



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA

Bruna de Oliveira

Questionário Vivendo com os Medicamentos: adaptação para o contexto brasileiro e a experiência de pacientes com a carga dos medicamentos no dia a dia

Florianópolis

2021

Bruna de Oliveira

Questionário Vivendo com os Medicamentos: adaptação para o contexto brasileiro e a experiência de pacientes com a carga dos medicamentos no dia a dia

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Farmácia da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de mestre em Farmácia.

Orientador: Prof. Filipe Carvalho Matheus, Dr.

Florianópolis

2021

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oliveira, Bruna de
Questionário Vivendo com os Medicamentos: adaptação para
o contexto brasileiro e a experiência de pacientes com a
carga dos medicamentos no dia a dia / Bruna de Oliveira ;
orientador, Filipe Carvalho Matheus, 2021.
98 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Farmácia, Florianópolis, 2021.

Inclui referências.

1. Farmácia. 2. Carga dos medicamentos. 3. Experiência
dos pacientes. 4. Polifarmácia. 5. Pesquisa qualitativa.
I. Matheus, Filipe Carvalho. II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmácia. III.
Título.

Bruna de Oliveira

Questionário Vivendo com os Medicamentos: adaptação para o contexto brasileiro e a experiência de pacientes com a carga dos medicamentos no dia a dia

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof., Dr. Filipe Carvalho Matheus
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa., Dra. Flávia Martinello
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof., Dr. Luciano Soares
Universidade Federal de Santa Catarina

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de mestre em farmácia.

Prof^a. Dr^a. Thaís Cristine Marques Sincero
Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Filipe Carvalho Matheus, Dr.
Orientador

Florianópolis, 2021

Este trabalho é dedicado aos meus queridos pais e a minha querida irmã.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por me acompanhar sempre, me dando força e confiança para seguir os meus sonhos.

Agradeço a toda minha família, especialmente à minha mãe Alexandra e ao meu pai Júlio, por terem sempre me motivado e por terem tornado possível a realização de mais um sonho; à minha irmã Laura, por todo o apoio e amizade; e à minha avó Lurdes, por toda dedicação, amor e carinho.

Aos meus amigos por toda a força, apoio e paciência durante o desenvolvimento desse trabalho.

Ao meu orientador, Filipe Carvalho Matheus, pelas conversas, pelos ensinamentos, pela orientação, paciência, conhecimento e tempo dedicado à realização deste trabalho.

Aos colegas do Grupo de pesquisa Políticas Públicas e Serviços Farmacêuticos pela contribuição científica e pelo apoio no processo de construção do trabalho. À Profa. Dra. Marina Rajiche Mattozo Rover por toda disponibilidade e dedicação para o desenvolvimento do trabalho e pela amizade. Às alunas de iniciação científica, Amanda Gebel e Letícia Lis por toda dedicação e colaboração para o processo de construção do trabalho.

Agradeço à coordenação, professores e servidores do Programa de Pós-Graduação em Farmácia da UFSC, por todo o conhecimento e suporte e a CAPES, pelo apoio financeiro na forma de bolsa de mestrado.

“A maior virtude do expositor, do cientista, do escritor, não importa quão sábio seja, é se fazer facilmente compreendido por quem o ouve ou lê. Pouco ou nenhuma valia tem conhecimentos que não são transmitidos, quanto mais não seja porque morrem com o próprio detentor do saber. O técnico que só produz para técnicos é de pouca ou nenhuma utilidade” 72.

72 BOMFIM, Benedito Calheiros – A linguagem do direito. Correio Braziliense (Caderno Direito & Justiça) Brasília, DF (3 nov., 2003) p.1.)

RESUMO

Os indivíduos que necessitam fazer uso contínuo de medicamentos enfrentam dificuldades não apenas com a doença em si, mas também com a complexidade dos seus regimes terapêuticos. Essas dificuldades são agravadas em pacientes em polifarmácia, uma vez que estão mais suscetíveis aos riscos de eventos como interações medicamentosas, maiores riscos de reações adversas a medicamentos (RAM) e não adesão ao tratamento. Dessa forma, os cuidados em saúde geram uma carga para o paciente e podem desencadear uma série de consequências negativas. Assim, o instrumento *Living with Medicines Questionnaire* foi desenvolvido com o propósito específico de medir aspectos da carga associada ao uso de medicamentos na perspectiva do paciente. Dentro desse contexto, o objetivo do presente trabalho foi traduzir, adaptar e validar o *Living with Medicines Questionnaire* para o contexto brasileiro, realizar o estudo piloto e o teste de aplicação em pacientes com doenças crônicas e, assim, analisar os tipos de problemas que os pacientes enfrentam e a carga que o uso dos seus medicamentos gera. A tradução, adaptação e validação de conteúdo do questionário foram realizadas segundo o método proposto pelo Grupo de Tradução e Adaptação da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR). Posteriormente, foi realizado o teste Alfa de Cronbach para análise da consistência interna. Após o teste de aplicação, realizou-se a pesquisa qualitativa dos relatos dos pacientes segundo a Análise por Triangulação de Métodos. Como resultado, foi observado que a confiabilidade do instrumento é satisfatória. Observou-se também que dos 32 participantes (34,4%), porcentagem considerável dos pacientes, relatou que a vida deles gira em torno de usar os seus medicamentos; 15,6% relataram que não obtiveram informações suficientes sobre seus medicamentos; mais da metade dos participantes estava preocupado com os efeitos a longo prazo com uso dos medicamentos (78,1%); e 18,7% relataram que não acham fácil manter a rotina de uso dos medicamentos. Os relatos coletados por meio de questionários como o LMQ auxiliam na identificação de pacientes que precisam de um cuidado mais atento para identificar possíveis dificuldades que o paciente enfrenta com o uso dos seus medicamentos. Esse cuidado individualizado e centrado no paciente tem-se apresentado efetivo para a promoção do acesso aos medicamentos, o Uso Racional de Medicamentos, o aumento da adesão ao tratamento e do sucesso terapêutico.

Portanto, conhecer as experiências dos pacientes com seus tratamentos é fundamental para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos centrados no paciente de forma individualizada.

Palavras-chave: Carga dos Medicamentos. Experiências dos Pacientes. Polifarmácia. Pesquisa Qualitativa. Uso Racional de Medicamentos.

ABSTRACT

OLIVEIRA, B. **Living with Medicines Questionnaire: adaptation to the Brazilian context and experience of patients with medicines burden on day to day**. 2021. 98p. Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

Individuals who need to make continuous use of medications face difficulties not only with the disease itself, but also with the complexity of their therapeutic regimens. These difficulties are aggravated in polypharmacy patients, since they are more susceptible to the risks of events such as drug interactions, greater risks of adverse drug reactions (ADR) and non-adherence to treatment. Thus, health care generates a burden for the patient and can unleash a series of negative consequences. Therefore, the Living with Medicines Questionnaire instrument was developed with the specific purpose of measuring aspects of the burden associated with the use of medications from the patient's perspective. Within this context, the objective of the present thesis was to translate, adapt and validate the Living with Medicines Questionnaire for the Brazilian context, carry out the pilot study and the application test in patients with chronic diseases, and analyze the types of problems that patients face, as well as the burden that the use of these drugs generates. The translation, adaptation, and validation of the questionnaire were carried out according to the method proposed by the Translation and Adaptation Group of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR). Subsequently, Cronbach's Alpha was performed to analyze the internal consistency. After the application test, qualitative research of the patients' reports was carried out according to the Analysis by Triangulation of Methods. As a result, it was observed that the instrument's reliability is satisfactory. It was also observed that out of 32 participants, a considerable percentage of patients 34.4% reported that their lives revolve around using their medications; 15.6% reported that they did not obtain sufficient information about their medications; more than half of the participants were concerned about the long-term effects of medication use (78.1%); and 18.7% reported that they do not find it easy to maintain the medication routine. The reports collected through questionnaires such as the LMQ help to identify patients who need more attentive care to identify possible difficulties that the patient faces with the use of their medications. This individualized and patient-centered care has been shown to be

effective in promoting access to medicines, the Rational Use of Medicines, increasing adherence to treatment, and therapeutic success. Therefore, knowing patients' experiences with their treatments is essential for the development of individualized patient-centered pharmaceutical services.

Keywords: Medication Burden. Patients' Experiences. Polypharmacy. Qualitative Research. Rational Use of Medicines.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Consistência interna do questionário, segundo os domínios, de acordo com o alfa de Cronbach.	43
Tabela 2. Características sociodemográficas e características relacionadas aos medicamentos dos entrevistados, obtidos pelo QVM	49
Tabela 3. Carga gerada pelo uso dos medicamentos aos entrevistados, segundo a Pontuação Total QVM	53
Tabela 4. Interferências com o dia a dia, segundo o QVM	56
Tabela 5. Relação médico-paciente e comunicação sobre medicamentos, segundo o QVM	58
Tabela 6. Falta de eficácia, segundo o QVM	60
Tabela 7. Preocupações gerais sobre os medicamentos, segundo o QVM	63
Tabela 8. Efeitos colaterais, segundo o QVM	65
Tabela 9. Dificuldades Práticas, segundo o QVM	67
Tabela 10. Carga relacionada com os custos, segundo o QVM	69
Tabela 11. Falta de autonomia/ controle dos medicamentos, segundo o QVM	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEAF Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
EUM Estudos de Utilização de Medicamentos
EVA Escala Visual Analógica
HU-UFSC/EBSERH Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina
IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ISPOR *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*
LMQ *Living with Medicines Questionnaire*
OMS Organização Mundial da Saúde
OPAS Organização Pan-Americana da Saúde
PCDT/MS Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas/ Ministério da Saúde
PNAF Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNAUM Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNM Política Nacional de Medicamentos
QVM Questionário Vivendo com os Medicamentos
PRM Problemas Relacionados com Medicamentos
RAM Reações Adversas a Medicamentos
RenameRelação Nacional de Medicamentos Essenciais
RH Recursos Humanos
RNM Resultados Negativos associados à Medicação
SUS Sistema Único de Saúde
URM Uso Racional de Medicamentos
WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	19
1.2 ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS	22
1.3 POLIFARMÁCIA.....	22
1.4 ADESÃO AO TRATAMENTO.....	24
1.5 A CARGA DOS MEDICAMENTOS NA PERSPECTIVA DO PACIENTE	25
2. OBJETIVOS	28
2.1 OBJETIVO GERAL	28
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	28
3. JUSTIFICATIVA E IMPACTOS ESPERADOS	28
4. METODOLOGIA.....	29
4.1 PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO.....	29
4.2 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	33
4.3 LOCAIS E POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	33
4.4 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES	34
4.5 ESTUDO PILOTO	35
4.6 ANÁLISE DOS DADOS DO TESTE DE APLICAÇÃO	35
4.7 PESQUISA QUALITATIVA.....	36
4.7.1 ANÁLISE POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS	38
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS	40
5.2 ESTUDO PILOTO	46
5.3 TESTE DE APLICAÇÃO	48

5.4 EXPERIÊNCIAS COM OS MEDICAMENTOS, EM OITO DOMÍNIOS	56
5.4.1 INTERFERÊNCIAS COM O DIA A DIA.....	56
5.4.2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E COMUNICAÇÃO SOBRE OS MEDICAMENTOS.....	58
5.4.3 FALTA DE EFICÁCIA.....	60
5.4.4 PREOCUPAÇÕES GERAIS SOBRE OS MEDICAMENTOS.....	63
5.4.5 EFEITOS COLATERAIS	65
5.4.6 DIFICULDADES PRÁTICAS	67
5.4.7 CARGA RELACIONADA COM OS CUSTOS.....	69
5.4.8 FALTA DE AUTONOMIA/ CONTROLE DOS MEDICAMENTOS.....	71
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
7 CONCLUSÃO.....	74
REFERÊNCIAS.....	76
APÊNDICE	89
ANEXO.....	96

1 INTRODUÇÃO

Os medicamentos são ferramentas poderosas para mitigar o sofrimento humano. Previnem e tratam doenças, prolongam a vida e retardam o surgimento de possíveis complicações associadas a doenças facilitando, assim, o convívio entre o indivíduo e sua enfermidade (PEPE; CASTRO, 2000; LEITE; VASCONCELOS, 2005; MONTEIRO; LACERDA, 2016).

Por outro lado, os medicamentos podem aumentar os custos da atenção à saúde se utilizados inadequadamente e/ou levar à ocorrência de reações adversas. Os riscos associados à terapêutica medicamentosa podem ser minimizados pelo investimento na qualidade da prescrição e da dispensação de medicamentos, já que essas simbolizam importantes dimensões do processo terapêutico (MONTEIRO; LACERDA, 2016).

Dessa forma, interessa-nos ressaltar os momentos que pressupõem o contato direto entre médicos e farmacêuticos e o alvo dos cuidados de saúde, o paciente. É durante o contato com o médico que o paciente recebe a prescrição do medicamento e é durante a dispensação do medicamento o contato do paciente com o farmacêutico (PEPE; CASTRO, 2000; MONTEIRO; LACERDA, 2016).

No Brasil, a dispensação de medicamentos é considerada como uma atividade regular, que consiste em receber o paciente; checar a prescrição; separar e distribuir os medicamentos; e aconselhar o paciente sobre sua farmacoterapia (MORITZ, 2010). Sendo assim, a integração entre prescritores e dispensadores permite, através da combinação de conhecimentos especializados e complementares, o alcance de resultados eficientes, beneficiando o paciente (SOARES, 2013; MONTEIRO; LACERDA, 2016). Assim, o uso adequado dos medicamentos não depende apenas de uma prescrição de qualidade, mas é também fruto de dispensação responsável.

A interação entre paciente/médico/farmacêutico possibilita a emergência de expectativas, de demandas e de troca de informações que terão consequências diretas no resultado do tratamento (PEPE; CASTRO, 2000). Assim, para que esse sistema funcione são necessárias políticas públicas que garantam a qualidade desses serviços para atender as reais necessidades dos pacientes e promover o bem-estar.

A Lei n.º 8.080/90, em seu artigo 6º, estabelece como campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS - a "formulação da política de medicamentos (...) de interesse para a saúde (...)". Sendo que, o seu propósito precípua é o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais (BRASIL, 1998). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), aprovada pela Portaria n.º. 3.916/98, como parte essencial da Política Nacional de Saúde, constitui um dos elementos fundamentais para a efetiva implementação de ações capazes de promover a melhoria das condições da assistência à saúde da população.

Dessa forma, para alcançar esses objetivos, a política nacional de medicamentos estabeleceu as seguintes diretrizes: a- adoção de uma relação de medicamentos essenciais; b- regulamentação sanitária de medicamentos; c- reorientação da assistência farmacêutica; d- promoção do uso racional de medicamentos; e e- estímulo à produção de medicamentos e à sua regulamentação sanitária (BRASIL, 1998).

Nesse contexto, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), estabelece o conceito de atenção farmacêutica:

É um modelo de prática farmacêutica, desenvolvida no contexto da Assistência Farmacêutica. Compreende atitudes, valores éticos, comportamentos, habilidades, compromissos e co-responsabilidades na prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integrada à equipe de saúde. É a interação direta do farmacêutico com o usuário, visando uma farmacoterapia racional e a obtenção de resultados definidos e mensuráveis, voltados para a melhoria da qualidade de vida. Esta interação também deve envolver as concepções dos seus sujeitos, respeitadas as suas especificidades bio-psico-sociais, sob a ótica da integralidade das ações de saúde (BRASIL/OMS, 2002, p. 16).

De acordo com Santos et al. (2016), ao analisar o conceito, conclui-se que o acesso aos medicamentos é um dos fatores necessários para a prestação da assistência à saúde. Assim, o acesso a medicamentos essenciais à saúde da população é o primeiro passo para o estabelecimento de uma política de medicamentos.

Para seguir as diretrizes, entra em vigor, pela Resolução n.º. 338, de 06 de maio de 2004, a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) - parte

integrante da Política Nacional de Saúde - que foi estabelecida com base nos seguintes princípios: conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial, visando o acesso e o uso racional; garantindo os princípios da universalidade, integralidade e equidade (BRASIL, 2004).

Entretanto, é necessário esclarecer que o acesso a medicamentos não é único e exclusivamente sobre a disponibilidade de medicamentos. Sendo assim, o serviço de dispensação de medicamentos deve ser integrado ao processo assistencial no SUS, sendo o foco do serviço as necessidades do paciente e o compromisso com a saúde da comunidade, refletindo as mudanças necessárias para estabelecer a dispensação de medicamentos como serviço nos sistemas de saúde (SOARES et al, 2013).

Assim, o fluxo de trabalho da dispensação deve considerar as experiências que o paciente já vivenciou, os conhecimentos, a compreensão de seus valores e crenças, as percepções sobre sua própria saúde e sua compreensão do problema; a complexidade do tratamento; e o tipo de doença. Todos esses fatores estão associados à adesão ao tratamento e frequentemente modulam as decisões pessoais sobre como gerenciar o cuidado (LEITE; VASCONCELLOS, 2005; GATTI et al., 2009).

Dessa forma, como parte da Política de Saúde, a PNAF deve atender aos princípios ideológicos e organizacionais do SUS: basear-se na responsabilização pela universalidade do acesso, pela integralidade da atenção, pela equidade, pela participação social, de forma hierarquizada, regionalizada e descentralizada (LEITE et al., 2015).

Posto isso, é necessário a construção de um referencial de gestão ampliado que ultrapasse o foco nos procedimentos técnico-operacionais e se constitua em uma prática técnica, política e social capaz de produzir resultados que visam à promoção do acesso e ao uso racional dos medicamentos.

1.1 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

O Uso Racional de Medicamentos (URM) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1985, como situação em que “os pacientes recebam medicamentos adequados às suas necessidades clínicas, em doses que atendam

às suas necessidades individuais, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e sua comunidade”. Entretanto, na prática, o uso irracional ou inadequado de medicamentos é um dos maiores problemas em nível mundial. Segundo um estudo da OMS estima-se que mais da metade de todos os medicamentos são prescritos, dispensados ou vendidos de forma inadequada, e que metade de todos os pacientes não os utiliza corretamente (WHO, 2010). Sendo assim, ações, estratégias e atividades para promoção do URM são de extrema importância para melhorar a saúde e qualidade de vida dos pacientes.

Seja para fins profilático, curativo, paliativo ou diagnóstico, deve-se questionar se o medicamento fez efeito, e qual efeito. Esses questionamentos suscitam duas abordagens: da efetividade e da segurança do uso de medicamentos. Além de se importarem com a efetividade dos medicamentos, profissionais de saúde, pacientes e cuidadores devem atentar, tanto antes da prescrição, como após o uso para os efeitos indesejados que essas tecnologias podem causar trazendo riscos à saúde dos pacientes (MARCHON; MENDES-JUNIOR, 2014).

Não são raras as prescrições medicamentosas para tratar efeitos indesejados de outros medicamentos, o que aumenta potencialmente o risco de ocorrência de novos eventos adversos relacionados à farmacoterapia, não só prejudicando os pacientes, mas, também, os serviços e o sistema de saúde (MARCHON; MENDES-JUNIOR, 2014).

As Reações Adversas a Medicamentos (RAM) são definidas pela Organização Mundial da Saúde (WHO, 2002) como qualquer resposta prejudicial ou indesejável e não intencional a um medicamento, após a administração de doses normalmente usadas pelo paciente para profilaxia, diagnóstico ou tratamento de doença ou para modificação de função fisiológica. As RAM são muitas vezes responsáveis pelas causas de admissões hospitalares, No Brasil, as RAM foram apontadas como fatores que levaram à internações, com prevalência de reações adversas graves (59,2%; n = 32.142), com destaque para as que resultaram em efeito clinicamente importante (83,1%), motivaram ou prolongaram a hospitalização (9,2%) e ameaça à vida (4,7%) (HADI et al.; 2017; OSCANOVA; LIZARASO; CARVAJALMOTA, 2017; VIGO; KUCHENBECKER, 2019) .

Dito isso, o acompanhamento ou seguimento farmacoterapêutico definido como “o serviço profissional que objetiva detectar Problemas Relacionados com Medicamentos (PRM), para prevenir e resolver os Resultados Negativos associados

à Medicação (RNM)” deve ser um serviço disponibilizado de modo contínuo, sistemático e documentado, em colaboração com pacientes e profissionais do sistema de saúde, a fim de alcançar resultados concretos que melhorem a qualidade de vida do paciente (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

Segundo a Resolução nº 610, de 20 de março de 2015, do Conselho Federal de Farmácia (2015), o Acompanhamento Farmacoterapêutico se define como um:

Serviço pelo qual o farmacêutico analisa as condições de saúde e tratamento do paciente, com o objetivo de prevenir e resolver problemas da farmacoterapia, e garantir que os resultados terapêuticos sejam alcançados, por meio da elaboração de um plano de cuidado e acompanhamento do paciente (CFF, 2015, p.11).

O acompanhamento sistemático da farmacoterapia do paciente produz informações qualificadas sobre uso de medicamentos e oferece dados importantes para a farmacovigilância no sistema de vigilância sanitária. Adicionalmente, a sistematização do acompanhamento farmacoterapêutico na assistência à saúde aumenta a adesão dos pacientes ao tratamento, uma vez que durante o acompanhamento são realizadas intervenções para otimizar a farmacoterapia, provendo comodidade posológica e favorecendo a efetividade e a segurança do tratamento (OMS, 2005).

Sendo assim, o acompanhamento farmacoterapêutico tem-se apresentado efetivo para a promoção do uso racional de medicamentos, com aumento da adesão ao tratamento e do sucesso terapêutico em diferentes doenças, particularmente as crônicas (FORNOS et al., 2006). Essa prática deve ser de responsabilidade da equipe multiprofissional, sendo necessário ser documentada e avaliada sistematicamente (OMS, 2005).

O uso racional de medicamentos passa pela avaliação prévia e contínua dos efeitos desejados e também daqueles que estão previstos, mas não são desejados. Essa atitude pode determinar o sucesso ou o insucesso da terapia medicamentosa. Além disso, o monitoramento contínuo do uso de medicamentos é fundamental para que os efeitos inesperados ou não conhecidos sejam identificados, avaliados, tratados e divulgados, de modo que não prejudiquem a saúde da população (BRASIL, 2015).

