento também permitiu avaliar a presença de outros fatores de risco, se destacando a ausência de atividades físicas e o sobrepeso. Entre os entrevistados, apenas dois relataram participar de algum tipo de atividade, entre elas, a caminhada e o alongamento. Duas relataram que fumam esporadicamente, sendo o consumo de bebida alcoólica apontado apenas em momentos de encontros familiares ou ocasiões especiais.

Todos relataram que utilizam o posto de saúde de seu bairro e a policlínica para fazer o acompanhamento de sua doença, indicando a UPA e o pronto socorro central como recurso em casos de piora ou aparecimento de sintomas graves.

O número de participantes dos encontros variou entre 4 e 7 usuários do serviço. De todos os evolidos, apenas cinco estiveram presentes em mais de um

encontro. Na tabela 1, os quadros sinalizados com cores iguais, indicam a participação do mesmo usuário em encontros diferentes.

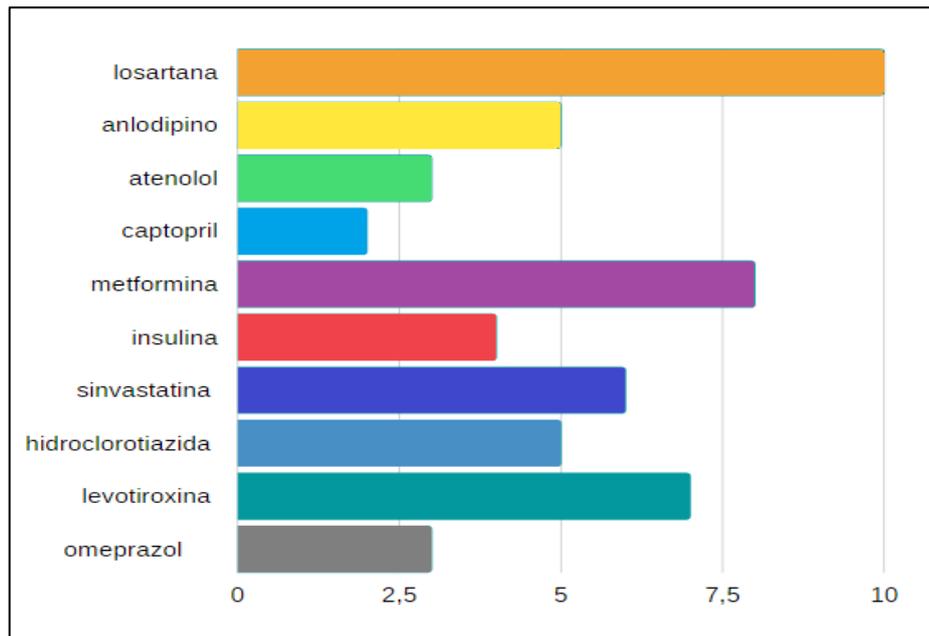
Tabela 1: Características dos participantes nas rodas de conversa (Cubatão, 2019)

ENCONTRO	PARTICIPANTES						
<b>Primeiro</b> <b>28/08/19</b>	CLAUDIA 29	EDUARDO 35	ROBERTA 72	EUNICE 54	LIVIA 58		
<b>Segundo</b> <b>04/09/19</b>	DORA 65	FABRICIA 71	CLEIA 74	ROSA 58	VICTOR 43	GILDO 61	RITA 72
<b>Terceiro</b> <b>11/09/19</b>	FABRICIA 71	TERESA 63	SEBASTIANA 75	FABIANA 27	EUNICE 54	ANGELICA 51	
<b>Quarto</b> <b>18/09/19</b>	DANIELA 38	FERNANDA 48	GUSMÃO 46	RAIMUNDA 51	SABRINA 66		
<b>Quinto</b> <b>25/09/19</b>	EDUARDO 35	FABRICIA 71	EUNICE 54	VICTOR 43	FERNANDA 48	CICERO 57	SABRINA 66
<b>Sexto</b> <b>05/12/19</b>	DEUSI 56	PATRICIA (NUTRI)	EDILENE 72	APARECIDA 64	MARIANA 27	ROGERIA 73	

Fonte: Pesquisa de campo (2019)

Entre os dados coletados com o questionário, a pesquisa viabilizou a identificação da variedade de medicamentos utilizados pelos participantes, permitindo entender o perfil farmacoterápico dos pesquisados. O gráfico 4 confirma a presença da polifarmácia, utilizada por diabéticos e hipertensos, citada pela literatura, ilustrando as substâncias mais citadas pelos usuários. (FULTON; ALLEN, 2005; MEDEIROS-NETTO et al, 2005; SOUZA, 2017; PEREIRA et al, 2017).

Gráfico4 - Perfil farmacoterápico dos participantes da pesquisa (Cubatão, 2019)



Fonte: Pesquisa de campo (2019)

Foi verificado, que muitos participantes praticam a automedicação, em especial o uso de analgésicos e medicações para alterações gástricas. Momentos que foram orientados sobre os riscos desta prática e instruídos a procurar um profissional habilitado para avaliar sua queixa.

Quando questionados sobre problemas relacionados ao uso de suas medicações, apenas dois revelaram não ter dificuldade de utilização, cabendo aqui destacar, o grau de comprometimento com o tratamento e a doença demonstrado pelo participante Eduardo durante os encontros, cuja contribuição valorizou a riqueza das trocas e aprendizados presentes em grupos de saúde.

Os demais apontaram entre as limitações, problemas com identificação, adaptação de uso e algumas reações adversas. Estas necessidades e obstáculos podem interferir na qualidade de adesão e comprometimento com o seu tratamento, estando relacionadas à idade, escolaridade e a quantidade de medicações prescritas. (MEDEIROS-NETTO et al, 2005; MARIN et al, 2013; PEREIRA et al, 2017).

Estes dados transmitem a urgência na adoção de uma atenção resolutiva, que estabeleça vínculo e responsabilização, onde o usuário tenha acesso a serviços e medicamentos de qualidade, no momento oportuno e de maneira coerente, ou

seja, que receba todas as orientações pertinentes quanto ao uso correto de suas medicações.

Eles também sinalizam que a participação ativa do farmacêutico nas equipes interprofissionais deve ser vista como necessidade para o redesenho do modelo de atenção às condições crônicas e para melhoria dos resultados em saúde, em especial no nível dos cuidados primários e secundários. (PLÁCIDO; FERNANDES; GUARIDO, 2009; BRASIL, 2012).

## **5.2 A análise qualitativa das rodas de conversa**

Os seis encontros realizados no período da pesquisa revelaram a potencialidade das intervenções em saúde, ao expressar as dificuldades e necessidades do usuário quanto ao uso de seus medicamentos e compreensão de sua doença, apontando as falhas e lacunas presentes no processo, além de sinalizar possibilidades para reconstrução do serviço farmacêutico desenvolvido no setor.

A partir de uma pergunta chave, utilizada em todos os encontros - *“O que você faz para cuidar da sua saúde e como faz uso de seus medicamentos?”* - as rodas proporcionaram diálogos quanto aos sintomas e cuidados relacionados às patologias vivenciadas pelos participantes; quanto às formas de uso, organização e armazenamento dos medicamentos; bem como, sobre o uso da fitoterapia e das estratégias utilizadas nas rotinas diárias para adequação nas formas de cuidado com saúde e do autocuidado.

Todavia, a construção deste projeto, propôs a reflexão quanto às fragilidades e obstáculos para implantação de grupos de cuidado em saúde. Entraves esses, gerados no contexto do serviço ou associados a questões dos usuários.

O primeiro contratempo surgiu com a saída dos médicos da unidade, em função de mudanças administrativas. Esta saída inviabilizou a primeira etapa do projeto, o levantamento do número e do perfil dos usuários diagnosticados com diabetes e hipertensão da unidade, em função da queda no fluxo de pacientes, além de ocasionar alteração na metodologia para seleção dos usuários que iriam participar dos encontros.

Equipes incompletas, rotatividade de médicos, falta de funcionários e recursos materiais estão entre os fatores que refletem diretamente na qualidade da

assistência oferecida, na promoção e manutenção de atividades de educação em saúde. Além disso, as mudanças políticas vivenciadas no setor público, os baixos incentivos salariais para outros profissionais da saúde e a cobrança por números de atendimento diário deixam as equipes desestimuladas e interferem na formação das equipes de cuidado em saúde. (LOPES; MARCON, 2012; MOUTINHO et al, 2014; ANDRADE et al, 2019).

Na proposta inicial da pesquisa, essa escolha seria compartilhada, com cardiologistas e endocrinologistas da unidade, onde cada especialista identificaria entre os seus pacientes, aqueles que apresentassem maiores alterações quanto aos níveis pressóricos e glicêmicos. A ausência desses profissionais também impactou sobre o vínculo e adesão dos usuários aos encontros, uma vez que, os médicos, ainda são considerados pela população como, os únicos agentes positivos para o cuidado, apresentando com o usuário fortes relações de vínculo e confiança. (LOPES; MARCON, 2012; MOUTINHO et al, 2014).

Sabendo que a efetividade das ações em saúde, depende da construção de vínculos entre pessoas e profissionais de saúde, a proposta de convite adotada na pesquisa previa também verificar o nível de aceitação da população que frequenta a unidade, para participar de atividades coletivas.

A experiência da inclusão de rodas de conversa no serviço expôs tanto as dificuldades como as possibilidades para inserção de atividades de saúde. Entre as dificuldades, a falta de disponibilidade de um ambiente adequado para realização dos encontros, a ausência de um cenário colaborativo e a percepção negativa de alguns profissionais do setor.

Pesquisas que buscam conhecer os desafios e as perspectivas sobre educação em saúde sinalizam como dificuldades desse processo, a existência de desarticulação, desordenamento e falta de diálogo no trabalho em equipe. Outras indicam que a fragmentação do cuidado e a formação em saúde distinta e disciplinar criam barreiras para a organização de um cuidado comum, além de referenciar que a falta de gestão qualificada, onde o gestor da saúde, sem qualificação na área, desacredita do êxito das ações, dificultando o andamento do serviço. (LOPES; MARCON, 2012; MOUTINHO et al, 2014; PEREIRA; TELES; SANTOS, 2015; OLIVEIRA et al, 2018).

No âmbito do cuidado farmacêutico, a literatura ao confirmar estes contratempos para a realização de atividades em grupos nos serviços de saúde,

ressalta entre as queixas, a ausência de formação específica, com pouca ênfase na clínica e no SUS, a falta de incentivo do município, a ausência de estrutura física e de condições que assegurem privacidade na relação terapêutica farmacêutico/paciente, além do número insuficiente de colaboradores na farmácia, da baixa aceitação pelos demais profissionais de saúde e a falta de reconhecimento social do real papel do farmacêutico, decorrentes da ausência de matriciamento nas unidades de saúde. (ARAÚJO et al, 2017; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2018).

À medida que os encontros foram acontecendo, as fragilidades apontadas foram substituídas pela credibilidade às rodas de conversa, participação, divulgação e convite. Um novo desenho de interação foi surgindo, demonstrando um melhor envolvimento dos profissionais em colaborar com a pesquisa, revelando a possibilidade da inserção do trabalho interprofissional no serviço estudado.

A interprofissionalidade no seu escopo se desenvolve no cotidiano de encontros e diálogos entre pares. Quando essa comunicação acontece de forma efetiva e com qualidade, possibilita a articulação e integração das ações e uma melhor resposta aos problemas de organização dos serviços, substituindo a competição entre os profissionais de saúde pela cooperação e parceria. (PEDUZZI et al, 2016; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Neste processo, o reconhecimento das diferenças e dos benefícios da articulação para a atenção às necessidades de saúde favorece o deslocamento da ação profissional do foco nos procedimentos para o foco no paciente/usuário e, portanto, para a interação profissional-usuário e entre os profissionais. (PEDUZZI; AGRELI, 2018; ESCALDA; PARREIRA, 2018).

Para Peduzzi e Agreli (2018), a colaboração envolve profissionais que querem trabalhar juntos para prover melhor atenção à saúde. A partir desta afirmação, no projeto em questão, a enfermagem e a nutrição se destacaram nesta caminhada.

Entendendo que na análise qualitativa o investigador é ao mesmo tempo, o sujeito e o objeto de suas pesquisas, cabe aqui, traçar os sentimentos e impressões envolvidos no processo de construção de grupos. Ansiedade, dúvida e insegurança se misturam a confiança sobre os resultados que seriam conquistados. (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Neste trajeto, as intervenções da pesquisadora aconteceram apenas com intuito de juntar os comentários colocados e fornecer de forma bem simples

informações mais técnicas sobre as dúvidas ali expostas. Em alguns momentos, houve uma maior necessidade de intervir de forma corretiva, de maneira a adequar e melhorar a qualidade e a adesão ao uso de medicamentos.

*“Quando o coração bombeia sangue para o corpo, ele se contrai, o que chamamos de pressão sistólica. Já quando ele fica em repouso, quando ele se dilata, chamamos de pressão diastólica, que é o momento que os nossos vasos ficam abertos para o sangue passar. Por isso, quando vai se aferir a pressão, é o momento que vamos identificar a força que o coração está fazendo para se contrair e relaxar”*

*“Quando a metformina entra no nosso corpo ela promove a diminuição da absorção de glicose no intestino. Quando tomada antes das refeições pode provocar náuseas, vômito e diarreia, por isso, é aconselhável tomar junto às refeições para diminuir estes efeitos desagradáveis”*

*“Os termos hipo e hipertireoidismo estão relacionados às quantidades de hormônio que nossa glândula tireoide produz. No caso do hipo, ela produz uma pequena porcentagem. Já na hiper, como já havia comentando, há um aumento dessa produção.”*

Em sua maioria, os participantes dos encontros foram aqueles que estavam aguardando consulta com o cardiologista ou foram marcar algum exame na unidade. Apenas duas participantes vieram através do convite pela farmácia. Fato que leva uma reflexão sobre os processos de trabalho executados na farmácia e quais formatos de diálogo e abordagem são adotados durante os atendimentos.

