

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMACOLOGIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA

Greice Peplau Kauling

**Análise do Uso Contínuo de AINEs e o Papel do Farmacêutico do
NASF AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica)
no Matriciamento da População e das Equipes de Saúde da Família
em um Município do Extremo Sul Catarinense**

Florianópolis
2019

Greice Peplau Kauling

Análise do Uso Contínuo de AINEs e o Papel do Farmacêutico do NASF AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) no Matriciamento da População e das Equipes de Saúde da Família em um Município do Extremo Sul Catarinense

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Farmacologia da Universidade Federal de Santa Catarina, para a obtenção do grau de Mestre em Farmacologia.

Orientador: Prof. Dr. Alfeu Zanotto Filho

Florianópolis
2019

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

Kauling, Greice Peplau

Análise do Uso Contínuo de AINEs e o Papel do Farmacêutico do NASF AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) no Matriciamento da População e das Equipes de Saúde da Família em um Município do Extremo Sul Catarinense / Greice Peplau Kauling ; orientador, Prof. Dr. Alfeu Zanotto Filho, 2019.

88 p.

Dissertação (mestrado profissional) -
Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Biológicas, Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

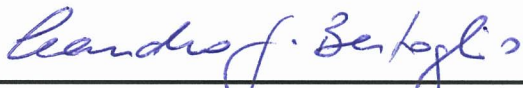
1. Farmacologia. 2. AINEs. 3. Farmacêutico. 4. Uso contínuo. 5. Matriciamento; NASF AB. I. Zanotto Filho, Prof. Dr. Alfeu . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Farmacologia. III. Título.

“Análise do uso contínuo de AINEs e o papel do farmacêutico do NASF AB (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica) no matriciamento da população e das equipes de saúde da família em um município do extremo sul catarinense”

Por

Greice Peplau Kauling

Dissertação julgada e aprovada em sua forma final pelos membros titulares da Banca Examinadora (011/2019/PPGMFMC) do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Farmacologia - UFSC.

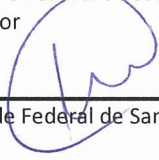


Prof. Dr. Leandro José Bertoglio
Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Mestrado Profissional em Farmacologia

Banca examinadora:



Dr. Alfeu Zanotto Filho (Universidade Federal de Santa Catarina)
Orientador



Dra. Silvana Nair Leite (Universidade Federal de Santa Catarina)



Dr. Tadeu Lemos (Universidade Federal de Santa Catarina)

Florianópolis, 30 de abril de 2019.

Obrigada Deus, que mesmo diante das dificuldades, Você sempre me faz acreditar que é possível. Grata por Estares ao meu lado.

AGRADECIMENTOS

Meu primeiro agradecimento, com o coração cheio de esperanças, é para honra e glória à Deus, pois somente com ele temos condições de seguir nas dificuldades que a vida nos apresenta. Obrigada Deus Pai Amado!

Agradeço com todas as minhas forças aqueles que caminham diariamente próximos a mim, minha mãe Elza, perfeita e abençoada, sempre pronta a tudo, meu pai Arnaldo, com sua eterna paciência e que faz tudo o que pode no seu silêncio. Meu irmão Alex, minha cunhada Adriana, minhas sobrinhas Letícia e Helena, sempre a nos trazer alegrias e a doçura de uma família abençoada. Agradeço meu eterno namorado Fernando, parceiro, amigo para todas as dificuldades, que me ouve, me ajuda, dá conselhos, é amoroso e sábio, e muito paciente, porto seguro nas minhas angústias. A todos estes: obrigada, paz, e luz! Vida plena e abundante em Deus, é o que lhes desejo! Que sempre nos apoiemos o quanto for necessário!

A mais profunda gratidão ao meu orientador, Professor Dr. Alfeu Zanotto Filho, que sempre esteve presente para sanar todas as dúvidas, com muita paciência e dedicação! Professor de uma inteligência e sabedoria única, com o qual aprendi o quanto à busca pelo conhecimento nos torna pessoas melhores! Obrigada pelo seu profissionalismo e atenção! Professor Alfeu tens uma aluna que se tornou sua fã! Sucesso em sua carreira, lhe desejo!

Aos colegas de turma os quais mesmo de localidades tão distantes, mantiveram-se em contato agregando conhecimentos. Agradeço com carinho especial as colegas Alice, Diangele e Sarah!

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Farmacologia, por meio do Mestrado Profissional em Farmacologia o qual me deu a possibilidade de realizar o grande sonho de continuar minha carreira como acadêmica e me aperfeiçoar como profissional! Obrigada!

O Senhor é o meu pastor e nada me faltará. Deita-me em verdes pastos e guia-me mansamente em águas tranquilas. Refrigera a minha alma, guia-me pelas veredas da justiça, por amor do seu nome. Ainda que eu ande pelo vale da sombra da morte, não temerei mal algum, porque Tu estás comigo, a Tua vara e o Teu cajado me consolam. Prepara-me uma mesa perante os meus inimigos, unges a minha cabeça com óleo, o meu cálice transborda. Certamente que a bondade e a misericórdia me seguirão todos os dias da minha vida e habitarei na casa do SENHOR por longos dias.

SALMO 23, Bíblia Sagrada.

RESUMO

Essa dissertação teve como propósito realizar um estudo retrospectivo, com uma população já sabidamente usuária de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) ibuprofeno e diclofenaco, em dez unidades de saúde que são as Estratégias de Saúde da Família (ESF) no município de Criciúma – SC. Delimitou-se como critério de inclusão uma faixa de tempo igual ou maior a três meses de retirada de AINEs nas farmácias das ESF's, dentro do período de doze meses, para assim caracterizar-se o uso contínuo. Foram analisados o perfil demográfico dos pacientes, assim como as patologias e outros motivos que levam ao uso contínuo e retirada de AINEs nas unidades de saúde. O uso de medicamentos anti-úlceras, como omeprazol e ranitidina, eventualmente prescritos em decorrência das reações adversas dos AINEs, também foi analisado e correlacionado com o uso de AINEs. Os profissionais de saúde das ESF também receberam um questionário, com perguntas sobre o tema dessa pesquisa, porém relacionadas com opiniões e situações vivenciadas por eles. Com os levantamentos obtidos, foi possível realizar momentos de apoio matricial assistencial com a população, e apoio matricial técnico-pedagógico com os profissionais de saúde, dando-se evidência ao trabalho do farmacêutico do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), de modo a valorizar a educação em saúde como uma das atribuições deste profissional. Constatou-se que as mulheres utilizam mais o serviço de saúde. O AINE mais consumido foi Ibuprofeno e o anti-úlceras o Omeprazol. Efeitos adversos associados aos AINEs foram mais comuns do que em relação aos medicamentos anti-úlceras. A população entrevistada diz ter interesse em receber orientações sobre cuidados no uso dos medicamentos. Os profissionais de saúde das ESF's relataram necessitar do farmacêutico para dar suporte aos assuntos pertinentes ao uso de medicamentos, e praticamente metade destes profissionais relataram nunca ter participado de matriciamento sobre essa temática.

Palavras-chave: AINEs; Farmacêutico; Uso contínuo; Matriciamento; NASF AB.

ABSTRACT

The aim of this study was to carry out a retrospective study with a population of non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), namely ibuprofen and diclofenac, users assisted by Family Health Strategies (FHS) in the municipality of Criciúma - SC. Continuous use of NSAIDs was assumed as a time interval equal to or greater than three months of NSAID use within a period of twelve months. We evaluated demographics variables of our assisted patients as well as diseases and other reasons that led to high prescription and continuous use of NSAIDs. Given that gastrointestinal side effects are associated with NSAIDs, we also evaluated the use of the anti-ulcer medications omeprazole and ranitidine. The FHS health professionals also received a questionnaire, which was composed by questions related to the subject of this research, even though more focused in obtaining professionals point of view on NSAIDs prescription and use as well as other workplace routine events experienced by them. Based on the results obtained with this survey, it was possible to carry out matrix support to the population, and technical and pedagogical matrix support to health professionals, highlighting the pharmacist's work at the Family Health and Primary Health Care Expanded Support Center (NASF AB), aiming to emphasize the key role of health professionals in health education. It was found that women use the health service more often. The most consumed NSAID was Ibuprofen and the Anti-ulcer medication Omeprazole. Side effects associated with NSAIDs were more common than with anti-ulcer medications. The population interviewed claims they are interested in receiving guidance on care in medication use. The FHS health professionals reported needing the pharmacist to give them support on matters concerning the use of medicines, and nearly half of these professionals reported never having participated in matrix support about this theme.

Keywords: NSAIDs; Pharmacist; Continuous use; Matrix support; NASF AB.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Classificação dos AINEs Inibidores da COX-1 e COX-2	27
Figura 2 - Correlação de Pearson entre o consumo de AINES e de omeprazol/ranitidina por paciente ao longo de um ano.....	51

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Dados demográficos da população	43
Tabela 2 - Dispensação de AINEs e Anti-úlceras em 1 ano	44
Tabela 3 - Correlação entre consumo de AINEs e variáveis demográficas	46
Tabela 4 - Correlação entre consumo de AINEs e unidades de saúde... ..	48
Tabela 5 - Uso de AINEs e omeprazol/ranitidina e efeitos adversos associados.....	50
Tabela 6 - Armazenamento de AINEs em casa	51
Tabela 7 - Outros componentes do perfil do usuário (armazenamento)	52
Tabela 8 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação na dispensação)	52
Tabela 9 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação em saúde)... ..	53
Tabela 10 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação em saúde). ..	53
Tabela 11 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação em saúde). ..	53
Tabela 12 - Dados demográficos dos profissionais de saúde.	54
Tabela 13 - Percepção dos profissionais sobre os motivos de uso de AINEs	54
Tabela 14 - Critérios de fornecimento de medicamentos	55
Tabela 15 - Dificuldades enfrentadas pelos profissionais para reduzir o fornecimento de medicamentos.....	55
Tabela 16 - Percepção dos profissionais na prevenção do uso abusivo de AINEs.....	56
Tabela 17 - Percepção dos profissionais sobre o desabastecimento das farmácias	56
Tabela 18 - Percepção dos profissionais sobre os motivos de uso de AINEs pelos pacientes	57
Tabela 19 - Participação dos profissionais em atividade de matriciamento	57
Tabela 20 - Percepção dos profissionais sobre a importância da educação em saúde para profissionais de saúde.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
a.C.	Antes de Cristo
AF	Assistência Farmacêutica
AINEs	Anti-inflamatórios Não Esteroidais
CIATox/SC	Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina
COX – 1	Ciclo-oxigenase 1
COX – 2	Ciclo-oxigenase 2
d.C.	Depois de Cristo
DCE	Depuração de Creatinina Endógena
eAB	Equipes de Atenção Básica
eSF	Equipes de Saúde da Família
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDA	Food and Drug Administration
IBPs	Inibidores da Bomba de Prótons
IRA	Insuficiência Renal Aguda
MIPs	Medicamentos Isentos de Prescrição
NASFAB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PGs	Prostaglandinas
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
RR	Risco Relativo
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SINITOX	Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	25
1.1 O PROCESSO INFLAMATÓRIO	25
1.2 CICLO-OXIGENASES (COX) E AINES.....	26
1.3 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS	29
1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE.....	31
1.4.1 Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998: Política Nacional de Medicamentos	31
1.4.2 Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004: Política Nacional de Assistência Farmacêutica	32
1.5 OS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF AB).....	33
2. HIPÓTESES	35
3. OBJETIVO	37
3.1 OBJETIVO GERAL	37
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	37
4. METODOLOGIA	39
4.1 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA	39
4.2 TIPO DE ESTUDO	39
4.3 LOCAL DA PESQUISA	39
4.4 PÚBLICO-ALVO, SELEÇÃO DOS PACIENTES E COLETA DOS DADOS	39
4.5 INSTRUMENTO DE OBTENÇÃO DOS DADOS.....	40
4.6 EVENTOS DE SENSIBILIZAÇÃO DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE	40
4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	41
5. RESULTADOS	43
6. DISCUSSÃO	59
6.1 PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA	61
6.2 DISCUSSÃO DO QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	63
6.3 SOBRE A SENSIBILIZAÇÃO (APOIO ASSISTENCIAL) COM A POPULAÇÃO	66

6.4 SOBRE A SENSIBILIZAÇÃO (APOIO TÉCNICO-PEDAGÓGICO) COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	67
6.5 PROPOSTA DE ESTRATÉGIA DO FARMACÊUTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DO APOIO MATRICIAL TÉCNICO-PEDAGÓGICO EM RELAÇÃO AO USO DE AINES, BASEADO NAS DIRETRIZES DO NASF AB (MS, 2010; MS, 2018)	67
6.5.1 Momentos pontuais, em atividades externas as Unidades de Saúde.....	67
6.5.2 Nas Unidades de Saúde.....	68
6.5.3 Nas reuniões de equipe das Unidades de Saúde	68
6.6 ESTRATÉGIA DO FARMACÊUTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DO APOIO MATRICIAL ASSISTENCIAL EM RELAÇÃO AO USO DE AINES, BASEADO NAS DIRETRIZES DO NASF AB (MS, 2010; MS, 2018)	69
6.6.1 Atividades externas as Unidades de Saúde	69
6.6.2 Nas Unidades de Saúde.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS	71
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE.....	83
APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PACIENTES.	84
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	86
APÊNDICE C – FOLHETO DISTRIBUÍDO À POPULAÇÃO.	88

1. INTRODUÇÃO

1.1 O PROCESSO INFLAMATÓRIO

Conforme Kumar et al. (2010), Brunton (2012) e Rang et al. (2012), a inflamação é necessária à vida, mantendo as funções fisiológicas e reconstituindo os tecidos lesionados. A reação inflamatória é o resultado de uma lesão ao organismo, onde o corpo apresenta uma resposta para enfrentar essas reações. O processo inflamatório protege dos agressores causadores da inflamação e das consequências causadas por estes, como a necrose tecidual.