Portanto, monitoramento e acompanhamento farmacoterapêutico são estratégias fundamentais para a promoção do uso racional de medicamentos, tornando-se mais efetivos quando realizados por equipe multidisciplinar e com a

colaboração dos usuários, trazendo benefícios clínicos, humanísticos e econômicos não somente para o indivíduo, mas também para toda a sociedade. Pesquisas sobre esse tema fazem parte dos Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM).

1.2 ESTUDO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS

Estudos de Utilização de Medicamentos (EUM) constituem o ramo da farmacoepidemiologia destinado aos estudos sobre a comercialização, distribuição, prescrição e uso de medicamentos em uma sociedade, com ênfase especial sobre as consequências médicas, sociais e econômicas resultantes (WHO, 1987). Entre os EUM, frequentemente são realizadas pesquisas de consumo de medicamentos, estudos sobre os esquemas terapêuticos e padrões de uso dos medicamentos, variação dos perfis terapêuticos no curso do tempo, análise de prescrições. Nesse contexto, os estudos que avaliam a carga do uso dos medicamentos estão cada vez mais em evidência. Estes estudos contribuem para a promoção do URM e para a qualificação das ações de gestão das políticas de saúde. Entre os estudos sobre padrões de uso dos medicamentos, a polimedicação ou polifarmácia recebe atenção especial.

1.3 POLIFARMÁCIA

A polifarmácia é um desafio significativo à saúde pública (PAYNE; AVERY, 2011). Aumenta a probabilidade de efeitos adversos e causa impacto significativo nos gastos com recursos em saúde (VIKTIL et al., 2007; CAHIR et al., 2010). Embora prescrever vários medicamentos aumente o risco de efeitos adversos, é importante observar que a atribuição de um número limiar para definir polifarmácia nem sempre é útil. Em alguns casos a polifarmácia é necessária e benéfica como, por exemplo, para a prevenção secundária de infarto do miocárdio, sendo necessário o uso de quatro classes de medicamentos (betabloqueador, estatina, antiplaquetário e um inibidor da Enzima Conversora de Angiotensina) (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013).

Sendo assim, a polifarmácia apropriada pode beneficiar os pacientes que fazem uso de vários medicamentos se as condições clínicas dos pacientes, as comorbidades, os perfis de alergia e as possíveis interações medicamentosas forem consideradas, e se os medicamentos forem prescritos com base nas melhores opções de evidências disponíveis (CADOGAN; RYAN; HUGHES, 2016). Portanto, é fundamental distinguir polifarmácia apropriada de polifarmácia inadequada (NHS, 2015). Dessa forma, a polifarmácia apropriada é definida como:

A polifarmácia apropriada está presente quando: (a) todos os medicamentos são prescritos com a finalidade de alcançar objetivos terapêuticos específicos que foram acordados com o paciente; (b) metas terapêuticas estão realmente sendo alcançadas ou existe uma chance razoável de que sejam alcançadas no futuro; (c) a terapia medicamentosa foi otimizada para minimizar o risco de reações adversas aos medicamentos (RAMs); e (d) o paciente está motivado e apto a usar todos os medicamentos conforme pretendido (NHS, 2015, p. 5).

Já a polifarmácia inadequada é definida como:

A polifarmácia inadequada é referida quando são prescritos um ou mais medicamentos que não são ou não é mais necessário, ou porque: (a) não há indicação baseada em evidências, a indicação expirou ou a dose é desnecessariamente alta; (b) um ou mais medicamentos não conseguem atingir metas terapêuticas que eles pretendem alcançar; (c) um ou a combinação de vários medicamentos causam RAMs, ou colocam o paciente em alto risco de RAMs ou porque (d) o paciente não está disposto ou não tem condições físicas em usar um ou mais medicamentos conforme pretendido (NHS, 2015, p. 5).

Os grupos de pacientes mais vulneráveis aos riscos de polifarmácia são mais suscetíveis a eventos como interações medicamentosas, maiores riscos de quedas, RAMs, comprometimento cognitivo, não adesão e/ou está em estado nutricional inadequado. Os pacientes mais velhos com idade superior a 65 anos e pacientes que vivem em casas de repouso são frequentemente os grupos mais vulneráveis (SHAH; HAJJAR, 2012; MOLOKHIA; MAJEED, 2017).

No Brasil, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) estimou em 9,4% a prevalência do uso de cinco ou mais medicamentos entre adultos. Porém, é esperado um aumento progressivo dessa proporção com o envelhecimento populacional, sendo que, entre idosos, essa prevalência apresentou-se quase duas vezes maior (18,1%) (NASCIMENTO et al., 2017).

A polifarmácia entre idosos exige especial preocupação, uma vez que nessa faixa etária, o uso de medicamentos pode ser prejudicado devido a déficits cognitivos e baixa acuidade visual podendo levar a erros de medicação (IBGE, 2013).

Sendo assim, para evitar a polifarmácia inapropriada é importante que instituições de diferentes níveis de atenção à saúde padronizem procedimentos, políticas e protocolos para minimizar ao máximo os riscos da polifarmácia, especialmente na adoção de protocolos e práticas institucionais para seleção e prescrição de medicamentos e estratégias de revisão da farmacoterapia (WHO, 2017; BRATH et al., 2018).

Uma vez garantido que todos os medicamentos do paciente são necessários, efetivos e seguros, deve-se minimizar o risco de trocas e erros de administração, realizando a organização individual dos medicamentos do paciente e elaborando uma lista com todos os medicamentos utilizados, incluindo a posologia detalhada de cada item. Tais práticas contribuem para prevenir que medicamentos sejam utilizados para tratar efeitos adversos preveníveis ou sem indicação terapêutica, o que representa uma frequente causa de polifarmácia inapropriada (BRATH et al., 2018).

Dessa forma, a polifarmácia é um importante marcador de risco. Independente do cenário de saúde ou grupo etário, quanto maior for o número de medicamentos utilizados pelo indivíduo, maior deve ser a prioridade na realização de estratégias individuais e coletivas para prevenção e busca ativa de danos associados ao uso de medicamentos, o que pode influenciar a adesão ao tratamento (DUERDEN; AVERY; PAYNE, 2013).

1.4 ADESÃO AO TRATAMENTO

Diversos motivos podem estar relacionados a não adesão ao tratamento medicamentoso. Além da polifarmácia, as experiências negativas com o uso (como, por exemplo, efeitos adversos ou interações medicamentosas), os custos, a falta de conhecimento sobre a doença ou sobre os medicamentos e o tratamento em longo prazo para as doenças crônicas são também alguns dos outros motivos (KRSKA; KATUSIIME; CORLETT, 2017).

A necessidade de usar medicamentos por longo prazo engloba uma mistura de emoções e vivências, combinando frequentemente a gratidão pelos potenciais benefícios, com a ansiedade sobre os efeitos adversos (OLSSON; RUNNAMO; ENGFELDT, 2011; KRSKA; KATUSIIME; CORLETT, 2017). Inúmeros estudos em diferentes países mostram que grande parcela dos pacientes prefere não utilizar medicamentos e que há um desejo entre alguns de parar de usar todos os seus medicamentos ou parte deles (OLSSON; RUNNAMO; ENGFELDT, 2011; REEVE; WEISS; HENDRIX, 2013; KRSKA; MORECROFT; ROWE, 2014).

A satisfação dos pacientes com seu medicamento prediz a continuação do tratamento e o uso em conformidade com os regimes terapêuticos prescritos. Nesse sentido, para que os farmacêuticos possam colaborar efetivamente com o cuidado, ou seja, para a efetividade de suas ações, é necessário o desenvolvimento de serviços farmacêuticos baseados na compreensão de experiências e expectativas dos pacientes. Ou seja, são necessárias a compreensão das preocupações dos pacientes, uma comunicação efetiva e a intenção de ajudar. Esses entendimentos a respeito do ponto de vista dos pacientes contribuirão para a otimização dos tratamentos, a qual é uma estratégia cada vez mais reconhecida como fundamental para direcionar a atividade farmacêutica e, assim, contribuir de fato para a melhoria da saúde dos pacientes (JUBRAJ; BARNETT; GRIMES, 2016).

1.5 A CARGA DOS MEDICAMENTOS NA PERSPECTIVA DO PACIENTE

Os indivíduos que necessitam fazer uso contínuo de medicamentos enfrentam dificuldades não apenas com a doença em si, mas também com os seus regimes terapêuticos que estão em constante expansão. Esses cuidados em saúde podem incluir usar os medicamentos, marcar e comparecer a consultas médicas, realizar atividades físicas, ter uma alimentação adequada, vivenciar momentos de lazer, entre outros. Essa carga gerada com os cuidados em saúde pode desencadear uma série de consequências negativas. Mas antes de prosseguir, primeiramente, é necessário esclarecer o significado do termo “carga” dentro desse contexto (ELTON et al., 2012).

O termo carga (“*burden*” do inglês) resultante do uso de medicamentos é um conceito relativamente novo e que vem ganhando espaço e sendo cada vez mais

reconhecido. Entretanto, é usado de forma diferente por distintos pesquisadores. Encontrou-se, na literatura, o termo carga como carga de tratamento (“*burden of treatment*”) que engloba temas como (a) a complexidade que os pacientes enfrentam para cuidar da sua saúde; (b) desafios/ estressores que exacerbam a carga percebida; e (c) os impactos da carga. Esse estudo é uma estrutura conceitual de carga de tratamento realizado por um grupo de pesquisadores nos Estados Unidos da América com pacientes com doenças crônicas (ELTON et al., 2012; ELTON et al., 2017).

Já no Brasil, nessa mesma linha de raciocínio, o termo carga vem acompanhado do termo doença (“*burden of disease*”) que engloba assuntos como os impactos das doenças e os agravos sobre o estado de saúde do indivíduo (SCHRAMM et al., 2004; SCHMIDT et al., 2011; COSTA, 2008).

Pela perspectiva biomédica, a carga dos medicamentos (“*medication burden*”) é simplesmente interpretada como o número de medicamentos que os pacientes faz uso para controlar suas condições, principalmente quando se trata de doenças crônicas. Muitos desses estudos usaram o termo carga dos medicamentos para descrever o número de medicamentos de coortes específicas dentro das populações (RODBARD et al., 2010; RHEE et al., 2011; CERMAKOVA et al. 2014; NOTEBOOM et al., 2014).

Entretanto, para autoras Krska, Katussimi, Corlett (2017) o termo carga dos medicamentos (“*medicine burden*”) é usado de forma mais ampla e complexa, uma vez que envolve não somente o número de medicamentos e a complexidade dos regimes terapêuticos, mas também o tipo de formulações, a via de administração, a troca de fabricante, os efeitos colaterais e potenciais eventos adversos, dificuldades práticas (como abrir embalagens); desafios na gestão de regimes terapêuticos complexos; questões psicossociais, particularmente estigma social; perturbações da vida diária e sobrecarga do sistema de saúde associada ao uso regular de medicamentos, incluindo a sobrecarga de comunicação paciente-provedor e, também, a sobrecarga de informações.

Uma recente metassíntese de estudos qualitativos sugere que a carga dos medicamentos tem impactos sobre os comportamentos dos pacientes, incluindo a não adesão (MOHAMMED; MOLES; CHEN, 2016; ZIDAN; AWAISSU; EL-HAJJ, 2018).

Sendo assim, esse termo está se destacando na literatura, principalmente, pelo aumento da polifarmácia podendo, assim, afetar o comportamento do paciente perante a sua farmacoterapia, incluindo a não adesão (KRSKA; KATUSIIME; CORLETT, 2018; KRSKA; CORLETT; KATUSIIME, 2019). Dessa forma, o termo carga dos medicamentos será usado nesse estudo para compreendermos melhor o dia a dia de paciente com o uso dos seus medicamentos de maneira individualizada.

No entanto, atualmente, não existem instrumentos que meçam especificamente a carga relacionada a medicamentos gerada no dia a dia dos pacientes. Sendo assim, o *Living with Medicines Questionnaire* foi desenvolvido para esse fim, com o propósito específico de medir aspectos da carga associada ao uso de medicamentos na perspectiva do paciente. Tanto a geração inicial de itens do questionário quanto a validação de conteúdo realizada no Reino Unido, envolveram os pacientes diretamente, ao contrário de muitos instrumentos que avaliam as experiências dos pacientes a partir do ponto de vista/opinião dos profissionais de saúde (KRSKA, KATUSIIME; CORLETT, 2017; KATUSIIME; CORLETT; KRSKA, 2018). Assim, qualquer instrumento que vise medir a carga dos medicamentos para a vida dos pacientes deve englobar essas questões.

Portanto, adaptar para o contexto brasileiro um instrumento que possibilite conhecer as experiências dos pacientes com seus tratamentos é fundamental para o desenvolvimento de serviços farmacêuticos centrados no paciente. Tal conduta auxilia na tomada de decisão dos profissionais de saúde para que possam contribuir de maneira mais consistente na ampliação da qualidade do cuidado.

No Reino Unido, recentemente, a melhoria da qualidade do atendimento ao paciente foi colocada como ponto central do sistema de saúde: o cuidado centrado no paciente. Também a *Royal Pharmaceutical Society* desenvolveu uma agenda de otimização de medicamentos, com o objetivo principal de “entender” a experiência e encorajar o diálogo aberto e contínuo com o paciente (RPS, 2013; KRSKA; KATUSIIME; CORLETT, 2017). Em relação aos serviços farmacêuticos, também existe nesse país, um imperativo para melhorar as decisões "centradas no paciente".

No Brasil, ultimamente, diversas experiências estão propondo o desenvolvimento de serviços farmacêuticos. No entanto, em alguns casos o reconhecimento das necessidades dos pacientes, de fato, não são tomadas em consideração. As demandas internas da organização dos serviços e as expectativas

e os desejos dos próprios profissionais, nestes casos, parecem ser determinantes mais expressivos no desenvolvimento dos serviços (ROVER et al., 2016).

Desta forma, há a necessidade do desenvolvimento ou adaptação para a língua portuguesa de métodos já validados em outros países para a avaliação da carga dos medicamentos da perspectiva dos pacientes.

Embora estudos que se concentram em medidas de tradução e adaptação possam variar em suas metodologias, o processo utilizado teve como base um método amplamente reconhecido, método ISPOR (COSTA, 2013; REVORÊDO, 2015; GOMEZ; VIDAL; LIMA, 2017; WILD et al., 2018), o qual também foi utilizado para adaptação do LMQ no contexto árabe (ZIDAN et al., 2016; ZIDAN et al., 2018) e para o contexto belga (WUYTS et al., 2018).

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo geral do presente trabalho é adaptar e aplicar o instrumento *Living with Medicines Questionnaire* na análise da carga de pacientes vivendo com o uso dos medicamentos na perspectiva do paciente no contexto brasileiro.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Traduzir, adaptar e validar o questionário *Living with Medicines Questionnaire* para o contexto brasileiro;
- Testar a aplicação do questionário validado em pacientes com doenças crônicas realizando tratamento com medicamentos.

3. JUSTIFICATIVA E IMPACTOS ESPERADOS

As políticas farmacêuticas nas últimas décadas constituem marcos históricos para a construção da assistência farmacêutica no país e para a promoção do uso racional de medicamentos (URM). O trabalho conjunto de vários grupos de pesquisa

de instituições de ensino com os serviços de saúde tem possibilitado a sistematização do conhecimento sobre as práticas terapêuticas nas redes de atenção à saúde, em diferentes regiões do país, e a avaliação de seu impacto na população e no SUS.

Embora a pesquisa qualitativa em perspectivas e experiências do uso de medicamentos seja cada vez mais relatada, relativamente um número pequeno de pesquisas tem sido realizada para avaliar o impacto dos medicamentos e como eles se encaixam na rotina das pessoas que os utilizam em longo prazo. Simplificando, Reeve, Dickenson, Harris (2015) sugerem que, enquanto algumas pessoas que usam medicamentos a longo prazo são capazes de lidar, "... muitas ficam sobrecarregadas e confusas ...". Há um crescente reconhecimento de que as atividades de autocuidado, incluindo o uso de medicamentos, podem ser difíceis para alguns indivíduos.

A aplicação do instrumento irá gerar informações importantes para o aprimoramento dos serviços desenvolvidos, para que possam atender individualmente as necessidades do paciente. E também será importante, pois trará subsídios para que a formação dos estudantes de farmácia seja mais adequada às necessidades e expectativas dos pacientes. As análises acadêmicas dos dados gerais serão objeto de publicações científicas, visando à difusão do conhecimento como forma de promoção da garantia da qualidade do cuidado a saúde.

Dessa forma, o desenvolvimento dessa ferramenta poderá ser utilizado no cuidado farmacêutico com base nas análises das informações coletadas permitindo, assim, a personalização da assistência farmacêutica e formulações de políticas públicas que visem o aprimoramento dos serviços farmacêuticos prestados para com a sociedade garantindo que o paciente esteja sempre no centro do cuidado.

4. METODOLOGIA

4.1 PROCESSO DE TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO DO INSTRUMENTO

A tradução, a adaptação e a validação de conteúdo do *Living with Medicines Questionnaire* (LMQ) (Apêndice), após a autorização das autoras originais, foram

realizadas segundo o método proposto pelo Grupo de Tradução e Adaptação da *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* (ISPOR) (WILD et al., 2005). O método ISPOR propõe as seguintes etapas para serem seguidas: Preparação, Tradução, Reconciliação, Retradução, Revisão da Retradução, Harmonização e Validação de Conteúdo da versão em português (Figura 1).

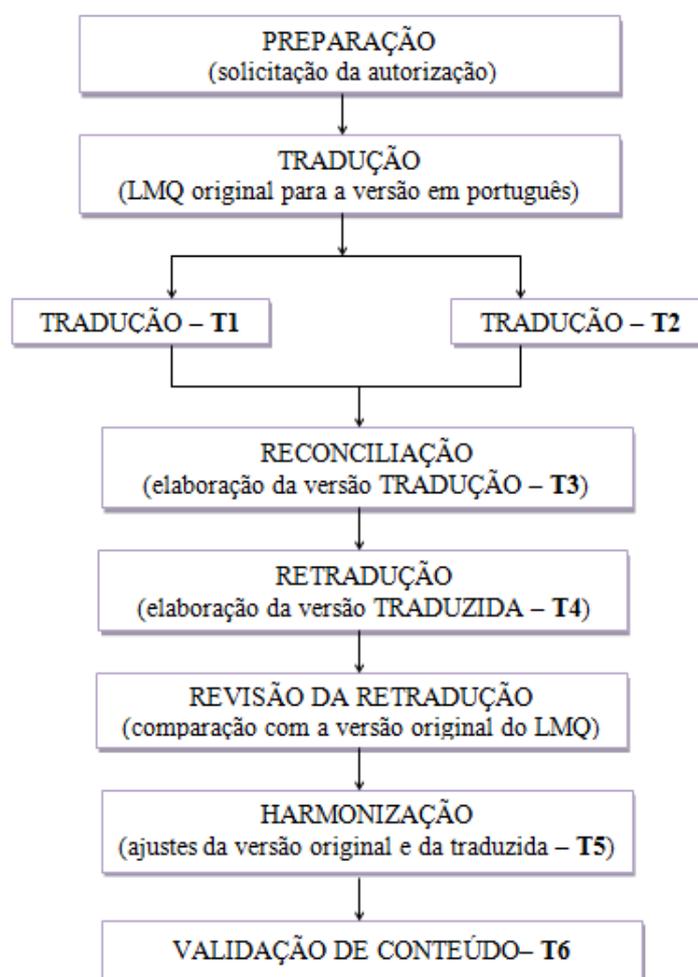


Figura 1. Fluxograma do processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo do LMQ para a língua portuguesa.

Fonte: Adaptado de Gomez DB, Vidal SA, Lima LC. Brazilian adaptation and validation of the Empowerment of Parents in the Intensive Care Neonatology (EMPATHICN) questionnaire. *J Pediatr* 2017; 93(2):156-64.

O processo de tradução, adaptação e validação de conteúdo foi realizado em seis (6) etapas. A tradução, adaptação e validação de conteúdo por especialistas do LMQ foram realizadas entre os meses de abril a novembro de 2018. A etapa de

tradução para a língua portuguesa consistiu na elaboração de duas versões por dois tradutores bilíngües gerando, assim, a versão tradução 1 (T1) e a versão tradução 2 (T2). As elaborações das traduções ocorreram de forma independente, ou seja, os tradutores não tiveram contato entre si durante esse processo.

A próxima etapa foi a Reconciliação, nesse processo foi realizada a análise das versões T1 e T2 pelos tradutores, gerando a tradução de consenso - tradução 3 (T3). Posteriormente, na etapa de Retradução, a versão T3 foi traduzida para o inglês, gerando a versão T4. Essa etapa foi realizada por uma tradutora, cuja língua nativa é o inglês.

Finalizando a etapa de Retradução, seguimos para a etapa de Revisão da Retradução em que foi realizada a comparação da versão T4 com o LMQ original pela sua autora. Após as considerações da autora, iniciou-se a etapa de Harmonização. As diferenças ocasionais encontradas nessa etapa foram discutidas e ajustadas pelos pesquisadores e tradutores gerando, assim, a versão T5.

Após a revisão final pelos pesquisadores e tradutores, a versão em português (T5) foi encaminhada para a Validação de Conteúdo por especialistas. Por fim, a Validação de Conteúdo (T6) - da versão em português – foi realizada pelos pesquisadores mediante consenso utilizando-se a técnica Delphi (REVORÊDO, 2015).

O objetivo desse método ou técnica consiste em uma estratégia metodológica de pesquisa, que visa obter um máximo de consenso de um grupo de especialistas sobre um determinado tema. Para tanto, esses especialistas respondem ao questionário com base nos seus conhecimentos e experiências, por meio de rodadas até obter o consenso. Os questionários são preenchidos de forma anônima entre o grupo. Em sequência, os resultados são resumidos e avaliados quanto ao grau de consenso. Se um grau aceitável de consenso é obtido, que deve ser determinado pelos pesquisadores previamente a coleta de dados e pode variar entre 50% a 80%, o processo pode cessar com os resultados finais. Se não, são realizadas quantas rodadas sejam necessárias (OLSSON; RUNNAMO; ENGFELDT, 2011; REEVE et al., 2013; SALGADO et al., 2013; KRŠKA et al., 2014).