Isso pode ser fruto da percepção da farmácia como estabelecimento comercial e não de saúde, onde a população ainda entende a farmácia apenas como local para retirada de seus medicamentos e, por consequência, do farmacêutico como comerciante ou simples dispensador. (VINHOLES; ALANO; GALATO, 2009; REZENDE, 2015).

Todavia, decisões estão sendo pensadas e organizadas para romper este processo. A implantação de ações no SUS, a reestruturação das diretrizes curriculares dos cursos da área de saúde, em especial a farmacêutica, a atuação conjunta da ANVISA, do Ministério da Saúde e da OPAS vem fortalecendo as ações voltadas à racionalidade no emprego dos medicamentos. (PEREIRA; FREITAS, 2008)

A maioria dos usuários dos serviços de saúde, em especial os idosos relata falta de tempo para o cuidado em saúde e desconhece a existência de grupos de cuidado, revelando a falta de conhecimento e interesse sobre os serviços que estão sendo ofertados. Neste sentido é importante reconhecer que as mudanças de paradigmas são lentas e graduais e devem ser estimuladas por todos os profissionais envolvidos nas atividades de cuidado. (ARAÚJO et al, 2017; OLIVEIRA et al, 2018).

...o usuário, quase sempre, cansado pela espera, na fila da farmácia ou outra, está mais preocupado com a redução do tempo do que com a orientação propriamente dita. (PEREIRA; FREITAS, 2008, p. 609).

As falas dos usuários revelaram aspectos importantes para tomada de decisões, frente à proposta de repensar o cuidado farmacêutico desenvolvido no setor, favorecendo a produção de núcleos de sentido que expressassem os sentimentos e fragilidades envolvidos no cuidado e fornecesse subsídios para adoção de novas práticas que facilitassem o vínculo, a participação social nos serviços e a construção da autonomia em saúde.

Seguindo as etapas da análise de conteúdo, pré-análise, codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação, buscou-se a coerência entre as falas e, foram agregados os itens com maior significado para pesquisa em trechos isolados, de modo a formar grandes categorias ou núcleos temáticos (MINAYO, 2012). Do processo de análise dos dados emergiram cinco categorias: apropriação da doença, cuidado e tratamento; estratégias e dificuldades no manejo e uso dos medicamentos; grupos como ferramenta para o cuidado: potencialidades e fragilidades; roda de conversa, ferramenta para o cuidado farmacêutico?; oportunidades e deslocamentos das intervenções em saúde.

O conteúdo obtido nos depoimentos foi sintetizado de forma a qualificar as vivências dos sujeitos da pesquisa, bem como suas percepções sobre o cuidado em saúde e condução de seu tratamento, permitindo o reconhecimento das possibilidades que permeiam o universo das atividades coletivas de saúde (BARDIN, 1977; MINAYO, 2012; CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014).

### **5.2.1 Apropriação da doença, cuidado e tratamento**

Entendendo apropriação como uma forma de apoderar-se de algo que não lhe pertence, como algo que requer adequação, quando pensamos em pessoas com DCNT precisamos entender o grau de comprometimento o usuário com o cuidado em saúde para adoção de ações que favoreçam a melhora na adesão. (BARRETO et al, 2015; ARAÚJO et al, 2017).

*“Teve uma vez que eu fiz um tratamento que podia comer nada que tivesse massa. Era só integral, integral e integral. Chegou a hora que eu falei. “eu não quero mais nada integral”, porque é uma comida insossa, uma comida sem gosto e eu não quero, eu quero comer sal, sal” (Fernanda, 4ª roda)*

*“É, o diabetes que tá me dando. Não posso tomar coca, não posso comer nada” (Gusmão, 4ª roda); “Eu fico nada sem minhas frutas” (Edilene, 6ª roda).*

As mudanças no estilo de vida e a adoção de novas dietas estão entre as primeiras alterações presentes nas rotinas diárias dessas pessoas, por isso criar ferramentas que estimulem a frequência de acompanhamento e orientação com profissionais de saúde pode influenciar diretamente nesse processo. (MARIN et al, 2013; AIOLFI et al, 2015).

Nesse sentido, a presença da nutricionista em um dos encontros contribuiu para fortalecer a importância do cuidado interprofissional, permitindo que o usuário compreenda que no seu tratamento, o controle não é feito apenas com medicamentos, mas sim, com uma associação de dieta e atividade física.

Esta participação reforça que a relevância do trabalho interprofissional, onde as diferenças dos saberes e práticas profissionais permitem que cada profissão contribua com sua expertise no que se refere ao reconhecimento e as respostas às necessidades de saúde. (PEDUZZI; AGRELI, 2018).

Ao longo dos encontros, as falas revelaram como alguns participantes tomam posse de seu tratamento, como vivem a sua doença, indicando o quanto é importante estimular o usuário a sentir e se apoderar da construção do seu tratamento, para melhorar a qualidade de adesão. Neste ambiente a adoção de atividades motivacionais se configuram como requisitos importantes para qualificar a co-participação no seu cuidado. (BARRETO, 2012).

*“Esse aqui é o que a gente chama de bomba de insulina. A gente enche essa cápsula aqui, dura em média uma semana e*

*a bomba ela faz o trabalho de infusão, por exemplo, eu faço a contagem de carboidrato e a cada 15g de carboidrato que eu ingerir, eu ponho 1 unidade, e assim eu vou multiplicando, a cada 30, duas, a cada 45, três” (Eduardo, 1ª roda).*

*“Depois que o médico me receitou carvedilol, ela não subiu mais, ficou controlada. Todo dia eu faço de manhã a medição. E tá 12x8, todo dia certinho. Já faz 2 meses que eu tô tomando carvedilol. Eu antes tava tomando atenolol e losartana e não tava resolvendo. Ela vivia alta. Depois que eu passei a tomar o carvedilol, meu Deus. Eu me dei muito bem. Ela também tirou a glibenclamida e passou a glicazida, porque ela explicou que a glibenclamida podia dar me dando uma dor no peito.” (Cícero, 5ª roda)*

*“O meu diabetes, eu acho que não aumenta, porque eu também faço atividade. Faço hidro 2 vezes por semana. Faço educação física uma vez por semana e faço capoeira uma vez por semana” (Edilene, 6ª roda)*

Fazendo uma relação das falas com os dados coletados no levantamento do perfil dos participantes, observa-se que a postura mais ativa frente ao cuidado pode ser influenciada pela escolaridade, capacidade cognitiva, idade, pelas condições sanitárias e socioeconômicas, bem como, ser prejudicada pelas dificuldades de acesso aos medicamentos, complexidade da farmacoterapia, acompanhamento e orientação sobre o tratamento, melhora ou agravamento da condição clínica. (MARIN et al, 2013; AIOLFI et al, 2015).

Os usuários com melhor nível de escolaridade demonstraram mais facilidade para conduzir seu problema de saúde e tratamento, revelando em suas falas um maior grau de apropriação do seu cuidado e conhecimento de sua doença e tratamento.

A baixa escolaridade, condição comum a diferentes regiões do Brasil, compromete o acesso à educação em saúde, influencia na adesão ao tratamento de condições crônicas, podendo representar dificuldades no entendimento das orientações realizadas. Por essa razão, adotar estratégias que estimulem a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria das condições de vida, a fim de reduzir as desigualdades, deve compor o rol de serviços de cuidado em saúde. (OLIVEIRA; FREITAS; VILAR, 2019).

Com as dinâmicas, pode-se perceber a presença de comportamentos de não adesão ao tratamento e/ ou alteração do esquema posológico prescrito pelo médico,

visto que muitos relataram deixar de tomar os medicamentos ou diminuir as doses, após ter notado alguma melhora nos sintomas. Entre os motivos de interrupção do tratamento relatados, o aparecimento de efeitos colaterais, esquecimento e dificuldades de acesso.

Estas percepções e os comportamentos associados ao uso do medicamento observados podem variar de indivíduo para indivíduo, dependendo da cultura, das experiências e medos ligados ao processo, do conhecimento em saúde e da percepção da doença e do tratamento.(BARRETO et al, 2015; ARAÚJO et al, 2017).

Entretanto, em sua maioria, as falas apontam apenas sobre a finalidade do medicamento em uso, podendo sinalizar que para o usuário, o cuidado em saúde está condicionado apenas ao uso do medicamento ou influenciado pelo aparecimento de sintomas.

*“Eu tomo Benicar, porque a losartana não funcionou pra mim. Sinvastatina é pro colesterol. Pra diabetes, eu tomo metformina, Daonil e insulina. No meio do dia, eu tomava a regular” (Aparecida, 6ª roda)*

*“Passei no médico por causa de uma tontura. A pressão tava alta, as vistas começaram a embaçar, daí ele passou exames e acusou diabetes” (Dora, 2ª roda)*

*“A minha, dá uma secura na boca tão grande que eu já sei, é diabetes e pressão alta tudo junto” (Sabrina, 5ª roda).*

Ademais, expressam a ausência de conhecimento sobre o seu problema de saúde, retratando a necessidade de uma atuação mais efetiva dos profissionais de saúde, tanto na forma de abordagem adequada à população atendida, quanto no conteúdo a ser trabalhado e forma de comunicação, com intuito de não apenas orientar, mas favorecer uma maior autonomia para condução de sua melhora. (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005).

*“Então, a pergunta que eu queria fazer é sobre hipertensão. O que causa a pressão subir, o que faz a pressão abaixar?” (Claudia, 1ª roda)*

*“Eu queria saber assim, por que a gente sofre de ansiedade? Por que o que me mata mais é ansiedade. Do nada, assim, fico com aquela ansiedade, com um aperto no peito” (Fernanda, 4ª roda).*

As dificuldades observadas indicam falhas na oferta de informações e no círculo de atendimento, tanto sobre o problema e quanto sobre o tratamento, mas também expressam a necessidade de usuário em receber um atendimento rápido. Falhas essas que levam a busca desse conhecimento, em fontes nem sempre adequadas. A mídia, a internet e a sabedoria popular passam a compor as ferramentas do cuidar, trazendo em algumas situações efeitos significativos sobre o tratamento.

*“Tenho depressão, quase que morro. Só durmo. Antes eu não dormia. Agora eu durmo demais... O que leva a depressão? É o que?” (Gusmão, 4ª roda)*

*“...eu vim porque tô com problema de pressão alta e vim passar no médico pra saber o que é, né... Eu leio muito sobre esse assunto. Assisto vídeos do Youtube<sup>R</sup>. Eu gosto muito de pesquisar sobre isso aí. Leio jornal” (Daniela, 4ª roda)*

Os encontros confirmaram que esta apropriação do cuidado, precisa ser estimulada e incentivada por toda equipe que atua no processo, do prescritor ao profissional que fornece o medicamento, retratando o distanciamento que ainda existe entre estes profissionais e o seu usuário.

Esta distância percebida, entre profissionais e usuários, pode estar relacionada ao despreparo para lidar com o próximo, associado em alguns casos, à posição de superioridade. Para muitas pessoas, a dificuldade de se relacionar com o outro gera o medo da proximidade, favorecendo o distanciamento. (COELHO; JORGE, 2009).

Alguns autores afirmam que a deficiência na adesão e apropriação do cuidado pode ser relacionada à forma superficial de comunicação e interação entre usuários e prestadores de serviços em saúde. Fato, vinculado ao pouco tempo dedicado aos atendimentos, aos termos utilizados ou até mesmo pela forma de abordagem. (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005).

Esta lacuna revela a urgência de modificar as práticas e aprimorar o serviço farmacêutico que vem sendo ofertado aos munícipes que frequentam a unidade de estudo, reforçando a importância do treinamento contínuo dos profissionais envolvidos no cuidado, no sentido de humanizar a atenção, promovendo a execução

de atividades de acolhimento, pautadas no uso de tecnologias leves. (COELHO; JORGE, 2009).

### 5.2.2 Estratégias e dificuldades no manejo e uso dos medicamentos

Os diálogos expõem as adversidades presentes no universo da utilização dos medicamentos, traduzindo o esforço e as estratégias utilizadas para sua inserção nas rotinas diárias. Problemas que se referem à dificuldade da lembrança do nome, embalagem, finalidade, conservação e esquemas de tratamento. Neste âmbito, dificuldades de instrução do usuário associada às falhas na orientação ofertadas pelos profissionais aumentam a possibilidade de erros no manejo dos medicamentos. (SILVA; SILVA; LEAL, 2009; ARAÚJO et al, 2017).

*“Lembrei nada. Até esqueci. Olha, tem esse aqui, você vê pra mim? (pede a senhora ao lado). Tomo esse aqui também (tenta falar o nome, gagueja e mostra o envelope) ...Eu não sei ler, mas vou tentar lembrar o nome dos meus comprimidos” (Rita, 2ª roda)*

*“É assim, eu tomo muita medicação. Eu tomo três, quatro remédios, às vezes cinco. Eu tomo tudo junto, mas eu tenho que ter um controle. Só que eu também sei, que eu relaxei com os remédios” (Fernanda, 5ª roda)*

*“O Puran é também levotiroxina? É a mesma coisa? (Rosa, 2ª roda)*

Como têm dificuldade em pronunciar os nomes dos medicamentos, os usuários utilizam como referência, a cor e formato dos comprimidos, o tipo de cartela e embalagem para identificá-los, fazendo muitas vezes associação com os efeitos que a medicação possui para auxiliar na memorização. Estratégias que muitas vezes provocam erros de medicação ou ausência de uso. (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005; AIOLFI et al, 2015).