Os sinais clínicos da inflamação já foram descritos na antiguidade, em papiros egípcios com data em torno de 3.000 antes de Cristo (a.C.). Cornelius Celsus, escritor egípcio do primeiro século depois de Cristo (d.C.), primeiro listou os quatro sinais da inflamação: rubor (vermelhidão), tumor (inchaço), calor (aquecimento) e dolor (dor). Um quinto sinal clínico, a perda de função, foi inserido por Rudolf Virchow no século XIX. Dois séculos depois de Celsus, Galeno mostra em seu modelo a inflamação como sendo parte da resposta benéfica à lesão, ao invés de ser uma patologia sobreposta, e em 1793, o cirurgião escocês John Hunter observou o que agora é considerado algo óbvio: a inflamação não é uma doença, mas sim uma resposta que tem um efeito benéfico para recuperação do organismo. As reações de inflamação podem ser iniciadas por uma variedade de estímulos, como infecções (bactérias, vírus, fungos) trauma físico ou químico. Doenças autoimunes também desencadeiam processos inflamatórios significativos (A SCOTT et al., 2004; KUMAR et al., 2010; WALLACH; KANG; KOVALENKO, 2013).

Kumar et al. (2010) e Hall e Guyton (2011) expõem que depois do tecido ter sofrido uma lesão iniciam-se fenômenos vasculares com aumento da irrigação sanguínea, com rubor no local, na sequência acontece a produção local de mediadores inflamatórios, que promovem um aumento da permeabilidade capilar e também quimiotaxia, etapa na qual neutrófilos e macrófagos são atraídos para o foco da lesão. Estes neutrófilos e macrófagos realizam a fagocitose dos elementos que estão na origem da inflamação e produzem mais mediadores químicos, dentre os quais estão as citocinas, quimiocinas, bradicinina, prostaglandinas e leucotrienos, retroalimentando o processo inflamatório. O aumento do calibre de capilares que irrigam o local da lesão acaba por produzir mais hiperemia e aumento da temperatura local. O edema ocorre à partir do aumento da permeabilidade vascular aos componentes do sangue, o que leva ao extravasamento do líquido intravascular para o espaço intersticial

extracelular. A dor é causada quando algumas das substâncias liberadas durante a inflamação, estimulam as terminações nervosas.

1.2 CICLO-OXIGENASES (COX) E AINES

As prostaglandinas (PGs) envolvidas na inflamação são sintetizadas em resposta a estímulos. Essa necessidade de estímulos iniciais garante que a inflamação normalmente seja disparada somente quando e onde ela é necessária. Uma vez ativados e liberados da célula, a maioria desses mediadores tem meia-vida curta, ou seja, suas concentrações decaem rapidamente nos tecidos, pois o ácido araquidônico da membrana é rapidamente convertido pelas ações de enzimas para produzir as prostaglandinas e leucotrienos. Existe então um sistema de controle e balanço, que regula as ações dos mediadores (KUMAR et al., 2010; HALL; GUYTON, 2011).

As prostaglandinas são produzidas pela ação de duas ciclo-oxigenases, a enzima constitutivamente expressa com funções fisiológicas, nomeada ciclo-oxigenase 1 (COX-1), e a enzima descrita como induzida após estímulos inflamatórios, conhecida como ciclo-oxigenase 2 (COX-2). A COX-1 faz parte da constituição do trato gastrointestinal, sendo associada à produção de muco protetor e à inibição da secreção gástrica. Nas plaquetas, a COX-1 está associada à síntese do tromboxano A₂, substância que favorece a agregação e adesão plaquetária. Portanto, a inibição da COX-1 está associada ao risco de sangramento cutâneo e gastrointestinal. A COX-2 também está presente em diversos órgãos e tecidos normais, como cérebro, ossos, rins e endotélio vascular, mas não nas plaquetas (HALL; GUYTON, 2011; BRUNTON, 2012).

Conforme Batlouni (2010) e Pattanaprteep et al. (2017), os fármacos inibidores da ciclo-oxigenase abrangem os chamados anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), também chamados de clássicos ou tradicionais. Dentre estes podemos citar como exemplos o ácido acetilsalicílico, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno entre outros. Os AINEs inibidores não seletivos da COX, na apresentação oral, têm um efeito moderado no alívio da dor, sendo que o uso de AINEs orais tem sido associada com uma maior eficácia, acompanhados por um elevado grau de preferência do paciente. Na Portaria nº1083 de 02 de outubro de 2012, Ministério da Saúde (2012) estabelece o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica, sendo que o tratamento das dores crônicas deve respeitar a proposta da OMS de escalonamento (Degraus da Escada Analgésica), que inclui o uso de analgésicos, seguido da

associação de analgésicos e anti-inflamatórios, fármacos adjuvantes e opióides (BATLOUNI, 2010; PELLETIER et al., 2016).

No que é exposto por Kumar et al. (2010), Hall e Guyton (2011) e Rang et al. (2012) os AINEs inibidores da ciclo-oxigenase inibem tanto a COX-1 quanto a COX-2, inibindo assim a síntese de prostaglandinas. A COX-1 é constitutiva e também produzida em resposta a estímulos inflamatórios. Essa diferença levou à noção de que a COX-1 é responsável pela produção de prostaglandinas que estão envolvidas em ambas as funções, inflamatória e hemostática (balanço de fluido e eletrólitos nos rins, citoproteção no trato gastrointestinal), enquanto a COX-2 gera as prostaglandinas que estão envolvidas somente nas reações inflamatórias.

O efeito anti-inflamatório dos AINEs acontece quando ocorre inibição de síntese de prostaglandinas por meio da inativação das ciclo-oxigenases COX-1 e COX-2, o que ocasiona a inibição da conversão do ácido araquidônico em prostaglandinas, as quais estão envolvidas nos processos de dor e inflamação. Porém este mecanismo também contribui para o perfil de reações indesejáveis. Reações adversas como problemas gástricos e intestinais, podem provocar desde desconforto abdominal até úlceras, chegando ao sangramento e perfuração da mucosa gástrica. Isso ocorre especialmente com os inibidores não seletivos da COX, ao passo que os coxibes (inibidores seletivos de COX-2) (Figura 1) apresentam um perfil de efeitos gástricos mais seguro (FLOWER, 2003; THE CNT COLLABORATIVE GROUP, 2013; PATTANAPRATEEP et al., 2017).

Figura 1 - Classificação dos AINEs Inibidores da COX-1 e COX-2

<p>Inibidores não seletivos da COX Diclofenaco, ibuprofeno, aspirina, piroxicam</p> <p>Inibidores preferencialmente da COX-2 Meloxicam, nimesulida</p> <p>Inibidores altamente seletivos da COX-2 Celecoxibe, paracoxibe, etoricoxibe, lumiracoxibe</p>

Fonte: Adaptado de (Monteiro et al., 2008)

Flower (2003), The Cnt Collaborative Group (2013), Pelletier et al. (2016) e Blumenthal et al. (2017) expõem que os AINEs são uma classe de drogas com grandes diferenças em termos de eventos adversos, risco para causarem problemas gastrointestinais e complicações cardiovasculares. O usuário deve receber uma avaliação criteriosa do custo-benefício, onde medidas de proteção gástrica podem ser indicadas (p.ex.: uso de anti-secretores gástricos).

Os AINEs não seletivos estão mais associados com morbidades (comprometimento gastrointestinal é mais comum), mas menor

mortalidade, quando comparado aos inibidores seletivos de COX-2. O tratamento por via oral com AINEs, está relacionado com um aumento de 3 à 5 vezes no risco de complicações do trato gastrointestinal superior, incluindo úlcera péptica e sangramento. Estes achados dão uma forte razão para a utilização, sempre que possível, de baixas dosagens do medicamento por um período de tempo mais curto. Optar pelo tratamento com AINEs na prática clínica deve levar em conta as características individuais do paciente e seu histórico clínico, no qual à idade avançada e o histórico de úlcera gastrointestinal devem ser considerados (LATIMER et al., 2009; SUNG; KUIPERS; EL-SERAG, 2009; BATLOUNI, 2010; PELLETIER et al., 2016).

Conforme Latimer et al. (2009), Pelletier et al. (2016) e Pattanaprateep et al. (2017), a prevenção de úlceras no estômago e intestino em usuários crônicos de AINEs pode ser obtida com inibidores da bomba de prótons (IBPs), como o omeprazol, pantoprazol e lansoprazol), e antagonistas de receptores de histamina tipo H₂, como ranitidina e cimetidina. A maior parte dos eventos adversos gastrointestinais associados a estes medicamentos são assintomáticos, até que uma complicação ocorra. O uso concomitante de antagonistas do receptor H₂ e IBPs são recomendados somente para o tratamento da doença do refluxo gastroesofágico.

Somado aos efeitos gastrointestinais, Gambaro e Perazella (2003), Hörl (2010) e Lucas et al. (2018) discutem que os AINEs que inibem tanto a COX-1 quanto a COX-2 podem causar problemas renais e cardiovasculares. Por exemplo, a COX-2 é regulada em resposta ao volume intravascular com funções na excreção de sódio e água, ao passo que a COX-1 atua no controle da hemodinâmica renal e da taxa de filtração glomerular. Portanto, o bloqueio dessas enzimas pode causar efeitos sobre a função renal. Estudo de caso-controle aninhado em uma coorte avaliou a associação entre AINEs e insuficiência renal aguda (IRA). Em pacientes que fazem uso contínuo de AINEs (40% em uso de diclofenaco e 29% de ibuprofeno), o risco relativo (RR) para IRA foi de 3,23 (IC95%) em comparação a pessoas que não fazem uso destes medicamentos na população geral, ocorrendo declínio do risco para IRA, com a suspensão do tratamento. O risco aumentado ocorreu em terapia curta e prolongada, mas foi discretamente maior com uso de altas doses de AINEs. Diclofenaco apresentou maior risco RR= 3,1 (IC95%) do que ibuprofeno RR = 2,6 (IC95%) (HUERTA et al., 2005). Assim, o uso de AINEs orais deve ser evitado em pacientes que apresentem complicações renais, como doença renal crônica com filtração glomerular apresentando taxa de filtração inferior a 30 mL/min (PELLETIER et al., 2016).

1.3 USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Segundo Bertoldi et al. (2004), em uma mostra de 3.182 indivíduos com 20 anos de idade ou mais, residentes na região urbana do município de Pelotas - RS, os grupos de medicamentos mais utilizados foram os analgésicos e anti-inflamatórios perfazendo 26,6% da amostra, seguido pelos medicamentos que atuam no sistema cardiovascular (24,6%). Em pesquisa sobre automedicação no Brasil, Arrais et al. (2016) relatam que os grupos terapêuticos mais comuns foram os analgésicos (33,4%), seguidos dos relaxantes musculares e anti-inflamatórios ou antirreumáticos (58,9%). Entre os 12 fármacos mais utilizados na prática da automedicação estão o diclofenaco 3,5% e o ibuprofeno 2,3%.

O Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina (CIATox/SC) fez, no ano de 2015, 11.832 atendimentos, dos quais 11.229 casos humanos (94,9%), 96 casos animais (0,8%) e 507 casos de informação (4,3%). Os agentes responsáveis pelo maior número de atendimentos foram os animais peçonhentos/venenosos (27,6%) e os medicamentos (27,0%). De 1986 a 2006, O Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) registrou, no Brasil, 1.220.987 casos de intoxicação, com um total de 7.597 (0,6%) óbitos. A partir de 1994, os medicamentos tomaram a primeira posição no conjunto de agentes tóxicos estudados, respondendo por 24,5% dos casos de intoxicação registrados (MOTA et al., 2012; SANTA CATARINA, 2016).

Uma substância torna-se tóxica quando a mesma tem a capacidade de causar agravo a um sistema biológico, alterando uma função ou levando-o à morte. Os medicamentos estão entre as vinte substâncias mais frequentes de exposição humana, onde AINEs como o Ibuprofeno conta com 123 casos e diclofenaco 105 casos em 2015 em Santa Catarina. Nos dados de 2015, os medicamentos estiveram envolvidos em 3.296 casos (28,4%), com 6.276 substâncias envolvidas. A circunstância mais frequente envolvendo os medicamentos foram as tentativas de suicídio (62,3%), seguida pela exposição acidental (20,0%). Dentre os medicamentos de venda livre, destacam-se os analgésicos e anti-inflamatórios (15,7%) como ibuprofeno, paracetamol e a dipirona (SANTA CATARINA, 2016).

Para Luz et al. (2006), apesar da relevância do tema, não existem muitas pesquisas no Brasil direcionados para a identificação de prevalência de uso de AINEs na população e do seu papel como fator de risco para reações adversas. Desta forma, tendo em vista o impacto desses fármacos sobre a saúde, é importante estudá-los na população brasileira.