Utilizou-se a ferramenta colaborativa online Google Drive® para a disponibilização do questionário para a avaliação pelos especialistas. Ao total 13 especialistas participaram, dentre os quais: farmacêuticos atuantes em unidades públicas de saúde; farmacêuticos membros do Conselho Municipal de Saúde;

farmacêutico participante do Programa Saúde em Casa; pesquisadores da área e professores de farmácia com experiência na área. Esses avaliaram cada um dos 41 itens, a Escala Visual Analógica (EVA), as questões sociodemográficas e clínicas do questionário quanto à compreensão e à relevância.

Por fim, o coeficiente alfa de Cronbach foi calculado para avaliar a consistência interna dos domínios. A consistência interna refere-se ao grau com que os itens do questionário estão correlacionados entre si e com o resultado geral da pesquisa, o que representa uma mensuração da confiabilidade do mesmo. Dessa forma, o valor mínimo aceitável para se considerar um questionário confiável é 0,7 (CRONBACH, 1951; WEI; YING; OKSANA, 2014).

Para calcular o coeficiente Alfa de Cronbach, aplica-se a fórmula:

$$\alpha = \left(\frac{k}{k-1} \right) \times \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^k s_i^2}{s_t^2} \right)$$

onde:

k corresponde ao número de itens do questionário;

s_i^2 corresponde a variância de cada item;

s_t^2 corresponde a variância total do questionário, determinada como a soma de todas as variâncias.

Figura 2. Fórmula para calcular o coeficiente Alfa de Cronbach.

Fonte: Adaptado de Cronbach L. J. Coefficient Alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 16:297-334, 1951.

O questionário LMQ possui 41 itens que estão subdivididos em oito domínios: (i) interferências com o dia a dia - item: Q19, Q23, Q27, Q35, Q36, Q41; (ii) relações médico-paciente e comunicações sobre medicamentos – item: Q7, Q14, Q20, Q24, Q34; (iii) falta de eficácia – item: Q3, Q15, Q25, Q32, Q39, Q40; (iv) preocupações gerais sobre os medicamentos – item: Q6, Q8, Q9, Q12, Q16, Q18, Q3; (v) efeitos colaterais – item: Q21, Q22, Q30, Q38; (vi) dificuldades práticas – item: Q1, Q2a, Q2b, Q4, Q10, Q28, Q29, Q37; (vii) carga relacionada com os custos – item: Q5, Q17, Q33; (viii) falta de autonomia/controlado do uso de medicamentos – item: Q11, Q13, Q26. A segunda parte do questionário contempla com Escala Visual Analógica (EVA), questões sociodemográficas e clínicas. As perguntas de texto livre permitem que os participantes adicionem mais detalhes de suas experiências com o uso dos

medicamentos (KATUSIIME; CORLETT; KRŠKA, 2018). Também foram coletados dados sobre o número, o tipo e a frequência que os participantes fazem uso de medicamentos. Optou-se por traduzir o título do questionário Living with Medicines Questionnaire (LMQ) para Questionário Vivendo com os Medicamentos (QVM).

A tradução para língua portuguesa, adaptação e validação de conteúdo do questionário foi realizada pelos membros do grupo de pesquisa Políticas e Serviços Farmacêuticos da Universidade Federal de Santa Catarina.

4.2 APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH-UFSC), sob o CAAE 07630619.9.0000.0121 (Anexo).

4.3 LOCAIS E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O estudo piloto e o teste de aplicação foram conduzidos no sul do Brasil em uma farmácia de referência - no âmbito da Farmácia Escola - e no Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago, ambos da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC/EBSERH), sendo que no hospital a realização das entrevistas foi no setor do ambulatório de gastroenterologia. Os dados para o teste piloto foram coletados entre abril e junho de 2019 e os dados do teste de aplicação foram coletados entre setembro de 2019 e março de 2020. A coleta destes últimos foi interrompida em virtude da pandemia pelo novo coronavírus.

A Farmácia Escola é um estabelecimento vinculado ao ensino superior, destinado à formação e ao treinamento de acadêmicos e de profissionais da área farmacêutica e de outras áreas, podendo agregar atividades de pesquisa e extensão, em concomitância à prestação de serviços a usuários/pacientes em suas necessidades relacionadas aos medicamentos. No período, a farmácia era responsável pela dispensação de medicamentos para o tratamento de doenças crônicas, considerados tratamento de alto custo, disponibilizados gratuitamente pelo SUS (Componente Especializado da Assistência Farmacêutica – CEAF). Os atendimentos eram realizados em horários previamente agendados e os pacientes eram atendidos em guichês individuais. Ao todo eram atendidos em torno 5.500

pacientes mês. A equipe era formada por 10 farmacêuticos, e aproximadamente 30 estagiários (FARMÁCIA ESCOLA/UFSC, 2021).

O CEAF é uma forma de acesso a medicamentos no SUS que visa à garantia da integralidade dos tratamentos medicamentosos em nível ambulatorial, cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde (PCDT/MS).

O HU-UFSC/EBSERH é o único hospital federal em Santa Catarina que conta com diversas especialidades da medicina, além de um serviço de odontologia hospitalar. A emergência atende nas áreas pediátrica, ginecológica-obstétrica e adulta. Há também um ambulatório de especialidades, uma maternidade e serviços de média e alta complexidade. O hospital conta com 403 leitos, sendo 354 da Unidade de Internação e 49 da Unidade de Tratamento Intensivo, além das 58 salas de ambulatório, 10 salas para atendimento de emergência, 7 salas do Centro Cirúrgico e 2 salas do Centro Obstétrico. No ensino, o HU dispõe vagas de residência médica e residência multiprofissional (HU/UFSC, 2021).

4.4 RECRUTAMENTO DOS PARTICIPANTES

Os potenciais participantes eram adultos (18 anos ou mais), em uso contínuo de pelo menos quatro (4) medicamentos para qualquer doença. Os critérios de exclusão foram: incapaz de preencher o questionário (por exemplo, devido a problemas graves de destreza), incapacidade de ler em português e para as doenças Esquizofrenia e Alzheimer.

O estudo piloto e o teste de aplicação utilizaram amostragem por conveniência, abordando o maior número possível de potenciais participantes presentes nos dias em que aplicávamos o questionário. Pacientes que aguardavam pelo atendimento na Farmácia Escola ou que aguardavam consultas em consultórios médicos ou ambulatórios no HU-UFSC foram selecionados verbalmente quanto à elegibilidade e, se elegíveis, convidados a participar.

Os participantes da Farmácia Escola que concordavam em participar podiam preencher o questionário QVM tanto na farmácia quanto em casa e, assim, poderiam retornar o questionário respondido na próxima dispensação. Já os participantes do HU-UFSC deveriam preencher o questionário QVM no momento da aplicação, uma

vez que muitos desses participantes residem em outros municípios do estado, o que dificultaria o retorno do questionário respondido.

Tanto na Farmácia Escola quanto no HU-UFSC, os participantes foram solicitados a consentir por escrito o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa.

4.5 ESTUDO PILOTO

O estudo piloto foi realizado com vinte pacientes (n=20) em uma farmácia de referência – no âmbito Farmácia Escola, visando verificar a aplicabilidade do questionário com pacientes e averiguar a necessidade de novas modificações.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS DO TESTE DE APLICAÇÃO

Para a análise dos dados coletados foi usado a ferramenta software Microsoft Excel®.

As pontuações do domínio são somadas para produzir uma pontuação total da escala, denominado Pontuação Total QVM, representando o nível geral da carga dos medicamentos (intervalo 42-210). Essa Pontuação Total QVM é subdividida em níveis que variam de nenhuma carga a carga extremamente alta, sendo que pontuações mais altas refletem maior carga dos medicamentos.

Para avaliar a carga dos medicamentos dos respondentes do QVM foi utilizada a escala Likert. Nessa escala os respondentes se posicionam de acordo com uma medida de concordância atribuída ao item e, de acordo com esta afirmação, se infere a medida do construto. A escala aplicada foi com cinco pontos, variando de discordo totalmente a concordo totalmente (LIKERT, 1932). Entretanto, para melhor visualização dos resultados, com trinta e dois pacientes (n=32), os 5 (cinco) pontos foram compilados para 3 (três) pontos, sendo apresentados da seguinte maneira: (i) Concordo totalmente/ Concordo parcialmente, (ii) Opinião neutra e (iii) Discordo parcialmente/ Discordo totalmente.

Dos cinquenta e quatro pacientes que responderam o questionário, apenas trinta e dois questionários estavam preenchidos por completo e, assim, puderam ser analisados.

4.7 PESQUISA QUALITATIVA

Ao longo dos anos, a elevada capacidade da pesquisa qualitativa de agregar conhecimentos e sentidos aos fatos estudados fez com que esta modalidade de investigação fosse contemplada na área da saúde, devido ao fato que só os números e os testes estatísticos, muitas vezes, não alcançam. Nesse âmbito, para além de diagnósticos e testes laboratoriais, a pesquisa qualitativa possibilitou aos pesquisadores uma compreensão mais ampla e complexa sobre o dia da saúde-doença, captando a profundidade dos sentidos daqueles que cuidam e são cuidados. Na metodologia qualitativa, os elementos em estudo são os discursos e seus instrumentos são a análise e a interpretação da linguagem (MINAYO, 2012; SAMPIERI, COLLADO; LÚCIO, 2013; MINAYO, 2014).

O objetivo da pesquisa qualitativa tem como foco compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos desde a percepção dos participantes ante um contexto natural e relacional da realidade que os cerca, com base em suas experiências, opiniões e significados, de modo a manifestar suas subjetividades (SAMPIERI, COLLADO; LÚCIO, 2013; MINAYO, 2014).

Sendo assim, deve-se considerar a singularidade da pessoa, visto que sua subjetividade é uma manifestação da plenitude de sua vida. A crença, a experiência e a vivência ocorrem no terreno da coletividade e se contextualizam pela cultura do grupo social em que a pessoa se insere (MINAYO, 2012).

A pesquisa qualitativa difere por sua capacidade de representar as visões, as experiências e as perspectivas dos participantes de um estudo. Capturar suas perspectivas é propósito do estudo qualitativo. Assim, os eventos e a ideia oriundos da pesquisa qualitativa podem representar os significados importantes dados a fatos da vida real pelas pessoas que os vivenciam, não os valores, pressuposições, ou significados mantidos por pesquisadores (MINAYO, 2014).

Minayo (2014, pp. 21-22), faz referência à pesquisa qualitativa, como aquela que: “[...] trabalha com o universo de significados, motivações, crenças, valores e

atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo de relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização”. Ou seja, a abordagem qualitativa se baseia na premissa de que é o ponto de vista dos sujeitos sociais que deve ser o objeto de estudo, procurando extrair e identificar os significados a partir dos relatos de cada sujeito.

É importante ressaltar após as contextualizações sobre pesquisa qualitativa que as aproximações quantitativas e qualitativas devem ser consideradas linguagens complementares e não antagônicas, embora de natureza diferente (MINAYO & SANCHEZ, 1993). Existe diferença de paradigmas entre as abordagens quantitativas e qualitativas, entretanto não justifica a incomunicabilidade científica, em virtude da coexistência de críticas mútuas que é enriquecedora para ambos (PALEY, 2000; DESLANDES & ASSIS, 2002).

Assim, é importante assumir, para definir indicadores qualitativos, sua natureza hermenêutica. Ou seja, isto significa entender que os atores sociais, ao se comunicarem sobre qualquer assunto, interpretam e julgam-no a partir de um estoque de referências como classe, gênero, grupo de pertinência, etnia, idade, função social. Da mesma forma, os pesquisadores que analisam tais interpretações também são pessoas que convivem no mesmo tempo histórico e estão marcados por diversos fatores sociais (MINAYO, 2002).

Minayo (2014), em *O Desafio do Conhecimento*, demonstra que o maior consenso atualmente entre os pesquisadores sobre a confiabilidade e a validade dos dados qualitativos é o que se forma por meio da intersubjetividade, pelo julgamento dos pares e pelo reconhecimento dos participantes sobre o sentido e a veracidade da análise.

Por isto, como lembram Minayo (2014) e Demo (2012), é necessário investir na objetivação, por meio de várias estratégias, dentre as quais o cuidado permanente e compartilhado de discussão e troca sobre a pertinência de determinados indicadores e procedimentos com os pares. Outros fatores que devem ser utilizados são o rigor teórico-metodológico em relação à definição do objeto, dos pressupostos ou hipóteses, dos instrumentos conceituais e de campo e análise do material recolhido. Demo (2012) enfatiza que os critérios de coerência, consistência, originalidade e de objetivação são o marco da crítica interna de qualquer investigação científica.

Em relação à confiabilidade externa, especificamente, em que diferentes perfis de pesquisadores deveriam encontrar os mesmos resultados investigando o mesmo tema. É necessário ter ciência que as investigações qualitativas não buscam homogeneidades e sim diferenciações e especificidades. A elas não se aplica o critério quantitativo de comparabilidade – cuja raiz epistemológica é a observação das regularidades nos fenômenos sociais, típica do método positivista (MINAYO, 2002).

Dentro da perspectiva qualitativa, a validade externa pretendida é a que se refere à possibilidade de geração de conhecimentos que contribuam para o aprofundamento conceitual ou analítico, por meio da elaboração de tipificações ou de lógicas culturais. Assim, estes achados permitem a melhor compreensão do grupo estudado e o refinamento de categorias empíricas que podem ser utilizadas em estudos de outros grupos sociais e de instrumentos padronizados (MINAYO, 2014).

Em síntese, a validade dos estudos qualitativos é concebida como uma “produção reflexiva”, em que o observador é parte e parcela do contexto e da cultura que busca entender e representar (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2013; MINAYO, 2014).

4.7.1 ANÁLISE POR TRIANGULAÇÃO DE MÉTODOS

Minayo, em busca de uma síntese entre sujeito/objeto e teoria/prática, analisa as proposições filosóficas kantianas para nos levar à compreensão de como se dá a interdependência entre as dimensões objetivas e quantificáveis e as dimensões subjetivas de interpretação da realidade. Os procedimentos de triangulação de métodos propiciam essa (re)união entre os distintos planos da existência e da experiência no fazer científico (MINAYO, 2010).

Um dos aportes epistemológico de grande relevância apontado pela autora é a teoria da complexidade, por meio da qual trabalha as ideias de organização recursiva dos fenômenos sociais e da causalidade complexa, a fim de viabilizar a combinação de conceitos concorrentes e complementares de cada área disciplinar que ocorre à pesquisa por triangulação (MINAYO, 2010).

Esta articulação entre dados empíricos, autores que tratam da temática estudada e análise de conjuntura, configura-se como uma possibilidade, dentre

várias outras, para os que se propõem minimizar o “distanciamento entre a fundamentação teórica e a prática da pesquisa” (GOMES, 2004).

A triangulação não é um método em si, mas sim uma estratégia de pesquisa que se baseia em métodos científicos testados e consagrados, adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares. Deve-se escolher esta abordagem teórica quando essa contribuir para expandir o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar (MINAYO, 2014).

Um elemento-chave na pesquisa qualitativa é a triangulação de métodos, que surge como uma estratégia de diálogo entre áreas distintas de conhecimento, capaz de viabilizar o entrelaçamento entre teoria e prática e de agregar múltiplos pontos de vista – seja das variadas formulações teóricas utilizadas pelos pesquisadores ou a visão de mundo dos informantes da pesquisa – utilizados de modo articulado no estudo empreendido pelos autores (GOMES, 2010; MINAYO, 2010).

A Análise por Triangulação de Métodos é um dos procedimentos analíticos para interpretação de dados qualitativos. Esse método está presente em um *modus operandi* pautado na preparação do material coletado e na articulação de três aspectos para proceder à análise de fato: (i) as informações concretas levantadas com a pesquisa, quais sejam os dados empíricos, as narrativas dos entrevistados; (ii) o diálogo com os autores que estudam a temática em questão; e (iii) a análise de conjuntura, entendendo conjuntura como o contexto mais amplo e mais abstrato da realidade (GOMES, 2010; MINAYO, 2010).

O uso da triangulação também exige a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa capazes de captar as dimensões qualitativas e quantitativas do objeto, atendendo aos requisitos do método qualitativo, ao garantir a representatividade e a diversidade de posições dos grupos sociais que formam o universo da pesquisa, e garantindo também às ambições do método quantitativo, ao propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência de programa sob estudo (MINAYO, 2010).

A partir do conhecimento e entendimento dessas três dimensões, destaca-se que, no estudo em que a Triangulação é utilizada para análise qualitativa das informações coletadas, o processo interpretativo deve ser realizado. Em um primeiro momento, mediante “uma valorização fenomênica e técnica dos dados primários, em si mesmos e à exaustão”. Posteriormente, em um segundo movimento analítico, as

informações devem ser “contextualizadas, criticadas, comparadas e trianguladas” (GOMES, 2010).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE CONTEÚDO POR ESPECIALISTAS

O título e as instruções do questionário foram traduzidas sem necessidade de fazer qualquer alteração.

Com as primeiras versões traduzidas (T1 e T2), a reconciliação envolveu a realização de ajustes com o objetivo de deixar a linguagem mais coloquial e de fácil compreensão para o paciente, uma vez que o questionário é de autopreenchimento. Sendo assim, dentre os termos que apresentavam sinônimos optou-se pelo mais usual. O termo “eficácia” foi substituído por “efeitos” e o termo “efeitos adversos” foi alterado para “efeitos adversos/ negativos”.

Na etapa de Validação de Conteúdo (T6), dos 15 especialistas convidados, 13 aceitaram participar. Nesta etapa, após a primeira análise dos especialistas, algumas alterações foram necessárias, como substituir a palavra “tomar” por “usar”, já que estão incluídas todas as formas farmacêuticas (injetáveis, adesivos, supositórios, entre outros). Os termos alterados nestas duas etapas podem ser observados conforme a Quadro 1.

ITEM	TERMOS TRADUZIDOS	AJUSTES
Q1.Q2.	Obter	Conseguir
Q3.	Eficácia	Efeitos
Q20.Q21.Q22.Q30.Q38.Q40.	Efeitos adversos	Efeitos adversos/ negativos
Q31.	Álcool	Bebidas alcoólicas
Q38.	Afetam negativamente	Prejudicam
Q4.Q6.Q10.Q11.Q12.Q13.Q21.Q26.Q27.Q36.Q37.	Tomar	Usar

Quadro 1 - Demonstrativo das alterações dos termos para facilitar a compreensão dos itens pelo paciente.

Legenda: Q = questão

Fonte: Elaborado pelos autores.

Ainda nesta etapa, T6, considerou-se necessário no item 2 - “Eu acho difícil conseguir os meus medicamentos na farmácia” incluir alternativas que diferenciasssem os diferentes tipos de farmácia. Optou-se por incluir farmácia pública (farmácia municipal, posto de saúde, policlínica) e farmácia comercial (drogarias), que correspondem ao contexto brasileiro para acesso a medicamentos.

No item 7 – “Eu confio que o(s) meu(s) médico(s) faz(em) a melhor escolha dos medicamentos para o meu caso.”, os especialistas sugeriram alterar “...a melhor escolha...” para “... escolha mais adequada...”, pois a palavra “melhor” pode remeter a opções mais caras e inovadoras. Já no item 9 –“Eu acho que eu preciso de mais informações sobre os meus medicamentos.” sugeriram acrescentar uma pergunta aberta: “Que tipo de informação?”. Esse ponto também foi considerado pertinente e acrescentado ao questionário.

Todos os itens que não obtiveram consenso na primeira etapa da Validação de Conteúdo (T6), para os quais foram realizados ajustes, podem ser observados conforme o Quadro 2.

ITEM	SEM CONSENSO	PÓS-CONSENSO
Q1.	Eu acho que é difícil obter as receitas do médico.	Eu acho difícil conseguir as minhas receitas com o médico.
Q2.	Eu acho que é difícil conseguir os meus medicamentos na farmácia.	Eu acho difícil conseguir os meus medicamentos na farmácia.
Q11.	Eu posso variar as doses que eu tomo dos meus medicamentos.	Eu posso variar as doses que uso dos meus medicamentos.
Q13.	Eu posso escolher se devo ou não tomar os meus medicamentos.	Eu posso escolher se devo ou não usar os meus medicamentos.
Q21.	Às vezes, os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu tomo são piores que os sintomas da(s) doença(s) que eu estou tratando.	Às vezes, os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu uso são piores que os sintomas da(s) doença(s) que eu estou tratando.
Q22.	Os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu tomo interferem no meu dia a dia (por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, dormir).	Os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu uso interferem no meu dia a dia (por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, dormir).
Q26.	Eu posso variar os horários em que tomo os meus medicamentos.	Eu posso variar os horários em que uso os meus medicamentos.
Q27.	Tomar os meus medicamentos afetam minha habilidade de dirigir.	Os medicamentos que eu uso afetam minha habilidade de dirigir.
Q36.	Tomar os meus medicamentos atrapalham nas minhas tarefas diárias (como por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, atividades de lazer e diversão).	Os medicamentos que eu uso atrapalham nas minhas tarefas diárias (como por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, atividades de lazer e diversão).
Q37.	Eu tenho que me esforçar muito para planejar e pensar em como tomar os meus medicamentos.	Eu tenho que me esforçar muito para planejar e pensar em como usar os meus medicamentos.
Q38.	Os efeitos adversos/ negativos dos meus medicamentos afetam negativamente o meu bem-estar.	Os efeitos adversos/ negativos dos meus medicamentos prejudicam o meu bem-estar.

Quadro 2 - Demonstrativo dos itens antes e após consenso dos especialistas.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Após a segunda rodada de validação de conteúdo pelos especialistas, todos os itens foram aprovados. Por fim, foi realizada a análise da consistência interna e os resultados podem ser visualizados conforme a Tabela 1. Como podem ser observados, todos os domínios obtiveram valores acima de 0,7 considerando-se,

assim, que o questionário apresenta consistência interna satisfatória. Ao final dessas etapas obteve-se o instrumento traduzido, adaptado e validado por especialistas. Essa análise também foi realizada no LMQ original.

Tabela 1. Consistência interna do questionário, segundo os domínios, de acordo com o alfa de Cronbach.