*“Meu problema é pressão, pressão alta. Meu medicamento é Losartana e, um outro que esqueci o nome agora, que tem de tomar junto, que é para fazer xixi” (Lívia, 1ª roda)*

*“Eu percebo muito, que as pessoas relacionam os medicamentos ao formato e a cor” (Eunice, 5ª roda)*

*“O meu é azul com branco” (Fernanda, 4ª roda)*

As rodas de conversa desenvolvidas na pesquisa tiveram, em quase sua totalidade, a participação de idosos, usuários de vários medicamentos, diagnosticados com várias comorbidades. Muitos traziam consigo receitas de diferentes prescritores e portavam como objeto de guarda para os medicamentos, a conhecida sacolinha, onde conservam as medicações todas misturadas. Fatos que contribuem para o agravamento das fragilidades no manejo das medicações.

*“Tomo para diabetes, para pressão, para tireoide, colesterol (mostra a sacolinha com os medicamentos)” (Sebastiana, 3ª roda)*

*“Eu não lembro esses nomes. É tanto remédio que a gente toma...” (Deuzi, 6ª roda).*

A complexidade, a similaridade e variedade de substâncias utilizadas nos tratamentos, juntamente com o esquecimento, a diminuição da acuidade visual e destreza manual, contribuem para que haja grande quantidade de erros na administração de medicamentos. Além disso, acrescenta-se a essa realidade, o alto índice de analfabetismo e a falta de conhecimento sobre a doença. Fatos que podem comprometer o entendimento e levar ao uso incorreto do medicamento. (WERLANG; ARGIMON; STEIN, 2008).

Ademais, a frequente mudança de distribuidores de medicamentos vivenciada no sistema público de saúde e a semelhança nas embalagens e formatos dos comprimidos também corroboram para aumentar o grau de dificuldades e apropriação no uso de medicamentos, revelando as falhas e a falta de interesse da indústria farmacêutica e da administração pública na diferenciação dos medicamentos ofertados no mercado.

Nesse contexto, o uso de recursos lúdicos (figurinhas, etiquetas coloridas) colocados nas receitas e embalagens de medicamentos pode servir como estratégia para melhorar a qualidade de apropriação no uso de medicamentos pelo usuário. (BARRETO et al, 2012; METZNER; CAMOLESI, 2012).

Werlang e colaboradores (2008) afirmaram que para lidar com as dificuldades relacionadas ao uso de muitos medicamentos, os idosos adotam estratégias de memória que os auxiliem a cumprir a prescrição dada pelo seu médico.

*“Coloco tudo numa caixinha. O de tomar em jejum é em cima. Aí eu tomo e já tiro e ponho em outra caixinha em baixo. Aí eu tomo o meu café aí, eu tomo dois losartana e hidroclorotiazida. Aí acabou. Aí quando eu almoço e depois do almoço, quatro dedos de água e o meu metformina. Aí, acabou, aí depois é só o da pressão” (Fabricia, 3ª roda)*

*“Eu acho que no caso dela que toma uma maior quantidade de remédio, a pessoa deveria identificar, por uma tarja por cores pra não poder ocorre o risco de tomar, vamos supor, esse dela aí tem o mesmo formato daquele outro que ela toma” (Teresa, 3ª roda).*

Associar a tomada de determinados medicamentos à hora do almoço, jantar ou café, por exemplo, são consideradas estratégias de memória interna. O uso de algum registro físico, atividade ou produto que ajude a lembrar qual medicamento tomar, em que dose e quando tomar são estratégias de memória externa. (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005; NOGUEIRA et al, 2016).

*“Eu faço assim. Eu deixo uma cartela dos dois remédios que eu uso no meu serviço, porque na correria de manhã, se eu esquecer de tomar, eu tomo quando eu chego no serviço” (Raimunda, 4ª roda).*

A construção de caixas para acondicionamento diário dos comprimidos e anotações na própria embalagem do medicamento ou em outros suportes foram citadas pelos participantes, como estratégias para estimulação de memória e foram adotados nos encontros como dinâmica.

*“Aqueles que não vem na caixinha, a pessoa identifica, separa e põe na caixinha, porque na hora que queira, tomar já tá ali separadinho. E já tá sabendo pra que é, porque já tem o nome e o ano” (Fabricia, 3ª roda)*

Neste cenário, atividades coletivas ou individuais que permitam ao usuário trazer seus medicamentos, se identificar com eles, construindo formas de

reconhecê-los, são dispositivos importantes para garantir a qualidade no uso de medicamentos.

Desta forma, amplia-se o papel da equipe de saúde, frente à necessidade de responsabilizar-se pela adequada prescrição, dispensação e utilização dos medicamentos e no incentivo à adoção de medidas não farmacológicas para o manejo dos problemas de saúde.

O estudo reforça a importância do uso adequado e consciente dos medicamentos, em todas as suas dimensões, devendo ser tomado como objeto de preocupação da equipe médica, de enfermagem, farmácia, nutrição, bem como dos gerentes e dos gestores dos serviços, com modos mais solidários e compartilhados de se organizar o cuidado. Processo que pode ser feito por meio de encaminhamentos entre os profissionais envolvidos. (MENDES, 2011; PEREIRA; TELES; SANTOS, 2015).

Evidencia a urgência da construção de estratégias para aprimorar a qualidade do cuidado farmacêutico ofertado na unidade, seja por meio de atendimento individual, voltado aos usuários com maiores dificuldades, seja com atividades coletivas, com uso de calendários e folhetos lúdicos que facilitem a compreensão.

### **5.2.3 Grupos como ferramenta para o cuidado: potencialidades e fragilidades**

*“Acho que o que acontece nesses encontros, mais importante que o tema, é o próprio encontro. Gente, é muito importante, temos que aproveitar isso.” (Eunice, 3ª roda).*

Os grupos de saúde funcionam como ferramenta de aprendizados e troca de experiências, sendo importante agente de mudança, com grande potencial para acompanhamento do usuário e dispositivo de educação em saúde. (ALVES; AERTS, 2011; PEREIRA; VIEIRA; FILHO, 2011; SOUZA, 2017).

Nesta pesquisa, os diálogos gerados remeteram a vários questionamentos vinculados ao cuidado, alimentação, uso da fitoterapia e fatores de risco, potencializando a importância e necessidade do trabalho conjunto entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos, nutricionistas, educadores físicos em atividades coletivas de saúde, de forma a reforçar que a dieta inadequada, a falta de atividade física também contribui para o descontrole da pressão arterial e da glicemia.

*“Então, eu vim porque o rapaz ali me informou que ia ter uma palestra, então não me custa nada, ouvir e, é bom saber um pouco mais, porque os meus familiares é (pausa) É, minha mãe tem pressão, meu padrasto tem diabetes e tem pressão também. Minha mãe não tem diabetes, só pressão, então é bom se informar sobre isso” (Claudia, 1ª roda).*

*“Qual a dieta para tireoide?” (Victor, 2ª roda); “Carboidrato é açúcar?” (Cleide, 1ª roda); “Eu uso esse aí, o demerara. Eu tirei o adoçante e agora compro o demerara” (Edilene, 6ª roda)*

*“...são sintomas comuns do hipotireoidismo: fraqueza muscular, sonolência, queda de cabelo, fraqueza nas unhas e dentes, ganho de peso, pele mais seca” (Eunice, 3ª roda).*

*“Eu tomo remédio e tomo chá. Chá verde, que me ensinaram. É isso que eu faço. Eu com medo da diabetes me derrubar, tomei mesmo, por conta própria” (Sabrina, 5ª roda)*

Como cita Paulo Freire (1996), o ser humano tem capacidade de criar, basta que sejam dadas condições. Os encontros evidenciaram que juntos e estimulados, os usuários são capazes de construir ferramentas e novas estratégias para conduzir e transformar o cuidado, confirmando que a troca de experiências e saberes pode produzir resultados significativos no cuidado em saúde.

*” Na verdade, a insulina é um hormônio. Ela faz a captação do açúcar no sangue e leva para as células, como se fosse um ônibuzinho, para você entender. Ela transporta, para não deixar muito açúcar na corrente sanguínea. Se você ficar com excesso de açúcar na corrente sanguínea, pode prejudicar sua visão, obstruir veias, dar problema na circulação, entupir as artérias, ter problemas secundários nos rins” (Eduardo, 1ª roda)*

*“Você faz um exercícozinho assim, 5 min ó (demonstra o movimento com as mãos). Cê vai tomar banho, 5 min antes. Tá doendo aqui né, você vai subindo. Vai doendo, vai doendo, vai doendo. Até onde tá doendo, você conta até 50. Aí você vem descendo devagarinho, aonde parar de doer você conta até 25 e sobe de novo” (Teresa, 3ª roda).*

*“Ela tá precisando (referindo a Livia) conviver mais com pessoas. Conversar, conviver com pessoas da sua idade. A senhora falando assim, é como se fosse minha mãe... A senhora precisa caminhar, passear. Encontrar o sentido da vida” (Claudia, 1ª roda)*

Tendo em vista que um projeto de intervenção é uma proposta de ação construída a partir da identificação de problemas, necessidades e fatores determinantes, os encontros permitiram analisar os efeitos das práticas cotidianas, estimulando a interação com outros profissionais, facultando a criação de dispositivos para transformar a realidade dos serviços de educação em saúde desenvolvidos na unidade. (THIOLLENT, 2005).

Na pesquisa, esta proposição foi confirmada com a disponibilidade da enfermeira em fazer a aferição de pressão e glicemia e com a participação da nutricionista em um dos encontros, falando sobre alimentação.

Os encontros permitiram entender opiniões de diferentes pessoas, suas carências, dificuldades e deficiências oferecendo informações que podem favorecer a construção de novas formas de trabalho, que reforcem as diretrizes de cuidado, para pessoas com diabetes e hipertensão na atenção secundária a saúde.

*“...estou aqui para passar no cardiologista, tenho problema de diabetes. Tenho coração grande, tenho hérnia na coluna. Tenho artrose na coluna e, eu tô em dúvida de uns remédios que eu tô tomando” (Sabrina, 5ª roda).*

*“Essas rodas deveriam tá acontecendo há muito tempo, porque a gente sai da sala e tem médico que não explica direito” (Sebastiana, 3ª roda).*

*“...eu estava falando com umas amigas que trabalham aqui. Falando dessa roda de bate papo, que é muito importante. Na roda são abordados vários assuntos. Não é só um espaço para conversar sobre tratamento e doenças. Assim, como é uma coisa informal, as pessoas se sentem a vontade para se abrir. É, onde você vai esclarecer suas dúvidas? Com profissionais. Que são os melhores indicados a tirar dúvidas, orientar” (Eunice, 3ª roda).*

Mesmo entendendo que a dispensação de medicamentos deve atender a todos os usuários de forma ágil e eficiente, as falas e sentimentos apresentados indicam que os atendimentos na farmácia ainda são feitos de forma mecânica, com omissões no acompanhamento e orientação. Alguns relatos reforçam a urgência de treinamento e readequação das rotinas no setor. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011).

*“...aí quando eu chego na farmácia pra pegar os remédios as moças falam assim: ‘o senhor tem que trocar a receita, senão a*

*gente não consegue fornecer os medicamentos'. Então eu vim hoje passar para pegar a receita" (Cícero, 5ª roda).*

*"Você não me deu o da diabetes". É este aqui, afirma a funcionária. "Não, não é esse, não. Você não me deu. O que eu tomo é assim (desenhou o formato com os dedos). Esse aqui, vocês estão me dando e eu tô deixando em casa, porque esse não é o meu remédio. Não estou tomando."(Deusi, 6ª roda)*

Sabendo que o tempo dispendido durante as dispensações de medicamentos é insuficiente para fornecer todas as informações sobre medicamentos e reações adversas, bem como para avaliar todas as necessidades do paciente e detectar situações de risco ou de ocorrência de problemas relacionados ao uso de medicamentos, cabe ao farmacêutico buscar recursos e estratégias de planejamento do cuidado para complementar as lacunas presentes durante a entrega dos medicamentos, de forma a diminuir as falhas apontadas nos relatos ouvidos na pesquisa. (PLÁCIDO; FERNANDES; GUARIDO, 2009; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2012; BARBERATO; SCHERER; LACOURT, 2018).

Os resultados obtidos nas atividades coletivas de saúde permitem identificar as dificuldades de adesão e formação de grupos. Impedimentos estes, vinculados ao usuário e ao serviço, além de apontar as falhas do serviço farmacêutico.

Estes obstáculos incluem a rejeição a programas de educação em saúde por gestores, gerentes de unidade e outros profissionais do setor, além da insegurança e desmotivação por parte dos farmacêuticos, devido ao excesso de trabalho e falta de tempo para se dedicar ao atendimento. (PEREIRA; FREITAS, 2008).

O período de estudo revelou que a presença dos participantes esteve vinculada ao dia de consulta na unidade ou condicionada à retirada de medicamentos, sinalizando os desafios a serem enfrentados e a necessidade de mudanças no processo de trabalho.

*"...obrigada, mas infelizmente só poderei participar no dia que for fazer o retorno da consulta. Preciso cuidar dos meus netos" (Roberta, 1ª roda)*

*"... que pena, só vou conseguir ir no próximo mês, quando for buscar meus remédios na farmácia. Ainda vai ter estas palestras? (Rosa, 2ª roda).*

Pesquisas que buscam entender as razões da não participação da população em atividades educativas apontam que muitos desistem ou não participam por motivos de adoecimento pessoal ou de familiares, por direcionar seu tempo ao cuidado com familiares, além das dificuldades de deslocamento até o local de encontro do grupo. (MARIN et al, 2013; ARAÚJO et al, 2017).