Vários AINEs no Brasil estão disponíveis à população sem necessidade de prescrição, constituindo o grupo chamado de Medicamentos Isentos de Prescrição (MIPs). A disponibilidade desta classe de medicamentos no mercado, e a facilidade de acesso vem com o passar dos anos levando a um aumento significativo no seu uso. A carência nas informações prestadas a respeito dos efeitos prejudiciais ao organismo, bem como os tratamentos que são prescritos, também são motivos para o elevado consumo dos AINEs (MS, 2012; BRASIL, 2016).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso correto de um medicamento ocorre quando o paciente tem a real necessidade de uso deste, recebendo o medicamento adequado para sua condição clínica, nas doses e posologia apropriada ao tratamento, a um custo acessível para ele e para a sociedade. A dispensação deve ocorrer em condições adequadas, com a necessária orientação, e que se cumpra o regime terapêutico prescrito. O uso abusivo e inadequado de medicamentos gera danos à população, bem como causa desperdício de recursos públicos (BRASIL, 2001; AQUINO, 2008).

O uso irracional de medicamentos seja por parte dos prescritores, bem como dos consumidores, é um problema que necessita de formas de intervenção que envolvam profissionais de saúde e também os próprios pacientes, para que estes se tornem corresponsáveis em seus tratamentos. Medicamentos são prescritos e vendidos de maneira errada, bem como os pacientes os utilizam de maneira incorreta. Falta de implementação de políticas básicas para promover o uso racional de medicamentos, bem como prescritores obtendo informações sobre tratamentos à partir das companhias farmacêuticas, são questões que merecem atenção (GROL; GRIMSHAW, 2003; AQUINO, 2008; MS, 2012; BRASIL, 2018).

Quando ocorre a escolha adequada no uso dos medicamentos geram-se benefícios para o indivíduo, para as instituições, bem como melhorias em nível nacional para todo sistema de saúde. Nas instituições responsáveis por compras, ocorrem melhorias no atendimento, maior resolubilidade do sistema e redução de gastos. Em nível nacional, haverá consequências positivas sobre mortalidade, morbidade e qualidade de vida (GROL; GRIMSHAW, 2003; MS, 2012). O Brasil vem investindo na publicação e aprimoramento de listas de medicamentos essenciais, como instrumento para garantia do acesso à assistência farmacêutica e para promoção do uso racional de medicamentos. Vários atos normativos reafirmam a importância dessa estratégia no Sistema Único de Saúde (SUS). A Política Nacional de Medicamentos (PNM), instituída pela Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998, assegura que o Ministério da Saúde estabelecerá mecanismos que permitam a contínua atualização da

Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) (MS, 2017). A Portaria nº 1.897, de 26 de julho de 2017 estabelece a RENAME no âmbito do SUS por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da RENAME de 2014. A RENAME é organizada atendendo aos princípios do SUS, que são a universalidade, equidade e a integralidade. A lista deve ser construída, à partir de uma avaliação que considere as informações de eficácia, efetividade, segurança, custo, disponibilidade, obtidas à partir das melhores evidências científicas disponíveis (MS, 2012; BRASIL, 2017).

1.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Políticas públicas na área da saúde são necessárias para estabelecimento de diretrizes, uniformizando o processo de trabalho. Uma política serve para nortear atividades, as quais são realizadas para concretizar o que se propõem na política. A Política Nacional de Medicamentos (PNM) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF) são Políticas Farmacêuticas que fazem parte do campo da saúde. Os medicamentos são peça central do sistema de saúde, contribuindo para a prevenção de doenças e na promoção de saúde (BRASIL, 1998; BRASIL, 2004; MS, 2006; VASCONCELOS et al., 2017).

Uma política na área de farmácia preza sobretudo que a população tenha acesso a medicamentos essenciais com qualidade e segurança e que se faça o uso racional destes, sendo assim a PNM e a PNAF têm como um de seus objetivos centrais seguir estes critérios para que se garanta acesso aos medicamentos. No SUS é imprescindível a existência das Políticas Farmacêuticas, pois as mesmas se interligam com políticas de outros setores, de modo a ampliar os serviços oferecidos à população (MS, 2006; MENDES et al., 2014).

1.4.1 Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998: Política Nacional de Medicamentos

A Política Nacional de Medicamentos foi aprovada em outubro de 1998, com a meta de nortear ações sobre medicamentos no país. Fatores como uso irracional dos medicamentos e problemas na garantia do acesso motivaram a formulação da PNM. A diretriz que fala à respeito da promoção do uso racional de medicamentos contempla um grande campo de ações as quais visam envolver paciente, profissionais de saúde, gestores e as instituições que tenham ligação com sistemas de saúde (BRASIL, 1998; MS, 2006; VASCONCELOS et al., 2017). A PNM tem

como finalidade garantir segurança e eficácia dos medicamentos, promovendo seu uso racional e o acesso aos que são considerados essenciais. O estabelecimento da relação de medicamentos essenciais a serem disponibilizados à população e à organização da assistência farmacêutica fazem parte das diretrizes dessa política (BRASIL, 1998; MS, 2006).

A Lei n.º 8.080/90, em seu artigo número seis, dita que no SUS deve ser elaborada uma política de medicamentos que tenha foco voltado à saúde. A PNM unifica interesses e necessidades que servem para consolidar o SUS de maneira a favorecer o desenvolvimento do país (BRASIL, 1990; BRASIL, 1998; MS, 2006; PORTELA et al., 2010).

1.4.2 Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004: Política Nacional de Assistência Farmacêutica

A Resolução nº 338 de 6 de maio de 2004 aprovou A Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF). Vários são os eixos estratégicos que norteiam essa política como a garantia de acesso e equidade às ações de saúde incluindo necessariamente acesso à Assistência Farmacêutica. A PNAF engloba ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde de forma individual e coletiva, onde o medicamento é o insumo primordial e que o mesmo seja utilizado corretamente (BRASIL, 2004; MS, 2006). Promoção do uso racional de medicamentos e capacitação de recursos humanos são parte integrante dos direcionamentos tomados pela Assistência Farmacêutica. Fornecer medicamentos de qualidade pode ser entendido como o resultado de atividades relacionadas à seleção, aquisição, distribuição que são componentes gerenciais do ciclo da assistência farmacêutica, porém a realização de uma assistência farmacêutica integral precisa que estejam disponíveis os aspectos assistenciais onde se tenha vínculo direto com a população (BRASIL, 2004; MS, 2006; MENDES et al., 2014). Qualificar o serviço de Assistência Farmacêutica, promover maior envolvimento dos gestores estaduais e municipais, capacitação de recursos humanos envolvidos com o serviço farmacêutico, uso da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais e a promoção do uso racional de medicamentos são itens qualificadores da prescrição, dispensação e consumo de medicamentos, devendo ser instrumentos rotineiros para garantir a efetivação da PNAF (BRASIL, 2004; MS, 2006).

1.5 OS NÚCLEOS AMPLIADOS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO BÁSICA (NASF AB)

O serviço da Atenção Básica (AB) desenvolve ações de saúde focando nas coletividades e no campo individual, tendo assim a manutenção integral da saúde e que possa se modificar a autonomia das pessoas e dos determinantes da saúde. Visando melhorar e expandir as ações da Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. No ano de 2017 os núcleos passam a denominar-se Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), atuando com equipes de Saúde da Família (eSF) e equipes de Atenção Básica (eAB) (BRASIL, 2008; MS, 2010; MS, 2014; BRASIL, 2017; MS, 2018).

O NASF AB deve estar ativamente envolvido no dia a dia da Atenção Básica, trabalhando de forma a integrar-se com todos os profissionais, realizando um trabalho interdisciplinar, estabelecendo o cuidado e a prestação de serviços à população. As diferentes classes profissionais devem socializar conhecimentos, construindo saberes conjuntos de modo que um profissional possa beneficiar o outro profissional e, por consequência, favoreçam a população usuária do sistema de saúde (BRASIL, 2017).

O matriciamento ou apoio matricial é uma forma de gestão do cuidado em saúde, viabilizando-se novas formas de se fazer saúde entre os profissionais e a população. O matriciamento traz consigo uma visão de apoio, de retaguarda especializada das diferentes classes profissionais que compõem o NASF AB, formando assim um suporte para ações técnico-pedagógicas e assistenciais. Fazer matriciamento é participar ativamente de todas as propostas e ações sugeridas, construídas e aplicadas, é ser membro ativo deste processo (MS, 2010; BRASIL, 2011; MS, 2014; JÚNIOR; MOREIRA, 2018).

A ciência e a tecnologia vêm inovando para o desenvolvimento de medicamentos, promovendo uma melhor qualidade de vida para as pessoas com doenças crônicas e trazendo assim maiores expectativas de vida. Os medicamentos são um dos recursos terapêuticos mais utilizados na sociedade atual, no entanto boa parte da população não tem acesso regular a eles ou quando têm, estes medicamentos ainda não são prescritos ou dispensados adequadamente (MS, 2018). Utilizar medicamentos de maneira incorreta e abusiva pode levar à ocorrência de óbitos por intoxicação. A OMS cita que a morbidade e a mortalidade, causadas por produtos farmacêuticos estão entre os principais problemas de saúde,

situação que começa a ser reconhecida pelos profissionais de saúde e pela sociedade (MOTA et al., 2012; MS, 2018).

O farmacêutico, quando integra as equipes de saúde, contribui com a promoção e segurança no uso dos medicamentos. Ocorre melhoria da segurança do paciente, com redução de reações adversas e erros de medicação. O profissional farmacêutico tende a ser um protagonista e qualificador de práticas junto aos profissionais do NASF AB e das equipes de referência de AB. Além dos profissionais do NASF AB e da AB compartilharem conhecimentos advindos do farmacêutico, estes também têm como objetivo envolver a população com o uso de uma adequada farmacoterapia, contribuindo assim para o uso racional de medicamentos (CHISHOLM-BURNS et al., 2010; MS, 2018).

A Assistência Farmacêutica (AF) é importante nos programas e serviços de saúde, contribuindo de maneira eficaz e hábil para transformar os investimentos em medicamentos em saúde e qualidade de vida da população. A AF como uma das áreas de atuação no NASF AB visa assegurar o acesso aos medicamentos com segurança, eficácia e resolubilidade da atenção. Sendo assim, essa é uma forma do farmacêutico participar integrado às equipes de Saúde da Família, e contribuir para a resolutividade das ações em saúde, conforme as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), da PNM e PNAF (BRASIL, 2008; MS, 2010; MS, 2014; MS, 2018).

Sabe-se que o uso contínuo de AINEs por períodos prolongados, não seguindo protocolos clínicos para a duração desses tratamentos, está claramente associado à ocorrência de reações adversas a estes medicamentos bem como desenvolvimento de outras patologias partir do uso indiscriminado, onerando desta forma o sistema público de saúde com grandes volumes de compra e com as custas de tratamentos de patologias decorrentes do mau uso de AINEs. Dentro deste contexto mostra-se necessário uma avaliação do uso de AINEs no município, a realização de propostas corretivas em caso de uso abusivo, assim como do trabalho do farmacêutico do NASF AB no Apoio Matricial com a população usuária destes medicamentos e com os profissionais de saúde da família que fornecem estes medicamentos a população.

2. HIPÓTESES

A primeira hipótese deste trabalho é que existe uso abusivo de AINEs, o qual se deve tanto ao elevado número de prescrições, assim como ao uso inadequado e excessivo por parte dos pacientes. Uma segunda hipótese que o uso excessivo de AINEs estaria relacionado com a incidência de efeitos adversos como os no trato gastrointestinal, que acarretariam o uso de fármacos anti-úlceras como os inibidores da bomba de prótons (omeprazol) e/ou antagonistas de receptor de histamina (ranitidina). A terceira hipótese é que existe uma carência de atividades de matriciamento com profissionais de saúde e população que, associada aos problemas anteriormente citados, colabora no desabastecimento dos estoques de medicamentos e geram impactos financeiros ao município.

3. OBJETIVO

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar o perfil de uso e dos usuários de AINEs (Ibuprofeno e Diclofenaco) em Unidades de Saúde no município de Criciúma – SC.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o perfil demográfico e de uso de AINEs (Ibuprofeno e Diclofenaco) pelos pacientes que utilizam os serviços das Estratégias de Saúde da Família no município de Criciúma – SC.
- Avaliar se o uso prolongado se justifica, correlacionando com os efeitos adversos clássicos decorrentes do uso de AINEs.
- Estudar as associações de uso/prescrição de AINEs e inibidores da secreção ácida.
- Realizar capacitação (sensibilização) de profissionais de saúde, gestores da Secretaria Municipal de Saúde, e da população atendida nas unidades de saúde de Criciúma.

4. METODOLOGIA

4.1 APROVAÇÃO PELO COMITÊ DE ÉTICA

A pesquisa seguiu o disposto na Resolução CNS nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde, e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, sob o número CAAE 79005517.8.0000.0121, aprovado no parecer 2.567.714. Para preservar o sigilo decorrente da aplicação dos questionários com os funcionários das unidades de saúde e com os usuários de medicamentos, de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras da Resolução nº466/12, cada questionário foi codificado por um número, de modo que os dados pessoais foram omitidos durante as análises.

4.2 TIPO DE ESTUDO

Pesquisa Quantitativa e Qualitativa – Estudo Observacional de Coorte Retrospectivo

4.3 LOCAL DA PESQUISA

Criciúma é dividida em cinco Distritos de Saúde: Distrito Sanitário Centro, Rio Maina, Santa Luzia, Boa Vista e Próspera, os quais são compostos por bairros, sendo que as ações desenvolvidas nesta pesquisa ocorreram em unidades de saúde (Estratégias de Saúde da Família) localizadas nos bairros pertencentes a estes distritos. Os distritos participantes foram o Distrito Sanitário Centro (ESF's: Quarta-linha/HG; Primeira Linha; Maria Céu; Operária Nova; Santa Bárbara; Milanese) e Distrito Sanitário Rio Maina (ESF's: Metropol; Laranjinha; Wosocris; Vila Zuleima) perfazendo assim um total de 10 unidades de saúde envolvidas as quais recebem os serviços farmacêuticos do NASF AB.