DOMÍNIOS	ALFA DE CRONBACH
Interferências com o dia a dia	0,96
Relações médico paciente e comunicações sobre medicamentos	0,87
Falta de eficácia	0,96
Preocupações gerais sobre os medicamentos	0,88
Efeitos colaterais	0,97
Dificuldades práticas	0,87
Carga relacionada com os custos	0,77
Falta de autonomia/ controle do uso de medicamentos	0,71

Fonte: Elaborado pelos autores.

O desenvolvimento do QVM foi a primeira tentativa de construir um instrumento que avalia a carga relacionada ao uso de medicamentos na perspectiva do paciente (KRSKA; KATUSIIME; CORLETT, 2017). A importância deste instrumento é destacada pelas evidências crescentes de que as questões relacionadas ao uso de medicamentos são percebidas de forma diferente pelos pacientes quando comparados aos profissionais de saúde (GOMEZ; VIDAL; LIMA, 2017).

Durante a execução das etapas, adequar o uso de termos mais próximos daqueles utilizados pelos pacientes foi desafiador e exigiu diversas etapas para adaptação e validação de conteúdo. Ainda assim, há grandes diferenças na linguagem regional no país e os termos usados podem não ser adequadamente compreendidos por pessoas de diferentes regiões. Como exemplo, foi adicionado o termo “negativos” juntamente com “efeitos adversos” visando facilitar a compreensão. Embora essa alteração tenha sido questionada pelas autoras do QVM original, justificou-se que na realidade do Brasil muitos pacientes não entendem o significado de “efeitos adversos” diferentemente da realidade no Reino Unido.

Outro ponto relevante foi a inclusão de uma pergunta aberta (“Que tipo de informação?”) associada à questão sobre a necessidade de mais informações sobre

os medicamentos. A partir desta pergunta conseguiu-se coletar informações relativas a dúvidas importantes para os pacientes, como por exemplo, para que serve os medicamentos; como os medicamentos atuam no organismo e os efeitos colaterais; e como são os efeitos combinados de vários medicamentos. A coleta desses dados auxilia a compreensão das reais necessidades dos pacientes, e ajuda a guiar a oferta de serviço que atendam essas necessidades.

Outra questão debatida foi em relação ao paciente pagar ou não pelos seus medicamentos. Devido à realidade do Brasil, achou-se pertinente destacar que o paciente poderia marcar as duas opções. Dados da Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos identificou que o acesso aos medicamentos no Brasil ocorre em ambos os setores (público e privado), o qual varia conforme a condição clínica, número de condições crônicas e região do país. Por exemplo, para o tratamento de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica a maior parte dos entrevistados obtém seus medicamentos pelo SUS, já para o tratamento do reumatismo e doenças pulmonares, o acesso é maior via sistema privado (compra de medicamentos). Dados do mesmo estudo indicaram que 96% dos usuários do SUS declararam que obtiveram acesso total ou parcial a medicamentos nos últimos 3 meses (PNAUM, 2015). Já um estudo realizado na Nova Zelândia, 90,9% dos participantes informou pagar por seus medicamentos (TORDOFF et al., 2019).

No Brasil, a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename) compreende a seleção e a padronização de medicamentos indicados para atendimento de doenças ou de agravos no âmbito do SUS. O papel da Rename como instrumento promotor do uso racional e orientador do financiamento de medicamentos na assistência farmacêutica configura-se um grande desafio para os gestores do SUS, diante da complexidade das necessidades de saúde da população, da velocidade da incorporação tecnológica e dos diferentes modelos de organização e financiamento do sistema de saúde (BRASIL, 2019).

Segundo Kruk e Freedman (2008), embora estudos de avaliação do desempenho de sistemas de saúde incorporem indicadores relacionados com a continuidade do cuidado, a oportunidade do acesso, a equidade e a satisfação dos pacientes, alguns destes ainda estão pouco desenvolvidos no mundo. Nesse sentido, é necessária a construção de modelos de avaliação que possibilitem detectar as dificuldades e produzir recomendações que auxiliem na correção de

rumos e disseminação de lições e aprendizagens visando à melhoria do desempenho das políticas.

Um estudo realizado no sul do Brasil sobre a capacidade de gestão do CEAF, realizado com 74 unidades, identificou em relação aos aspectos clínicos, a participação do farmacêutico no primeiro atendimento (dispensação) dos usuários do CEAF em boa parte das unidades indicando, assim, a existência de condições mínimas para a promoção do URM (ROVER, 2016). Entretanto, é necessário avançar na implementação e registro de atividades do monitoramento dos tratamentos propostos nos PCDT. No que se referem à identificação das falhas nos serviços e no planejamento das ações, os registros para monitoramento são fontes ricas de informações para a gestão, contudo foram verificados em apenas pouco mais de um terço das unidades (MANZINI; LEITE, 2016). Outro ponto importante é que embora o serviço fosse tido como referência por muitos anos na prestação de serviços farmacêuticos, a forma de organização e número total de atendimentos limitava a capacidade de ofertar um serviço diferenciado para todos os atendidos. Desta forma, uma parcela dos pacientes tinha acesso a serviço farmacêutico diferenciado, mas nem todos os pacientes e, conseqüentemente, as suas necessidades foram contempladas.

Para a superação desta limitação são necessárias medidas como: a ampliação do quadro de farmacêuticos; o desenvolvimento de atividades de capacitação focadas na “mudança do enfoque filosófico, organizacional e funcional da farmácia, elevando o seu nível de responsabilidade e do profissional farmacêutico” (LIMA-DELLAMORA; CAETANO; OSORIO-DE-CASTRO, 2012).

A utilização de instrumentos como forma de triagem que facilitem a identificação das necessidades demandas pelos pacientes otimizando, assim, o serviço prestado e contribuindo para integralidade do tratamento medicamentoso e os melhores resultados possíveis de saúde da população.

Em relação à questão sobre o nível de escolaridade foi necessário fazer o ajuste das opções conforme a realidade nacional, considerando a diferença no Brasil em relação aos países que já utilizam este método. Por exemplo, na Nova Zelândia 43% dos participantes tinham pelo menos ensino superior completo e no estudo em países árabes 54% (ZIDAN et al., 2016; ZIDAN et al., 2018; TORDOFF et al., 2019). Já 28% da população geriátrica no Brasil apresentam, em média, menos de um ano de estudo (IBGE, 2013).

5.2 ESTUDO PILOTO

Por definição, o estudo piloto é um teste, em pequena escala, dos procedimentos, materiais e métodos propostos para determinada pesquisa (MACKEY; GASS, 2005). Ou seja, é uma versão resumida do estudo completo, que envolve a realização de todos os procedimentos previstos na metodologia, de modo a possibilitar alteração/melhora dos instrumentos na fase que antecede a investigação em si. Segundo Canhota (2008) e Mackey e Gass (2005), a importância de conduzir um estudo piloto está na possibilidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa.

Durante o processo do estudo piloto, o principal desafio foi contemplar na versão brasileira as diferentes formas de acesso aos medicamentos neste país (farmácia municipal, posto de saúde, policlínica, farmácia escola e setor privado), que impactam de forma decisiva sobre o acesso dos pacientes e que não estavam previstas na versão original.

Algumas alterações foram necessárias visando à melhor compreensão pelos pacientes, sendo assim a Escala Likert “Concordo Fortemente”, “Concordo”, “Discordo Fortemente” e “Discordo” foi de difícil compreensão pelos pacientes, uma vez que não ficou clara para a maioria a diferença entre os termos. Sendo assim, decidiu-se alterar para “Concordo Totalmente”, “Concordo Parcialmente”, “Discordo Totalmente” e “Discordo Parcialmente” tornando, assim, mais evidente a diferença entre os termos.

No item 2, alguns pacientes tiveram dificuldades em classificar o serviço da Farmácia Escola, no qual estavam sendo entrevistados, como uma farmácia pública. Dessa forma, foi necessária uma inclusão de termo mais específica nesse item. Entretanto, o serviço público de farmácia utilizado nesse estudo é uma Farmácia Universitária, específica da cidade da pesquisa. Dessa forma, em outras regiões fica a critério do pesquisador especificar o serviço de acordo com a realidade da região.

Diante essa realidade é importante observar, por meio dos dados da PNAUM-Inquérito, e ressaltar que apesar do alto nível de acesso total a medicamentos para doenças crônicas, em 94,3%, ainda existe alguns aspectos de iniquidade, sendo maiores as prevalências de equidade na região Sul comparado à região Nordeste (OLIVEIRA et al., 2016). Outro estudo identificou que apenas 47% dos pacientes

declararam ter conseguido todos os medicamentos necessários à sua doença crônica gratuitamente (TAVARES et al., 2016).

Considerando as três principais fontes de obtenção de medicamentos (farmácias de unidades públicas, farmácia privada e farmácia popular nos dois componentes então existentes) foram observadas diferenças importantes. Enquanto cerca de 60% dos usuários portadores de hipertensão e diabetes disseram ter obtidos seus medicamentos no SUS, essa proporção foi de apenas 27% para os portadores de doença pulmonar (Brasil, MS/ SCTIE/DAF, 2016).

No que concerne às doenças crônicas, 63,1%, 70,9% e 77,9% das pessoas com infecção, febre e dor, respectivamente, declaram ter pagado para obter os medicamentos utilizados para estas indicações, indicando que os obtiveram no setor privado e não no SUS (BRASIL/MS, 2020).

Soares (2013) define acessibilidade como “(...) as características estruturais, organizacionais e financeiras de serviços, incluindo as questões relativas ao insumo medicamento, que os tornam disponíveis, e viabilizam e facilitam o acesso (uso) das pessoas.”. No campo de serviços, a acessibilidade é considerada um determinante de qualidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985). Na concepção de Kloos e colaboradores (1986), a prescrição e a dispensação influenciam o uso de medicamentos, agregando aos aspectos de acessibilidade de medicamentos as questões da utilização. Sendo assim, conforme os dados dos estudos apresentados e, também, conforme as dificuldades dos pacientes entrevistados em classificar a farmácia escola como um serviço público de farmácia é possível identificar a necessidade de implementar estratégias para melhorar a acessibilidade e, conseqüentemente, melhorar o acesso aos medicamentos e aos serviços farmacêuticos prestados na prática clínica.

O último fator necessário de intervenção no questionário foi no item 40, os pacientes tiveram dificuldades de interpretar e entender a questão, dessa forma foi necessário alterar a frase “Os efeitos adversos/ negativos dos meus medicamentos compensam, porque os efeitos positivos são maiores.” para “Os benefícios que eu tenho usando os meus medicamentos compensam os efeitos adversos/ negativos.” As questões abertas revelaram dúvidas e preocupações diversas dos pacientes. A manutenção destes campos se mostrou extremamente útil para a finalidade do questionário.

5.3 TESTE DE APLICAÇÃO

Após os ajustes necessários durante o estudo piloto seguimos para a próxima etapa do estudo: teste de aplicação. Na fase do teste de aplicação foram aplicados 75 questionários, entretanto 54 entrevistados responderam ao questionário QVM, sendo que 21 entrevistados não retornaram com o questionário, devido à pandemia e/ou por esquecer-se de entregar o questionário respondido no atendimento subsequente, como era o combinado. Ao final, 32 questionários estavam aptos para serem analisados, uma vez que estavam devidamente preenchidos por completo.

Em relação às características sociodemográficas, dentre os entrevistados que responderam, a maioria era do sexo feminino (29; 90%) e mais da metade era de cor branca (21; 65%); idades variaram de 30 a 79 anos, sendo em sua maior proporção entre 60 e 69 anos (10; 34%); os níveis de escolaridade predominantes foram o ensino fundamental incompleto (10; 31%), seguido do ensino médio completo (8; 25%); a ocupação predominante foi aposentado, relatado por quinze (47%) pacientes, como pode ser observado na Tabela 2.

Sobre as características relacionadas aos medicamentos, a maioria dos pacientes respondeu que fazia o uso de quatro a nove medicamentos por dia (23; 72%); dentre os tipos de formulações que os pacientes faziam uso dezessete (53%) pacientes faziam uso de cápsulas/ comprimidos e quatorze (43%) pacientes faziam uso de cápsulas/ comprimidos e qualquer outro tipo; a frequência do uso de medicamentos foi bem variada, uma vez que os pacientes podiam selecionar todas as opções, sendo assim optou-se por apresentar em números absolutos; onze (34%) pacientes relataram que não paga nenhum dos seus medicamentos e quatro (12%) relataram que paga por todos os medicamentos que fazem uso; dentre os onze (34%) pacientes que relataram que alguém os ajudava a usar os seus medicamentos, sete (22%) pacientes relataram que a ajuda era para lembrá-los de usar os medicamentos e sete (22%) pacientes relataram que a ajuda era para buscar os medicamentos na farmácia, como pode ser observado na Tabela 2.

Tabela 2. Características sociodemográficas e características relacionadas aos medicamentos dos entrevistados, obtidos pelo QVM (n=32).

Características Sociodemográficas	Frequência
Gênero	
Feminino	29 (90,6%)
Masculino	3 (9,4%)
Idade (anos)	
30-39	4 (12,5%)
40-49	5 (15,6%)
50-59	7 (21,9%)
60-69	11 (34,4%)
70-79	5(15,6%)
Nível de escolaridade	
Ensino Fundamental (1º grau) Incompleto	10 (31,2%)
Ensino Fundamental (1º grau) Completo	3 (9,4%)
Ensino Médio (2º grau) Incompleto	2 (6,2%)
Ensino Médio (2º grau) Completo	8 (25,0%)
Ensino Superior Incompleto	2 (6,2%)
Ensino Superior Completo	3 (9,4%)
Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA)	1 (3,2%)
Mestrado	3 (9,4%)
Ocupação	
Estudante	0 (0,0%)
Empregado	5 (15,6%)
Desempregado	4 (12,5%)
Aposentado	17 (53,1%)
Outro	6 (18,8%)
Características relacionadas aos medicamentos	
Nº de medicamentos	
4-9	23 (71,8%)
10 ou mais	9 (28,2%)
Tipos de formulação	
Comprimidos/ cápsulas	17 (53,1%)
Qualquer outro tipo	1 (3,1%)
As duas opções	14 (43,8%)
Frequência de uso dos medicamentos	
Números Absolutos	
Uma vez ao dia	14
Duas vezes ao dia	17
Três vezes ao dia	4

Mais de três vezes por dia	3
Outra forma^a	10
Paga pelos medicamentos	
Não (não paga nenhum)	11 (34,4%)
Sim (paga pelos medicamentos)	4 (12,5%)
Sim e Não (paga algum(ns) medicamento(s))	17 (53,1%)
Alguém ajuda a usar os seus medicamentos	
Sim	21(41,5%)
Encomendando/ solicitando os medicamentos	2 (9,5%)
Organizando os seus medicamentos	3 (14,4%)
Buscando os medicamentos na farmácia	7 (33,3%)
Lembrando-me de usar os medicamentos	7 (33,3%)
Outra forma	2(9,5%)
Não	11 (34,4%)

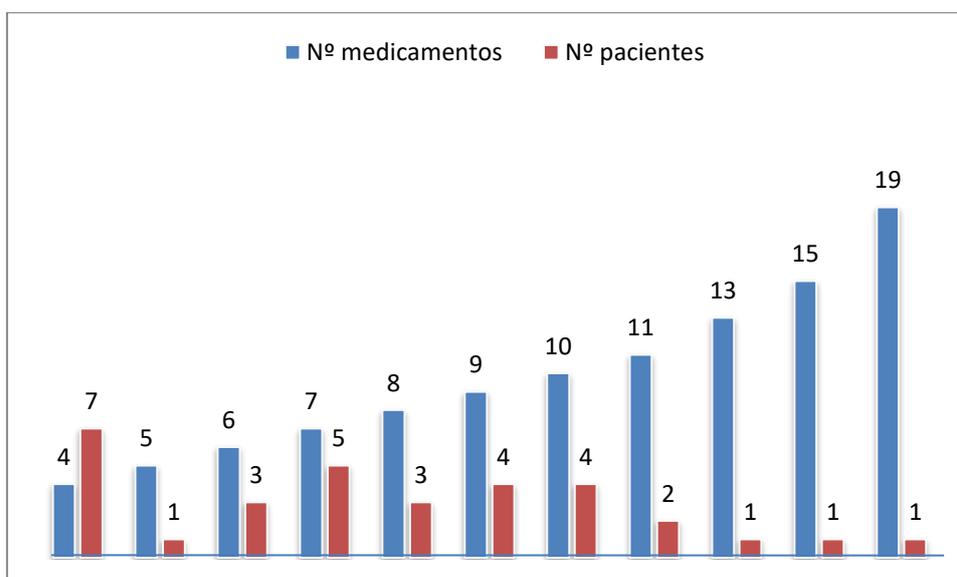
^aInclui medicamentos usados quando necessário, uma vez por semana, quinzenais, mensais.

Legenda: n=número de entrevistados

Fonte: Elaborado pelos autores.

A mediana de medicamentos que os respondentes relataram usar foi de 7 medicamentos (n=32), que pode ser observado na Figura 3, o qual apresenta a relação entre o número de pacientes e a quantidade de medicamentos que fazem uso.

Figura 3. Número total de medicamentos utilizados pelos pacientes (n=32).

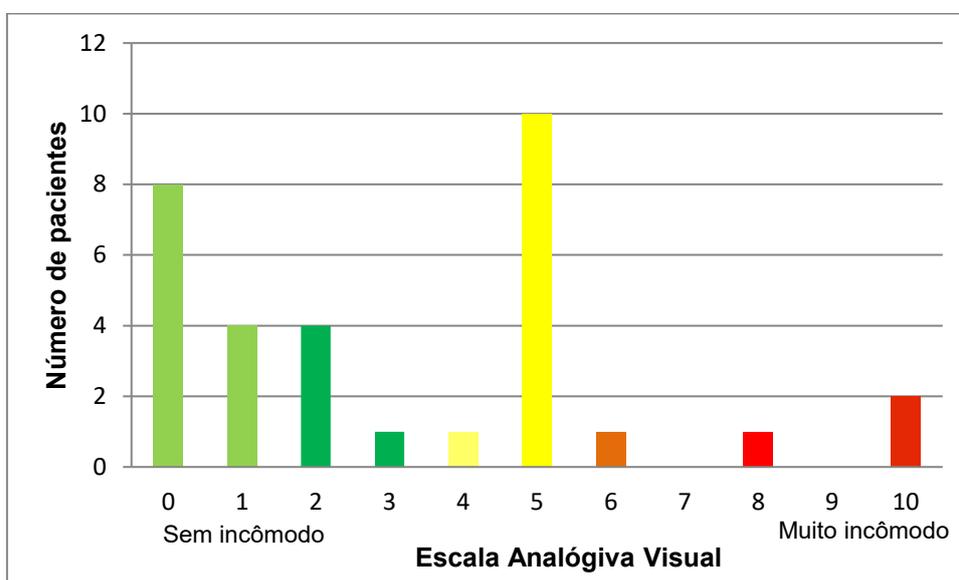


Legenda: n = número de entrevistados.

Fonte: Elaborado pelos autores.

Como pode ser observado na Figura 4, o eixo X representa o quanto o paciente se sente incomodado com uso de medicamentos e o eixo Y é o número de entrevistados. Pode-se observar que 15 (46,9%) entrevistados relataram sentir algum incômodo ou muito incômodo, sendo que algumas reclamações eram em decorrência dos efeitos adversos que alguns medicamentos causavam e as dificuldades do uso de medicamentos no dia a dia.

Figura 4. Incômodo que os medicamentos causam no dia a dia dos pacientes (n=32).



Legenda: n = número de entrevistados

Fonte: Elaborado pelos autores.

Durante o processo do Teste de Aplicação, observou-se que os pacientes tiveram muito mais facilidade e clareza em responder ao item relacionado às diferentes formas de acesso aos medicamentos no Brasil após a adaptação necessária, uma vez que os pacientes compravam alguns medicamentos e outros eram disponibilizados pelo SUS. Nesse caso os pacientes retiram medicamentos ou do componente básico e/ou do componente especializado.

Observou-se também, após aplicação do questionário, que seria essencial adicionar a opção "Outros" na questão relacionada à "Ocupação" dos entrevistados, uma vez que alguns pacientes não se encaixavam em nenhuma das opções apresentadas.

O grupo de pesquisadores que também realizou o processo de tradução e adaptação do QVM para o contexto árabe optou por mover as perguntas sobre as características demográficas, que estão no final do LMQ original, para o início do questionário para evitar a perda de dados demográficos importantes (ZIDAN et al., 2018). Após o teste de aplicação do questionário da versão em português, observou-se que também seria necessário fazer essa alteração, uma vez que alguns pacientes não preencheram essas questões.

Quase todos os entrevistados comentaram sobre a extensão do questionário, que apresenta 41 itens. E muitos pacientes questionaram sobre a semelhança entre os itens. É importante ressaltar que questionários como esses apresentam itens semelhantes para analisar se os entrevistados estão sendo coerentes em suas respostas. Esses relatos também foram observados pelos pesquisadores que conduziram o processo de tradução e adaptação para o contexto árabe (ZIDAN et al., 2016; ZIDAN et al., 2018).

Um ponto interessante em relação ao questionário seria a necessidade de reformular a pergunta “Quantos medicamentos prescritos você faz uso? Por favor, escreva o TOTAL de medicamentos aqui.” para uma questão aberta que explore melhor o conhecimento da paciente em relação aos nomes dos medicamentos ou a indicação do medicamento e, também, de sua farmacoterapia, uma vez que assim facilita identificar melhor sobre os conhecimentos dos pacientes sobre a sua farmacoterapia e eventuais dúvidas que o paciente apresente.

Ao analisar os dados da Tabela 3 é possível observar que mais da metade dos pacientes, 65,6%, consideram moderada a carga do uso de medicamentos gera. E que 31,3% da amostra considera alta a carga do uso de medicamentos.

Resultados semelhantes também são observados nos pacientes que responderam o QVM na Nova Zelândia. Três quartos (n=472) dos pacientes que participam de grupos de apoio ao paciente e farmácias comunitárias relataram experimentar carga moderada ou alta (TORDOFF et al., 2019).

Já o estudo realizado em clínicas de atendimento utilizando o QVM no contexto árabe apresentou que a maioria dos pacientes (n=293) experimentou carga mínima (66,8%) ou carga moderada (24,1%) (ZIDAN et al., 2018).