Ademais, a falta de interesse e o não conhecimento dos profissionais que trabalham no grupo, também são apontados como justificativas para não adesão, favorecendo que agente do cuidado fique submisso ao seu cuidador, ficando muitas vezes, excluído a sua participação no processo. (MARIN et al, 2008; ARAÚJO et al, 2017).

*“Eu não tenho horas livres. Eu vou tomar conta das crianças no Guarujá e quando eu chego às seis horas da tarde, eu vou tomar conta da minha casa e costuro da meia-noite às duas horas da manhã e acordo às quatro” (Rita, 2ª roda)*

Outra lacuna indicada na literatura revela que a participação do usuário, na maioria das vezes, é motivada por trocas simbólicas, relacionadas à manutenção do tratamento, tais como receber medicamento, trocar receitas, marcar exames e consultas. (NOGUEIRA et al, 2016).

Para Nogueira e colaboradores (2016), a frequência e permanência em grupos de saúde indica que os participantes permanecem nos grupos pelo reconhecimento de seus saberes e de suas necessidades afetivas, sociais e de saúde.

#### **5.2.4 Rodas de conversa, ferramenta para o cuidado farmacêutico?**

Em função da faixa etária frequentadora da unidade e das dificuldades evidenciadas durante os encontros, quanto ao manejo de sua saúde e utilização de seus medicamentos, fica perceptível que, atividades coletivas são importantes instrumentos de educação em saúde para a melhoria da qualidade do cuidado.

Além disso, o movimento de participação em grupo acaba gerando novas expectativas na vida profissional e pode se tornar objetos sugestivos, capazes de implementar ações futuras na unidade de estudo. (PEREIRA; VIEIRA; FILHO, 2011).

Todavia, são insuficientes para o acompanhamento e identificação de problemas pontuais, devendo ser associadas a consultas individuais, de forma a contribuir para o vínculo e integralidade do cuidado. (CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2014b).

Dentre as etapas do processo de cuidado farmacêutico está a identificação de problemas relacionados à farmacoterapia e a elaboração de plano de cuidado em conjunto com o paciente. (CORRER; OTUKI, 2013). Processo que pode ser realizado através de consultas farmacêuticas individuais ou por meio de atividades coletivas, como oficinas, grupos focais e rodas de conversa. (SOUZA, 2017).

Entretanto, a escolha do tipo e formato de condução desse cuidado está vinculada ao tempo disponível para execução, as características do público alvo, bem como, as dificuldades sociais e educacionais dos usuários que participarão do cuidado. (MAFFACCIOLLI; LOPES, 2005; ALVES; AERTS, 2011; CORRER; OTUKI, 2013).

Com base na proposição exposta, e nos objetivos da pesquisa, as rodas de conversa permitiram a troca de experiências e aprendizados entre os participantes e a pesquisadora, além de fomentar a discussão sobre o papel do cuidado farmacêutico. Ademais, por ter como público alvo, diabéticos e hipertensos, as rodas contribuíram para melhor compreensão de sua doença e maior percepção do risco cardiovascular, com intuito de evitar possíveis complicações.

Porém, nas rodas de conversa, não há condições de fornecer todas as informações sobre interações medicamentosas e reações adversas, nem como, avaliar todas as necessidades do paciente.

Neste sentido, as consultas individuais somam-se as atividades coletivas como instrumentos complementares às ações de cuidado, pois permitem ao farmacêutico de forma mais criteriosa, rever a medicação do paciente, prestar informações sobre uso correto e criar um plano de cuidado a partir das necessidades do mesmo, assumindo a responsabilidade pelo acompanhamento e pelos resultados clínicos obtidos. (PLÁCIDO; FERNANDES; GUARIDO, 2009; CORRER; OTUKI; SOLER, 2011; BRASIL, 2015).

Para que as atividades individuais ou coletivas, como a roda de conversa proporcionem uma maior vinculação com a unidade de saúde e conscientização da importância do autocuidado, é importante a frequência e atuação ativa dos participantes.

A literatura confirma que a participação progressiva nos encontros pode contribuir para que cada um trabalhe seus sentimentos, emoções e expectativas, viabilizando ações que de promoção a saúde que incentivem perspectivas de autocuidado, percepção, respeito, autonomia e cidadania. (PEREIRA; VIEIRA; FILHO, 2011).

A dinâmica de participação nos encontros mostrou que a melhora na eficiência e nos resultados do uso de medicamentos pode ser alcançada por meio de atividades coletivas, mas para que estas ações se tornem efetivas na unidade de estudo, há necessidade de aumentar o número de encontros e a frequência dos usuários.

O desenvolvimento da educação em saúde permite gerar transformações. Entretanto é preciso conhecer a realidade educativa, a partir da visão dos usuários, uma vez que essa possibilidade de transformação se relaciona ao modo como tal ação está sendo desenvolvida pelos profissionais com a população e ao cenário onde esta ação será ofertada. (ALMEIDA; MOUTINHO; LEITE, 2014).

Lembrando que para intervir e construir ações, programas ou projetos que de fato resultem em fortalecimento dos sujeitos e coletividades para 'sair da passividade para a atividade', é necessário o vínculo e participação mais expressiva dos envolvidos nesse processo. (MENDES et al, 2016, p. 1739).

A intervenção nos processos de educação em saúde feita no serviço, nos meses da pesquisa, manifestou a possibilidade de melhor interação entre usuário e farmácia, mostrando que a população que frequenta a unidade é carente de informações sobre sua saúde e está disposta a acolher e receber o cuidado se for ofertada as possibilidades.

A situação atual de pandemia pelo covid 19, onde a maioria das pessoas com algum tipo de doença crônica ficou sem acompanhamento médico, reforçou a importância da farmácia e do profissional farmacêutico para garantia da adesão e continuidade do tratamento.

Neste ambiente, onde a falta de obediência aos protocolos clínicos e o fácil acesso aos medicamentos, tanto pelo SUS quanto pelas farmácias privadas contribuem para a prática de polifarmácia, ao setor da farmácia fica a responsabilidade de não só apenas dispensar, mas fundamentalmente, fornecer orientações de saúde. Cabe ao farmacêutico acompanhar as mudanças nos

parâmetros clínicos dos diabéticos e hipertensos e daqueles que apresentam outras comorbidades. (PEREIRA et al, 2017).

O momento de saúde que estamos vivendo permitiu uma maior proximidade com o serviço de farmácia e um maior reconhecimento do papel do farmacêutico não apenas pela população como, principalmente, pelos outros profissionais envolvidos na unidade.

### **5.2.5 Oportunidades e deslocamentos das intervenções em saúde**

A pesquisa qualitativa permite ao pesquisador perceber o ser humano, no lugar que ocupa e nas ações que realiza. Neste caminho, este formato de intervenção, onde o investigador é ao mesmo tempo, sujeito e objeto de suas pesquisas, potencializa a produção de um novo pensar/fazer educação em saúde. (ROCHA; AGUIAR, 2003; THIOLENT, 2005; MINAYO, 2012).

Neste cenário, onde o que existe de positivo e o que precisa ser reconstruído, adaptado ou melhorado é colocado em foco, de modo que suas indagações conversem com as práticas observadas e suas conclusões permitam a abertura para novas demandas, evidencia que uma pesquisa nunca será uma obra acabada. (GIL, 2002; PAULON, 2005; MINAYO, 2007; MINAYO, 2012).

Para o serviço, esta intervenção trouxe a possibilidade de um trabalho entre a enfermagem, farmácia e nutrição, como forma e expectativa de qualificar o cuidado ofertado na unidade de estudo, permitindo também, uma aproximação, ainda que muito discreta com os médicos presentes no setor.

Em contrapartida, expôs as fragilidades para inclusão de atividades coletivas nas rotinas diárias de um serviço de especialidades. Tempo, negativas, ausências, críticas e comentários infundados se fizeram presentes, mas serviram como combustível para emponderar a pesquisadora a continuar caminhando e, ao longo do tempo, foram minimizados quando os profissionais percebiam a potência dos encontros.

Para o usuário, serviu como um espaço de escuta e fala, onde ele foi encorajado a se tornar protagonista do processo de cuidado. A intervenção feita com rodas de conversa aproximou o usuário da farmácia à equipe que dispensa seus medicamentos, fazendo entender de forma mais clara e consciente a importância do

farmacêutico na participação do seu tratamento. Evidência confirmada com o aumento da procura por este profissional após a finalização dos encontros.

Nas rodas de conversa, os participantes ficaram livres pra falar, comentar, ouvir, perguntar e transmitir necessidades e dificuldades encontradas na jornada de sua relação doença/tratamento.

Sem medo de ser criticado ou questionado por suas decisões e atitudes, cada participante se sentiu à vontade para dialogar sobre seus sentimentos, dúvidas, medos, certezas e incertezas que habitam no universo do tratamento e da doença.

Neste cenário, a intervenção permitiu a construção de uma nova relação do usuário com o serviço e do usuário com o seu cuidado.

É fato que esta interferência é apenas o primeiro passo nesta caminhada em direção a melhoria e qualificação dos serviços farmacêuticos prestados no setor, mas se fundamentou como uma importante estratégia para auxiliar nesta trajetória.

Para pesquisadora, agente de análise da pesquisa, esta intervenção trouxe um diagnóstico sobre os processos de trabalho desenvolvidos na farmácia, além de proporcionar uma reflexão sobre as condutas, ações, atitudes e fragilidades inerentes ao trajeto e que permeiam o agir, o atuar e o se posicionar como farmacêutica num ambiente ainda tendenciado ao tradicional e conservador, que ainda enxerga a farmácia apenas como um local de entrega de medicamentos.

As rodas aumentaram o vínculo com o usuário, trazendo a luz problemas e inquietações, servindo como dispositivo de mudança das condutas e das práticas profissionais.

Os obstáculos, lacunas e dificuldades encontradas no trajeto confirmaram que a saída para o novo, como meta para qualificar os serviços e aprimorar as atividades de cuidado farmacêutico na unidade será permeada por percalços e exigirá da pesquisadora/farmacêutica coragem, força de vontade, capacitação e engajamento.

O percurso de cuidado iniciado com esta proposta de intervenção, sem dúvidas, será preenchido por dúvidas, ausências, incertezas e desmerecimentos. Será inicialmente um caminho solitário, mas que produzirá frutos significativos à longo prazo, uma vez que, irá agregar outros profissionais durante a trajetória.

Aprimoramento técnico, perseverança e vontade de mudar as formas de trabalho devem ser as bases desta construção. Como interlocutora e mediadora deste processo é imperativo compromisso e a responsabilidade de fazer dessa intervenção a primeira ferramenta para concepção de um trabalho mais atuante, que

traga significado na vida das pessoas e deixe uma marca, que encoraje outros farmacêuticos a ter um novo olhar sobre as formas de cuidado e atuação profissional.

A partir das sementes surgem as folhas, o caule, as flores e os frutos. Quem assim seja essa trajetória, que mesmo com as mudanças e hiatos no caminho, esta vontade e desejo se mantenha firme e, ainda que as folhas caiam e as flores sequem, o brilho e a energia de recomeçar se façam sempre presentes.

### **5.3 Produto técnico – caderneta para o cuidar**

A modalidade de pós-graduação em Ensino e Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo, *campus* Baixada Santista, preconiza como requisito parcial para obtenção do título de mestre, a elaboração de um produto técnico, com objetivo de provocar intervenções e/ou transformações nas rotinas e práticas do serviço analisado.

Em seu escopo, sua construção deve partir da problematização das práticas e vivências percebidas ao longo da pesquisa e da trajetória profissional, sendo sua proposta focada no planejamento e implantação de ações educativas e inovadoras para o ambiente profissional estudado.

Esta construção deve promover independência e capacidade para questionamentos, críticas e reflexões, além de possibilitar acesso à informação e troca de experiências, que contribuam para prevenção de morbidades e promoção da saúde (FREIRE, 1997; ALVES; AERTS, 2011).

Para Merhy (2005), estas ações exigem dos profissionais envolvidos um questionamento a respeito da produção de atenção em saúde, uma vez que, ao transformar a sua prática, também modifica o meio em que vive e se torna um disseminador dos conhecimentos adquiridos, transformando-se em um agente de mudança social.

A ideia para o produto técnico surge então, a partir das dificuldades e necessidades apresentadas pelos usuários, que participaram das rodas de conversa promovidas no serviço, sendo pensada como uma proposta para proporcionar o vínculo e a fidelização do usuário com o serviço e os profissionais envolvidos.

Entendendo que as intervenções em saúde devem estar sempre vinculadas a processos de educação, o produto técnico proposto busca aprimorar o envolvimento

entre a farmácia e usuário ao qualificar a adesão terapêutica, dar maior suporte ao autocuidado, aumentando as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos à longo prazo.

O objetivo deste produto será qualificar os serviços de cuidado farmacêutico ofertados na unidade, aumentando o grau de vínculo e acompanhamento com o usuário, fazendo com que a farmácia passe a ser vista pelo usuário, não mais como ponto de retirada de medicamentos, mas sim, como local onde ele é visto de forma completa, onde pode ser acolhido e partilhar de ações que conduzam para melhora de seu problema de saúde.

A caderneta de cuidado farmacêutico (APÊNDICE 3) pensada como produto técnico se configura como importante agente de seguimento e acompanhamento do usuário que utiliza os serviços da farmácia, servindo como um instrumento de cidadania, onde cada usuário terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde, uma vez que, o uso da caderneta de saúde integra o conjunto de iniciativas do SUS, que tem por objetivo qualificar a atenção ofertada às pessoas idosas (BRASIL, 2018).