4.4 PÚBLICO-ALVO, SELEÇÃO DOS PACIENTES E COLETA DOS DADOS

Este trabalho avaliou pacientes usuários das ESF's e Profissionais de Saúde das Estratégias de Saúde da Família das unidades acima descritas. Os usuários das ESF's incluíram pacientes para os quais são fornecidos os medicamentos Diclofenaco (50 mg/comprimido), Ibuprofeno (600 mg/comprimido), Omeprazol (20 mg/cápsula) e

Ranitidina (150 mg/comprimido). Os funcionários das Estratégias de Saúde da Família incluem médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de dentista, agentes comunitárias de saúde.

Em cada Unidade de Saúde, a pesquisadora deste projeto participou das reuniões de equipe técnica para, na oportunidade, explicar a proposta do trabalho. Cada profissional que aceitou participar da pesquisa assinou o TCLE e respondeu ao questionário.

Inicialmente os pacientes foram pré-selecionados à partir dos dados de histórico de dispensação/retirada de AINEs (Ibuprofeno e Diclofenaco) e inibidores da secreção ácida (Omeprazol e Ranitidina) nas Unidades de Saúde, no período de 12 meses (01/01/2016 a 31/12/2016) anteriores ao início das coletas, com auxílio do sistema Fly Saúde. Pacientes com histórico de retirada mensal de AINEs (Diclofenaco e/ou Ibuprofeno) igual ou superior a três meses foram selecionados. Os usuários selecionados foram visitados, ou entrevistados na unidade de saúde, mediante assinatura prévia do TCLE. Pacientes selecionados mas que não residiam mais no bairro ou vieram a óbito foram excluídos.

O número mínimo de pacientes recrutados no estudo foi calculado de acordo com Callegari (2004). A fórmula $n = \frac{(Z_{\alpha} \cdot \sqrt{P_0 \cdot Q_0} + W^{\beta} \cdot \sqrt{P_A \cdot Q_A})^2}{(P_A - P_0)^2}$, sendo $Z_{\alpha} = 1,96$; $P_0 =$ Proporção populacional (FDA); $Q_0 = 1 - P_0$; $P_A =$ Proporção estimada na nossa população; $Q_A = 1 - P_A$; $W^{\beta} = 1,28$, totalizando $n=144$ pacientes. Para os profissionais de saúde, a participação se deu por livre escolha, totalizando 87 voluntários. As entrevistas ocorreram no período de 01/05/2018 a 31/10/2018.

4.5 INSTRUMENTO DE OBTENÇÃO DOS DADOS

Os dados foram obtidos por meio da aplicação de questionário semiestruturado, com perguntas abertas e fechadas. Foram aplicados dois questionários diferentes, sendo um para os pacientes (Apêndice A) e outro para os funcionários das ESF's (Apêndice B).

4.6 EVENTOS DE SENSIBILIZAÇÃO DOS PACIENTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Ao final da coleta e análise dos dados de perfil de uso de AINEs, realizou-se orientações para a população sobre o uso de AINEs. Estes momentos aconteceram nas unidades de saúde participantes dessa pesquisa, entre os dias 03/12/2018 à 11/01/2019 com coleta de assinaturas dos participantes. Cada encontro teve duração de aproximadamente 30

minutos. Foram distribuídos folhetos (Apêndice C) com orientações sobre os medicamentos Diclofenaco e Ibuprofeno, contendo informações relacionadas aos efeitos adversos, automedicação, e importância da orientação farmacêutica para estes casos. Na sensibilização da equipe técnica foi apresentado uma perspectiva desta pesquisa, onde cada profissional vislumbrou possibilidades de utilização dos dados deste estudo em futuras ações de educação em saúde em seus locais de trabalho.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram organizados e classificados, passando pelas seguintes etapas: Seleção, Codificação e Tabulação. Na seleção foram identificadas as informações falsas, confusas ou distorcidas obtidas durante as coletas. Em seguida, na etapa de codificação, os dados foram classificados, agrupados e atribuiu-se números para cada entrevistado com diferentes sequências de numeração para usuários ou profissionais de saúde. Na tabulação, os dados coletados foram dispostos em tabelas. Foram avaliados o consumo/dispensação de AINEs por paciente em determinado período de tempo e a incidência de efeitos adversos. Foram aplicados testes de Chi-quadrado, bicaudal com correção de Yates, para comparação entre proporções, e teste de Person para análise de correlação entre as variáveis. O valor $p < 0.05$ foi escolhido para ponto de corte de significância estatística.

5. RESULTADOS

A partir dos dados coletados, verificou-se que a idade média entre os 144 pacientes entrevistados foi de 60,9 anos, onde o entrevistado com menor idade foi de 33 anos e o com maior idade foi de 91 anos. A faixa etária mais representativa em números foi aquela acima dos 40 anos, abrangendo 137 (95,1%) dos entrevistados, ficando a faixa etária dos 18 à 40 anos com 7 (4,8%) de participantes (Tabela 1).

Foi analisado uma maior proporção de mulheres, perfazendo um total de 111 (77,0%) participantes. O grupo masculino foi representado por 33 (22,9%) do total. Ainda, categorizou-se a escolaridade dos participantes em sete grupos, onde o grupo pertencente ao fundamental incompleto e completo foram os que mais se destacaram com um número de 46 (31,9%) e 48 (33,3%), respectivamente. O grupo relativo ao ensino superior incompleto e superior completo não teve nenhum representante (Tabela 1).

Tabela 1 - Dados demográficos da população

Variáveis	Proporção de pacientes	% Pacientes
Idade (anos)		
Média (Mín-Máx)	60,9 (33-91)	100
18 à 40 anos	7/144	4,8
> 40 anos	137/144	95,1
Gênero		
Homens	33/144	22,9
Mulheres	111/144	77,0
Escolaridade		
Analfabeto	8/144	5,5
Fundamental Incompleto	46/144	31,9
Fundamental Completo	48/144	33,3
Ensino Médio Incompleto	20/144	13,8
Ensino Médio Completo	22/144	15,2
Ensino Superior Incompleto	0/144	0
Ensino Superior Completo	0/144	0

A tabela 2 ilustra o número de pacientes aos quais foram dispensados medicamentos anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs), Diclofenaco e Ibuprofeno, e os medicamentos Anti-úlceras (Inibidores da bomba de prótons = Omeprazol) e (Antagonista do receptor H₂ = Ranitidina).

O número de entrevistados em uso apenas de AINEs perfaz um total de 22 (15,2%). Porém, quando avaliado o uso conjuntamente de AINEs e anti-úlceras, essa proporção aumenta significativamente para 87 (60,4%) pacientes, sendo que a maior parte faz uso concomitante de Ibuprofeno e Omeprazol com um número 35 (24,3%) pacientes. Uma parcela dos entrevistados, na data da entrevista, encontrava-se em uso apenas de medicamentos anti-úlceras 35 (24,3%), especialmente de omeprazol. Ocorreu a utilização apenas de Omeprazol em 28 (19,4%), apenas Ranitidina em 1 (0,69%), e uso de Omeprazol e Ranitidina concomitantemente em apenas 6 (4,1%) pacientes. A associação dos dois tipos de AINEs e dos dois tipos de anti-úlceras, por um mesmo paciente, assim como dois AINEs e um anti-úlceras, também ocorreu, conforme dados da (Tabela 2).

Tabela 2 - Dispensação de AINEs e Anti-úlceras em 1 ano

Medicamentos Prescritos		
Medicamentos	Proporção de pacientes	% de pacientes
Apenas Diclofenaco	7/144	4,8
Apenas Ibuprofeno	9/144	6,2
Diclofenaco + Ibuprofeno	6/144	4,1
Diclofenaco + Ibuprofeno + Omeprazol	23/144	15,9 ^a
Diclofenaco + Ibuprofeno + Ranitidina	0/144	0
Diclofenaco + Ibuprofeno + Omeprazol + Ranitidina	12/144	8,3
Diclofenaco + Omeprazol	11/144	7,6
Diclofenaco + Ranitidina	0/144	0
Ibuprofeno + Omeprazol	35/144	24,3 ^b
Ibuprofeno + Ranitidina	3/144	2
Omeprazol + Ranitidina + Diclofenaco	1/144	0,69
Omeprazol + Ranitidina + Ibuprofeno	2/144	1,3
Apenas Omeprazol	28/144	19,4 ^c
Apenas Ranitidina	1/144	0,69
Omeprazol + Ranitidina	6/144	4,1
Dados condensados por classe farmacológica		
Apenas AINEs	22/144	15,2
AINEs + Anti-úlceras	87/144	60,4 ^d
Apenas Anti-úlceras	35/144	24,3

^a p<0.05 comparado com “apenas ibuprofeno”, “apenas diclofenaco” e “diclofenaco+ibuprofeno”; teste Chi-quadrado

^b p<0.05 comparado com “apenas ibuprofeno”, “apenas diclofenaco”, “diclofenaco+ibuprofeno” e “diclofenaco+omeprazol”; teste Chi-quadrado

^c p<0.05 comparado com “apenas ranitidina”; teste Chi-quadrado

^d p<0.05 comparado com “apenas AINEs”; teste Chi-quadrado

Em uma segunda abordagem, os pacientes foram agrupados em subgrupos de baixo (90 comprimidos), médio (135 comprimidos) e alta (220 comprimidos) dispensação de AINEs, de acordo com os valores de percentil de consumo/retirada de AINEs nas Unidades de Saúde no período avaliado (Tabela 3). Essa divisão dos valores de percentis foi definida com base no número total de comprimidos retirados por cada paciente entrevistado no intervalo de tempo usado para seleção dos pacientes (vide acima). Nesta avaliação de consumo de AINEs e variáveis demográficas, verificou-se que a grande maioria dos pacientes possui mais de 40 anos (média ~ 60 anos), sendo formada majoritariamente por mulheres (entre 75 a 100% dos pacientes nas faixa de 18-40 anos e >40 anos) e estes dados foram similares nos três grupos de consumo. Sobre a relação entre o nível de escolaridade e o alto/baixo consumo de AINEs, não foi observada um maior ou menor uso de AINEs associado ao nível de escolaridade (Tabela 3). Entretanto vale enfatizar que este dado pode ser afetado pelo baixo número de pacientes com formação maior do que o ensino fundamental completo na população avaliada.

Tabela 3 - Correlação entre consumo de AINEs e variáveis demográficas

Faixa Etária	Baixo AINEs (<25 th percentil)		Médio AINEs (25-75 th percentil)		Alto AINEs (>75 th percentil)	
	Idade média anos (mín-máx)		Idade média anos (mín-máx)		Idade média anos (mín-máx)	
18-40 (anos)	33 (33-33)	2 Pacientes	35.7 (33-40)	4 Pacientes	34 (34-34)	1 Paciente
>40 (anos)	60,3 (44-91)	33 Pacientes	61,7 (42-80)	67 Pacientes	65.1 (47-87)	37 Pacientes
Total de Pacientes	35/144 (24,3)		71/144 (49,3)		38/144 (26,3)	
Gênero/Faixa Etária						
18 a 40 (anos)	Masc.	0/2 (0)		0/4 (0)		1/1 (100)
	Fem.	2/2 (100)		4/4 (100)		0/0 (0)
>40 (anos)	Masc.	8/33 (24,2)		17/67 (25,3)		7/37 (18,9)
	Fem.	25/33 (75,7) ^a		50/67 (74,2) ^a		30/37 (81) ^a
Escolaridade						
Analfabeto		1/35 (2,8)		4/71 (5,6)		3/38 (7,8)
Fundamental Incompleto		11/35 (31,4)		22/71 (30,9)		13/38 (34,2)
Fundamental Completo		14/35 (40)		24/71 (33,8)		10/38 (26,3)
Médio Incompleto		7/35 (20)		8/71 (11,2)		5/38 (13,1)
Médio Completo		2/35 (5,7)		13/71 (18,3)		7/38 (18,4)
Superior Incompleto		0/35 (0)		0/71 (0)		0/38 (0)
Superior Completo		0/35 (0)		0/71 (0)		0/38 (0)

^a p<0.05 comparado com “Masculino (Masc.)”, considerando a mesma faixa de consumo de AINEs; teste Chi-quadrado

Dentre as dez unidades de saúde que tiveram seus pacientes entrevistados, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Metropol, quanto ao consumo de AINEs, teve a maior porcentagem de pacientes (75%) com baixo consumo/retirada, quando comparado as outras unidades, embora o número de entrevistados tenha sido baixo, e não atingiu significância no teste Chi-quadrado. Já o grupo de alto consumo de AINEs ($>75^{\text{th}}$ percentil) mostrou que os pacientes da ESF localizada no bairro Laranjinha apresentaram a proporção mais alta de indivíduos com alto consumo de AINEs (81,1%).

Tabela 4 - Correlação entre consumo de AINEs e unidades de saúde.