Tabela 3. Carga gerada pelo uso dos medicamentos aos entrevistados, segundo a Pontuação Total QVM (n=32).

Carga	Nº pacientes	%
Nenhuma carga (42-73)	0	0
Carga mínima (74-106)	1	3,1
Carga moderada (107-139)	21	65,6
Carga alta (140-172)	10	31,3
Carga extremamente alta (173-210)	0	0

Fonte: Elaborado por autores.

Dito isso, a questão da prestação de serviços farmacoterapêuticos centrados no paciente, dentro de uma filosofia de cuidados farmacêuticos, é emergente nos nossos dias e exige novas competências ao farmacêutico que se assume como clínico.

Neste novo paradigma de atuação do farmacêutico, já não basta conhecer o medicamento desde a sua concepção até a dispensação. Atualmente, o farmacêutico coloca-se numa atitude de serviço ao paciente com o objetivo de melhorar os seus resultados clínicos, econômicos e humanísticos através da utilização de medicamentos. Dessa forma, o farmacêutico passa a assumir a responsabilidade do uso apropriado do medicamento (BRASIL/MS, 2020). E para além de ter de identificar as necessidades farmacoterapêuticas do paciente, o farmacêutico tem de tomar decisões, e essas se baseiam tanto em dados objetivos (relacionados com os problemas de saúde e com os medicamentos) como em dados subjetivos (relacionados com a experiência do profissional com a experiência do paciente).

Um estudo em Portugal, cujo sistema de saúde pública no país é com acesso universal – Sistema Nacional de Saúde (SNS) - que pretendeu avaliar o impacto de um serviço de Acompanhamento Farmacoterapêutico a pacientes com diabetes mellitus mediante a avaliação de resultados clínicos identificou que o processo de

Acompanhamento Farmacoterapêutico aos pacientes diabéticos (HbA1c inicial de $7,2 \pm 1,6\%$) melhorou o controle da sua doença, através da melhoria dos seus conhecimentos, da otimização da sua terapêutica e da diminuição dos resultados clínicos negativos, resultando num valor médio final de HbA1c muito próximo do recomendado (HbA1c $< 6,5\%$) (FIGUEIREDO et al., 2014).

Nesse mesmo estudo, identificou-se também que do total das 128 intervenções farmacêuticas realizadas ao longo do estudo, 75 foram aceitas pelo paciente e/ou pelo médico, sendo que o sucesso das intervenções realizadas alcançou em 60% nas três primeiras consultas e 80% na quarta (última) consulta (FIGUEIREDO et al., 2014).

A informação sobre medicamentos prestada pelo farmacêutico a equipe de saúde pode contribuir decisivamente para a saúde do paciente. Sabe-se que a polifarmácia em idosos é prevalente, que por consequência pode aumentar o risco de reações adversas a medicamentos, interações medicamentosas e uso incorreto dos medicamentos (FIGUEIREDO et al., 2014; BRASIL/MS, 2020).

Devido a esses fatos e também pelo conhecimento do uso elevado de fármacos anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) pelos idosos, realizou-se um estudo em Coimbra – Portugal, em uma unidade de cuidados primários de saúde, com o objetivo de caracterizar não só as potenciais interações entre AINEs prescritos e outras classes de medicamentos, mas também de elaborar uma lista de recomendações relacionadas com a monitorização destes pacientes, de modo a evitar ou detectar precocemente tais interações (CASTEL-BRANCO et al., 2013).

Foi realizada nesse estudo uma análise retrospectiva dos dados referentes aos medicamentos prescritos de uma amostra de 25% do total de 479 idosos do centro de saúde. Foram revisados os regimes farmacoterapêuticos de 29 idosos fazendo uso de pelo menos 1 AINE, num total de 37 AINEs prescritos. Os resultados mostraram 123 interações de classe moderada e 2 de classe *minor*. Esse mesmo estudo identificou que apenas 39% dos doentes hipertensos usam medicamentos anti-hipertensores e apenas 11,2% tem a pressão arterial controlada (MACEDO et al., 2007). Após as identificações, fica evidente a importância do papel que o farmacêutico na monitorização do estado de saúde do paciente e na informação prestada tanto para o paciente quanto para a equipe de saúde.

Um estudo realizado no Brasil – de delineamento transversal em todos os estabelecimentos públicos de saúde que realizavam entrega/armazenamento de

medicamentos (n = 4.938) de 465 municípios e Distrito Federal em 43 regiões de saúde.- que teve por objetivo caracterizar os serviços farmacêuticos prestados no Sistema Único de Saúde do Brasil sob a ótica das redes de atenção à saúde em regiões de saúde contempladas no Projeto QualiSUS-Rede. Identificou-se que a oferta dos serviços de dispensação foi baixa nas regiões de saúde investigadas, mesmo contando com a presença do farmacêutico e foi, na grande maioria dos estabelecimentos, referido à entrega por outros profissionais não farmacêuticos sem orientação ao usuário. Os resultados mostram a existência de pelo menos um serviço gerencial de apoio à rede de saúde além do armazenamento de medicamentos em todas as regiões (> 90%). E de forma irregular entre as Regiões, há a oferta de pelo menos um serviço assistencial nos pontos de atenção pelos profissionais farmacêuticos, ocorrendo em maior proporção na Região Sudeste (74,3%) e menor na Nordeste (43,3%) (ARAÚJO et al.; 2017).

O conjunto de atividades dos serviços farmacêuticos, sobretudo atividades de cuidado em saúde articuladas em ações multiprofissionais e intersetoriais, é fundamental à garantia do acesso a medicamentos de qualidade e à promoção de seu uso apropriado (BRASIL/MS, 2020). Estudo de revisão sistemática identificou que a maioria dos estudos incluídos sinalizava para a importância da ação dos farmacêuticos na gestão da terapêutica, aconselhamento ao paciente e treinamento de profissionais de saúde na melhoria do processo de cuidado e alcance de resultados clínicos (NKANSAH et al., 2010).

Dessa forma, o farmacêutico, enquanto profissional de saúde pública, pode ainda intervir no rastreamento de diversas doenças, sinalizando precocemente situações que necessitam de intervenção médica.

Dito isso, é importante ressaltar a necessidade de instrumentos como esse dentro da prática clínica para aprimorarmos os serviços prestados para com os pacientes, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida com o uso dos seus medicamentos, incluindo dentro dessa prática o uso racional de medicamentos.

Instrumentos como esses otimizam o tempo e aperfeiçoam o serviço dentro da prática clínica, principalmente para entendermos que tipo de pacientes estamos tratando e quais as necessidades que precisam ser alcançadas durante o atendimento, melhorando a qualidade do serviço tanto para o profissional farmacêutico quanto para o paciente.

5.4 EXPERIÊNCIAS COM OS MEDICAMENTOS, EM OITO DOMÍNIOS

As respostas para todos os 41 itens do questionário QVM, subdividido em oito domínios, são apresentadas nas Tabelas a seguir. Os resultados de cada domínio são descritos abaixo, juntamente com citações que ilustram esses resultados.

5.4.1 INTERFERÊNCIAS COM O DIA A DIA

Tabela 4. Interferências com o dia a dia, segundo o QVM (n=32).

Item: Interferências com o dia a dia	Concordo	Opinião	Discordo
	Parcialmente/ Concordo Totalmente n(%)	Neutra n(%)	Parcialmente/ Discordo Totalmente n(%)
Q19 Os meus medicamentos interferem nas minhas atividades sociais e de lazer.	8 (25,0)	0 (0,0)	24 (75,0)
Q23 Os meus medicamentos interferem na minha vida sexual.	12 (37,5)	3 (9,4)	17 (53,1)
Q27 Os medicamentos que eu uso afetam a minha habilidade de dirigir.	3 (9,4)	4 (12,5)	25 (78,1)
Q35 Os meus medicamentos interferem nas minhas relações sociais.	9 (28,1)	1 (3,1)	22 (68,8)
Q36 os medicamentos que eu uso atrapalham as minhas tarefas diárias (como por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, atividades de lazer e diversão).	2 (6,2)	11 (34,4)	19 (59,4)
Q41 Minha vida gira em torno de usar os meus medicamentos.	11 (34,4)	3 (9,4)	18 (56,2)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Interferência em atividades sociais ou de lazer foi relatada por 15 (28,85%) pacientes e com tarefas diárias por 8 (25,0%) pacientes. Um número considerável dos pacientes (11; 34,4%) relatou que a vida deles gira em torno de usar os seus medicamentos, como pode ser observada na Tabela 4 e pelas falas relatadas abaixo.

"Eu não posso ficar fora de casa por mais de um (1) mês, por causa dos medicamentos que são mantidos em geladeira, e por não ser de fácil acesso para comprar e por ser de alto custo." (Mulher, 61 anos, utiliza 5 medicamentos).

"Às vezes os medicamentos que eu uso atrapalham nas minhas tarefas diárias." (Mulher, 51 anos, utiliza de 9 a 10 medicamentos).

"Afetando ou não é uso contínuo. Se eu quiser continuar com meu enxerto (Rim transplantado), tenho que tomar. É um risco benefício." (Mulher, 39 anos, utiliza 8 medicamentos).

Os relatos dos pacientes nos trazem informações concretas em relação ao dia a dia com o uso dos seus medicamentos e como as doenças afetam o seu cotidiano, seja para tarefas diárias e/ou para os momentos de lazer. Ter esse contato direto e registrar essas informações sob a perspectiva do paciente proporciona ao profissional farmacêutico entender quais são as suas necessidades reais e como podemos melhorar a qualidade de vida com o uso da farmacoterapia para, assim, contribuirmos de forma significativa para o uso racional de medicamentos e a adesão ao tratamento (LIMA; AGUIAR, STORPIRTIS, 2017; WALUS; WOLOSCHUK, 2017).

Um dos elementos fundamentais para a realização da prática do Cuidado Farmacêutico é o Acompanhamento Farmacoterapêutico de pacientes, no sentido de identificar, prevenir e resolver Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) e Resultados Negativos associados a Medicamentos (RNM), colaborando para a farmacoterapia racional, a adesão dos pacientes aos tratamentos farmacológicos e a educação em saúde, o que exige atualização dos profissionais envolvidos e o uso de informações fidedignas sobre medicamentos (FERNANDEZ et al., 2015; LIMA; AGUIAR, STORPIRTIS, 2017; WALUS; WOLOSCHUK, 2017; KRZYŻANIAK; PAWŁOWSKA; BAJOREK, 2018)

Sendo assim, o Acompanhamento Farmacoterapêutico é um dos meios mais eficientes de se garantir que o medicamento está sendo efetivo e seguro para o paciente, ou seja, se aquela terapia é a mais adequada para ele. Esse

acompanhamento remete ao URM e devem ser cada vez mais incentivados nos serviços farmacêuticos. O acompanhamento tem como compromisso disponibilizar continuamente e de forma sistemática e documentada em colaboração com o paciente e outros profissionais do sistema de saúde, com a finalidade de atingir resultados que melhorem a qualidade de vida do paciente (MACHUCA, FERNÁNDEZ-LLIMÓS; FAUS, 2003; LIMA; AGUIAR, STORPIRTIS, 2017; WALUS; WOLOSCHUK, 2017).

Assim, o entendimento do paciente em relação à farmacoterapia para a sua doença é de extrema importância para adesão ao tratamento e o controle da doença. Dessa forma, é importante entender as dificuldades individuais de cada paciente para adaptar o uso dos medicamentos ao seu dia a dia e, assim, aumentar a qualidade de vida desse paciente.

5.4.2 RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE E COMUNICAÇÃO SOBRE OS MEDICAMENTOS

Tabela 5. Relação médico-paciente e comunicação sobre medicamentos, segundo o QVM (n=32).

Item: Relação médico-paciente e comunicação sobre medicamentos	Concordo Parcialmente/ Concordo Totalmente n(%)	Opinião Neutra n(%)	Discordo Parcialmente/ Discordo Totalmente n(%)
Q7 Eu confio que o(s) meu(s) médicos faz(em) a escolha mais adequado dos meus medicamentos para o meu caso.	30 (93,8)	1 (3,1)	1 (3,1)
Q14 O(s) meu(s) médico(s) ouvem a minha opinião sobre os medicamentos que eu uso.	26 (81,2)	3 (9,4)	3 (9,4)
Q20 O(s) meu(s) médico(s) respeitam as minhas preocupações sobre os efeitos adversos/negativos dos meus medicamentos.	25 (78,1)	4 (12,5)	3 (9,4)
Q24 Eu recebo informações suficientes do(s) meu(s) médico(s) sobre meus medicamentos.	26 (81,3)	1 (3,1)	5 (15,6)
Q34 Os profissionais de saúde que me atendem sabem o suficiente sobre mim e meus medicamentos.	27 (84,4)	3 (9,4)	2 (6,2)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Enquanto que a maioria dos participantes relatou boa comunicação e bom relacionamento com os profissionais de saúde, cinco (15,6%) relataram que não obtiveram informações suficientes sobre seus medicamentos (Tabela 5). Muitos entrevistados fizeram comentários adicionais, ilustrando suas preocupações, como pode ser observado nos relatos a seguir:

"Mesmo lendo as bulas os médicos podiam nos explicar mais sobre os efeitos colaterais." (Mulher, 51 anos, utiliza 10 medicamentos).

"As farmacêuticas poderiam nos dar mais informações." (Mulher, 67 anos, utiliza 8 medicamentos).

Na concepção de Kloos e colaboradores (1986), a prescrição e a dispensação influenciam o uso de medicamentos, agregando aos aspectos de acessibilidade de medicamentos às questões da utilização.

A dispensação, parte integrante do processo assistencial, é um ato profissional farmacêutico de proporcionar um ou mais medicamentos, juntamente com orientação sobre o seu uso adequado (EV; GONLÇALVES, 2014).

Segundo Soares (2013), a dispensação de medicamentos corresponde a um tipo de serviço, cujo propósito pode variar, como, por exemplo, a farmacoterapia desenvolvida nos níveis primário ou secundário de atenção à saúde. Há diferenças relevantes se a unidade de análise refere-se ao primeiro contato com o serviço de dispensação durante um dado período de tempo ou ao número de atendimentos recebidos pelo paciente na dispensação por unidade de tempo.

Ueta e colaboradores (2011) relatam que a dispensação é a última oportunidade, ainda dentro do sistema de saúde, para orientação e identificação de possíveis danos associados à prescrição e, assim, pode-se considerar a etapa final dos serviços técnico-gerenciais e o início dos técnico-assistenciais.

Como pode ser observado, os relatos trazem informações relevantes de como os profissionais de saúde precisam priorizar e aperfeiçoar o serviço prestado para o paciente, para atender as demandas necessárias e, assim, garantir uma melhora no conhecimento do paciente sobre suas doenças e sua farmacoterapia.

Envolver o paciente aumenta a adesão terapêutica, proporciona maior suporte ao autocuidado, além de aumentar as chances de manutenção de resultados terapêuticos positivos em longo prazo. Ou seja, melhorar os serviços assistenciais na farmácia, melhorar os níveis de adesão ao tratamento, diminuir os erros de administração de medicamentos são estratégias essenciais para garantir o URM e aumentar a adesão ao paciente (LEITE et al., 2013; SOARES, 2013; WUYTS et al., 2018).

Dito isso, pode-se observar que questionários como o QVM proporcionam vias para detectar as necessidades individuais demandadas pelos pacientes como observado nas falas acima com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desse paciente. Ademais, o QVM permite sistematizar a conduta de coleta dos dados e o registro e o armazenamento desses dados pelos serviços de saúde.

5.4.3 FALTA DE EFICÁCIA

Tabela 6. Falta de eficácia, segundo o QVM (n=32).

Item: Falta de eficácia	Concordo Parcialmente/ Concordo Totalmente n(%)	Opinião Neutra n(%)	Discordo Parcialmente/ Discordo Totalmente n(%)
Q3 Eu estou satisfeito com os efeitos dos meus medicamentos.	27 (84,4)	1 (3,1)	4 (12,5)
Q15 Os meus medicamentos previnem o meu estado de saúde piorar.	27 (84,4)	1 (3,1)	4 (12,5)
Q25 Os meus medicamentos atendem às minhas expectativas.	31(96,9)	0 (0,0)	1 (3,1)
Q32 Os meus medicamentos permitem que eu tenha uma vida normal.	26 (81,2)	2 (6,2)	4 (12,5)
Q39 Os meus medicamentos estão funcionando.	31 (96,9)	1 (3,1)	0 (0,0)
Q40 Os benefícios que eu tenho usando os meus medicamentos compensam os efeitos adversos/negativos.	29 (90,7)	2 (6,2)	1 (3,1)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Observando a Tabela 6, pode-se notar que a maioria dos participantes sentiu que seus medicamentos estavam funcionando (27; 84,4%) e evitavam que suas condições piorassem (27; 84,4%). De fato, vários expressaram gratidão, enquanto outros indicaram os benefícios que os medicamentos trazem para sua vida, conforme exemplificado nos relatos:

"Os medicamentos só melhoram o meu dia. Sem eles eu não teria uma vida ativa." (Mulher, 56 anos, utiliza 5 medicamentos)

"Os medicamentos trouxeram alívio para as minhas dores. E graças a Deus a remissão para o Chron." (Mulher, 45 anos, utiliza 4 medicamentos).

"Eles só melhoram o meu dia. Sem eles eu não teria uma vida ativa." (Homem, 47 anos, utiliza 7 medicamentos).

Uma série de eventos bem-sucedidos deve ocorrer para o URM (Brasil, 2014). É necessário definir o objetivo terapêutico do uso do medicamento; prescrever o medicamento apropriado, de acordo com dados de eficácia, de segurança e de adequação ao indivíduo. É necessário também, que a prescrição seja adequada quanto à forma farmacêutica e ao regime farmacêutico; que o medicamento esteja disponível de modo oportuno e acessível, e que responda a critérios de qualidade exigidos; deve haver dispensações em condições adequadas, com orientação ao paciente, e este deve cumprir o regime terapêutico da melhor maneira possível (AQUINO, 2008).

Assim, consiste também em maximizar os benefícios obtidos pelo uso dos fármacos, em minimizar os riscos decorrentes de sua utilização e em reduzir os custos totais da terapia para o indivíduo e a sociedade (MOTA et al., 2008). Esses conceitos são construídos com base prioritárias do conceito da OMS de 1986 (WHO, 1986).

Um estudo realizado sobre o estado de saúde em idosos apresentou uma autoavaliação ruim para pacientes em uso de 5 ou mais medicamentos (PAGOTTO; NAKATANI; SILVEIRA, 2011). Estudos realizados sobre morbidade e mortalidade relacionados a medicamentos refletem problemas crescentes com a efetividade

reduzida de medicamentos, a segurança de pacientes, e os custos elevados de tratamentos (ERNST; GRIZZLE, 2001; NISHTALA et al., 2011; STARK; JOHN; LEIDL, 2011). Medicamentos é a principal causa registrada de intoxicações no Brasil, e existem poucas informações consistentes sobre a efetividade de farmacoterapias, evidenciando, assim, a urgência por melhorias nas tecnologias sociais da clínica (GANDOLFI; ANDRADE, 2006). Outros estudos mostram que a complexidade do medicamento pode estar relacionada à adesão (TOMMELEIN et al., 2016) enquanto pequenos estudos também indicam que existe alguma relação entre a sobrecarga percebida pelo paciente e a adesão (MAES et al., 2017)

Segundo considerações de Soares (2013), o serviço de clínica farmacêutica é uma parte essencial do fazer profissional do farmacêutico e deveria ser desenvolvida na sua dimensão teórica e na cultura ocupacional farmacêutica.

É importante observar que apesar dos relatos apresentados pelos pacientes mostrarem que a maioria está satisfeito com os resultados da sua farmacoterapia em relação ao progresso positivo do percurso da doença, um número significativo de pacientes relatou ou não estar satisfeito com os efeitos dos seus medicamentos e/ou não acreditam que o uso dos medicamentos previne que o seu estado de saúde piore.

Relatos como esses necessitam de uma atenção maior para identificarmos quais são as dificuldades que esses pacientes estão passando para desenvolvermos serviços qualificados e, assim, identificar as dificuldades e contribuir para uma melhor qualidade de vida com os medicamentos e maior adesão ao tratamento.

5.4.4 PREOCUPAÇÕES GERAIS SOBRE OS MEDICAMENTOS

Tabela 7. Preocupações gerais sobre os medicamentos, segundo o QVM (n=32).

Item: Preocupações gerais sobre os medicamentos	Concordo Parcialmente/Concordo Totalmente n(%)	Opinião Neutra n(%)	Discordo Parcialmente/Discordo Totalmente n(%)
Q6 Eu me preocupo que eu tenha que usar vários medicamentos ao mesmo tempo.	28 (87,5)	0 (0,0)	4 (12,5)
Q8 Eu gostaria de poder opinar mais sobre as marcas dos medicamentos que eu uso.	6 (18,6)	11 (34,4)	15 (47,0)
Q9 Eu acho que eu preciso de mais informações sobre os meus medicamentos.	10 (31,2)	4 (12,5)	18 (56,3)
Q12 Eu me preocupo com possíveis efeitos prejudiciais que meus medicamentos podem causar se eu os usar por muito tempo.	25 (78,1)	1 (3,1)	6 (18,8)
Q16 Eu estou preocupado que eu seja muito dependente dos meus medicamentos.	21(65,7)	2 (6,2)	9 (28,1)
Q18 Eu me preocupo que meus medicamentos possam interagir uns com os outros.	19 (59,4)	5 (15,6)	8 (25,0)
Q31 Eu estou preocupado que meus medicamentos interajam com bebidas alcoólicas.	9 (28,1)	7 (21,9)	16 (50,0)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Mais da metade dos participantes estava preocupado com os efeitos em longo prazo com uso dos medicamentos (25; 78,1%). Outras preocupações estavam relacionadas às potenciais interações medicamentosas (19; 59,4%) e também em relação à dependência que esses medicamentos possam causar (21; 65,7%) (Tabela 7), conforme exemplificado nos relatos:

"Interação medicamentosa, providências no caso de reações adversas, recursos para minimizar efeitos indesejados."
(Mulher, 53 anos, utiliza 5 medicamentos).