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Repensar o cuidado farmacêutico no Serviço de Especialidades de Cubatão, foi o título escolhido para essa dissertação, como proposta para analisar as atividades farmacêuticas em uma unidade de atenção secundária de saúde e contextualizar as potências e fragilidades envolvidas nas relações farmácia/usuário.

Mas, por que repensar? Para reconsiderar ou reexaminar algo que desperta inquietações e, como forma de problematizar processos de trabalho e interações presentes nas dinâmicas do cuidado.

No universo de medicamentos/doenças/usuário, entender as lacunas e possibilidades que permeiam nestes vínculos se fundamenta como importante estratégia para redirecionar as ações e serviços ofertados na área de saúde.

Ao escolher a roda de conversa como proposta de intervenção, tínhamos a intencionalidade de valorizar a fala e a escuta, permitindo a conexão entre os saberes técnicos e populares. Objetivo este conquistado, uma vez que, dos diálogos construídos, emergiram núcleos de sentido que confirmaram a importância de repensar e reorganizar o cuidado farmacêutico produzido na unidade.

Apropriação da doença, do cuidado e tratamento; estratégias e dificuldades no manejo e uso dos medicamentos; grupos como ferramenta para o cuidado: potencialidades e fragilidades; roda de conversa, ferramenta para o cuidado farmacêutico; oportunidades e deslocamentos das intervenções em saúde apareceram como categorias que respaldaram os propósitos desta pesquisa.

Os resultados gerados comprovaram as carências e necessidades de cuidado vivenciadas pelo público que frequenta o serviço, sinalizando as dificuldades quanto ao uso de seus medicamentos e relacionadas à condução de seu tratamento.

Dúvidas quanto à administração, semelhanças, finalidades e conservação foram apontadas em vários relatos. Perguntas sobre o melhor horário e associação com alimentos, além dos questionamentos sobre suas doenças, se fizeram presentes em todos os encontros. A partilha observada, entre as falas da pesquisadora e pesquisados, associadas ao uso de recursos lúdicos fundamentaram o sucesso das ações de intervenção em saúde, por meio de espaços coletivos.

Alguns dos problemas observados sinalizaram a necessidade do cuidado individualizado, para usuários diabetes e hipertensão que apresentem maiores dificuldades na utilização de seus medicamentos, com intuito de complementar as

atividades coletivas e melhorar a qualidade de adesão ao tratamento, garantindo vínculo e integralidade na atenção.

Ademais, os encontros revelaram as potencialidades de trocas e aprendizados que afloram nas atividades coletivas de saúde, fundamentando a riqueza de produtos que surgem com ações de educação em saúde. Entre esses produtos estão a frequência de participação de alguns usuários, as sugestões indicadas pelos participantes, a adesão de outros profissionais do serviço à proposta de intervenção, além da procura espontânea por novos encontros após o fim das atividades propostas para pesquisa.

Os frutos produzidos nos encontros reforçam a ideia de que, quando estimulada, a população utiliza os serviços ofertados nas unidades de saúde, sendo capaz de partilhar, produzir e construir ferramentas que colaborem para melhora de seu tratamento.

No serviço, esta intervenção estimulou o vínculo entre alguns profissionais, encorajando os mesmos a um novo olhar sobre as formas de condução do cuidado e, ao mesmo tempo, revelou as falhas, omissões e fragilidades presentes nos processos de trabalho da farmácia. Estes hiatos, que ainda são percebidos nos atendimentos, nas formas de apresentação dos medicamentos e estão diretamente relacionados a falta de estrutura e capacitação dos serviços.

A pesquisa também expôs os obstáculos presentes na organização do serviço e nos processos de trabalho fortalecendo a necessidade de uma gestão mais engajada e envolvida na coordenação do cuidado, que se fundamente em estimular atividades interprofissionais e ações que fidelizem a construção do cuidado e corrobore com os princípios de condução das RAS.

Nesse processo, o farmacêutico precisa se afirmar como agente importante do cuidado, devendo se apropriar de suas competências e se encorajar a dar os primeiros passos desse trajeto. Neste caminho, as barreiras e empecilhos estarão presentes, mas devem servir de objetos de fortalecimento e reconstrução.

Alguém precisa começar. Que este começo venha de uma iniciativa da farmácia. Esta proposta de intervenção é uma evidência, de que a roda de conversa, funciona como efetiva metodologia ativa, em processos de educação em saúde.

## REFERÊNCIAS

- AIOLFI, C.R. et al. Adesão ao uso de medicamentos entre idosos hipertensos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.18, n.2, p. 397-404, 2015. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000200397&script=sci\\_abstract&lng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-98232015000200397&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: 13 abr. 2020.
- ALMEIDA, E.R; MOUTINHO, C.B; LEITE, M.T. de S. A prática da educação em saúde na percepção dos usuários hipertensos e diabéticos. **Saúde em debate**, v. 38, n.101, p.328-337, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n101/0103-1104-sdeb-38-101-0328.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2019.
- ALVES, G.G; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a estratégia saúde da família. **Ciências Saúde Coletiva**, v.16, n.1, p.319-325, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v16n1/v16n1a34.pdf> > Acesso em: 20 jun.2019.
- ANDRADE, J.P.et al. Programa nacional de qualificação de médicos na prevenção e atenção integral às doenças cardiovasculares. **Arquivo Brasileiro Cardiologia**, São Paulo, v. 100, n.3, p. 203-211, mar. 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2013000300001&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066782X2013000300001&script=sci_arttext)>Acesso em: 25 nov. 2018
- ANDRADE, M.V et al. Análise da linha de cuidado para pacientes com diabetes mellitus e hipertensão arterial: a experiência de um município de pequeno porte no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Popular**, São Paulo, v.36, p. 1-21, 2019. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982019000100170](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982019000100170)> Acesso em: 23 ago. 2020.
- ARAÚJO, L.S.A. et al. Idosos e grupos de convivência: motivos para não adesão. **Sanare, Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 16, supl. n. 1, p. 58-67, 2017. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1140/625>> Acesso em: 23 ago. 2020.
- ARAÚJO, P.S. et al. Atividades farmacêuticas de natureza clínica na atenção básica no Brasil. **Revista de Saúde Pública** [S.l.], 2017. n. 51. p. 1-11, supl.2, 6p. Disponível em: <[https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt\\_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007109.pdf](https://www.scielo.br/pdf/rsp/v51s2/pt_0034-8910-rsp-S1518-51-s2-87872017051007109.pdf)> Acesso em: 23 ago. 2020.
- ARAÚJO, N.C.F. et al. Avaliação da adesão ao tratamento em condições crônicas de saúde por meio do cuidado farmacêutico. **Revista Brasileira de Farmácia**, Hospital Servidor de Saúde, São Paulo, v.8 n.3, p. 37-41, jul-set. 2017. Disponível em:<<http://rbfhss.saude.ws/revista/arquivos/2017080306001194BR.pdf>>Acesso em: 23 ago. 2020.
- BARBERATO, L.C.; SCHERER, M.D.A.; LACOURT, R.M.C. O farmacêutico na atenção primária no Brasil: Uma inserção em construção. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n. 10, p. 3717-3724, março, 2018. Disponível em:

<<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/o-farmaceutico-na-atencao-primaria-no-brasil-uma-insercao-em-construcao/16679?id=16679>> Acesso em: 23 ago. 2020.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.

BARRETO, M. T. M. et al. Brincando e ressignificando o uso racional de medicamentos: a experiência em um grupo de idosos. **Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde**, Aracaju, v. 1, n. 15, p. 53-64, out. 2012.

Disponível

em:<<https://periodicos.set.edu.br/index.php/cadernobiologicas/article/download/161/113>> Acesso em: 07 set. 2020.

BARRETO, M.S et al. Prevalência de não adesão à farmacoterapia anti-hipertensiva e fatores associados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n.1, p. 60-67, jan/fev 2015. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/reben/v68n1/0034-7167-reben-68-01-0060.pdf>> Acesso em: 23 ago. 2020.

BORGES, A.P.S; GUIDONI, C.M; FREITAS, O.; PEREIRA, L. R.L. Economic evaluation of outpatients with type 2 diabetes mellitus assisted by a pharmaceutical care service . **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, São Paulo, v. 55, n. 9, p. 686-691, dec. 2011. Disponível

em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S00042730201100090003](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00042730201100090003)> Acesso em: 15 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Formulação de Políticas de Saúde. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**, que dispõe sobre a aprovação da Política Nacional de Medicamentos. Brasília, 1998. Disponível

em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916\\_30\\_10\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html)> Acesso em: 16 ago. 2020.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Lei Orgânica do SUS. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 19 set. 1990. Brasília: Casa Civil, 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: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Casa Civil. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

Brasília: Senado, 1988. Disponível em:

<[http://www.planalto.gov.br/civil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)> Acesso em: 15 ago. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM)**: protocolo Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 96 p. il. (Cadernos de atenção Básica, 7). Disponível em:

<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_06.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf)> Acesso em: 21 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização** - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Série B. Textos básicos de saúde. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)> Acesso em: 14 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Portaria normativa n. 17, de 28 de dezembro de 2009. Dispõe sobre o mestrado profissional no âmbito da Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 de dezembro de 2009. Seção 1, n. 48, p. 20.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 27** - Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família) – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p.: il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf)> Acesso em: 21 abr. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2010. Seção 1, p.89. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279\\_docredes.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria4279_docredes.pdf)> Acesso em: 05 jun. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União, Poder Executivo**. Brasília, DF, 24 out. 2011a. Seção 1, p. 48. Disponível em: <[bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html)> Acesso em: 11 mai. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. A assistência farmacêutica nas Redes de Atenção à Saúde do SUS. (Documento técnico apresentado ao DAF/SCTIE/MS, não publicado na íntegra). Brasília, 2012. 25 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 114, 14 jun. 2012a. Seção 1, p. 29-30. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214\\_13\\_06\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1214_13_06_2012.html)> Acesso em: 30 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 34 p., il.(Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20\\_cuidado\\_pessoas%20\\_doenças\\_cronicas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf)> Acesso em: 18 jun.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 108 p., il. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 1).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014b. 308 p., il. (Cuidado farmacêutico na atenção básica; caderno 2).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). Disponível em:  
<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_doenca\\_cr onica\\_cab35.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cr onica_cab35.pdf) > Acesso em: 10 dez. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciências e Insumos estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**. Ministério da saúde. 1 ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.4v., il. Caderno 3: Planejamento e implantação de serviços de cuidado farmacêutico na atenção básica: experiência de Curitiba.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Cuidado farmacêutico na atenção básica**, 1 ed. rev., Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 4 v: il.

\_\_\_\_\_. 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 União**. Brasília, DF, 21 set 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Caderneta de saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 5 ed. Disponível em:  
<[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta\\_saude\\_pessoa\\_idosa\\_5ed.p df](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_saude_pessoa_idosa_5ed.p df)>Acessoem: 12 dez.2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Panorama da vigilância de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2018. **Boletim Epidemiológico: Secretaria de Vigilância em Saúde**, Ministério da Saúde, v. 50, n. 40, dez. 2019, 15p. Disponível em:  
<<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2020/janeiro/16/Boletim-epidemiologico-SVS-40-v2.pdf> >Acesso em: 15 out. 2020.

\_\_\_\_\_. 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. 384 p., il.

CAMPOS, R.H. de F. **Psicologia social comunitária: da solidariedade à autonomia**. Petrópolis: Editora Vozes, 1996. 179p.

CAMPOS, C.J.G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.5, p. 611-614, set/out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a19v57n5.pdf>>. Acesso em: abril. 2019.

CAVALCANTE, R.B.; CALIXTO, P.; PINHEIRO, M.M.K. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação & Sociologia**, João Pessoa, v.24, n.1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <[http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/\\_repositorio/2015/12/pdf\\_ba8d5805e9\\_0000018457.pdf](http://basessibi.c3sl.ufpr.br/brapci/_repositorio/2015/12/pdf_ba8d5805e9_0000018457.pdf)> Acesso em: 15 jun. 2018.

CAZARIM, M. et al. Impact assessment of pharmaceutical care in the management of hypertension and coronary risk factors after discharge. **PLoS One**, v. 11, n.6, p. 1-14, 2016 Jun. 15. DOI:10.1371/journal.pone.0155204.

COELHO, M.O.; JORGE, M.S.B. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1523-1531, 2009. Suplemento 1. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a26v14s1.pdf>> Acesso em: 15 ago. 2020.

COELHO, J.S.; BRAGA, G.A.R. **Roda de conversa sobre medicamentos: Construindo significados para o uso racional com usuários de um serviço de saúde mental**. 2009. 17 p. Teresópolis. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/premio\\_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/juliana\\_souza\\_trabalho\\_completo.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/premio_medica/pdfs/trabalhos/mencoes/juliana_souza_trabalho_completo.pdf)> Acesso em: 15 mai. 2020.

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Planificação da Atenção à Saúde**. 2018. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/planificacao-da-atencao-saude/>> Acesso em: 20 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 357 de 20/04/2001. CFF - Conselho Federal de Farmácia. Aprova o Regulamento Técnico das Boas Práticas de Farmácia. Brasília, 2001. **Diário Oficial da União**: 27 abr.2001. Disponível em: <<https://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-176-34-2001-04-20-357>> Acesso em: 23 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução CFF nº 499 de 17/12/2008. Dispõe sobre a prestação de serviços farmacêuticos, em farmácias e drogarias, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: 23 dez. 2008. Brasília. 2008. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=108710>> Acesso em: 23 abr. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução CFF n. 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 25 set 2013. Seção 1, p. 186.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 338, de 06 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União, Poder Executivo**. Seção 1 n. 96, 20 de maio de 2004. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. Disponível em: <[https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338\\_06\\_05\\_2004.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2004/res0338_06_05_2004.html)> Acesso em: 07 mai. 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Resolução n. 466/2012, que trata de pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial da União**: 12 dez. 2012. Brasília, 2012. Disponível em: <<https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 26 abr. 2020.