Unidade de Saúde	Baixo AINEs (<25 th percentil)		Médio AINEs (25-75 th percentil)		Alto AINEs (>75 th percentil)	
	n	%	n	%	n	%
Milanesa (n=18)	8/18	44,4	9/18	50	1/18	5,5
Quarta Linha/HG (n=14)	4/14	28,5	9/14	64,2	1/14	7,1
Metropol (n=4)	3/4	75 ^a	1/4	25	0/4	0,0
Primeira Linha (n=7)	1/7	14,2	5/7	71,4	1/7	14,2
Operária Nova (n=8)	0/8	0,0	6/8	75	2/8	25
Maria Céu (n=11)	3/11	27,2	5/11	45,4	3/11	27,2
Wosocris (n=4)	1/4	25	2/4	50	1/4	25
Santa Bárbara (n=13)	1/13	7,6	8/13	61,5	4/13	30,7
Vila Zuleima (n=54)	14/54	25,9	24/54	44,4	16/54	29,6
Laranjinha (n=11)	0/11	0,0	2/11	18,1	9/11	81,1 ^a

^a p<0.05 comparado com as proporções de todas as outras unidades de saúde, considerando a mesma faixa de consumo de AINEs; teste Chi-quadrado

A tabela 5 demonstra que o uso de omeprazol ou ranitidina, foi alto nos três grupos de consumo de AINEs, com valores de 27 (77,1%) usuários no baixo consumo, 59 (83%) no médio consumo e 32 (84,2%) no alto consumo de AINEs. Entretanto, não foi observada uma correlação linear (Pearson R^2 : 0.110) entre o número de comprimidos de AINEs e o número de omeprazol/ranitidina dispensados nas unidades de saúde avaliadas (Figura 2).

Sobre os efeitos adversos aos AINEs - azia, úlcera ou gastrite - a proporção manteve-se praticamente igual entre os três níveis de consumo, baixo 10 (28,5%), médio 15 (21,1%) e alto 8 (21%). Já sobre outros efeitos adversos (renal, dor cabeça, urticária), assim como efeitos inespecíficos, não foi observada nenhuma diferença estatística na proporção dos pacientes sobre os efeitos adversos de AINEs (Tabela 5).

Diferente da percepção de efeitos adversos associada aos AINEs, os relatos de efeitos adversos atribuídos ao uso de omeprazol e ranitidina mostraram-se bastante baixos nas três faixas de consumo de AINEs, com valores respectivamente de 1 (2,8%), 3 (4,2%) e 2 (5,2%). A respeito das finalidades de uso do omeprazol e ranitidina, o relato de uso para tratar úlcera foi pequeno 1(2,8%), 4 (5,6%) e 3 (7,8%) para as respectivas faixas de consumo. Sintomas de gastrite, azia e dor de estômago mostraram-se com porcentagens maiores 19 (54,2%), 26 (36,6%) e 19 (50%), bem como quando relatado no uso para tratamento gastrite e úlcera combinados; 20 (57,1%), 30 (42,2%) e 22 (57,9%). Além das finalidades de uso já citadas, os pacientes também citaram outras finalidades de uso (por exemplo náusea e “proteger” o estômago da agressão de outros medicamentos), perfazendo 10 (28,5%) para baixo consumo de AINEs, 17 (23,9%) no médio consumo e 15 (39,4%) no alto consumo.

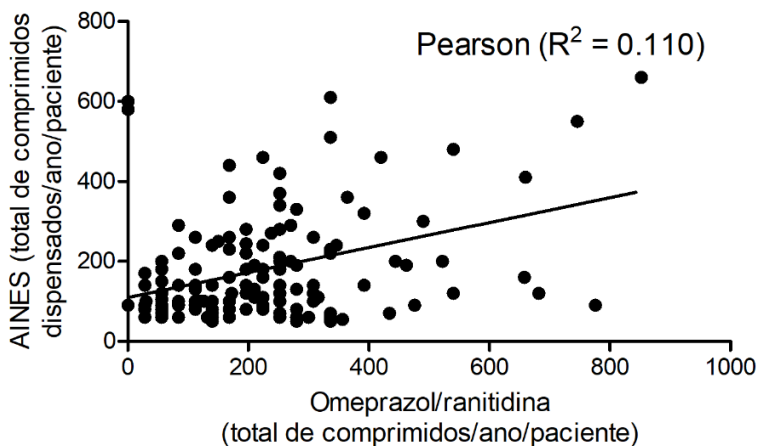
Tabela 5 - Uso de AINEs e omeprazol/ranitidina e efeitos adversos associados

	Baixo AINEs (<25th percentil)		Médio AINEs (25th-75th percentil)		Alto AINEs (>75th percentil)	
	n	%	n	%	n	%
Uso de Omeprazol ou ranitidina	27/35	77,1	59/71	83	32/38	84,2
EA associados aos AINEs						
EA no TGI (Azia, úlcera ou gastrite)	10/35	28,5 ^a	15/71	21,1 ^a	8/38	21 ^a
Outros EA (renal, dor de cabeça urticária)	11/35	31,4	25/71	35,2	10/38	26,3
EA inespecíficos	14/35	40,0	31/71	43,6	20/38	52,6
Uso de omeprazol e/ou ranitidina						
Uso para úlcera	1/35	2,8	4/71	5,6	3/38	7,8
Uso para gastrite, azia, dor de estômago	19/35	54,2	26/71	36,6	19/38	50
Uso para gastrite e úlcera combinados	20/35	57,14	30/71	42,2	22/38	57,9
Uso para qualquer outra finalidade	10/35	28,5	17/71	23,9	15/38	39,4
EA associados ao omeprazol e ranitidina						
Atribui EA ao uso de omeprazol/ranitidina.	1/35	2,8	3/71	4,2	2/38	5,2

Legenda: EA: efeitos adversos

^ap<0.05 comparado com a proporção de EA associados ao omeprazol/ranitidina, considerando a mesma faixa de consumo de AINEs; teste Chi-quadrado.

Figura 2 - Correlação de Pearson entre o consumo de AINES e de omeprazol/ranitidina por paciente ao longo de um ano.



Questionados sobre armazenamento de medicamentos em domicílio, aproximadamente 50 à 70 % dos pacientes relataram armazenar AINEs (1 à 5 ou >5 blisters) em casa nos diferentes grupos de dispensação/consumo (Tabela 6). A maioria dos pacientes, especialmente nos grupos de baixo e médio consumo, relata guardar entre 1 à 5 blisters em casa. Contudo, quando comparadas as porcentagens de armazenamento nas três faixas de consumo de AINEs, e nas três opções de quantidade de blisters armazenados, não observou-se diferença significativa entre as porcentagens de pacientes que armazenam ou não AINEs (Tabela 6).

Tabela 6 - Armazenamento de AINEs em casa

n de blisters	Baixo AINEs (<25 th percentil)		Médio AINEs (25-75 th percentil)		Alto AINEs (>75 th percentil)	
	n	%	n	%	n	%
0	11/35	31,4	21/71	29,5	18/38	47,3
1 à 5	21/35	60,0 ^a	39/71	55,9 ^a	15/38	39,4
>5	4/35	11,4	12/71	16,9	5/38	13,1 ^a

^a p<0.05 comparado com as proporções dentro da mesma faixa de consumo de AINEs; teste Chi-quadrado

Sob o ponto de vista dos motivos que levam as pessoas a armazenar medicamentos em casa, 108 (75%) entrevistados relatam que fazem este armazenamento como garantia de ter o medicamento disponível quando

julgar necessário, o que indica automedicação. Fornecer/indicar para outras pessoas 8 (5,5%), e o fato dos medicamentos entrarem em falta na farmácia da unidade de saúde, 6 (4,1%), apareceram como respostas em porcentagem menor. A questão de “não poder comprar” teve representação de 15,2% (22) dos entrevistados (Tabela 7).

Tabela 7 - Outros componentes do perfil do usuário (armazenamento)

Porque guarda medicamento?	n	%
Garantia em ter em casa quando “me sinto mal”	108/144	75 ^a
Ter disponível quando alguém precisa – amigos, parentes, vizinhos	8/144	5,5
Porque não posso comprar	22/144	15,2
Porque pode faltar na farmácia da unidade de saúde, aí tenho estocado	6/144	4,1

^a p<0.05 comparado com as proporções das outras respostas; teste Chi-quadrado

Na identificação dos profissionais da unidade de saúde que acabam tendo acesso à farmácia e entregando os medicamentos aos pacientes, o profissional mais citado foi o técnico de enfermagem por 74 (51,3%), seguido do enfermeiro por 21 (14,5%) pacientes. E citados em baixa proporção temos o farmacêutico do NASF AB e o agente comunitário. Contudo, um número considerável de entrevistados 41 (28,4%) citou que apenas recebeu o medicamento, sem nenhuma orientação de uso (Tabela 8).

Tabela 8 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação na dispensação)

Quem o orientou na dispensação?	n	%
Enfermeiro	21/44	14,5
Técnico de enfermagem	74/144	51,3 ^a
Farmacêutico do NASF AB	4/144	2,7
Agente de saúde	4/144	2,7
Ninguém orientou, somente entregou	41/144	28,4 ^b

^a p<0.05 comparado com as proporções das outras respostas; teste Chi-quadrado

^b p<0.05 comparado com as proporções das outras respostas exceto a opção “Técnico de enfermagem”; teste Chi-quadrado.

A seleção de respostas sobre participação em atividades de educação em saúde mostra um saldo significativo de 105 (73%) pacientes que dizem nunca ter participado deste tipo de ação. Entre os que participaram de atividades educativas, 59% a realizaram na unidade de saúde do seu bairro (Tabela 9).

Tabela 9 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação em saúde)

Já participou de orientação em Saúde?		
	n	%
Não	105/144	73 ^a
Sim	39/144	27
Se sim, onde:		
Unidade de Saúde	23/39	58,9 ^b
Clube de Mães	3/39	7,7
Grupo de Idosos	1/39	2,6
Igreja	3/39	7,7
Outros	9/39	23,1

^a p<0.05 comparado com a proporção da resposta “sim”; teste Chi-quadrado

^b p<0.05 comparado com as proporções das outras respostas; teste Chi-quadrado.

A tabela 10 avalia o interesse dos pacientes em participar de ações educativas sobre uso de medicamentos, na qual 100 (69,4%) entrevistados relataram interesse e 44 (30,6%) não mostraram interesse em participar.

Tabela 10 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação em saúde)

Tem interesse em participar de atividade educativas sobre uso de medicamentos?		
	n	%
Sim, gostaria de receber informações sobre estes medicamentos	100/144	69,4 ^a
Não tenho interesse em receber orientações sobre este assunto	44/144	30,6

^a p<0.05 comparado com a proporção da resposta “Não (...)”; teste Chi-quadrado

Na tabela 11, verifica-se que 86 (59,8%) pacientes dizem acreditar que o medicamento faz mal à saúde, contra 58 (40,2%) que sinalizaram que o medicamento não traz malefícios.

Tabela 11 - Perfil da Assistência Farmacêutica (orientação em saúde)

Acha que medicamentos trazem malefícios à saúde?		
	n	%
Sim	86/144	59,8 ^a
Não	58/144	40,2

^a p<0.05 comparado com a proporção da resposta “Não (...)”; teste Chi-quadrado

Conforme a tabela 12, referente aos dados demográficos dos profissionais de saúde, a idade média observada é de 39,5 anos, com o profissional de menor idade tendo 20 anos e o de maior idade, 65. Sobre o gênero, a maioria são mulheres 78, (89,6%) e apenas 9 (10,3%) dos entrevistados são homens. A profissão que mais respondeu a entrevista foi

a de agente comunitário de saúde 47 (87%) seguida do técnico de enfermagem 20 (22,9%) aos passo que médicos, dentistas e auxiliares de saúde bucal apareceram em menor número (Tabela 12).

Tabela 12 - Dados demográficos dos profissionais de saúde.

Variáveis	Proporção de profissionais	% Profissionais
Idade (anos)	Média (Mín-Máx)	
>18 (Anos)	39,5 (20-65)	100
Gênero		
Homens	9/87	10,3
Mulheres	78/87	89,6 ^a
Profissões		
Agente Comunitário de Saúde	47/87	54,0 ^b
Auxiliar de Saúde Bucal	4/87	4,5
Técnico de Enfermagem	20/87	22,9 ^b
Enfermeiro	10/87	11,4
Dentista	4/87	4,5
Médico	2/87	2,2

^a p<0.05 comparado com a proporção de “homens”; teste Chi-quadrado

^b p<0.05 comparado com as proporções das outras respostas; teste Chi-quadrado.

Na opinião dos profissionais de saúde, os pacientes seguem as três possibilidades de motivos de uso de AINEs e medicamentos anti-úlceras, sem nenhuma prevalência de resposta. Trinta e quatro (39%) profissionais citam que os pacientes fazem uso abusivo de AINEs e medicamentos anti-úlceras, 27 (31%) acreditam que os pacientes seguem as prescrições, e 26 (28,8%) dizem que os pacientes usam este tipo de medicamento como paliativo associado a outros tratamentos (Tabela 13).

Tabela 13 - Percepção dos profissionais sobre os motivos de uso de AINEs

Questão 1	Porque os pacientes utilizam estes medicamentos?	
	n	%
Porque seguem as prescrições	27/87	31,0
Porque fazem “uso abusivo”	34/87	39,0
Porque é só um “paliativo” para outros tratamentos	26/87	28,8

A tabela 14 apresenta uma questão relacionada ao critério de fornecimento de AINEs e medicamentos anti-úlceras, e 87 (100%) dos profissionais entrevistados disseram que a entrega de medicamentos só ocorre mediante a apresentação de uma prescrição, indicando que o uso de prolongado de AINEs e medicamentos anti-úlceras segue a prescrição.