"Meu questionamento é sobre os efeitos no organismo há longo prazo. Ex.: será que o uso de cálcio provoca pedra nos rins." (Mulher, 62 anos, utiliza 7 medicamentos).

"Eu não me preocupo que os meus medicamentos possam interagir, porque eu tenho sorte que o meu médico é farmacologista." (Mulher, 51 anos, utiliza de 9 a 10 medicamentos).

O aumento do número de medicamentos utilizados pelos pacientes tem sido relacionado a maiores riscos de dano e a polifarmácia é associada ao aumento da ocorrência de eventos adversos, reações adversas e interações medicamentosas. Entretanto, o uso de vários medicamentos pode ser clinicamente indicado, efetivo e seguro, ou seja, uma "polifarmácia apropriada" (MEHNDIRATTA, 2012; SMYTH et al., 2014; MASNOON et al., 2017).

A principal preocupação é a qualidade de uso dos medicamentos e não simplesmente sua quantidade, pois a utilização de terapias não baseadas em evidências é comum, e representa desafios para o estabelecimento de doses, tempo de duração de tratamento, monitoramento de parâmetros de efetividade e de segurança (MAGALHÃES et al., 2015; GORE et al., 2017).

É importante que instituições de diferentes níveis de atenção padronizem procedimentos, políticas e protocolos para minimizar os riscos da polifarmácia, sobretudo na adoção de protocolos e práticas institucionais para seleção e prescrição de medicamentos e estratégias de revisão da farmacoterapia. No nível da avaliação individual, deve-se garantir que todos os medicamentos utilizados sejam necessários e seu uso deve ser otimizado mediante monitoramento de parâmetros de efetividade e segurança da farmacoterapia, de forma contínua e com frequência individualizada (WHO, 2017; BRATH et al., 2018).

Como pode ser observado nos relatos, as preocupações em relação ao uso prolongado de medicamentos e as possíveis interações medicamentosas são questões de preocupação da maioria dos entrevistados. Durante as entrevistas, é possível identificar a aflição que essas questões geram e como afeta não só a qualidade de vida com o uso dos seus medicamentos, mas também a adesão ao tratamento.

Dentro desse contexto, é de grande relevância salientar que questionários como o QVM permitem que os pacientes relatem suas dificuldades e medos em relação a sua farmacoterapia e, dessa forma, os profissionais de saúde conseguem realizar triagens em pacientes para identificar de forma individualizada a necessidade de cada indivíduo e, assim, adaptar o serviço necessário para uma farmacoterapia segura e eficaz.

Sendo assim, tais práticas contribuem para prevenir que medicamentos sejam utilizados para tratar efeitos adversos preveníveis ou sem indicação terapêutica, o que representa uma frequente causa de polifarmácia inapropriada.

5.4.5 EFEITOS COLATERAIS

Tabela 8. Efeitos colaterais, segundo o QVM (n=32).

Item: Efeitos colaterais	Concordo Parcialmente/ Concordo Totalmente n(%)	Opinião Neutra n(%)	Discordo Parcialmente/ Discordo Totalmente n(%)
Q21 Às vezes, os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu uso são piores que os sintomas da(s) doença(s) que eu estou tratando.	4 (12,5)	5 (16,6)	23 (71,8)
Q22 Os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu uso interferem no meu dia a dia (por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, dormir).	5 (15,6)	6 (18,8)	21 (65,6)
Q30 Os efeitos adversos/ negativos que meus medicamentos me causam me incomodam.	10 (31,2)	5 (15,6)	17 (53,2)
Q38 Os efeitos adversos/ negativos dos meus medicamentos prejudicam o meu bem-estar.	8 (25,0)	3 (9,4)	21 (65,6)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Uma proporção substancial concordou que eles experimentaram efeitos adversos incômodos (10; 31,2%) e que estes interferiram no dia a dia (5; 15,6%). De fato, 8 respondentes (25,0%) concordaram que os efeitos adversos dos

medicamentos que fazem uso prejudicam o seu bem-estar (Tabela 8), conforme exemplificado nos relatos:

"Eu me preocupo com os efeitos colaterais do uso prolongado ou contínuo." (Mulher, 61 anos, utiliza 11 medicamentos).

"Às vezes gera conflito em minha mente a partir do momento que comecei o tratamento, já sabia que isso talvez fosse interferir em algumas coisas em minha vida pessoal." (Mulher, 51 anos, utiliza de 9 a 10 medicamentos).

"Ouvi que o uso prolongado de Omeprazol pode causar demência, isso tem algum perigo?" (Mulher, 62 anos, utiliza 10 medicamentos).

No processo de cuidar das pessoas, os medicamentos exercem papel fundamental, sejam as que se beneficiam pelo seu poder preventivo, sejam as doentes, ou para fins de diagnóstico; no entanto, também são potenciais causadores de eventos indesejáveis (BRASIL, 2001).

Como pode ser observado na literatura, EAM ocorrem com mais frequência à medida que aumenta significativamente a quantidade de medicamentos que um paciente utiliza e também com a complexidade dessa terapia, visto que a polifarmácia se apresenta como um risco potencial para ocorrência de erros de medicação, uso inadequado de medicamentos e interações medicamentosas. Por meio de maior controle da polifarmácia pelos profissionais de saúde, prescrição adequada, doses ajustadas ao paciente e acompanhamento farmacoterapêutico eficaz, esses riscos podem ser minimizados (MENON et al., 2005; ARRAIS, 2009; SOUSA et al., 2018).

Durante as entrevistas e por meio das análises dos resultados é possível observar que um número significativo de pacientes relatou que os efeitos adversos dos medicamentos os incomodam e que os efeitos adversos prejudicam o seu bem estar. Dessa forma, os relatos coletados por meio de questionários como o QVM auxiliam na identificação de pacientes que precisam de um cuidado mais atento para identificar possíveis dificuldades que o paciente apresenta com o uso dos seus

medicamentos, sejam os efeitos adversos por uso inadequado dos medicamentos; sejam os efeitos adversos por um período de tempo determinado devido ao tipo de fármaco que este paciente faz uso; seja pelo uso de medicamentos com possíveis interações medicamentosas e/ou interação medicamento-alimento, entre outros.

Identificar as causas desses efeitos adversos e como isso afeta o dia a dia do paciente é de extrema importância para proporcionar uma farmacoterapia adequada, eficaz e segura para o paciente melhorando conseqüentemente a adesão ao tratamento.

5.4.6 DIFICULDADES PRÁTICAS

Tabela 9. Dificuldades Práticas, segundo o QVM (n=32).

Ítem: Dificuldades práticas	Concordo Parcialmente/ Concordo Totalmente n(%)	Opinião Neutra n(%)	Discordo Parcialmente/ Discordo Totalmente n(%)
Q1 Eu acho difícil conseguir as minhas receitas com o médico.	7 (21,9)	0 (0,0)	25 (78,1)
Q2a Eu acho difícil conseguir os meus medicamentos na farmácia (Privada).	12 (37,5)	3 (9,4)	17 (53,1)
Q2b Eu acho difícil conseguir os meus medicamentos na farmácia (Posto, Policlínica, Farmácia Escola).	7 (21,9)	7 (21,9)	18 (56,2)
Q4 Eu acho confortável/fácil usar os meus medicamentos nos horários corretos.	29 (90,6)	0 (0,0)	3 (9,4)
Q10 Eu estou preocupado que eu possa me esquecer de usar os meus medicamentos.	10 (31,2)	4 (12,5)	18 (56,2)
Q28 Eu acho fácil manter a rotina de uso dos meus medicamentos.	26 (81,3)	0 (0,0)	6 (18,7)
Q29 Eu acho difícil usar os meus medicamentos.	2 (6,2)	1 (3,1)	29 (90,7)
Q37 Eu tenho que me esforçar muito para planejar e pensar em como usar os meus medicamentos.	8 (25,0)	0 (0,0)	24 (75,0)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação às dificuldades práticas, 10 (31,2%) dos usuários relataram que ficam preocupados em esquecer-se de usar os seus medicamentos. Já 6 (18,7%) usuários relataram que não acham fácil manter a rotina de uso dos medicamentos (Tabela 9), conforme exemplificado no relato:

"Afetam na organização da minha rotina, tenho que me organizar para fazer o uso e reservar um dia para retirada dos medicamentos." (Mulher, 61 anos, utiliza 4 medicamentos).

Um problema de saúde mundial marcante são as doenças crônicas não transmissíveis. Essas doenças são alvo de diversos programas e ações para sua prevenção e controle. A maioria das doenças crônicas não transmissíveis pode ser controlada pelo uso de medicamentos, tendo no acesso e na utilização adequada requisitos fundamentais para o sucesso terapêutico (WHO, 2003).

A adesão ao tratamento medicamentoso, definida como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa e as orientações do profissional da saúde, destaca-se entre os fatores que influenciam diretamente os resultados terapêuticos. Os fatores de não adesão ao tratamento descritos na literatura estão relacionados com características individuais do paciente, à doença em si, aos medicamentos utilizados e à interação entre o paciente e os serviços de saúde, entre outros (TAVARES et al., 2014; MENGUE et al., 2016).

Determinadas condições de saúde ou tratamentos podem apresentar características que levam a barreiras específicas para a adesão. Para algumas doenças assintomáticas, o paciente pode ter dificuldades no uso regular dos medicamentos, pela ausência de sintomas visíveis ou falta de compreensão sobre o curso da doença (TAVARES et al., 2014). Para doenças que requerem regime complexo (polifarmácia, várias administrações diárias, dificuldades associadas à via de administração), as próprias dificuldades diárias associadas ao uso dos medicamentos constituem barreira importante à adesão ao tratamento (TAVARES et al., 2014; MENGUE et al., 2016).

Uma parcela significativa de pacientes fica preocupada em se esquecer de usar os seus medicamentos e precisam se esforçar muito para planejar e pensar em como usar os seus medicamentos. Dito isso, é importante identificar por meio dos relatos dos pacientes as dificuldades práticas que os pacientes apresentam para

realizar ajuste que adequam ao seu dia a dia facilitando, assim, o uso dos medicamentos e a adesão ao tratamento. Além disso, identificar pacientes que apresentam mais e maiores dificuldades com situações como essas auxiliam o farmacêutico a ter um olhar mais atento para determinadas situações.

5.4.7 CARGA RELACIONADA COM OS CUSTOS

Tabela 10. Carga relacionada com os custos, segundo o QVM (n=32).

Item: Carga relacionada com os custos	Concordo Parcialmente/ Concordo Totalmente n(%)	Opinião Neutra n(%)	Discordo Parcialmente/ Discordo Totalmente n(%)
Q5 Eu me preocupo com o pagamento dos meus medicamentos.	21 (65,3)	5 (15,6)	6 (18,8)
Q17 Às vezes, eu tenho que escolher entre comprar coisas básicas para mim ou para minha família ou comprar medicamentos.	13 (40,6)	4 (12,5)	15 (46,9)
Q33 Eu tenho que pagar mais do que posso pelos meus medicamentos.	12 (37,5)	5 (15,6)	15 (46,9)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Em relação aos custos, 21 pacientes (65,3%) relataram estarem preocupados em pagar pelos medicamentos, 12 (37,5%) concordaram que eles tiveram que pagar mais do que podiam pagar e 13 (40,6%) concordaram que tinham que escolher entre comprar coisas básicas para si ou para a família ou comprar medicamentos (Tabela 10), conforme exemplificado nos relatos:

"Afetam minha vida financeira, antibióticos caros, sem resultado positivo." (Mulher, 53 anos, utiliza 4 medicamentos).

"Procuro sempre os medicamentos mais baratos." (Mulher, 51 anos, utiliza de 9 a 10 medicamentos).

O medicamento é um elemento fundamental nos sistemas de saúde e é um desafio para a maioria dos países do mundo garantir a sua disponibilidade, acessibilidade e uso racional, manterem a relação custo-eficácia e a

sustentabilidade, principalmente diante do aumento crescente da demanda. Esse fenômeno está ocorrendo devido ao envelhecimento populacional, hábitos de vida inadequados, condições crônicas associadas, medicalização da sociedade (WHO, 2008).

Em diversos países do mundo, a disponibilidade de medicamentos essenciais no setor público ainda é considerada baixa. Em 2016 foi de 60% a disponibilidade mediana de medicamentos nos países de baixa renda e nos países de renda média foi de 56% (WHO, 2016). Em média, a percentagem de acesso a medicamentos pelo SUS pela via de direito no período entre 2003 e 2015 foi de 50% (BOING et al., 2013; MONTEIRO et al., 2016; MATTA et al., 2018).

Após 20 anos de aprovação da Política Nacional de Medicamentos, os resultados mostram que o acesso a medicamentos de forma gratuita por meio do SUS aumentou nos últimos anos. Ainda assim, tal percentual é classificado entre baixo e médio, considerando-se os parâmetros da OMS (WHO, 2011), principalmente no contexto de um sistema de saúde universal como o brasileiro, no qual emerge um paradoxo político que indica falhas na Política Nacional de Medicamentos e de Assistência Farmacêutica, incidindo e comprometendo o acesso a medicamentos (MONTEIRO et al., 2016; MATTA et al., 2018).

No Brasil o acesso a medicamentos por meio do SUS é universal, igualitário e gratuito a todo cidadão brasileiro e fruto de uma conquista histórica posta legalmente. Entretanto, na prática, ainda não é realidade, uma vez que são visíveis as desigualdades de acesso a medicamentos entre as regiões do Brasil, em destaque nas regiões desfavorecidas socioeconomicamente e que, de alguma forma, reproduzem a desigualdade socioeconômica do País. Uma observação importante é que nas regiões Sul e Sudeste, a obtenção de medicamentos no sistema público é maior (MENGUE et al., 2015; MENGUE et al., 2016; MONTEIRO et al., 2016; MATTA et al., 2018). Essas diferenças regionais na organização, estruturação e financiamento dos serviços impactam na assistência farmacêutica prestada.

Como se pode observar nos relatos, a carga dos custos dos medicamentos é um fator de extrema importância para os pacientes e que demandam uma grande preocupação em como esse fator vai afetar suas vidas. Dadas as circunstâncias da literatura e do estudo realizado, o farmacêutico exerce um papel fundamental como

um meio para informar aos pacientes sobre seus direitos como usuário do SUS e, conseqüentemente, como funciona o acesso aos medicamentos.

Dito isso, fica claro a importância do profissional farmacêutico na área clínica fornecendo, assim, meios para garantir uma melhor qualidade de vida. Esse cuidado individualizado e centrado no paciente proporciona melhores condições para a promoção do acesso aos medicamentos, o URM e a adesão ao tratamento.

5.4.8 FALTA DE AUTONOMIA/ CONTROLE DOS MEDICAMENTOS

Tabela 11. Falta de autonomia/ controle dos medicamentos, segundo o QVM (n=32).

Ítem: Falta de autonomia/ Controle dos medicamentos	Concordo Parcialmente/ Concordo Totalmente n(%)	Opinião Neutra n(%)	Discordo Parcialmente/ Discordo Totalmente n(%)
Q11 Eu posso variar as doses que uso dos meus medicamentos.	5 (15,6)	0 (0,0)	27 (84,4)
Q13 Eu posso escolher se devo ou não usar os meus medicamentos.	4 (12,5)	4 (12,5)	24 (75,0)
Q26 Eu posso variar os horários em que uso os meus medicamentos.	14 (43,7)	0 (0,0)	18 (56,3)

Fonte: Elaborado pelos autores.

Muitos participantes relataram empoderamento limitado para adequar seus regimes de medicamentos ao seu estilo de vida. Enquanto apenas 5 (15,6%) concordaram que poderiam alterar as doses dos medicamentos, catorze (43,7%) pacientes se sentiram capaz de alterar os horários de administração (Tabela 11), conforme exemplificado no relato:

"Muita dúvida é em relação aos horários dos medicamentos, pois não consigo tomar nos horários orientados pelo médico, e não sei se isso pode fazer mal." (Mulher, 43 anos, utiliza 10 medicamentos).

Atualmente, o farmacêutico está inserido como o membro da equipe de saúde mais acessível. E, dessa forma, se apresenta como primeira fonte de assistência e aconselhamento em cuidados gerais de saúde. Deixando de concentrar suas ações exclusivamente no medicamento e mantendo o foco na reaproximação da farmácia e atuação na atenção aos pacientes. Assim, fizeram com que o processo de dispensação passasse a ser compreendido como ação essencial para a promoção da saúde e o uso racional de medicamentos (CRF-SP, 2017).

A dispensação é o momento em que o farmacêutico orienta o paciente sobre o uso correto, seguro e racional de medicamentos, dando ênfase à farmacoterapia, tanto na dosagem quanto nas possíveis interações medicamentosas e/ou com alimentos, potenciais reações adversas e condições de armazenamento dos medicamentos e não apenas o ato de aviar a prescrição (CRF-SP, 2017).

A interação medicamentosa é uma situação clínica em que um fármaco tem a capacidade de modificar a ação de outro fármaco que foi administrado simultaneamente ou sucessivamente (PASINA et al., 2013). A chance de um indivíduo apresentar uma interação medicamentosa tende a aumentar com o número de medicamentos prescritos, número de classes terapêuticas e idade (SMYTH et al., 2014; MASNOON et al., 2017). Assim, para garantir segurança na utilização de medicamentos é importante identificar as interações medicamentosas que podem manifestar clinicamente como RAM e os seus riscos potenciais.

Dessa maneira, para identificar essas possíveis situações abordadas acima é importante disponibilizar nos serviços de saúde instrumentos que colem informações e relatos de como os pacientes estão fazendo uso dos seus medicamentos e como o uso dos medicamentos afeta a sua vida. Sendo assim, relatos como esses são de extrema importância para fazer ajustes necessários na farmacoterapia do paciente e evitar possíveis riscos durante o uso dos medicamentos e, dessa forma, contribuir para o URM.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A maioria dos instrumentos encontrados na literatura foi desenvolvida para avaliar o impacto da carga da doença na vida dos pacientes, não especificamente o impacto da farmacoterapia (TRAN et al., 2014; RIDGEWAY et al.; 2014; TSENG et al., 2016; ETON et al., 2017). Um estudo semelhante com a proposta do QVM é a

ferramenta *Medication-Related Burden Quality of Life* (MRB-QoL) que visa avaliar o impacto da carga dos medicamentos na funcionalidade da farmacoterapia e no bem-estar da perspectiva do paciente (MOHAMMED et al., 2018). Entretanto, apresenta algumas diferenças importantes, uma vez que o QVM aborda também questões relacionadas ao impacto dos custos dos medicamentos na vida dos pacientes e apresenta um campo aberto para o paciente expressar quais informações e/ou necessidades em relação a sua farmacoterapia e/ou doença são necessários para si.

Após análise dos relatos dos pacientes por meio do QVM é possível concluir que instrumentos como esses são de utilidade na prática clínica, uma vez que se pode utilizá-los como meio de triagem para identificar o paciente atendido no serviço, sinalizando para os profissionais farmacêuticos às reais necessidades dos pacientes posicionando, assim, o paciente no centro do cuidado de forma individualizada.

Outro ponto importante de identificação é para pacientes de alto risco de sofrer sobrecarga relacionada a medicamentos. Assim, o questionário possibilita ser um recurso na clínica farmacêutica para identificar e registrar informações que são relevantes e que precisam de maior atenção para o paciente e, dessa forma, útil na tentativa de reduzir a carga da polifarmácia em pacientes.

Os relatos obtidos desse estudo mostram que alguns pacientes apresentam dificuldades em manter uma rotina normal com uso dos medicamentos. Observou-se também que alguns pacientes necessitam de mais informações em relação aos medicamentos que fazem uso. Outro fator importante é que alguns pacientes não estão satisfeitos com os efeitos dos seus medicamentos.

O uso de vários medicamentos está entre os fatores de maior preocupação entre os pacientes, assim como o receio das consequências em longo prazo, como os efeitos adversos, é marcante nas falas durante a entrevista. Todos os pontos acima mencionados são de extrema relevância para serem identificados. Esse conhecimento deve ser utilizado como base para atuação do farmacêutico visando contribuir para a adesão ao tratamento. A clareza sobre a importância do medicamento para o tratamento da doença e benefícios para a saúde do paciente é fundamental para adesão, assim, como informações sobre riscos e manejos de efeitos adversos.

A carga relacionada aos custos é outro fator de preocupação dos pacientes. Assim proporcionar espaços para o paciente expor suas experiências são necessários para identificarmos quais são as expectativas do paciente com o tratamento e como se pode contribuir de forma positiva no tratamento, com uma visão mais atenta as necessidades individuais.

Esses achados reforçam a necessidade de reorganizar os serviços considerando as experiências dos pacientes visando otimizar as atividades, ampliar a qualidade e o uso racional de medicamentos. Assim, serviços individualizados que atendem as necessidades dos pacientes tendem a melhores resultados a terapia e proporcionar maior qualidade de vida para os pacientes.

O instrumento também pode ser utilizado para desenvolver pesquisas na Assistência Farmacêutica. Ferramentas como essas podem direcionar os pesquisadores para o aprimoramento dos conhecimentos sobre os impactos que as doenças e a farmacoterapia causam nos pacientes e, por conseqüência, auxiliar os profissionais farmacêuticos na prática clínica utilizando mecanismos que facilitam identificar as necessidades e dificuldades que esses pacientes enfrentam no cotidiano. Assim, evidencia-se a contribuição da ciência para a prática do uso racional de medicamentos, na qual os farmacêuticos prestam cuidado ao paciente, de forma a otimizar a farmacoterapia, promover saúde e bem-estar, e prevenir outras possíveis doenças.

Nesse contexto, realizar estudos como esse contribui não apenas para a qualidade dos serviços, mas também para o desenvolvimento dos profissionais envolvidos, o que agrega valor ao serviço do farmacêutico. Assim, avança-se na lógica do serviço farmacêutico como parte do sistema de saúde como estratégia fundamental para garantir acesso ao cuidado.

7 CONCLUSÃO

A adaptação e validação de conteúdo do QVM no Brasil possibilita sua aplicação junto aos pacientes atendidos nos serviços de farmácia e em quaisquer outros serviços de saúde, visando obter informações importantes para o aprimoramento dos serviços, e contribuindo para que o paciente seja o centro do cuidado em saúde.