CORRER, C.J.; OTUKI, M. F. **Método clínico de atenção farmacêutica**. São Paulo. Março, 2011. 22p.

CORRER, C.J; OTUKI, M. F. **A prática farmacêutica na farmácia comunitária**. Porto Alegre: Artmed. 2013. 454 p.

CORRER, C.J; OTUKI, M.F.; SOLER, O. Assistência farmacêutica integrada ao processo de cuidado em saúde: gestão clínica do medicamento. **Revista Pan-Amazônica de Saúde**, Pará, v. 2, n. 3, p. 41-49, 2011. Disponível em: <[http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S217662232011000300006&lng=pt&nrm=is&tlng=pt](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S217662232011000300006&lng=pt&nrm=is&tlng=pt)> Acesso em: 15 jun. 2020.

ESCALDA, P.; PARREIRA, C.M.S.F. Dimensões do trabalho interprofissional e práticas colaborativas desenvolvidas em uma unidade básica de saúde, por equipe de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu, n. 22, p. 1717-1727. 2018. Suplemento 2. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1414-32832018000601717&lng=pt&nrm=iso](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832018000601717&lng=pt&nrm=iso)> Acesso em: 20 nov. 2020.

FEUERWERKER, L.C.M.A cadeia do cuidado em saúde. In: MARINS, J.J et al (org). **Educação, saúde e gestão**. Rio de Janeiro e São Paulo: ABEM- Hucitec, 2011. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/publication/264810763\\_A\\_CADEIA\\_DO\\_CUIDADO\\_EM\\_SAUDE](https://www.researchgate.net/publication/264810763_A_CADEIA_DO_CUIDADO_EM_SAUDE)> Acesso em: 15 ago.2020.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 25 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996. 166p. Disponível em: <[http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4%20Freire\\_P\\_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf](http://www.apeoesp.org.br/sistema/ck/files/4%20Freire_P_%20Pedagogia%20da%20autonomia.pdf)> Acesso em: 03 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 24 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997. Disponível em:

<[http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia\\_do\\_oprimido.pdf](http://www.letras.ufmg.br/espanhol/pdf/pedagogia_do_oprimido.pdf)> Acesso em: 06 dez. 2019.

FULTON, M.M.; ALLEN, E.R. Polypharmacy in the elderly: a literature review. **Journal American Academic Nurse Practice**, v.17, n. 4, p. 123-32, 2005 apr Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15819637>> Acesso em: 12 dez. 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002

GERHARDT, T.E.; SILVEIRA, D.T. Métodos de pesquisa. **Série Educação a Distância**. Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. – Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. 120 p. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>> Acesso em: 23 nov. 2018.

GOODSON, I.F. Dar voz ao professor: as histórias de vida dos professores e o seu desenvolvimento profissional. In: NÓVOA, A. (org.). **Vidas de professores**. Porto Alegre. 1992, p. 63.

JUNIOR, A.F.B.; JUNIOR, N.F. A utilização da técnica da entrevista em trabalhos científicos. **Evidência**, Araxá, v. 7, n. 7, p. 237-250, 2011. Disponível em: <[https://met2entrevista.webnode.pt/\\_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf](https://met2entrevista.webnode.pt/_files/200000032-64776656e5/200-752-1-PB.pdf)> Acesso em: 03 abr. 2019.

JUNIOR, A.C.A. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas**: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais. Organização Pan-americana da saúde / Organização Mundial da Saúde. Inovação na gestão do SUS: experiências locais. Brasília – DF. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consolidando\\_rede\\_atencao.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consolidando_rede_atencao.pdf)> Acesso em: 20 nov. 2020.

LOPES, M.C.L.; MARCON, S.S. Assistência à família na atenção básica: facilidades e dificuldades enfrentadas pelos profissionais de saúde. **Acta Scientiarum Health Sciences**, Maringá, v. 34, n. 1, p. 85-93, jan/jun, 2012. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1311/7624-61172-1-pb.pdf>> Acesso em: 02 dez. 2020.

MALTA, D.C. et al. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. **Epidemiologia Serviço da Saúde**, Brasília, v.20, n.4, dez. 2011. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v20n4/v20n4a02.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2019.

MAFFACCIOLLI, R.; LOPES, M.J.M. Educação em saúde: a orientação alimentar através de atividades de grupo. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 439-45, 2005. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000200012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200012)> Acesso em: 04 dez. 2019.

MARIN, M.J.S. et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública** [online], v.24, n.7, p.1545-1555, 2008. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2008000700009&lng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2008000700009&lng=en)> Acesso em: 26 set. 2020.

MARIN, M.J.S. et al. Conhecendo os motivos da não adesão às ações educativas em saúde. **REME - Revista Mineira Enfermagem**, v. 17, n.3, p.500-504, jul/set2013. Disponível em: <<https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/141343/ISSN2316-9389-2013-17-03-500-504-pt.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 04 ago. 2020.

MEDEIROS-NETTO, A.S et al. Frequência de problemas relacionados com medicamentos em pacientes que procuram o serviço de urgência de um hospital regional. **Seguimento Farmacoterapêutico** [S.l.], v. 3, n. 4, p. 213-224, 2005. Disponível em:<<http://www.cipf-es.org/sft/vol-03/213-224.pdf>> Acesso em: 09 ago. 2020.

MELCHIORS, A.C. **Hipertensão Arterial: análise dos fatores relacionados com o controle pressórico e a qualidade de vida**. 2008, 156f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, 2008. Disponível em:<<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/14482/Ana%20Carolina%20Melchiors.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 25 mai. 2020.

MÉLLO, R.P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa. **Psicologia e Sociedade**, v.19, n.3, p. 26-32, 2007. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822007000300005&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-71822007000300005&script=sci_arttext)>Acesso em: 23 set. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p., il. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf)> Acesso em: 10. Jun. 2020.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia Saúde da Família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p. il. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)> Acesso em: 13 fev. 2020.

MENDES, R. et al. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. **Ciência & Saúde Coletiva** (online), v. 21, n.6, p. 1737-1745, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232016000601737&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1413-81232016000601737&script=sci_abstract&lng=pt)> Acesso em: jun.2018> Acesso em: 24 nov. 2018.

MERHY, E.E. Em busca de ferramentas analisadoras das Tecnologias em Saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOKO, R. editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*.

2 ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 113-50.

MERHY, E.E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface - Comunicação, saúde, educação**. Botucatu, v. 9, n. 16, p.161-177, fev. 2005. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2093.pdf>> Acesso em: 04 mai. 2020.

METZNER, A.C.; CAMOLESI, D.R. Atividades lúdicas na terceira idade: benefícios para um grupo de mulheres da cidade de Jaborandi. **Revista Fafibe On-Line**, Bebedouro, ano 5, v. 11, n.5, São Paulo, 2012. 6p. Disponível em: <<http://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/21/2112012211527.pdf>> Acesso em: 04 jul. 2019.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10. ed, São Paulo: HUCITEC, 2007. 406 p.

MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232012000300007](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007)> Acesso em: 23 nov. 2018.

MONNERAT, C.P. et al. Estratégia de educação em saúde com familiares de crianças em uso contínuo de medicamentos. **Revista Enfermagem - UFPE**, Recife, v. 10, n.11, p. 3814-22, nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/viewFile/11461/13293>> Acesso em: 24 mai. 2020.

MOUTINHO, C.B et al. Dificuldades, desafios e superações sobre educação em saúde na visão de enfermeiros de saúde da família. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v.12, n. 2, p. 253-272, mai/ago. 2014. Disponível em: <[https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462014000200003&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462014000200003&script=sci_arttext)> Acesso em: 24 set. 2020.

MUNIZ, G.D. **Educação em saúde no grupo de hipertensos e diabéticos da estratégia de saúde da família da unidade mista de Felipe Camarão em Natal/RN**. 2016. 19f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em Saúde) - Universidade Federal do Maranhão, UNA-SUS, São Luís, 2016. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/7700>> Acesso em: 28 nov. 2019.

NAPAL, E.O.P. **Roda de conversa para troca de conhecimento em pacientes com hipertensão arterial na unidade de saúde de Santa Clara no Município de Viçosa**. Universidade Federal de Minas Gerais. Monografia (Especialização em Estratégia Saúde da Família). Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Ubá, 2016. 34f. Disponível

em:<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/ERICK-OSCAR-PINA-NAPAL.pdf>> Acesso em: 24 jul. 2020.

NOGUEIRA, A.L.G. et al. Leads for potentializing groups in Primary Health Care. **Revista Brasileira de Enfermagem** [Internet], v.69, n. 5, p.907-14, 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n5/0034-7167-reben-69-05-0964.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2020.

OLIVEIRA, F. et al. Os entraves para o trabalho em equipe na assistência integral à saúde. **Enfermagem Brasil**, v.17, n.5, p. 520-526, 2018. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1170/414>> Acesso em: 01 dez. 2020.

OLIVEIRA, J.S.; FREITAS, S.K.S.; VILAR, N.B.S. Influência da renda e do nível educacional sobre a condição de saúde percebida e autorreferida de pessoas idosas. **Journal of Health and Biological Sciences**, v.7, n.4, p. 395-398, 2019. Doi:10.12662/2317-3076jhbs.v7i4.2343.p395-398.2019. Disponível em: <<https://periodicos.unichristus.edu.br/jhbs/article/view/2343>> Acesso em: 27 nov. 2020.

PAULON, S.M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa intervenção. **Psicologia & Sociedade** (online), v.17, n. 3, p. 18-25, set-dez: 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3>> Acesso em: 12 abr. 2018.

PEDUZZI, M. et al. Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. In: **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria**. Barueri: Ed. Manole, v. 1, cap. 17, 2016, 9p. Disponível em: <[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod\\_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/3011330/mod_resource/content/1/Trabalho%20em%20equipe.pdf)> Acesso em: 01 dez. 2020.

PEDUZZI, M.; AGRELI, H.F. Trabalho em equipe e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde. **Interface**, Botucatu, v. 22, n. 2, p.1525-1534, 2018. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/icse/v22s2/1807-5762-icse-22-s2-1525.pdf>> Acesso em: 20 nov. 2020.

PEREIRA, A.V.; VIEIRA, A.L.S, FILHO, A.A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV. **Trabalho educação e saúde** (online), Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 25-41, mar./june, 2011. Disponível em:<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S19817746201100010003&lang=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S19817746201100010003&lang=en)>Acesso em: 26 set. 2020

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, v. 44, n. 4, p. 601-612, out./dez., 2008. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbcf/v44n4/v44n4a06.pdf>>Acesso em: 30 nov. 2020.

PEREIRA, K.G. et al. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de epidemiologia**, v. 20, n.2, p. 335-344, abr-jun 2017.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v20n2/1980-5497-rbepid-20-02-00335.pdf>> Acesso em: 13 abr. 2020.

PEREIRA, L. A. C. S.; TELES, T. F. S, SANTOS, N. F. Redes de atenção à saúde: desafios para implantar um novo olhar para a atenção básica na periferia estadual – um relato de experiência. **SANARE, Revista de Políticas públicas**, v.14, supl. 1, p. 108, 2015.

PLÁCIDO, V. B. V.; FERNANDES, L. P. S.; GUARIDO, C. F. Contribuição da Atenção Farmacêutica para pacientes portadores de diabetes atendidos no ambulatório de endocrinologia da UNIMAR. **Revista Brasileira de Farmácia**, v. 90, n.3, p. 258-263, 2009.

REZENDE, I. N de. Literatura, história e farmácia: um diálogo possível. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.813-828, jul-set., 2015 Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n3/0104-5970-hcsm-22-3-0813.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2020.

RIBEIRO, E. A. A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. **Evidência: olhares e pesquisa em saberes educacionais**, Araxá/MG, n. 4, p.129-148, mai. 2008. Disponível em: <<http://www.uniaraxa.edu.br/ojs/index.php/evidencia/article/view/328>> Acesso em: 23 mai. 2019.

ROCHA, M. L.; AGUIAR, K. F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia & Ciência e Profissão**, v. 23, n. 4, p.64-73, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a10.pdf>> Acesso em: 03 jun. 2018.

RONZONI, M.M; MARAGNO, C.A.D. O papel do farmacêutico nas ações de educação em saúde de um grupo de idosos: relato de experiência. **Revista do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção Básica / Saúde da Família**, São Paulo, v. 3. Unesc, 2016. 8p. Disponível em: <<http://periodicos.unesc.net/prmultiprofissional/article/view/3029/2793>> Acesso em: 15 jun. 2020.

SAMPAIO, J. et al. Limites e potencialidades das rodas de conversa no cuidado em saúde: uma experiência com jovens no sertão pernambucano. **Interface (Botucatu)** [online], v.18, n..2, p.1299-1311, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18s2/1807-5762-icse-18-s2-1299.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2019.

SANTOS, S. L. F. et al. Serviço de atendimento farmacêutico ao idoso: relato de experiência de educação em saúde. **Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 42, n.2, p. 225-231, jul./dez. 2016.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Revista Séries Saúde no Brasil**, Porto Alegre, n.4, p. 61-74, 2011. Disponível em: <[http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal\\_lancet2011.pdf](http://www.idec.org.br/pdf/schmidtetal_lancet2011.pdf)> Acesso em: 30 nov. 2019.

SILVA, D. C. T.; SILVA, K.; LEAL, M. J. S. Educação na saúde do idoso. In: FACULDADE SANTA MARCELINA. **Anais**. Revista Kairós, São Paulo, v.12, n.1, p. 275-330, jan. 2009.