Tabela 14 - Critérios de fornecimento medicamentos

Questão 2	Critérios seguidos para fornecimento	
	n	%
O paciente retira sem prescrição	0/87	0
O paciente insiste muito em receber estes medicamentos, e a equipe não consegue negar	0/87	0
Fornecido se o paciente tiver prescrição	87/87	100

Na tabela 15, um ponto importante observado entre os profissionais no que tange ao vislumbrar uma redução no fornecimento destes medicamentos, foi bastante citada a necessidade da presença do profissional farmacêutico nas estratégias de saúde da família para assistência visando à redução do uso de AINEs, com 66 (75,8%) dos entrevistados assinalando essa opção de resposta. Somente 6 (6,8%) dos profissionais de saúde dizem não encontrar problemas em tentar reduzir o consumo (Tabela 15).

Tabela 15 - Dificuldades enfrentadas pelos profissionais para reduzir o fornecimento de medicamentos

Questão 3	Dificuldades para reduzir fornecimento destes medicamentos?	
	n	%
Não sentem-se à vontade para tentar barrar o uso abusivo	5/87	5,7
Precisam de capacitação sobre o tema, para então poder intervir no mesmo	10/87	11,4
Necessidade de profissional farmacêutico, na unidade de saúde, para dar suporte aos assuntos pertinentes ao uso de medicamentos	66/87	75,8 ^a
Não tem dificuldades em limitar o acesso aos medicamentos	6/87	6,8

^a $p < 0.05$ comparado com as proporções das outras respostas; teste Chi-quadrado.

Sobre quais tipos de ações de orientação educativa são prestadas com finalidade de prevenir retirada excessiva, a grande maioria dos profissionais 59 (67,8%) citou que são prestadas orientações apenas no momento da dispensação dos medicamentos. A realização de grupos de educação em saúde e visitas domiciliares de orientação ficaram com os respectivos valores de resposta: 10 (11,4%) e 13 (14,9%) profissionais de saúde, respectivamente. Ainda, 5 (5,7%) profissionais de saúde afirmam não ser feito nada para prevenir a dispensação excessiva destes medicamentos (Tabela 16).

Tabela 16 - Percepção dos profissionais na prevenção do uso abusivo de AINEs

Questão 4	Existem orientações para prevenir a retirada abusiva?	
	n	%
São realizados grupos de educação em saúde sobre este assunto	10/87	11,4
É feita visita domiciliar para orientação de uso	13/87	14,9
Os profissionais da unidade de saúde prestam orientações de uso no momento da dispensação	59/87	67,8 ^a
Não é feito nada	5/87	5,7

^a p<0.05 comparado com as proporções das outras respostas; teste Chi-quadrado.

Em relação à falta de medicamentos nas farmácias das ESF's, 21 (24,1%) dos entrevistados disseram que não ocorre falta, porém temos 27 (31%) alegando falta mensal. As faltas anuais, trimestrais e semestrais, foram citadas por 18 (20,6%), 13 (14,9%) e 4 (4,5%), respectivamente. Apenas 3 (3,4%) dos entrevistados disse não saber opinar sobre o assunto (Tabela 17).

Tabela 17 - Percepção dos profissionais sobre o desabastecimento das farmácias

Questão 5	Ocorre desabastecimento da farmácia?	
	n	%
Sim, Anual	18/87	20,6
Sim, Mensal	27/87	31
Sim, Bimestral	1/87	1,1
Sim, Trimestral	13/87	14,9
Sim, Semestral	4/87	4,5
Sim, Não sabe opinar	3/87	3,4
Não Falta	21/87	24,1

A respeito da percepção dos profissionais de saúde sobre os motivos de apego ao uso de AINEs pelos pacientes, 32 (37,9%) profissionais responderam que os pacientes acabam repetindo tratamentos, pois não os fazem corretamente na primeira vez que fizeram o uso. A ausência de hábitos de vida saudáveis, sentir muitas dores, e o apego “sentimental” a esses medicamentos foram assinalados por 27 (29,8%), 15 (17,2%) e 13 (14,9%) profissionais, respectivamente (Tabela 18).

Tabela 18 - Percepção dos profissionais sobre os motivos de uso de AINEs pelos pacientes

Questão 6	As pessoas se apegam nestes medicamentos, por quê?	
	n	%
Porque sentem muitas dores	15/87	17,2
Por “apego sentimental”	13/87	14,9
Porque não tem bons hábitos de atividade física e alimentares	27/87	29,8 ^a
Acabam tendo que repetir tratamentos, pois não os fazem corretamente na primeira vez em que recebem uma prescrição	32/87	37,9 ^a

a $p < 0.05$ comparado com as proporções da respostas 1 e 2; teste Chi-quadrado

Quando questionados se já participaram de atividades de orientação com outros profissionais, 44 (50,5%) profissionais de saúde responderam que não, e 43 (49,4%) disseram já ter participado. Entre os que já participaram, 17 (39,5%) relataram que o responsável pela ação foi a Secretaria Municipal de Saúde, e 26 (60,5%) responderam que quem promoveu o matriciamento foi o NASF AB, ao passo que a Secretaria Estadual e os Conselhos de Classe não foram relatados por nenhum dos profissionais entrevistados (Tabela 19).

Tabela 19 - Participação dos profissionais em atividade de matriciamento

Questão 7	Já participou de atividades de matriciamento sobre este tema?	
	n	%
Sim	43/87	49,4
Não	44/87	50,5
Se sim, onde:		
Secretaria Municipal de Saúde	17/43	39,5 ^a
Secretaria Estadual de Saúde	0/43	0
NASF AB	26/43	60,5 ^a
Respectivo Conselho de Classe Profissional	0/43	0
Outra instituição	0/43	0

^a $p < 0.05$ comparado com as proporções da respostas 2, 4 e 5; teste Chi-quadrado

Sobre participar de ações de matriciamento (educação em saúde), 42 (48,2%) entrevistados disseram que tal tipo de atividade forneceria a eles mais subsídios para orientar sobre riscos de uso contínuo, seguido de 27 (31%) profissionais que reportam ser necessário orientar sobre hábitos de vida saudáveis aos pacientes usuários de AINEs e medicamentos anti-úlceras. Apenas 3 (3,4%) disseram que teriam mais informações para

explicar sobre a não indicação destes medicamentos para certos sintomas. Um número de 15 (17,2%) profissionais diz precisar de informações adicionais para poder orientar o uso correto logo na primeira prescrição (Tabela 20).

Tabela 20 - Percepção dos profissionais sobre a importância da educação em saúde para profissionais de saúde

Questão 8	Educação em saúde sobre este assunto, viria auxiliar como?	
	n	%
Mais subsídios para orientar o paciente sobre riscos de uso contínuo	42/87	48,2 ^a
Mais subsídios para orientar a necessidade de uso correto logo na primeira prescrição	15/87	17,2
Mais subsídios para orientar sobre a “não indicação de uso destes medicamentos, para alguns sintomas”	3/87	3,4
Mais subsídios sobre a importância de ter hábitos de atividade física e alimentação saudável, para não necessitar utilizar estes tratamentos	27/87	31,0 ^a

^a p<0.05 comparado com as proposições das outras respostas; teste Chi-quadrado

6. DISCUSSÃO

O uso de medicamentos para tratamento da dor é algo comum na realidade do sistema de saúde atual, o que se confirma na fala de Russell (2001) onde o uso de AINEs se eleva devido ao envelhecimento da população. Por isso a importância da avaliação de segurança dos AINEs, sabendo-se que estes podem causar efeitos adversos como os gastrointestinais e renais. Dentre todas as unidades de saúde participantes dessa pesquisa, cada uma tem suas peculiaridades no tocante aos seus processos de trabalho, e isso inclui suas características sobre a prescrição de AINEs e medicamentos anti-úlceras. Conforme os dados dessa pesquisa, todas as unidades tem seu fornecimento de AINEs em atividade, com prescrições frequentes. Flores e Benvegnú (2008) falam sobre a facilidade em se ter acesso a medicamentos, associada à falta de orientação para o uso de outras formas de tratamento não farmacológicas.

Essa pesquisa mostrou uma faixa etária com idade média de 60,9 anos, e 95,1% dos entrevistados com idade acima de 40 anos, mostrando assim um panorama sobre a faixa etária que busca por tratamentos medicamentosos de AINEs. Neste contexto Campolina et al. (2013) e Ely et al. (2015) falam sobre o aumento nas taxas de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) como, por exemplo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), doenças respiratórias crônicas e o câncer, as quais aumentam em incidência à partir dos 60 anos, e que podem vir a justificar o uso de AINEs. Dados no Brasil mostram que as DCNTs acontecem em maior porcentagem nos idosos, correspondendo à 66,3% das patologias, enquanto as doenças infecciosas por 23,5% e causas externas por 10,2%.

A respeito do estudo sobre associação da idade e uso de analgésicos em ambiente ambulatorial, Federman, Litke e Morrison (2006) também apresentaram que o uso de AINEs teve associação significativa com a idade (18-54 anos, 25,5%; > 75 anos, 36,1%) bem como o uso desta classe de medicamentos foi maior entre os idosos em tratamento clínico, e nos casos em que os pacientes não estejam fazendo uso de outros tipos de analgésicos. Em consonância com nossos dados, Silva et al. (2012) e Ely et al. (2015) mostram que a busca pelo uso de medicamentos na faixa etária acima de 60 anos aumentou consideravelmente, fazendo desse fato um motivador para realização de trabalhos educativos com essa população. Nessa pesquisa, observou-se maior uso de AINEs, o que também é confirmado por Ely et al. (2015) em seu estudo sobre uso de AINEs por idosos atendidos em uma estratégia de saúde da família, onde o uso de anti-inflamatórios e analgésicos era feito por 28,8% idosos. O

ibuprofeno era utilizado por 31,7%, seguido pelo diclofenaco de sódio, 8,7%.

Flores e Benvegnú (2008), Silva et al. (2012) e Ely et al. (2015) apresentam, em relação aos aspectos sociodemográficos, que o uso de anti-inflamatórios é feito principalmente pelas mulheres idosas. De acordo com nossa pesquisa as mulheres aparecem em maior porcentagem 77%, o que corrobora com o estudo de Araújo e Galato (2012) sobre uso de medicamentos em idosos, o qual reportou, em amostragem de 135 idosos com idade entre 60 e 93 anos, que 62,2% foram representados por mulheres. O fato de as mulheres estarem em maior proporção é algo marcante do envelhecimento no Brasil e no mundo, onde o predomínio do sexo feminino é maior nas idades mais avançadas, mas também pode refletir um maior cuidado com saúde entre as pacientes mulheres em relação aos homens.

A respeito da escolaridade dos pacientes avaliados, o nível fundamental incompleto e o completo ocorreram em maior proporção se comparado aos outros graus de formação escolar. Essa característica foi debatida nos trabalhos de Marin et al. (2008), Silva et al. (2012) e Ho et al. (2018), que argumentam que a baixa escolaridade influencia na compreensão sobre o uso correto dos medicamentos prescritos, podendo resultar em erros de utilização nos pacientes com menor escolaridade. Assim, os profissionais de saúde devem dar maior atenção à essa parcela da população. Quando se obteve a relação de 34,2% pacientes de escolaridade fundamental incompleto e consumo alto de AINEs, Russell (2001) fala que os primeiros três meses de tratamento com AINEs relacionam-se com um futuro consumo mais elevado destes medicamentos, vindo a caracterizar uso contínuo.

Conforme os dados obtidos nessa pesquisa, uma quantidade de pacientes fez e continua fazendo uso de medicamento anti-inflamatório e anti-úlceras concomitantemente. A partir dos questionamentos a respeito de uso e efeitos adversos, temos Ely et al. (2015) expondo que, para aliviar a dor e inflamação, os AINEs são os mais utilizados nas áreas terapêuticas do reumatismo e dores como dor de cabeça e pequenas lesões. Ely ainda cita que AINEs orais teriam que ser prescritos e administrados raramente para o tratamento de dor crônica em pacientes idosos, onde existe relação com alto risco de toxicidade gastrointestinal e insuficiência renal. Isto coincide com os resultados obtidos na pesquisa, com pacientes citando a ocorrência destas duas situações, embora não obtemos uma correlação linear entre o consumo/dispensação de AINEs e IBP/antagonistas H₂.

Nessa pesquisa, nas três faixas de consumo (baixo, médio e alto) de AINEs, os efeitos adversos foram citados, variando de 21% para

efeitos como azia, úlcera ou gastrite no alto consumo, até 52,6% para outros efeitos adversos no alto consumo de AINEs. Isso confirma-se com a literatura, no estudo sobre associação de idade e uso de medicamentos para dor, de Federman, Litke e Morrison (2006), que reporta que úlcera péptica, insuficiência renal, distúrbios hemorrágicos são contra-indicações para uso de AINEs. Conforme dados dessa pesquisa, as finalidades de uso de medicamentos anti-úlceras foram as mais variadas, e isso corrobora com Thomas, Straus e Bloom (2002), que relatam o uso de medicamentos anti-úlceras em pacientes tratados com AINEs, especialmente devido aos sintomas gastrointestinais. Ely et al. (2015) fala sobre uma revisão sistemática com 13 estudos relatando hospitalizações envolvendo medicamentos, onde 11% envolviam efeitos adversos e superdosagem referentes aos AINEs.