Dessa forma, é cada vez mais relevante obter informações da perspectiva do paciente sobre a carga dos medicamentos e aprender mais sobre como afeta o comportamento do paciente ao fazer uso dos medicamentos. Os relatos apresentados por meio de questionários como o QVM orientam o profissional farmacêutico sobre as necessidades individuais do paciente para proporcionar um serviço adequado e, assim, contribuindo para o uso racional dos medicamentos, uma melhor adesão e conseqüente qualidade de vida. Esse estudo destacou sua aplicação potencial para pesquisa e prática clínica.

REFERÊNCIAS

AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**. 1(13): 733-736, 2008.

ARAÚJO, S. Q.; COSTA, K.S.; LUIZA, V. L.; LAVRAS, C.; SANTANA, E. A.; TAVARES, N. U. L. Organização dos serviços farmacêuticos no Sistema Único de Saúde em regiões de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 22 (940): 1181-1191, 2017.

ARRAIS, P. S. D. Medicamentos: consumo e reações adversas – um estudo de base populacional. Fortaleza: **Edições UFC**; 2009.

BOING, A. C. A.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. F.; BASTOS, J.L; PERES, K. G. Acesso a medicamentos no setor público: análise de usuários do SUS no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 29(4): 691-701, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Farmácia. **Resolução nº 610, de 20 de março de 2015**. Dispõe sobre as atribuições do farmacêutico na farmácia universitária e dá outras providências. Brasília, DF, 2015.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2004.

_____. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Políticas de Saúde. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Brasília: MS; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: proposta**. Brasília: MS; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Cuidado farmacêutico na atenção básica: Serviços farmacêuticos na atenção básica à saúde**. 1ª Edição. Brasília: MS; 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Desafios do acesso a medicamentos no Brasil**. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 2020.

_____. Ministério da saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998**. Aprova a Política Nacional de Medicamentos que tem como propósito "garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade destes produtos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais". Diário Oficial da União. Brasília, DF, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais 2020 (RENAME)**. 2019. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf>. Acesso em: 16 de mar de 2021.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos**. Componente populacional: resultados. Brasília: MS, 2016.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Ciências, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Cartilha para promoção do uso racional de medicamentos**. Brasília, DF, 2015.

_____. Rede Brasileira de Avaliação de Tecnologia em Saúde (Rebrats). **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM)**. 2015. Disponível em: <<http://www.rebrats.saude.gov.br/noticias/322-pesquisa-nacional-sobre-acesso-utilizacao-e-promocao-do-uso-racional-de-medicamentos-no-brasil-pnaum>>. Acesso em: 14 mar de 2021.

BRATH, H.; MEHTA, N.; SAVAGE, R. D.; GILL, S. S.; WU, W.; BRONSKILL, S. E.; ZHU, L.; GURWITZ, J. H.; ROCHON, P. A. What Is Known About Preventing, Detecting, and Reversing Prescribing Cascades: A Scoping Review. **Journal of the American Geriatrics Society**. 66(11): 2079-85 3, 2018.

CAHIR, C.; FAHEY, T.; TEELING, M.; TELJEUR, C.; FEELY, J.; BENNETT, K. Potentially inappropriate prescribing and cost outcomes for older people: a national population study. **British Journal of Clinical Pharmacology**. 69(5): 543–52, 2010.

CANHOTA, C. Qual a importância do estudo piloto? In: SILVA, E. E. (Org.). Investigação passo a passo: perguntas e respostas para investigação clínica. Lisboa: **APMCG**. 1ª Edição. 2008. p. 69-72.

CASTEL-BRANCO, M. M.; SANTOS, A. T.; CARVALHO, R. M.; CARAMONA, M. M.; SANTIAGO, L. M.; FERNANDEZ-LLIMOS, F.; FIGUEIREDO, I. V. As bases farmacológicas dos cuidados farmacêuticos: o caso dos AINEs. **Acta Farmacêutica Portuguesa**. 2(2): 19-27, 2013.

CERMAKOVA, P.; FERESHTEHNEJAD, S. M.; JOHNELL, K.; WINBLAD, B.; ERIKSDOTTER, M.; RELIGA, D. Cardiovascular medication burden in dementia disorders: A nationwide study of 19,743 dementia patients in the Swedish Dementia Registry. **Alzheimer's Research & Therapy**. 6: 34, 2014.

COMITÉ DE CONSENSO. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados com los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharmaceutica**. 48 (1): 5-17, 2007.

COSTA, A. M. N. Transtorno afetivo bipolar: carga da doença e custos relacionados. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 2008; 35: (3) 104-110.

COSTA, V. B. S.; HARSÁNYI, E.; MARTINS-REIS, V. O.; KUMMER, A. Translation and cross-cultural adaptation into Brazilian Portuguese of the Children's Communication Checklist-2. **CoDAS**. 25(2):115-9, 2013.

CRONBACH L J. Coefficient Alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**. 16:297-334, 1951.

DEMO, P. Inep/MEC. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Educação, Avaliação Qualitativa e Inovação – I *. **Inep/MEC**. Brasília: DF, 2012.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo da diferença, In: MINAYO, M. C. S & DESLANDES, S. F. (orgs.). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. 3º Edição. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2013.

DUERDEN, M.; AVERY, T.; PAYNE, R. Polypharmacy and medicines optimization: Making it safe and sound. London: **The King's Fund**; 2013.

ERNST, F. R.; GRIZZLE, A.J. Drug-related morbidity and mortality: updating the cost-of-illness model. **Journal of American Pharmacists Association**. 41(2):192-9, 2001.

ETON, D. T.; YOST, K. J.; LAI, J. S.; RIDGEWAY, J. L.; EGGINTON, J. S.; ROSEDAHL, J. K.; LINZER, M.; BOEHM, D. H.; THAKUR, A.; POPLAU, S.; ODELL, L.; MONTORI, V. M.; MAY, C. R.; ANDERSON, R. T. Development and validation of the Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS): a patient-reported measure of treatment burden. **Quality of Life Research**. 26:489–503, 2017.

ETON, D. T.; OLIVEIRA, D. R.; EGGINTON, J. S.; RIDGEWAY, J. L.; ODELL, L.; MAY, C. R.; MONTORI, V. M. Building a measurement framework of burden of treatment in complex patients with chronic conditions: a qualitative study. Dove Press Journal: **Patient Related Outcome Measures**. 3: 39–49, 2012.

EV, L. S.; GONÇALVES, C. B. Utilização de medicamentos. In: OSÓRIO-DE-CASTRO, C. G. S.; LUIZA, V. L.; CASTILHO, S. R.; OLIVEIRA, M. A.; JARAMILLO, N. M., organizadores. Assistência Farmacêutica: Gestão e prática para profissionais da saúde Rio de Janeiro: **Fiocruz**; 2014. p. 119-134.

FARMÁCIA ESCOLA. Sobre a Farmácia Escola. UFSC. **UFSC**. 19 de jan de 2021. Disponível em: <<https://farmaciaescola.ccs.ufsc.br/sobre-a-farmacia-escola/>>. Acesso em: 10 de fev de 2021.

FERNANDES, O.; GORMAN, S. K.; SLAVIK, R. S.; SEMCHUK, W. M.; SHALANSKY, S.; BUSSIÈRES, J. F.; DOUCETTE, D.; BANNERMAN, H.; LO, J.; SHUKLA, S.; CHAN, W. W.; BENNINGER, N.; MACKINNON, N. J.; BELL, C. M.; SLOBODAN, J.; LYDER, C.; ZED, P. J.; TOOMBS, K. Development of clinical pharmacy key performance indicators for hospital pharmacists using a modified Delphi approach. **Annals Pharmacotherapy**. 49:656-69, 2015.

FIGUEIREDO, I. V.; CARAMONA, M. M.; FERNANDEZ-LLIMOS, F.; CASTELBRANCO, M. M. Resultados de serviços farmacêuticos centrados no doente implementados em Portugal. **Acta Farmacêutica Portuguesa**. 3(1): 15-22, 2014.

FORNOS, J. A.; ANDRÉS, N. F.; ANDRÉS, J. C.; GUERRA, M. M.; EGEEA, B. A pharmacotherapy follow-up program in patients with type-2 diabetes in community pharmacies in Spain. **Pharmacy World & Science**. 28 (2):65-72, 2006.

GANDOLFI, E.; ANDRADE, M. G. G. Eventos toxicológicos relacionados a medicamentos no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**. 40(6):1056-64, 2006.

GATTI, M. E.; JACOBSON, K. L.; GAZMARARIAN, J. A.; SCHMOTZER, B.; KRIPALANI, S. Relações entre crenças sobre medicamentos e adesão. **American Journal of Health-System Pharmacy**. 66(7): 657-664, 2009.

GOMES, R. A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. Pesquisa Social: Teoria, Método, e Criatividade. Petrópolis: **Vozes**, 2004. pp. 67-80.

GOMES, R.; SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S.; MALAQUIAS, J, V.; SILVA, C. F. R. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2010. pp. 185-221.

GOMEZ, D. B.; VIDAL, S. A.; LIMA, L. C. Brazilian adaptation and validation of the Empowerment of Parents in the Intensive Care Neonatology (EMPATHICN) questionnaire. **The Journal of Pediatrics**. 93(2):156-64, 2017.

GORE, R.; CHUGH, P. K.; TRIPATHI, C. D.; LHAMO, Y.; GAUTAM, S. Pediatric Off-Label and Unlicensed Drug Use and Its Implications. **Current Clinical Pharmacology**. 12(1):18-25, 2017.

HADI, M. A.; NEOH, C. F.; ZIN, R. M.; ELRGGAL, M. E.; CHEEMA, E. Pharmacovigilance: pharmacists' perspective on spontaneous adverse drug reaction reporting. **Integrated Pharmacy Research and Practice**. 6: 91–98, 2017.

HU. Sobre Hospital Universitário da UFSC. **UFSC**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-sul/hu-ufsc>>. Acesso em: 10 de fev de 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. Rio de Janeiro: **IBGE**; 2013. 266 p. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>. Acesso em: 05 de jun de 2020.

JUBRAJ, B.; BARNETT, N. L.; GRIMES, L, VARIA, S.; CHATER, A.; AUYEUNG, V. Why we should understand the patient experience: clinical empathy and medicines optimization. **International Journal Pharmacy Practice**. 24(5): 367-70, 2016.

KATUSIIME, B.; CORLETT, S. A.; KRASKA, J. Development and validation of a revised instrument to measure burden of long-term medicines use: The Living with Medicines Questionnaire version 3 (LMQ-3). **Patient Related Outcome Measures**. 9, 155–168, 2018.

KLOOS, H.; CHAMA, T.; ABEMO, D.; TSADIK, K. G.; BELAY, S. Utilization of pharmacies and pharmaceutical drugs in Addis Ababa, Ethiopia. **Social Science & Medicine**. 22(6):653-72, 1986.

KRSKA J.; KATUSIIME B.; CORLETT S. Validation of an instrument to measure patients' experiences of medicine use: the Living with Medicines Questionnaire. **Patient Prefer Adherence**. 11: 671–679, 2017.

KRSKA, J.; CORLETT, S. A.; KATUSIIME, B. Complexity of Medicine Regimens and Patient Perception of Medicine Burden. **Pharmacy**. 7(1): 18, 2019.

KRSKA, J.; KATUSIIME, B.; CORLETT, S. A. Patient experiences of the burden of long-term medicines use and factors affecting burden: A cross-sectional survey. **Health & Social Care in the Community**. 26, 946–959, 2018.

KRSKA, J.; MORECROFT, C.; ROWE, P. H.; POOLE, H. Measuring the impact of long-term medicines use from the patient perspective. **International Journal of Clinical Pharmacy**. 36(4):675-678, 2014.

KRUK, M. E.; FREEDMAN, L. P. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. **Health Policy**. 85(3):263-276, 2008.

KRZYŻANIAK, N.; PAWŁOWSKA, I.; BAJOREK, B. Quality pharmacy services and key performance indicators in Polish NICUs: a Delphi approach. **International Journal of Clinical Pharmacy**. 2018.

LEITE, I. C.; VALENTE, J. G.; SCHRAMM, J. M. A.; DAUMAS, R. P.; RODRIGUES, R. N.; SANTOS, M. F.; OLIVEIRA, A. F.; SILVA, R. S.; CAMPOS, M. R.; MOTA, J. C. Carga de doença no Brasil e suas regiões, 2008. **Cadernos de Saúde Pública**. 31(7): 1551-1564, 2015.

LEITE, S. N.; FARIAS, M. R.; MANZINI, F.; MENDES, S. J.; ROVER, M. R. M. Gestão da assistência farmacêutica: proposta para avaliação no contexto municipal. A experiência em Santa Catarina. Florianópolis, SC: **UFSC**, 2015.

LEITE, S. N.; GUIMARÃES, L. M. C.; ROVER, M. R. M.; MENDES, S. J. Gestão da Assistência Farmacêutica: Serviços Farmacêuticos. 2ª Edição. Florianópolis: **UFSC**, 2013.

LEITE, S. N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Compreendendo a relação saúde/doença/tratamento: estudos qualitativos em farmácia. In: CORDEIRO, B. C.; LEITE, S. N., organizadores. O farmacêutico na atenção à saúde. Itajaí: **Editora da Universidade do Vale do Itajaí**, 2005.

LIKERT, RENSIS. A Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**. 1932; 140: pp. 1-55. Disponível em: <https://legacy.voteview.com/pdf/Likert_1932.pdf>. Acesso em: 05 de fev de 2021.

LIMA, T. M.; AGUIAR, P. M.; STORPIRTIS, S. Evaluation of quality indicator instruments for pharmaceutical care services: A systematic review and psychometric properties analysis. **Research Social Administrative Pharmacy**. 2017.

LIMA-DELLAMORA, E. C.; CAETANO, R.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Dispensing specialized component medicines in areas of the State of Rio de Janeiro. **Ciência & Saude Coletiva**. 17(9): 2387-2396, 2012.

MACEDO, M. E.; LIMA, M. J.; SILVA, A. O.; ALCÂNTARA, P.; RAMALHINHO, V.; CARMONA, J. Prevalência, conhecimento, tratamento e controlo da hipertensão em Portugal. Estudo PAP. **Revista Portuguesa de Cardiologia**. 26(1): 21-39, 2007.

MACHUCA M.; FERNÁNDEZ-LLIMÓS F.; FAUS M. J. Método Dáder. Guía de Seguimiento Farmacoterapêutico. Granada: **UGR**, 2003.

MACKEY, A.; GASS, S. Common data collection measures. In: MACKEY, A.; GASS, S. Second language research: methodology and design. Mahwah: **Lawrence Erlbaum**, 2005. p. 43-99.

MAES, K. A.; BRUCH, S.; HERSBERGER, K. E.; LAMPERT, M. L. Documentation of pharmaceutical care: development of an intervention oriented classification system. **International Journal of Clinical Pharmacy**. 39:354–363, 2017.

MAGALHÃES, J.; RODRIGUES, A. T.; ROQUE, F.; FIGUEIRAS, A.; FALCÃO, A.; HERDEIRO, M. T. Use of off-label and unlicensed drugs in hospital ised paediatric patients: a systematic review. **European Journal of Clinical Pharmacology**. 71(1): 1-13, 2015.

MANZINI, F.; LEITE, S. N. Matriz de indicadores do modelo de avaliação e as premissas da capacidade de gestão da Assistência Farmacêutica em âmbito municipal. In: MANZINI, F.; FARIAS, M. R.; ROVER, M. R. M.; MENDES, S. J.; LEITE, S. N., organizadores. *Gestão da Assistência Farmacêutica: Proposta para Avaliação no Contexto Municipal: A Experiência em Santa Catarina 2015*. Florianópolis: **Editora da UFSC**; 2016. p. 95-141.

MARCHON, S. G.; MENDES-JUNIOR, W. V. Segurança do paciente na atenção primária à saúde: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, 30 (9): 1815-1835, 2014.

MASNOON, N.; SHAKIB, S.; KALISCH-ELLETT, L.; CAUGHEY, G. E. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BioMed Central Geriatrics**. 17(1):230, 2017.

MATTA, S. R.; BERTOLDI, A. D.; EMMERICK, I. C. M.; FONTANELLA, A. T.; COSTA, K. S.; LUIZA, V. L. Fontes de obtenção de medicamentos por pacientes diagnosticados com doenças crônicas, usuários do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**. 34(3):1-13, 2018.

MEHNDIRATTA, S. Strategies to reduce medication errors in pediatric ambulatory settings. **Journal of Postgraduate Medicine**. 58(1):47-53, 2012.

MENGUE, S. S.; BERTOLDI, A. D.; BOING, A. C.; TAVARES, N. U. L.; DAL PIZZOL, T.; OLIVEIRA, M. A.; ARRAIS, P. S. D.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; LUIZA, V. L.; BERNAL, R. T. I.; BARROS, A. J. D. Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): métodos do inquérito domiciliar. **Revista de Saude Publica**. 50(supl 2):4s, 2016.

MENGUE, S. S.; BERTOLDI, A. D.; Ramos, L. R.; FARIAS, M. R.; OLIVEIRA, M. A.; TAVARES, N. U. L.; ARRAIAS, P. S. D.; LUIZA, V. L.; DAL PIZZOL, T. Acesso e uso de medicamentos para hipertensão arterial no Brasil. **Revista de Saúde Pública**. 50(2):8s, p.1s-9s, 2016.

MENGUE, S. S.; TAVARES, N. U. L.; COSTA, K. S.; MALTA, D. C.; JÚNIOR, J. B. S. Fontes de Obtenção de medicamentos para tratamento da hipertensão arterial no Brasil: análise da pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 18(2):192-203, 2015.

MENON, S. Z.; LIMA, A. C.; CHORILLI, M.; FRANCO, Y. O. Reações adversas a medicamentos (RAMs). **Saúde em Revista**. 7:71-9, 2005.

MINAYO, M. C. S. & SANCHEZ, O. Quantitativo-Qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. IX, n.3, 239-262, 1993.

_____, M. C. S. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento. In: MINAYO, M.C.S & DESLANDES, S.F. (orgs.). Caminhos do Pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2002. p. 83-108

_____, M. C. S. Introdução. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.). Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: **Fiocruz**, 2010. pp. 19-51.

_____, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**. 17(3): 621-626, 2012.

_____, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo (SP): **Hucitec**, 2014.

_____, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 33. ed. Petrópolis (RJ): **Vozes**, 2013.

MOHAMMED, M. A.; MOLES, R. J.; CHEN, T. F. Medication-related burden patients' lived experience with medicine: a systematic review and metasynthesis of qualitative studies. **BMJ open**. 6(2):e010035, 2016.

MOLOKHIA, M.; MAJEED, A. Current and future perspectives on the management of polypharmacy. **BMC Family Practice**. 18:70, 2017.

MONTEIRO, C. N.; GIANINI, R. J.; BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M. Access to medication in the Public Health System and equity:

populational health surveys in São Paulo, Brazil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. 19(1): 24-37, 2016.

MONTEIRO, E. R.; LACERDA, J. T. Promoção do uso racional de medicamentos: uma proposta de modelo avaliativo da gestão municipal. **Saúde em Debate**. 40(111): 101-116, 2016..

MORITZ, Â. F. E. **Satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o tratamento da Aids no Brasil: contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 74-84. 2010.

MOTA, D. M.; SILVA, M. G. C.; SUDO, E. C.; ORTÚN, V. Uso racional de medicamentos: uma abordagem econômica para tomada de decisões. **Ciência & Saúde Coletiva**. 1(13): 589-601, 2008.

MOTA, D. M.; VIGO, A.; KUCHENBECKER, R. S. Reações adversas a medicamentos no sistema de farmacovigilância do Brasil, 2008 a 2013: estudo descritivo. **Cadernos de Saúde Pública**. 35(8): e00148818, 2019.

NASCIMENTO, R. C. R. M.; ÁLVARES, J.; GUERRA JÚNIOR, A. A.; GOMES, I. C.; SILVEIRA, M. R.; COSTA, E. A, et al. Polypharmacy: a challenge for the primary health care of the Brazilian Unified Health System. **Revista de Saúde Pública**. 51(suppl 2):19s, 2017.

NATIONAL HEALTH SERVICE. Scottish government model of care polypharmacy working group. Polypharmacy Guidance, 2nd edition. Edinburgh: **Scottish Government**; 2015.

NISHTALA, P. S.; MCLACHLAN, A. J.; BELL, J. S.; CHEN, T. F. A retrospective study of drug related problems in Australian aged care homes: medication reviews involving pharmacists and general practitioners. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**. 17:97-103, 2011.

NKANSAH, N.; MOSTOVETSKY, O.; YU, C.; CHHENG, T.; BENEY, J.; BOND, C. M.; BERO, L. Effect of outpatient pharmacists' non-dispensing roles on patient outcomes and prescribing patterns. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**. 2010. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000336.pub2/pdf/>>. Acesso em: 05 de maio de 2021.

NOTEBOOM, B.; JENKINS, S.; MAIORANA, A.; CECINS, N.; NG, C.; HILL, K. Comorbidities and medication burden in patients with chronic obstructive pulmonary disease attending pulmonary rehabilitation. **Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and Prevention**. 34: 75–79, 2014.

OLIVEIRA, M. A. et al. Access to medicines for chronic diseases in Brazil: a multidimensional approach. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

OLSSON, I. N.; RUNNAMO, R.; ENGFELDT, P. Medication quality and quality of life in the elderly, a cohort study. **Health and Quality of Life Outcomes**. 9:95, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. A importância da Farmacovigilância / Organização Mundial da Saúde – Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, 2005: 48 p. (Monitorização da segurança dos medicamentos).

OSCANOA, T. J.; LIZARASO, F.; CARVAJAL, A. Hospital admissions due to adverse drug reactions in the elderly: a meta-analysis. **European Journal of Clinical Pharmacology**. 73(6): 759-770, 2017.

PAGOTTO, V.; NAKATANI, A. Y. K.; SILVEIRA, É. A. Fatores associados à autoavaliação de saúde ruim em idosos usuários do Sistema Único. **Cadernos de Saúde Pública**. 27(8): 1593-602, 2011.

PALEY, J. Paradigms and presuppositions: the difference between qualitative and quantitative research. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: international journal**. 14: 143-155, 2000.

PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V. A.; BERRY, L. L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. **The Journal of Marketing**. 49(4):41-50, 1985.