SOARES, A. N. et al. Dispositivo educação em saúde: reflexões sobre práticas educativas na atenção primária e formação em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.26, n.3. 2017, 9p. Doi.org/10.1590/0104-07072017000260016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n3/0104-0707-tce-26-03-e0260016.pdf>> Acesso em: 24 nov. 2019.

SOUZA, T. T. **Desenvolvimento de modelos de serviços de cuidado farmacêutico a pacientes polimedicados**. 2017. 343 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2017. Disponível em: <<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/47698/R%20-%20T%20%20THAIS%20TELES%20DE%20SOUZA%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> Acesso em: 30 nov. 2019.

STURMER, P.L.; BIANCHINI, I. Atenção às condições crônicas cardiovasculares: uma proposta de estratificação baseada nas necessidades das pessoas. 2012. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica** Brasília. Ministério da Saúde, 2014. 162 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

TAJRA, I. **Roda de conversa como instrumento para criação de grupos de interação social e educacional em saúde relato de experiência**. 2015.18f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Teresina/Pi , 2015. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/33204667-Roda-de-conversa-como-instrumento-para-criacao-de-grupos-de-interacao-social-e-educacional-em-saude-relato-de-experiencia.html>> Acesso em: 25 mai. 2019.

TAQUETTE, S. R. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. In: Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa em Saúde. **Atas CIAIQ2016**, v. 2, p. 524-533, 2016. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>> Acesso em: 13 set. 2018

TESSER, C. D. Medicalização social (II): limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.10, n.20, p.347-62, jul/dez 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v10n20/06.pdf>> Acesso em: 30 nov. 2019.

TESSER, C. D. Por que é importante a prevenção quaternária na prevenção? **Revista Saúde Pública**, v.51, n.116, 2017.9p. Doi.org/10.11606/s1518-8787.2017051000041. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt\\_0034-8910-rsp-S151887872017051000041.pdf18](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v51/pt_0034-8910-rsp-S151887872017051000041.pdf18)> Acesso em: 30 nov. 2019.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 14 ed. São Paulo: Cortez, 2005. Disponível em:

<[https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17580/3/ve\\_Michel\\_Thiollent\\_20\\_pt.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/17580/3/ve_Michel_Thiollent_20_pt.pdf)>  
Acesso em: 23 abr. 2019.

TURATO, E. R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Revista de Saúde Pública** [online], v.39, n.3, p.507-514, 2005. Disponível em:  
<<https://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24808.pdf>> Acesso em: 13 nov. 2018.

VENANCIO, S.I.; ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S. Atenção integral à hipertensão arterial e diabetes mellitus: implementação da Linha de Cuidado em uma Região de Saúde do estado de São Paulo, Brasil. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.26, n. 1, p. 113-135, 2016. Disponível em:  
<<https://scielosp.org/pdf/physis/2016.v26n1/113-135/pt>> Acesso em: 14 jan. 2020.

VIACAVAL, F. et al. SUS: oferta, acesso e utilização de serviços de saúde nos últimos 30 anos. **Ciência & saúde coletiva** [online], v.23, n.6, p.1751-1762, 2018. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601751&script=sci\\_abstract&tIng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232018000601751&script=sci_abstract&tIng=pt)> Acesso em: 30 nov. 2019.

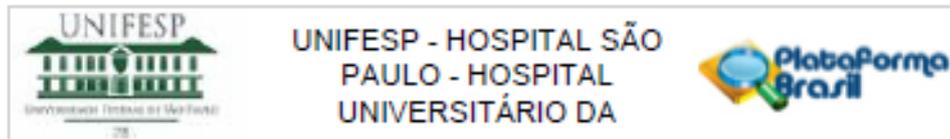
VINHOLES, E. V.; ALANO, G. M.; GALATO, D. A percepção da comunidade sobre a atuação do Serviço de Atenção Farmacêutica em ações de educação em saúde relacionadas à promoção do uso racional de medicamentos. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v.18, n.2, p. 293-303, abr-jun 2009. Disponível em:  
<[https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902009000200012](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200012)> Acesso em: 30 nov. 2020.

WERLANG, M. C.; ARGIMON, I. I. L.; STEIN, L. M. Estratégias de memória utilizadas por idosos para lembrarem do uso dos seus medicamentos. **Estudo interdisciplinar do envelhecimento**. Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 95-115, 2008. Disponível em: <<https://seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/6950/4218>> Acesso em: 15 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000–2016**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em:  
<[https://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/](https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/)> Acesso em: 20 ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Developing pharmacy practice. A focus on patient care**. Handbook – Ed. 2006. Disponível em:  
<[www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/index.html)> Acesso em: 14 jan. 2020.

## ANEXO 1 – PARECER DO COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** DIABETES E HIPERTENSÃO:(RE) PENSANDO O CUIDADO FARMACÊUTICO NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES DE CUBATÃO

**Pesquisador:** NINA ROSA SANTOS CRUZ

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 11767219.9.0000.5505

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de São Paulo Campus Baixada Santista

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.411.744

#### Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n:0397/2019 (parecer final)

Trata-se de projeto de mestrado de NINA ROSA SANTOS CRUZ. Orientadora: Profª. Drª. Maria Fernanda Petroll Frutuoso; Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Campus Baixada Santista, UNIFESP.

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa

(PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1289312.pdf, gerado em 12/4/2019)

**APRESENTAÇÃO:** O acesso à saúde a partir de 1988 passou a ser um direito social, pautado em legislações que garantem universalidade de acesso em todos os níveis de assistência à saúde, encontrando na Atenção Básica e na Atenção Especializada subsídios que assegurem a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado e a participação social. Neste universo, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão entre as queixas mais frequentes dos serviços de saúde, fatos estes que mostram a necessidade do trabalho multidisciplinar e da adoção de ações de assistência e atenção farmacêutica, para identificação precoce dos fatores de risco. A atenção farmacêutica facilita a adesão da terapia, garantindo a qualidade e a integralidade da assistência. Neste diálogo o usuário, protagonista do cuidado é encorajado a exercer suas

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5530-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.411.744

potencialidades e construir, por si mesmo, estratégias e alternativas para evolução do tratamento. Este projeto busca identificar a demanda de portadores de hipertensão e diabetes atendidos no serviço de especialidades de Cubatão para construção de um espaço de educação em saúde, construído por meio de rodas de conversa, que contribua para ampliação da Integralidade do cuidado em saúde e atue como um dispositivo de percepção do cuidado farmacêutico, no âmbito do atendimento do SUS. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo de caráter exploratório, com arcabouço construído nos pilares de uma pesquisa intervenção desenhada em etapas. Na fase inicial da pesquisa será feito um levantamento do perfil dos usuários por meio de questionário. O segundo passo será a seleção dos participantes para os grupos de conversa, seguida do início de realização dos encontros. Os dados coletados em todas as etapas da pesquisa serão analisados e utilizados para implementar um conjunto de ações de Atenção farmacêutica, visando melhorar a qualidade nos atendimentos, otimizar a gestão de medicamentos e entender como portadores de hipertensão e diabetes percebem o seu tratamento. As ferramentas utilizadas durante as rodas de conversa serão baseadas no uso de folhetos informativos, dinâmicas e atividades lúdicas, para garantir a adesão e continuidade do tratamento.

**-HIPÓTESE:** O uso das rodas de conversa como ferramenta para o cuidado farmacêutico de diabéticos e hipertensos, em um serviço ambulatorial, por sua perspectiva dialógica e participativa, pode contribuir para a autonomia do usuário, no que diz respeito à sua condição de sujeito protagonista no processo de saúde/doença/cuidado, proporcionando a melhora na eficiência e nos resultados do uso de medicamentos.

**Objetivo da Pesquisa:**

**-OBJETIVO PRIMÁRIO:** Analisar o cuidado farmacêutico para hipertensos e diabéticos atendidos no Serviço de Especialidades de Cubatão, São Paulo, com vistas a fortalecer os espaços coletivos de educação em saúde em equipamentos de atenção secundária a saúde.

**-OBJETIVO SECUNDÁRIO:** Descrever o perfil dos portadores de doenças crônicas que utilizam a Policlínica. Conhecer os tipos de medicações utilizados, os níveis de adesão aos tratamentos propostos e formas de cuidado em saúde. Promover por meio de rodas de conversa atividades que contribuam para integralidade do cuidado farmacêutico no âmbito de atendimento do SUS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador declara:

Endereço:	Rua Francisco de Castro, 55		
Bairro:	VILA CLEMENTINO	CEP:	04.020-050
UF:	SP	Município:	SAO PAULO
Telefone:	(11)5571-1082	Fax:	(11)5530-7182
		E-mail:	cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.411.744

-RISCOS: não haverá riscos à saúde dos participantes e poderá ocorrer desconforto mínimo ao responder alguma pergunta do questionário ou roda de conversa.

-BENEFÍCIOS: O usuário, protagonista do cuidado será encorajado a exercer suas potencialidades e construir, por si mesmo, estratégias e alternativas para evolução do tratamento. Os dados coletados em todas as etapas da pesquisa serão utilizados para implementar um conjunto de ações de Atenção farmacêutica, visando melhorar a qualidade nos atendimentos, otimizar a gestão de medicamentos e entender como portadores de hipertensão e diabetes percebem o seu tratamento.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**TIPO DE ESTUDO:** Pesquisa qualiquantitativa; Trata-se de um estudo qualitativo de caráter exploratório, que almeja verificar como as pessoas avaliam sua experiência com medicamentos, como definem seu problema de saúde e quais opiniões, sentimentos e significados para o seu processo de cura.

**LOCAL:** A unidade estudada será o Serviço de Especialidades de Cubatão – Policlínica,

**PARTICIPANTES:** 10 pacientes

-Critério de Inclusão: Pacientes que apresentarem maiores alterações quanto aos níveis pressóricos e glicêmicos e também aqueles que mantiveram um equilíbrio nos níveis pressóricos e glicêmicos. Usuários do serviço de farmácia do setor, hipertensos e/ou diabéticos não insulino-dependente, que apresentem históricos agudos da doença.

-Critério de Exclusão: Todos os participantes que informarem indisponibilidade de participação dos encontros no momento do convite

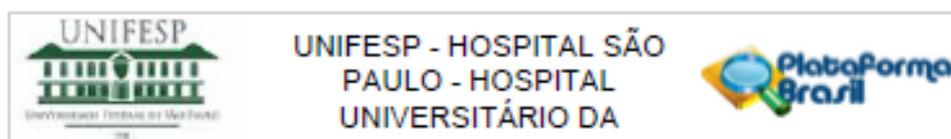
**PROCEDIMENTOS:**

-Com arcabouço construído nos pilares de uma pesquisa intervenção, este projeto foi desenhado em três etapas: a primeira com foco no levantamento do perfil dos usuários da unidade, a segunda, centrada na seleção dos participantes para os grupos de conversa e a terceira fundamentada na realização e análise dos encontros.

-Por seu caráter exploratório, a pesquisa buscará identificar o sexo, a idade, ocupação atual, o bairro de residência, bem como, a presença de fatores de risco como alcoolismo, obesidade e tabagismo nos usuários que buscam os serviços de cardiologia e endocrinologia da Policlínica de Cubatão.

-Na fase inicial, a coleta de dados será feita com todos os pacientes que tiverem consulta agendada com os especialistas, a fim de verificar o número de portadores de diabetes e

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5530-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.411.744

hipertensão. O levantamento destes dados será feito por meio de questionário, com o próprio paciente ou responsável, com rotelo pré-estabelecido, realizada durante o horário de espera para atendimento. Esta verificação será praticada no intervalo de dois meses, mesmo período de realização dos encontros, de maio a julho de 2019.

-A segunda etapa da pesquisa será embasada na escolha de 10 (dez) usuários para participar dos encontros para discussão do cuidado farmacêutico. Esta seleção será feita em conjunto com os médicos da unidade.

-Os usuários selecionados serão convidados a participar da terceira etapa do projeto, rodas de conversa, pensadas como mecanismo de intervenção, para adoção de ações pós-consulta, que visem a educação em saúde e o comprometimento com a terapêutica. Nesta fase, os usuários serão estimulados a pensar, trocar e elaborar técnicas e recursos que proporcionem uma nova perspectiva e conscientização sobre suas formas de cuidado e uso de medicamentos. Esta ação será realizada em 06 encontros quinzenais com duração de 45 a 50 minutos, com datas programadas, durante três meses, sendo os grupos formados para análise, compostos por quatro a seis pacientes "descompensados" e por dois a quatro pacientes sem picos pressóricos ou glicêmicos. Os escolhidos receberão um convite para frequentar os encontros, durante as consultas médicas. Estes encontros serão realizados no período de maio a julho de 2019. Durante os encontros poderão ser utilizadas algumas ferramentas de intervenção farmacêutica como mecanismos para proporcionar o vínculo, a interação e a participação ativa de todos os convidados. Dentre estes recursos serão pensados, o uso de folhetos, calendários posológicos, embalagens, dinâmicas, campanhas preventivas e atividades lúdicas que despertem nos usuários a implicação para qualidade e continuidade do tratamento.

(mais informações, ver projeto detalhado).

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1- Foram apresentados os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma apresentados adequadamente.

2- TCLE a ser aplicado aos participantes: para a fase de aplicação do questionário e para as rodas de conversa.

3- outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a)- declaração de autorização do Departamento de Especialidades -Policlínica, Prefeitura Municipal de Cubatão (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura- Submissão 2; Documento: declaracaodeinstitulcao\_policlínica.pdf)

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SAO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5530-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.411.744

b)- Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Cubatão (Pasta: Declaração de Instituição e Infraestrutura- Submissão 2; Documento: declaracao\_de\_instituicao\_secretaria.pdf)

4- O questionário está anexado no final do projeto detalhado

**Recomendações:**

sem recomendações

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Trata-se de respostas ao parecer n: 3.344.445, de 23 /5/2019. Projeto Aprovado.