Segundo Russell (2001) e Ho et al. (2018), os efeitos adversos gastrointestinais pelo uso de AINEs são uma preocupação, causando problemas no trato gastrointestinal superior e inferior. O risco de eventos adversos no trato gastrointestinal superior, com ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno e aspirina é significativamente mais elevado. Na pesquisa de Thomas, Straus e Bloom (2002) os usuários de AINEs tinham duas vezes mais propensão de relatar efeitos gastrointestinais, em relação aos não usuários desta classe de medicamentos (19,6% versus 9,5%), e duas vezes mais chances de ser um provável usuário de medicamento para sintomas gastrointestinais (46,7% versus 20,8%). Segundo Russell (2001), antagonistas do receptor H_2 podem tratar de maneira eficaz úlceras que tenham relação com AINEs, embora o omeprazol foi apresentado como mais efetivo na cura de úlceras gástricas em relação ao uso de ranitidina. O omeprazol 20 mg/dia tem se mostrado útil na prevenção de úlceras gástricas e duodenais, mesmo com o uso de AINEs de longa duração, com redução de 75 a 80% em úlceras em comparação ao tratamento placebo.

6.1 PERFIL DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

O fato de guardar cartelas de medicamentos nas residências é algo que foi perceptível nas respostas dos pacientes deste estudo. No estudo de Pagno et al. (2018), de 70% a 90% dos idosos fazem uso de pelo menos um medicamento diariamente, com média de dois a cinco medicamentos prescritos por idoso. Ainda que os medicamentos melhorem a qualidade de vida, seu uso pode gerar a ocorrência de interações medicamentosas indesejadas. Todas as faixas de consumo de AINEs dessa pesquisa fazem este armazenamento caseiro. Marin et al. (2008) observou que 29,5% idosos utilizam três ou quatro medicamentos, além de 4% de idosos que

utilizam oito medicamentos ou mais; e dentre estes medicamentos incluem-se os AINEs, demonstrando assim a existência de polifarmácia.

As preocupações no que tange o uso de medicamento são várias, dentre elas de “ter sempre disponível os medicamentos”, com 75% dos entrevistados afirmando isso. Conforme Araújo e Galato (2012), fazer uso de cinco ou mais medicamentos ao mesmo tempo caracteriza a polimedicação, mas podem surgir problemas relacionados com os medicamentos (PRM). Dessa forma, aumentar a colaboração entre os profissionais da saúde pode melhorar a adesão ao tratamento, diminuindo os efeitos nocivos e promovendo o armazenamento correto dos medicamentos, o que seria uma boa maneira de trabalhar os PRM.

As orientações em saúde, e aqui cita-se as orientações que devem ser fornecidas em relação ao uso de medicamentos, necessitam ser as mais completas possíveis. Porém, nessa pesquisa, um número de 28,4% dos participantes disse que apenas lhe é entregue o medicamento sem nenhuma orientação adicional. Nas palavras de Marin et al. (2008), o serviço de saúde mais utilizado em muitos municípios é representado pelas ESF. A responsabilidade dessas equipes de saúde contempla a realização de todas as etapas para uma apropriada prescrição, dispensação e orientação de uso dos medicamentos, bem como estímulo a adoção de medidas não farmacológicas para o manejo dos problemas de saúde.

Sobre participar de momentos de educação em saúde, 72,9% dos entrevistados disseram nunca ter participado. No trabalho de Mendez et al. (2017) sobre a criação de uma cartilha educativa para indivíduos com dor crônica, temos exemplo de como educação em saúde pode vir a contribuir com o processo de saúde/doença. Nesta cartilha foram apresentados estudos que envolvem as variantes biológicas, psicológicas e sociais, as quais devem ser consideradas para que uma doença seja perfeitamente compreendida. Diversos temas são abordados como fármacos, nutrição, fisiologia da dor, ergonomia, estresse, estratégias de enfrentamento. Como principais resultados ocorrem diminuição da dor, melhoras na qualidade de vida, criação de estratégias de enfrentamento, onde todo esse contexto evidencia a importância da orientação ampliada sobre saúde.

As pessoas também podem e devem identificar os problemas de saúde mais comuns e compartilhar estes com o farmacêutico, de modo a divulgar a informação para todos os indivíduos. Araújo e Galato (2012) falam da necessidade de ações educativas para o desenvolvimento de estratégias que visem à adesão aos tratamentos propostos. Vieira (2007), Ely et al. (2015) e Mendez et al. (2017) falam em estimular ações que envolvam a população, e viabilizar outras formas de promoção da saúde

só trazem benefícios à saúde de todos. A comunidade passa a ser um aliado no trabalho de educação em saúde, como o uso racional de medicamentos.

De acordo com Gatchel et al. (2007), o processo de conscientização sobre mudanças na saúde da população aproxima as pessoas para um maior envolvimento com o cuidado nessa área. Esse aspecto respalda as respostas dos entrevistados dessa pesquisa sobre o interesse deles em participarem de ações educativas em saúde. Ainda da necessidade de educação em saúde sobre medicamentos, Mendez et al. (2017) reforça o fato de usar materiais didáticos que sejam fáceis de manusear e de ler. A existência de diferentes públicos requer uma abordagem direcionada as suas necessidades, atingindo seus interesses e preocupações. A linguagem utilizada e ilustrações devem ser de fácil entendimento ao público ao qual se destina.

Desenvolver habilidades individuais e da comunidade é uma forma de poder-se contar com o apoio da população para a realização de movimentos maiores, que tenham em vista a promoção da saúde, diz Vieira (2007). As pessoas precisam saber como proceder em relação ao uso de medicamentos, conhecer as doenças mais comuns em seu meio, bem como as perceber maneiras para preveni-las ou minimizar suas complicações. Em nosso estudo, 59,7% das pessoas entrevistadas diz que medicamentos são prejudiciais à saúde. Vieira (2007) expressa que o farmacêutico pode desempenhar suas atividades, conscientizando a população sobre aquilo que envolve seu estado de saúde, e sobre como proceder em relação ao uso correto dos medicamentos.

6.2 DISCUSSÃO DO QUESTIONÁRIO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Os motivos em se utilizar um medicamento podem ser vários, e conforme Mendez et al. (2017) uma das grandes procuras por atendimento em serviços de saúde é a dor. Cabral et al. (2014) explica que três meses tem sido sugerido como o ponto de divisão mais conveniente entre dor aguda e crônica. Dentre os profissionais de saúde entrevistados, 39% acreditam que os pacientes fazem uso abusivo dos medicamentos, e Sarti (2001), Cabral et al. (2014) e Mendez et al. (2017) esclarecem algo que pode ter relação com estes usos, como a questão da dor crônica, na qual fatores como pensamentos e crenças vão além da dor como um fenômeno neurofisiológico, havendo fatores psíquicos e sociais envolvidos. A má evolução do quadro de dor pode ter como uma das consequências a busca pelo uso intenso de medicamentos. O conceito de uso abusivo vai ao

encontro de situações cotidianas, onde as pessoas não querem parar de usar um medicamento mesmo já tendo concluído o tratamento prescrito, delineando, dessa maneira, um ciclo de procura por consultas, prescrições e consumo de medicamento que inúmeras vezes, torna-se contínuo.

Fornecer medicamentos apenas mediante prescrição foi o que responderam 100% dos profissionais de saúde entrevistados nessa pesquisa. A pesquisa de Ely et al. (2015) sobre uso de AINEs em uma ESF mostra que a maior parte das pessoas os utilizava perante prescrição médica, e estes constavam da lista de medicamentos dispensados gratuitamente na rede de saúde municipal, mediante prescrição para a retirada do medicamento. Em pacientes fazendo o uso de altas doses de AINEs, está indicado a prescrição de drogas que venham a melhorar a proteção da mucosa ou reduzir a acidez gástrica (antagonistas dos receptores H₂ ou inibidores da bomba de prótons).

Segundo Vries, Setakis e van Staa (2010) o ibuprofeno é amplamente utilizado, sendo obtido mediante prescrição nas farmácias públicas. O fato de todo medicamento ser fornecido mediante prescrição relaciona-se com o que Oliveira, Rocha e Cutolo (2012) dizem sobre o trabalho do profissional de saúde não depender apenas de saber fazer um bom diagnóstico, ou de realizar procedimentos técnicos. É preciso conhecer a logística de trabalho dos estabelecimentos de saúde, compreender o papel e a importância de cada profissional no trabalho da equipe, de forma que todos partilhem do mesmo objetivo, no caso a atenção ao indivíduo e à comunidade.

Vieira (2007) apresenta uma pesquisa que revela os problemas mais comuns relacionados aos medicamentos são: as reações adversas, a não aderência ao tratamento e a prescrição inadequada. A presença do farmacêutico nas unidades de saúde é tida como necessário, sendo essa opinião dos outros profissionais de saúde. Conforme Sweeney (2002) uma solução viável para lidar com os eventos adversos relacionados a medicamentos é aumentar a colaboração entre o farmacêutico e o médico, para que ambos possam contribuir para a melhoria da utilização de medicamentos pela população. Conforme Vieira (2007), a presença do farmacêutico no setor público e privado é positiva, embora no serviço público isso aconteça de forma muito mais lenta e não em todas as unidades básicas de saúde. As contribuições do farmacêutico para a promoção da saúde, conforme Vieira (2007), são grandes perante a sociedade, trabalhando para que o paciente não tenha sua qualidade de vida comprometida por um problema evitável decorrente de uma terapia farmacológica.

O fato de 67,8% dos profissionais entrevistados terem respondido que são prestadas orientações no momento da entrega dos medicamentos vem ao encontro da fala de Vieira (2007) sobre as farmácias das unidades de saúde frequentemente serem pequenas, com grades separando o paciente e o profissional que faz o atendimento. Os pacientes têm que receber informações sobre a indicação apropriada, dose, duração a possibilidade de ocorrência de reações adversas para que haja cumprimento do tratamento. Quando o farmacêutico orienta os pacientes na atenção primária, isso favorece à prática de educação em saúde.

Sobre o abastecimento das farmácias com medicamentos, Vieira (2007) fala que, dentro de um sistema de saúde com inúmeras necessidades, as questões relacionadas à farmácia nem sempre são foco quando da busca por recursos nos orçamentos direcionados a saúde. Pode ser que estas demandas ainda não tenham sido apresentadas à maioria dos gestores de saúde. Nessa pesquisa foi observado, pela fala dos profissionais de saúde, que o estoque dos medicamentos geralmente entra em falta, ocorrendo isso de várias formas, ou seja, mensal, trimestral, entre outras.

Porque os pacientes buscam tanto o uso dos medicamentos é um dos questionamentos nessa pesquisa. Os pacientes relataram uso para dores até o apego sentimental. Sobre as pessoas sentirem dores, Gatchel et al. (2007) e Mendez et al. (2017) falam sobre o tratamento da dor, a qual envolve múltiplas facetas sejam físicas ou psicológicas, e nesse contexto o modelo biologicista de tratar as doenças perde espaço, pois é inerente uma associação entre tratar mente e corpo. Tesser (2006) apresenta que situações cotidianas como crises de relacionamento, familiar e conjugal, dores ocasionais e crises existenciais, passam a ser fortemente medicalizadas.

Sobre envolvimento com educação em saúde, as respostas ficaram divididas, pois 50,5% dos entrevistados disseram não ter participado de atividades desse gênero, e 49,4% assinalaram já ter participado; 29,8% dos profissionais de saúde citaram o NASF AB como responsável. Oliveira, Rocha e Cutolo (2012) explicam que o modelo biologicista, não tem dado conta de suprir as necessidades básicas da população. Nesse sentido, vale referir que a necessidade de trabalhar em equipe requer o entendimento do complexo processo saúde-doença.

Orientar sobre os riscos do uso contínuo parece ser a melhor opção para se trabalhar o matriciamento com os profissionais de saúde, pois 48,2% deles optaram por essa possibilidade, e Silva et al. (2012) fala sobre identificar características associadas ao consumo de medicamentos pela população de mais idade no Brasil, o que irá auxiliar no planejamento de

ações para promoção do uso racional de medicamentos, trazendo assim uma melhor qualidade de vida para este grupo, e diminuindo gastos pelo sistema de saúde. Flores e Benvegnú (2008) e Loyola Filho et al. (2005) destacam que os tipos de medicamentos consumidos e os fatores associados ao consumo são muito semelhantes entre as populações, sugerindo que existe certa uniformidade no tipo de medicamento e nos seus determinantes. Realizar estudos para estabelecer o consumo de medicamentos nas diversas faixas etárias serve para subsidiar gestores públicos na programação de serviços e assistência farmacêutica.

De acordo com Flores e Benvegnú (2008), tornar a terapia medicamentosa eficiente é tarefa de todos os profissionais de saúde, em que o estabelecimento da educação permanente multiprofissional em relação aos medicamentos é de extrema importância. O processo de acompanhamento farmacoterapêutico é fundamental para a promoção do uso racional de medicamentos, contribuindo no processo educativo dos usuários acerca da automedicação, da interrupção e da troca do tratamento prescrito.

Segundo Tesser (2006), um dos causadores da medicalização é a procura por consulta de profissionais de saúde para todos os tipos de problemas, dores e incômodos. Desta forma o tema está presente no cotidiano das ESF. Analisando sobre esse ponto de vista, a ESF pode promover oportunidades para mudanças no perfil de uso dos medicamentos e construção da autonomia das pessoas sobre sua saúde, mas também pode constituir-se uma força promotora de várias prescrições.

6.3 SOBRE A SENSIBILIZAÇÃO (APOIO ASSISTENCIAL) COM A POPULAÇÃO

Foi confeccionado um folheto à partir dos artigos científicos utilizados nessa pesquisa, sendo que a forma de escrever as informações neste material didático se deu com frases de fácil compreensão para quem não é profissional da área da saúde. O folheto contém orientações sobre efeitos adversos dos AINEs Diclofenaco e Ibuprofeno, automedicação, e importância da orientação farmacêutica. Nas unidades de saúde participantes da pesquisa, esse folheto foi distribuído a todos os pacientes que utilizam os serviços de saúde, não sendo direcionada essa entrega aos usuários desses medicamentos (AINEs), e sim ao público em geral. Os profissionais que trabalham nas unidades de saúde auxiliaram nessa distribuição e orientação, dando destaque para as técnicas de enfermagem e agentes comunitárias de saúde auxiliando nessa atividade. Destaca-se

que essas duas classes de profissionais são as que mais tem contato com a população estudada, estando aptas a participar cada vez mais de ações educativas sobre promoção de saúde.