PASINA, L.; DJADE, C. D.; NOBILI, A.; TETTAMANTI, M.; FRANCHI, C.; SALERN, O. F.; CORRAO, S.; MARENGONI, A.; IORIO, A.; MARCUCCI, M.; MANNUCCI, P. Drug-drug interactions in a cohort of hospitalized elderly patients. **Pharmacoepidemiology Drug Safety**. 22(10):1054-1060, 2013.

PAYNE, R. A.; AVERY, A. J. Polypharmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practice. **British Journal of General Practice**. 61(583): 83–4, 2011.

PEPE, V. L. E.; CASTRO, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e paciente: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Cadernos de Saúde Pública**. 16(3):815-822, 2000.

REEVE, E.; WEISS, M. D.; HENDRIX, I.; ROBERTS, M. S.; SHAKIB, S. People's attitudes, beliefs, and experiences regarding polypharmacy and willingness to deprescribe. **Journal of the American Geriatrics Society**. 61:1508–14, 2013.

REEVE, J.; DICKENSON, M.; HARRIS, J.; RANSON, D.; DOHNHAMMER, U.; COOPER, L.; KRŠKA, J.; BYNG, R.; BRITTEN, N. Solutions to problematic polypharmacy: learning from the expertise of patients. **British Journal of General Practice**. 65(635): 319–20; 2015.

REMINGTON, J. P. The science and practice of Pharmacy. 21st ed. Baltimore: **Lippincott Williams & Wilkins**, 2005.

REVORÊDO, L. S.; MAIA, R. S.; TORRES, G. V.; MAIA, E. M. C. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arquivos de Ciências da Saúde**. 22(2): 16-21, 2015.

RHEE, Y.; CSERNANSKY, J. G.; EMANUEL, L. L.; CHANG, C. G.; SHEGA, J. W. Psychotropic medication burden and factors associated with antipsychotic use: An analysis of a population-based sample of community-dwelling older persons with dementia. **Journal of the American Geriatrics Society**. 59: 2100–2107, 2011.

RIDGEWAY, J. L.; EGGINTON, J. S.; TIEDJE, K.; LINZER, M.; BOEHM, D.; POPLAU, S.; OLIVEIRA, D. R.; ODELL, L.; MONTORI, V. M.; ETON, D. T. Factors that lessen the burden of treatment in complex patients with chronic conditions: a qualitative study. Dove Press: **Patient Preference and Adherence**. 8: 339–351, 2014.

RODBARD, H. W.; GREEN, A. J.; FOX, K. M.; GRANDY, S.; SHIELD Study Group. Impact of type 2 diabetes mellitus on prescription medication burden and out-of-pocket healthcare expenses. **Diabetes Research and Clinical Practice**. 87: 360–365, 2010.

ROVER, M. R. M. **AVALIAÇÃO DA CAPACIDADE DE GESTÃO DO COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA EM SANTA CATARINA**. Tese (Doutorado em Farmácia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.307. 2016.

ROVER, M. R. M.; VARGAS-PELÁEZ, C. M.; FARIAS, M. R.; LEITE, S. N. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente especializado da Assistência Farmacêutica. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. 26 (2): 691-711, 2016.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY (RPS). Medicines optimisation: helping patients to make the most of medicines. Good practice guidance for healthcare professionals in England; **London**, 2013. Disponível em: <<https://www.rpharms.com/promoting-pharmacy-pdfs/helping-patients-make-the-most-of-their-medicines.pdf>>. Acesso em: 05 de ago de 2020.

SALGADO, T.; MARQUES, A.; GERALDES L.; BENRIMOJ, S.; HORNE, R.; FERNANDEZ-LLIMOS, F. Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese. **Sao Paulo Medical Journal**. 131(2): 88-94, 2013.

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. F.; LUCIO, M. P. B. Metodologia de Pesquisa. 5. ed. Porto Alegre (RS): **Penso**, 2013. 624p.

SANTOS, R. I.; FARIAS, M. R.; PUPO, G. D.; TRINDADE, M. C. N.; DUTRA, F. F. Assistência Farmacêutica no Brasil: Políticas de saúde e acesso a medicamentos. 1. Ed. Florianópolis: Editora **UFSC**, 2016.

SÃO PAULO. Conselho Regional de Farmácia. **Manual Prático de Dispensação. Manual de orientação ao farmacêutico: aspectos legais de dispensação**. 1ª Edição. São Paulo: GL Editora. 2017.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. M.; CHOR, D.; MENEZES, P. R. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet: Saúde no Brasil** 4. 2011; 61-74. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(11\)60135-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60135-9/fulltext)<http://www.abc.org.br/IMG/pdf/doc-574.pdf>>.

SCHRAMM, J. M. A.; OLIVEIRA, A. F.; LEITE, I. C.; VALENTE, J.C.; GADELHA, A. M. J.; PORTELA, M. C.; CAMPOS, M. R. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 9(4):897-908, 2004.

SHAH, B. M.; HAJJAR, E. R. Polypharmacy, adverse drug reactions, and geriatric syndromes. **Clinics in Geriatric Medicine**. 28(2):173–86, 2012.

SMYTH, R. L.; PEAK, M.; TURNER, M. A.; NUNN, A. J.; WILLIAMSON, P. R., YOUNG, B.; ARNOTT, J.; BELLIS, J. R.; BIRD, K. A.; BRACKEN, L., et al. ADRIIC: Adverse Drug Reactions In Children – a programme of research using mixed methods. [Internet] Southampton (UK): **NIHR Journals Library**; 2014

SOARES, L. **O ACESSO AO SERVIÇO DE DISPENSAÇÃO E A MEDICAMENTOS: MODELO TEÓRICO E ELEMENTOS EMPÍRICOS**. Tese (Doutorado em Farmácia) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, p.126. 2013.

SOARES, L.; DIEHL, E. E.; LEITE, S. N.; FARIAS, M. R. A model for drug dispensing service based on the care process in the Brazilian health system. **Brazilian journal of Pharmaceutical Sciences**. 49(1): 107-116, 2013.

SOUSA, L. A. O.; FONTELES, M. M. F.; MONTEIRO, M. P.; MENGUE, S. S.; BERTOLDI, A. D.; DAL PIZZOL, T. S.; TAVARES, N. U. L.; OLIVEIRA, M. A.; LUIZA, V. L.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; DOURADO ARRAIS, P. S. D. Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. 34(4):e00040017, 2018.

STARK RG, JOHN J, LEIDL R. Health care use and costs of adverse drug events emerging from outpatient treatment in Germany: A modelling approach. **Health Services Research**. 11(9):1-9, 2011.

TANG, W.; CUI, Y.; BABENKO, O. Internal Consistency: Do We Really Know What It Is and How to Assess It?. **Journal of Psychology and Behavioral Science**. 2 (2): 205-220, 2014.

TAVARES, N. U. L.; BERTOLDI, A. D.; THUMÉ, E.; FACCHINI, L. A.; FRANÇA, G. V. A.; MENGUE, S. S. Fatores associados à baixa adesão ao tratamento medicamentoso em idosos. **Revista de Saúde Pública**. 47(6):1-9, 2013.

TAVARES, N. U. L.; LUIZA, V. L.; OLIVEIRA, M. A.; COSTA, K. S.; MENGUE, S. S., ARRAIS, P. S. D.; RAMOS, L. R.; FARIAS, M. R.; DAL PIZZOL, T. S. Free access to

medicines for the treatment of chronic diseases in Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, 2016.

TOMMELEIN, E.; MEHUYS, E.; VAN TONGELEN, I.; PETROVIC, M.; SOMERS, A.; COLIN, P., et al. Community pharmacists' evaluation of potentially inappropriate prescribing in older community-dwelling patients with polypharmacy: observational research based on the GheOP3S tool. **Journal of Public Health**. 39(3):1–10, 2016.

TORDOFF, J. M.; BRENKLEY, C.; KRKA, J.; SMITH, A. Exploring Medicines Burden Among Adults in New Zealand: A Cross-Sectional Survey. Dove Press: **Patient Preference and Adherence**. 13: 2171–2184, 2019.

TRAN, V. T.; HARRINGTON, M.; MONTORI, V. M.; BARNES, C.; WICKS, P.; RAVAUD, P. Adaptation and validation of the Treatment Burden Questionnaire (TBQ) in English using an internet platform. **BMC Medicine**. 12:109, 2014.

TSENG, H. M.; LEE, C. H.; CHEN, Y. J.; HSU, H.; HUANG, L.; HUANG, J. Developing a measure of medication-related quality of life for people with polypharmacy. **Quality of Life Research**. 25(5): 1295–302, 2016.

UETA, J.; HOEPFNER, L.; BERNARDO, N. L. Dispensação e medicamentos. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA; UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. (Eds.). Serviços farmacêuticos. Florianópolis: **UFSC**, 2011.

VIKTIL, K. K.; BLIX, H. S.; MOGER, T. A.; REIKVAM, A. Polypharmacy as commonly defined is an indicator of limited value in the assessment of drug-related problems. **British Journal of Clinical Pharmacology**. 63 (2):187–95, 2007.

WALUS, A. N.; WOLOSCHUK, D. M. M. Impact of Pharmacists in a Community-Based Home Care Service: A Pilot Program. **Canadian Journal Hospital Pharmacy**. 70:435-442, 2017.

WHO. The World Medicines Situation Report. 3. Ed. Geneva: **World Health Organization**, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/medicines>>. Acesso em: 07 de maio de 2021.

WHO. The Uppsala Monitoring Centre. The Importance of Pharmacovigilance. Safety Monitoring of medicinal products. **World Health Organization**. 48 p, 2002.

WILD, D.; GROVE, A.; MARTIN, M.; EREMENCO, S.; MCELROY, S.; VRJEE-LORENZ, A.; ERIKSON, P. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (pro) measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. **Value Health**. 8(2): 94–104, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: **World Health Organization**; 2003.

_____. Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: **World Health Organization**, 2017.

Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>>. Acesso em: 05 de jun de 2020.

_____. Medicines: rational use of medicines. Factsheet num. 338. **World Health Organization**, 2010. Disponível em: Acesso em: 12 de ago de 2020.

_____. The rational use of drugs. Geneva: **World Health Organization**, 1987.

_____. WHO Medicines Strategy-countries the core: 2008-2013. Geneva: **World Health Organization**, 2008

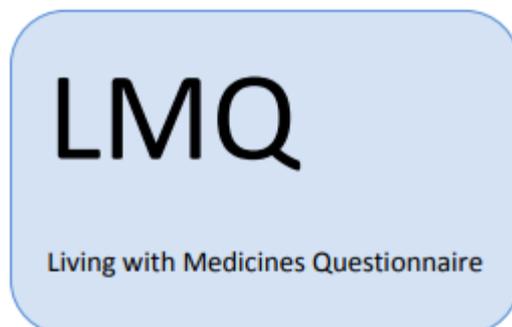
_____. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: **World Health Organization**, 2016.

WUYTS, J.; MAESSCHALCK, J.; DE WULF, I.; FOUBERT, K.; BOUSSERY3, K.; DE LEPELEIRE, J.; FOULON, V. Studying the impact of a medication use evaluation for polymedicated older patients by the community pharmacist (SIMENON): study protocol. **BMC Health Services Research**. 18:623, 2018.

ZIDAN, A.; AWAISU, A.; HASAN, S.; KHEIR, N. The Living with Medicines Questionnaire: Translation and Cultural into the Arabic Context. **Value in Health Regional Issues**. 10:36-40, 2016.

ZIDAN, A.; AWAISU, A.; EL-HAJJ M. S.; AL-ABDULLA S. A.; FIGUEROA, D. C. R.; KHEIR, N. Medication-Related Burden among Patients with Chronic Disease Conditions: Perspectives of Patients Attending Non-Communicable Disease Clinics in a Primary Healthcare Setting in Qatar. **Pharmacy**. 6(3): 85, 2018.

APÊNDICE



Medicamentos e o seu Dia a dia

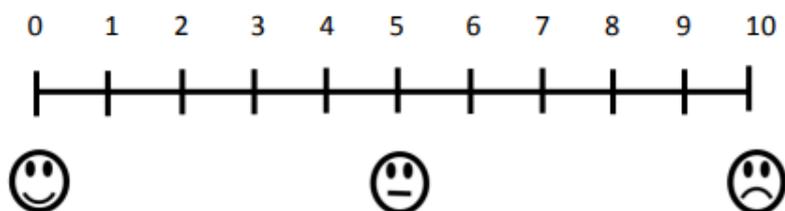
Este questionário busca **seus** pontos de vista e opiniões sobre os medicamentos prescritos que **você** usa e como eles afetam **sua** vida. **Medicamentos incluem comprimidos, cremes, inaladores, líquidos, injeções e assim por diante.**

Você pode estar **usando mais de um medicamento**, por favor, **pense em TODOS os seus medicamentos** ao preencher este questionário.

Marque **na linha com um "X"** a posição que melhor reflete a sua opinião.

No geral, como você se sente em relação ao uso dos seus medicamentos?

Escala para o gráfico:



Não causam incômodo algum

Causam incômodo extremo

Se você tiver outras opiniões sobre como seus medicamentos afetam seu dia a dia, por favor, descreva-as aqui.

Finalmente, responda algumas perguntas **SOBRE VOCÊ E OS MEDICAMENTOS QUE VOCÊ USA**

1. Quantos medicamentos prescritos você usa regularmente?

Por favor, escreva o número **TOTAL de medicamentos** aqui _____

Medicamentos incluem comprimidos, cápsulas, cremes, inaladores, líquidos, colírios, injetáveis, pílulas anticoncepcionais, vitaminas e outros.

Conte cada prescrição como sendo um medicamento diferente.

2. Quais tipos de medicamentos você usa regularmente? *Você pode marcar uma ou ambas as opções.*

() Comprimidos / Cápsulas

() Qualquer outro tipo

3. Com que frequência utiliza o(s) seu(s) medicamento(s)? *Você pode marcar uma ou mais opções.*

- Uma vez por dia
 Duas vezes por dia
 Três vezes por dia
 Mais de três vezes por dia
 Outra, por favor especifique _____

4. Você paga pelos seus medicamentos? *Você pode marcar uma ou as duas opções.*

- Sim Não

Se você respondeu **Não**, onde retira seus medicamentos?

5. Alguém ajuda você a usar os seus medicamentos?

- Sim Não

Se você respondeu **Sim**, como eles lhe auxiliam? *Você pode marcar uma ou mais opções.*

- Encomendando/ solicitando os medicamentos
 Organizando os seus medicamentos
 Buscando os medicamentos na farmácia
 Lembrando-me de usar os medicamentos
 De outra forma. Por favor, escreva como eles ajudam:

-

6. O seu sexo é:

- Masculino Feminino Outro

7. Qual é a sua idade? Por favor, escreva aqui em anos _____**8. Qual grupo raça/cor melhor te descreve?**

- Amarelo
 Branco
 Indígena
 Parda
 Preto

9. Qual o seu nível de escolaridade?

- Ensino Fundamental (1º grau) incompleto
 Ensino Fundamental (1º grau) completo
 Ensino Médio (2º grau) incompleto
 Ensino Médio (2º grau) Completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Superior completo. Especificar _____
 Pós-graduação lato sensu (especialização, MBA)
 Mestrado

10. Qual é a sua ocupação?

- Estudante
 Desempregado
 Empregado
 Aposentado
 Outro

11. Qual bairro e cidade você mora?

As seguintes afirmações abrangem diferentes aspectos do uso de medicamentos.

Por favor, leia atentamente cada declaração e marque a caixa de resposta mais próxima da sua opinião.

Por favor, **marque apenas uma caixa** para cada afirmação.

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialment	Opinião Neutra	Discordo Parcialmen	Discordo Totalmente
1. Eu acho difícil conseguir as minhas receitas com o médico.	<input type="checkbox"/>				
2. Eu acho difícil conseguir os meus medicamentos na farmácia.					
• Farmácia pública (farmácia municipal, posto de saúde, policlínica, Farmácia Escola).	<input type="checkbox"/>				
• Farmácia privada (drogarias).	<input type="checkbox"/>				
3. Eu estou satisfeito com os efeitos dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
4. Eu acho confortável/ fácil usar os meus medicamentos nos horários corretos.	<input type="checkbox"/>				
5. Eu me preocupo com o pagamento dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
6. Eu me preocupo que eu tenha que usar vários medicamentos ao mesmo tempo.	<input type="checkbox"/>				
7. Eu confio que o(s) meu(s) médico(s) faz(em) a escolha mais adequada dos meus medicamentos para o meu caso.	<input type="checkbox"/>				
8. Eu gostaria de poder opinar mais sobre as marcas dos medicamentos que eu uso.	<input type="checkbox"/>				
9. Eu acho que eu preciso de mais informações sobre os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				

Que tipo de informação?

10. Eu estou preocupado que eu possa esquecer-se de usar os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialment	Opinião Neutra	Discordo Parcialmen	Discordo Totalmente
11. Eu posso variar as doses que uso dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
12. Eu me preocupo com possíveis efeitos prejudiciais que meus medicamentos podem causar se eu os usar por muito tempo.	<input type="checkbox"/>				
13. Eu posso escolher se devo ou não usar os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
14. O(s) meu(s) médico(s) ouvem a minha opinião sobre os medicamentos que eu uso.	<input type="checkbox"/>				
15. Os meus medicamentos previnem que o meu estado de saúde piore.	<input type="checkbox"/>				
16. Eu estou preocupado que eu seja muito dependente dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
17. Às vezes, eu tenho que escolher entre comprar coisas básicas para mim ou para minha família ou comprar medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
18. Eu me preocupo que meus medicamentos possam interagir uns com os outros.	<input type="checkbox"/>				
19. Os meus medicamentos interferem nas minhas atividades sociais ou de lazer.	<input type="checkbox"/>				
20. O(s) meu(s) médico(s) respeitam as minhas preocupações sobre os efeitos adversos/ negativos dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				
21. Às vezes, os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu uso são piores que os sintomas da(s) doença(s) que eu estou tratando.	<input type="checkbox"/>				
22. Os efeitos adversos/ negativos dos medicamentos que eu uso interferem no meu dia a dia (por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, dormir).	<input type="checkbox"/>				
23. Os meus medicamentos interferem na minha vida sexual.	<input type="checkbox"/>				
24. Eu recebo informações suficientes do(s) meu(s) médico(s) sobre meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>				

	Concordo Totalmente	Concordo Parcialment	Opinião Neutra	Discordo Parcialmen	Discordo Totalmente
25. Os meus medicamentos atendem às minhas expectativas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Eu posso variar os horários em que uso os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Os medicamentos que eu uso afetam minha habilidade de dirigir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Eu acho fácil manter a rotina de uso dos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Eu acho difícil usar os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Os efeitos adversos/ negativos que meus medicamentos me causam me incomodam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Eu estou preocupado que as bebidas alcoólicas prejudiquem os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Os meus medicamentos permitem que eu tenha uma vida normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Eu tenho que pagar mais do que posso pelos meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Os profissionais de saúde que me atendem sabem o suficiente sobre mim e meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Os meus medicamentos interferem nas minhas relações sociais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Os medicamentos que eu uso atrapalham as minhas tarefas diárias (como por exemplo: trabalhar, fazer o serviço de casa, atividades de lazer e diversão).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Eu tenho que me esforçar muito para planejar e pensar em como usar os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Os efeitos adversos/ negativos dos meus medicamentos prejudicam o meu bem-estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Os meus medicamentos estão funcionando.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Os benefícios que eu tenho usando os meus medicamentos compensam os efeitos adversos/ negativos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Minha vida gira em torno de usar os meus medicamentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANEXO**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: ESTUDOS DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: indicadores de prescrição, dedispensação e de qualidade de vida.

Pesquisador: FILIPE CARVALHO MATHEUS

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 07630619.9.0000.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.821.931

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda com o seguinte teor:"A emenda está sendo feita para incluir mais um local de estudo. Esse novo local de estudo é a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Antônio Carlos em Santa Catarina. Foi anexado na plataforma Brasil o arquivo intitulado Antonio_Carlos_SC, o qual trata-se da autorização do responsável para a realização do presente projeto no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Antônio Carlos. Os questionários aplicados em Antônio Carlos serão os mesmos já aprovados anteriormente pelo CEPESH para o presente projeto. Dessa maneira, a única alteração solicitada para aprovação nessa emenda é a inclusão desse local de estudo novo."

Objetivo da Pesquisa:

Já avaliados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Já avaliados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A emenda inclui mais um município para coleta de dados e não altera objetivos, metodologia nem cronograma.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foi apresentada carta de aceite institucional, de acordo com a resolução 466/12, emitida pelo

Continuação do Parecer: 3.821.931

Secretário Municipal de Saúde e Assistência Social do município de Antônio Carlos/SC.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEPESH/UFSC tomou conhecimento da emenda e recomenda sua aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1478123_E2.pdf	12/12/2019 08:18:10		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Antonio_Carlos_SC.pdf	12/12/2019 08:16:54	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Projeto_067_Declaracao_de_Ciencia_da_Instituicao_Renovacao.pdf	04/10/2019 11:14:32	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Outros	FORMULARIO_UTILIZADO_NA_AVALIACAO_DOS_CARROS_DE_EMERGENCIA.pdf	16/09/2019 16:29:10	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Biguacu.jpg	07/04/2019 16:26:08	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CEPESH.pdf	01/04/2019 16:37:02	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_do_profissional.pdf	01/04/2019 16:36:23	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente.pdf	01/04/2019 16:36:04	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Outros	Medicamentos_e_o_seu_Dia_a_dia.docx	31/01/2019 12:12:54	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Outros	Indicadores_de_prescricao.docx	31/01/2019 12:12:41	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Outros	Indicadores_de_Dispensacao.docx	31/01/2019 12:12:29	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Outros	Conhecimento_do_usuario.docx	31/01/2019 12:12:07	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito

Continuação do Parecer: 3.821.931

Outros	Avaliacao_da_qualidade_de_vida.docx	31/01/2019 12:11:57	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EUM_CEPESH.docx	31/01/2019 11:59:23	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	HU.pdf	31/01/2019 11:49:16	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	31/01/2019 11:48:12	FILIFE CARVALHO MATHEUS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 04 de
Fevereiro de 2020

Assinado por:
Nelson Canzian da Silva
(Coordenador(a))