**PENDÊNCIA 1** - Deve ser enviada declaração, assinada pelo pesquisador, de garantia de sigilo e anonimização dos dados e de responsabilização por qualquer problema em relação à quebra de sigilo dos participantes.

RESP.: documento elaborado, assinado e anexado na plataforma.

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**PENDÊNCIA 2** - Em relação aos 2 TCLEs:

**Pendência 2.1** - Inserir uma frase no início do documento, que deixe claro que trata-se de um convite à participação (exemplo: "Você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo...");

RESP.: sugestão aceita e inclusa no documento em questão.

**Pendência 2.2** - no local das assinaturas, o termo "sujeito de pesquisa" deve substituído pelo termo "participante da pesquisa", conforme definição disposta no Item II.10 da Resolução CNS nº 466 de 2012.

RESP.: alteração realizada nos documentos indicados.

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

**PENDÊNCIA 3** - Em relação ao TCLE para as rodas de conversa:

**Pendência 3.1** Deve ser informado com que frequência serão realizadas as rodas de conversa: (semanalmente, mensalmente?)

RESP.: recomendação aceita e inclusa no documento em questão.

**PENDÊNCIA ATENDIDA**

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5530-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Parecer: 3.411.744

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1289312.pdf	04/06/2019 20:49:29		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	04/06/2019 20:48:13	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Outros	carta_resposta_parecer.docx	04/06/2019 20:45:26	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Outros	carta_resposta_parecer.pdf	04/06/2019 20:43:28	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tle_corrigido.docx	04/06/2019 20:41:36	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_responsabilizacao_nina.pdf	04/06/2019 20:36:18	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.pdf	04/06/2019 20:35:06	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Outros	carta_resposta.pdf	12/04/2019 00:08:14	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/04/2019 00:06:47	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	24/03/2019 18:48:04	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaodeinstituiçao_polclinica.pdf	24/03/2019 18:31:48	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao_de_instituicao_secretaria.pdf	24/03/2019 18:31:17	NINA ROSA SANTOS CRUZ	Aceito

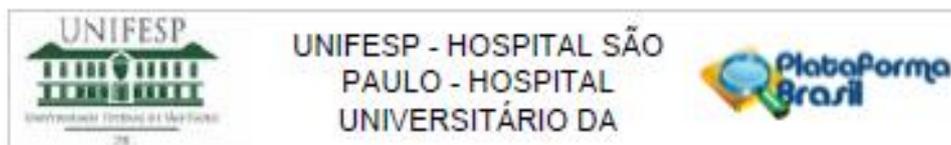
**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
 UF: SP Município: SÃO PAULO  
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5530-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br



Continuação do Processo: 3.411.744

SÃO PAULO, 25 de Junho de 2019

---

Assinado por:  
**Miguel Roberto Jorge**  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Francisco de Castro, 55  
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.020-050  
UF: SP Município: SÃO PAULO  
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5530-7162 E-mail: cep@unifesp.edu.br

## APÊNDICE 1 - QUESTIONÁRIO – ETAPA 1

1. OBJETIVO: traçar o perfil sócio epidemiológico por portadores de doenças crônicas que utilizam o Serviço de especialidades de Cubatão.

2. PÚBLICO ALVO: usuários com consultas agendadas com cardiologistas e endocrinologistas da unidade.

---

1. Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

2. Bairro de residência: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

3. Escolaridade: \_\_\_\_\_  
 fundamental  médio  técnico  superior  outra formação

4. Principal queixa para procura da unidade: \_\_\_\_\_

5. Outras patologias:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6. Medicamentos em uso:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Fatores de risco:

alcoolismo, frequência: \_\_\_\_\_  sedentarismo  
 tabagismo, frequência: \_\_\_\_\_  obesidade  
 hereditariedade  doenças crônicas  
 atividade física, frequência: \_\_\_\_\_

8. Tem problemas com o uso de medicamentos?

sim, qual?

\_\_\_\_\_

não

9. Acompanhamento terapêutico e continuidade do tratamento:

posto de saúde  policlínica  
 pronto socorro, UPA  não faz, troca receitas

10. Quando esta com pressão alta ou hiperglicemia, qual serviço procura?

posto de saúde  policlínica  
 pronto socorro  UPA

## **APÊNDICE 2: ROTEIRO DE DISCUSSÃO INICIAL – RODA DE CONVERSA**

1. Apresentação (pesquisador e participantes – quem sou?)
2. Explicação sobre o projeto de pesquisa e seus objetivos (por que estamos aqui?)
3. Esclarecimentos sobre as rodas de conversa (o que iremos fazer?)
4. Definição de temas de interesse para as atividades de educação em saúde com foco no uso de medicamentos (o que desejo falar?)
5. Planejamento de horários (quando vamos nos encontrar?)
6. Orientação quanto ao sigilo e apresentação do TCLE

**Duração: 20 minutos**

7. Pergunta disparadora: “O que você faz para cuidar da sua saúde e como faz uso de seus medicamentos?”
8. Seguir a conversa e incluir os disparadores conforme o processo desencadeado

**Duração: 30 minutos**

# APÊNDICE 3 – PRODUTO TÉCNICO: CADERNETA PARA O CUIDAR

## CADERNETA PARA O CUIDAR - FARMÁCIA

**NOME:**



### SUA SAÚDE

VAMOS JUNTOS ACOMPANHAR SUA EVOLUÇÃO?  
VAMOS JUNTOS ACOMPANHAR SUA PRESSÃO, GLICEMIA E MEDICAMENTOS EM USO?

### SEUS MEDICAMENTOS

VAMOS JUNTOS ACOMPANHAR SEU TRATAMENTO, SEUS HORÁRIOS, DIFICULDADES, FINALIDADES E SUAS REAÇÕES?



### SUAS DÚVIDAS

VAMOS JUNTOS CONVERSAR SOBRE SUA SAÚDE, ALIMENTAÇÃO E TRATAMENTO?  
O QUE GOSTARIA DE SABER? ASSIM VAMOS CUIDAR DE VOCE JUNTOS



### HIPERTENSÃO

É uma doença silenciosa que ataca os vasos sanguíneos, coração, cérebro, olhos e pode causar a paralisiação dos rins.  
Se caracteriza por uma pressão muito elevada nas artérias.  
Sintomas: dores no peito, dores de cabeça, tonturas, zumbido no ouvido, fraqueza, visão embaçada, palpitações e sangramento nasal.

VAMOS CONVERSAR SOBRE ISSO?

### DIABETES

No Diabetes, o corpo não consegue controlar bem a utilização do açúcar para produzir energia, por causa da deficiência na produção de insulina.  
Na pessoa com diabetes o açúcar não consegue sair do sangue e entrar nas células, levando ao aumento de açúcar no sangue, por isso precisa do uso de medicamentos para controle.  
Sintomas: diurese noturna, fome e sede excessiva, boca seca, fraqueza, visão turva

VAMOS CONVERSAR SOBRE ISSO?.



#### FATORES DE RISCO

- INATIVIDADE
- FUMO

#### FATORES DE RISCO

- ALIMENTAÇÃO
- SÁUDE ORAL
- ALCOOL

#### FATORES DE RISCO

- Má alimentação (excesso de sal, açúcar e gordura);
- Obesidade; estresse, sedentarismo.
- Uso de certos medicamentos;
- Fatores genéticos; tabagismo
- Consumo de bebidas alcoólicas.

VAMOS FALAR SOBRE ISSO?

## Medicamentos - Vamos conversar?



### COMO TOMAR?

Observar sempre o nome e dose antes de usar;  
Tomar sempre com água  
Evite o uso de bebidas alcoólicas;  
Alguns medicamentos podem ou não ser tomados junto com alimentos.  
Pergunte ao farmacêutico ou ao médico.  
Se tomar medicamento em jejum, espere 30 min para comer;  
Se tiver tomando chás ou fitoterápicos informe o farmacêutico e o médico.

### COMO GUARDAR?

- Sempre que possível, deixar nas embalagens originais;
- Proteger contra umidade e calor;
- Guardar em armários fechados, altos e separados de alimentos e produtos de higiene e limpeza.
- Não colocar em cima da geladeira, freezer, microondas ou banheiro



### DESCARTAR AS SOBRAS DE MEDICAMENTOS



Devolva na Unidade Básica de Saúde

### ONDE DESCARTAR?

Medicamentos vencidos, seringas, ampolas e frascos devem ser entregues nos postos de saúde, farmácias ou supermercados..  
Caixas e bulas podem ser jogadas no lixo doméstico.

PERÍODO DO DIA	MEDICAMENTO	HORÁRIOS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA		HORAS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA		HORAS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA		HORAS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA		HORAS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA		HORAS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA		HORAS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA		HORAS DE MEDICAMENTOS AO LONGO DO DIA	
		antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois	antes	depois
AMANHÃ																	
CAFÉ																	
INTERVALO																	
ALMOÇO																	
LANCHE																	
JANTAR																	
NOITE DE DORMIR																	

ESCREVA O NOME DO MEDICAMENTO E ANOTE QUAL O HORÁRIO DE CADA UM



## **APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Título do projeto: DIABETES E HIPERTENSÃO: (RE) PENSANDO O CUIDADO FARMACÊUTICO NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES DE CUBATÃO.**

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, cujo objetivo é identificar quem são os portadores de diabetes e hipertensão desta policlínica. As informações que o (a) senhor (a) fornecerá, em sua participação voluntária na primeira etapa deste estudo, serão úteis para a construção do perfil de pacientes portadores de doenças crônicas, atendidos por este serviço especializado em saúde. Para tanto o (a) senhor (a) deverá responder a um questionário com informações pessoais e de saúde.

O questionário tem o objetivo de identificar e traçar um perfil das pessoas atendidas neste serviço, o que contribuirá para a organização de ações educativas para este público. A sua participação não trará nenhum risco à sua saúde ou prejuízo ao cuidado recebido no serviço de especialidades. O (A) senhor (a) terá total liberdade para não responder a qualquer pergunta durante os encontros. Não haverá nenhum benefício direto pela sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a farmacêutica Nina Rosa Santos Cruz, com contato pelo telefone (13) 98146-4047, ou e-mail (kluma\_nina30@hotmail.com). Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp – Rua Prof. Francisco de Castro, 55 – CEP: 04020-050 – Vila Clementino – Telefone: (11) 5571-1062, Fax: (11) 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.br.

O (A) senhor (a) poderá retirar este consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Todas as informações obtidas são confidenciais por direito. Elas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, sendo que nenhum participante da pesquisa será identificado.

O (A) senhor (a) será mantido atualizado sobre os resultados parciais desta pesquisa, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O (A) senhor (a) não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora.

Eu \_\_\_\_\_ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Diabetes e hipertensão: (re) pensando o cuidado farmacêutico no Serviço de especialidades de Cubatão. Eu discuti com a farmacêutica Nina Rosa Santos Cruz sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

---

Assinatura do participante da pesquisa/representante legal

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TÍTULO DO PROJETO: DIABETES E HIPERTENSÃO: (RE) PENSANDO O CUIDADO FARMACÊUTICO NO SERVIÇO DE ESPECIALIDADES DE CUBATÃO

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa, cuja finalidade é promover um espaço de diálogo entre usuários e farmacêuticos sobre o uso de medicamentos. As informações que o (a) senhor (a) fornecerá, em sua participação voluntária neste estudo, serão úteis para a construção de ações que envolvam o cuidado farmacêutico na atenção especializada em saúde. Para tanto o (a) senhor (a) deverá concordar em participar das rodas de conversa sobre o uso de medicamentos e saúde, e permitir que os encontros sejam gravados.

Os 06 encontros de rodas de conversa quinzenais, com duração de 60 minutos tem o objetivo de estudar aspectos relacionados ao uso de medicamentos, facilidades e dificuldades, contribuindo para a construção compartilhada de ações para o adequado uso de remédios. A sua participação não trará nenhum risco à sua saúde ou prejuízo ao cuidado recebido no serviço de especialidades. O (A) senhor (a) terá total liberdade para não responder a qualquer pergunta durante os encontros. Não haverá nenhum benefício direto pela sua participação.

Em qualquer etapa do estudo, o (a) senhor (a) terá acesso ao profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a farmacêutica Nina Rosa Santos Cruz com contato pelo telefone (13) 98146-4047, ou e-mail (kluma\_nina30@hotmail.com). Se o (a) senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Unifesp – Rua Prof. Francisco de Castro, 55 – CEP: 04020-050 – Vila Clementino – Telefone: (11) 5571-1062, Fax: (11) 5539-7162 – E-mail: cep@unifesp.edu.br.

O (A) senhor (a) poderá retirar este consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo. Todas as informações obtidas são confidenciais por direito. Elas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários, sendo que nenhum participante da pesquisa será identificado.

O (A) senhor (a) será mantido atualizado sobre os resultados parciais desta pesquisa, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

O (A) senhor (a) não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

O pesquisador assume o compromisso de utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Esse termo foi elaborado em duas vias devidamente assinadas, sendo que uma ficará com o (a) senhor (a) e a outra com a pesquisadora.

Eu \_\_\_\_\_ acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo: Diabetes e hipertensão: (re) pensando o cuidado farmacêutico no serviço de especialidades de Cubatão. Eu discuti com a farmacêutica Nina Rosa Santos Cruz sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

---

Assinatura do participante da pesquisa/representante legal

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do responsável pela pesquisa

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_