6.4 SOBRE A SENSIBILIZAÇÃO (APOIO TÉCNICO-PEDAGÓGICO) COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Com os profissionais de saúde (enfermeiros, farmacêuticos, coordenação de Atenção Básica) o compartilhamento de informações sobre a temática dessa pesquisa foi bastante produtiva e desafiadora. Foram levados à discussão alguns pontos como, por exemplo, os trabalhos nos questionários com pacientes e equipes das unidades de saúde. Assim, à partir dessa perspectiva muitas sugestões surgiram, como a de realizar grupos educativos com a população e também com aqueles que tem relação com o cuidado/fornecimento de medicamentos nas unidades de saúde. A parte desafiadora é que, à partir de alguns pontos dessa pesquisa, surgiram questionamentos os quais mostravam o quanto a pesquisa pode ampliar-se mais ainda, onde cada pergunta de um questionário poderia se multiplicar em outras tantas. Isso só veio a reforçar o quanto a busca pelo conhecimento é imprescindível ao profissional de todas as áreas da saúde, para que assim se tenha respaldo técnico-científico de modo a ser possível sanar os questionamentos que lhes são feitos.

6.5 PROPOSTA DE ESTRATÉGIA DO FARMACÊUTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DO APOIO MATRICIAL TÉCNICO-PEDAGÓGICO EM RELAÇÃO AO USO DE AINES, BASEADO NAS DIRETRIZES DO NASF AB (MS, 2010; MS, 2018)

6.5.1 Momentos pontuais, em atividades externas as Unidades de Saúde

Apoio Técnico-Pedagógico: Educação Permanente em Saúde.

- Programar uma agenda anual (ou semestral) com foco nos processos de aprendizado (troca de saberes) em situações do cotidiano.
- Direcionar as atividades dessa agenda as categorias profissionais separadamente, e em alguns momentos realizadas coletivamente com todas as categorias.

6.5.2 Nas Unidades de Saúde

Apoio Técnico-Pedagógico: Reuniões de equipes de Saúde da Família e equipes de Atenção Básica.

- Programar agenda mensal, indicando em quais unidades de saúde o profissional farmacêutico estará semanalmente ao longo do mês.

6.5.3 Nas reuniões de equipe das Unidades de Saúde

Apoio Técnico-Pedagógico: Estudo de casos clínicos.

- Elencar quais casos (individuais ou familiares) merecem maior atenção.
- Encaminhar os casos mais complexos para realização de projeto terapêutico.

Apoio Técnico-Pedagógico: Encaminhamentos a outros níveis de complexidade do sistema de saúde.

- Listar quais os pacientes (usuários) mais frequentes que usam estes medicamentos, e são encaminhados para atendimentos externos à unidade de saúde (ex: encaminhado para especialistas).
- Solicitar apoio aos outros profissionais do NASF AB para atender essas demandas, quando necessário.

Apoio Técnico-Pedagógico: Metas e responsabilidades dos pacientes (usuários) e dos profissionais de saúde.

- Pactuar quem se envolverá com o caso.
- Enumerar quais medidas serão tomadas.
- Estipular prazos.
- Dar retorno sobre o caso a todos os demais membros da equipe de saúde.

6.6 ESTRATÉGIA DO FARMACÊUTICO PARA O DESENVOLVIMENTO DO APOIO MATRICIAL ASSISTENCIAL EM RELAÇÃO AO USO DE AINES, BASEADO NAS DIRETRIZES DO NASF AB (MS, 2010; MS, 2018)

6.6.1 Atividades externas as Unidades de Saúde

Apoio Assistencial: Visitas domiciliares aos usuários do medicamento.

- Agendar visita na residência para que se possa visualizar todo o contexto referente ao uso do medicamento.
- Fazer essa visita acompanhado de outro profissional da unidade de saúde.

Apoio Assistencial: Atividades com outros setores.

- Localizar parceiros na comunidade, externos à unidade de saúde.

6.6.2 Nas Unidades de Saúde

Apoio Assistencial: Consultas na própria unidade de saúde.

- Identificar durante a dispensação, casos que necessitem de maior atenção.
- Realizar o atendimento em sala reservada, mantendo-se assim o sigilo.
- Chamar para participar do atendimento outro profissional da unidade de saúde, quando for necessário.

Apoio Assistencial: Grupos terapêuticos (momento único ou não).

- Estabelecer agenda de grupos, com temas voltados aos medicamentos em estudo.
- Definir se os encontros serão pontuais ou terão uma sequência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Das correlações feitas entre uso/retiradas de AINEs e medicamentos anti-úlceras, ibuprofeno e omeprazol foram os mais utilizados, seja de forma individual ou combinada. Os efeitos adversos percebidos pelos pacientes e associados ao uso de AINEs são muito mais comuns em relação aos citados para os medicamentos anti-úlceras. Os pacientes entrevistados demonstram, à partir de suas respostas, precisar de uma orientação de saúde mais completa em relação ao uso desses medicamentos. Mobilizar os profissionais de saúde envolvidos na cadeia do uso de medicamentos é algo que deve ser uma das atribuições do farmacêutico do NASF AB, que deve atuar como agente matriciador e apoiador do cuidado em saúde, seja para com a população ou com os profissionais da saúde, dado que os resultados desta pesquisa apontaram que a educação em saúde não está acontecendo na proporção ideal com a população atendida e equipes de saúde.

Tendo em vista os aspectos avaliados, qualificar o acesso ao uso do medicamento necessita do envolvimento dos profissionais de saúde, da população e dos farmacêuticos do NASF AB. No que tange o tema dos medicamentos, o farmacêutico tem papel central e deve abraçar a causa, envolvendo-se de modo a fazer a diferença nesse sistema de educação em saúde.

REFERÊNCIAS

- A SCOTT, et al. What is “inflammation”? Are we ready to move beyond Celsus? **British Journal Of Sports Medicine**, [s.l.], v. 38, n. 3, p.248-249, 1 jun. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1724817/pdf/v038p00248.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2018.
- AQUINO, Daniela Silva de. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, Recife, v. 13, p.733-736, abr. 2008. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232008000700023>. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000700023&lang=pt>. Acesso em: 15 abr. 2018.
- ARAÚJO, Patrícia Luiz de; GALATO, Dayani. Risco de fragilização e uso de medicamentos em idosos residentes em uma localidade do sul de Santa Catarina. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 15, n. 1, p.119-126, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbagg/v15n1/13.pdf>>. Acesso em: 25 set. 2018.
- ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 50, n. 2, p.1-11, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50s2/pt_0034-8910-rsp-s2-S01518-87872016050006117.pdf>. Acesso em: 05 mar. 2019.
- BANCHERO, Patricia et al. Seguridad de los inhibidores selectivos de la ciclooxigenase 2. **Revista Médica del Uruguay**, Montevidéo, v. 20, n. 2, p.136-144, ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.edu.uy/pdf/muv/20n2v20n2a08.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- BATLOUNI, Michel. Nonsteroidal Anti-inflammatory Drugs: Cardiovascular, Cerebrovascular and Renal Effects. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**. São Paulo, p. 556-563. abr. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/abc/v94n4/en_v94n4a19.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2018.
- BERTOLDI, Andréa D et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Revista de Saúde Pública**, [s.l.], v. 38, n. 2, p.228-238, abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19783.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

BISPO JÚNIOR, José Patrício; MOREIRA, Diane Costa. **NÚCLEOS DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: CONCEPÇÕES, IMPLICAÇÕES E DESAFIOS PARA O APOIO MATRICIAL. Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p.683-702, 19 mar. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v16n2/1678-1007-tes-1981-7746-sol00122.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2018.

BLUMENTHAL, Kimberly G. et al. Adverse and Hypersensitivity Reactions to Prescription Nonsteroidal Anti-Inflammatory Agents in a La. **The Journal Of Allergy And Clinical Immunology: In Practice**, [s.l.], v. 5, n. 3, p.737-743, maio 2017. Elsevier BV. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaip.2016.12.006>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5423842/pdf/nihms839410.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2018.

BRASIL. DULCE HELENA CHIAVERINI. (Org.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, 2011.

BRASIL. Instrução Normativa nº 11, de 29 de setembro de 2016. **Dispõe Sobre A Lista de Medicamentos Isentos de Prescrição**. Brasília, DISTRITO F, 30 set. 2016. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/\(1\)IN_11_2016_.pdf/e31d6cb1-0b3c-43d3-bd59-9b4a8](http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/(1)IN_11_2016_.pdf/e31d6cb1-0b3c-43d3-bd59-9b4a8)>. Acesso em: 01 jun. 2018.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília, DF.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INSUMOS ESTRATÉGICOS. **RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS: RENAME 2017: RENAME**. Brasília: Editora MS, 2017. 210 p. Disponível em: <http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_nacional_medicamentos_rename_2017.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política nacional de medicamentos**. 25. ed. Brasília: Editora MS, 2001. 40 p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf>
. Acesso em: 26 abr. 2018.

BRASIL. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OPAS/OMS

Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=354:uso-racional-de-medicamento>. Acesso em: 22 jun. 2018.

BRASIL. Portaria nº 1.897, de 26 de julho de 2017. Estabelece a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais - Rename 2017 no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da atualização do elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos. Brasília, DF. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt1897_14_08_2017.html>. Acesso em: 26 jul. 2018.

BRASIL. Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008. **Cria Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - Nasf**. Brasília, DF.

BRASIL. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. **Política Nacional de Medicamentos**. Brasília, DF.

BRASIL. Resolução nº 338, de 06 de maio de 2004. **Política Nacional de Assistência Farmacêutica**. Brasília, DF.

BRUNTON, Laurence L. **Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Amgh Editora Ltda, 2012.

CABRAL, Dayane Maia Costa et al. Chronic Pain Prevalence and Associated Factors in a Segment of the Population of São Paulo City. **The Journal Of Pain**, [s.l.], v. 15, n. 11, p.1081-1091, nov. 2014.

CALLEGARI-JACQUES, Sidia M. **Bioestatística : princípios e aplicações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 255 p.

CAMPOLINA, Alessandro Gonçalves et al. A transição de saúde e as mudanças na expectativa de vida saudável da população idosa: possíveis impactos da prevenção de doenças crônicas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p.1217-1229, jun. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n6/a18v29n6.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2018.

CHISHOLM-BURNS, Marie A. et al. US Pharmacists? Effect as Team Members on Patient Care. **Medical Care**, [s.l.], v. 48, n. 10, p.923-933,

out. 2010. Ovid Technologies (Wolters Kluwer Health).
<http://dx.doi.org/10.1097/mlr.0b013e3181e57962>. Disponível em:
 <<http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12010007167>>. Acesso em: 22 jun. 2018.

ELY, Luísa Scheer et al. Uso de anti-inflamatórios e analgésicos por uma população de idosos atendida na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Porto Alegre, v. 18, n. 3, p.475-485, set. 2015. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/rbvg/v18n3/1809-9823-rbvg-18-03-00475.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2018.

FEDERMAN, Alex D.; LITKE, Ann; MORRISON, R. Sean. Association of age with analgesic use for back and joint disorders in outpatient settings. **The American Journal Of Geriatric Pharmacotherapy**, [s.l.], v. 4, n. 4, p.306-315, dez. 2006.

FLORES, Vanessa Boeira; BENVENUTO, Luís Antônio. Perfil de utilização de medicamentos em idosos da zona urbana de Santa Rosa, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p.1439-1446, jun. 2008. Disponível em:
 <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/24.pdf>>. Acesso em: 16 set. 2018.

FLOWER, Rod J. The development of COX2 inhibitors. **Nature Reviews Drug Discovery**, [s.l.], v. 2, n. 3, p.179-191, mar. 2003.

GAMBARO, G.; PERAZZELLA, M. A. Adverse renal effects of anti-inflammatory agents: evaluation of selective and nonselective cyclooxygenase inhibitors. **Journal Of Internal Medicine**, [s.l.], v. 253, n. 6, p.643-652, jun. 2003. Disponível em:
 <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1046/j.1365-2796.2003.01146.x>>. Acesso em: 17 jul. 2018.

GATCHEL, Robert J. et al. The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. **Psychological Bulletin**, [s.l.], v. 133, n. 4, p.581-624, 2007. Disponível em:
 <<http://enniscentre.com/Presentations/Gatchel-Biopsychosocial%20Approach%20to%20Chronic%20Pain.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

GROL, Richard; GRIMSHAW, Jeremy. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. **The Lancet**, [s.l.], v. 362, n. 9391, p.1225-1230, out. 2003.

HALL, John E.; GUYTON, Arthur Clifton. **Tratado de fisiologia médica**. 12. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. 1151 p.

HO, Kok Yuen et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs in chronic pain: implications of new data for clinical practice. **Journal Of Pain Research**, [s.l.], v. 11, p.1937-1948, set. 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6160277/pdf/jpr-11-1937.pdf>>. Acesso em: 01 dez. 2018.

HUERTA, Consuelo et al. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of ARF in the general population. **American Journal Of Kidney Diseases**, [s.l.], v. 45, n. 3, p.531-539, mar. 2005.

HÖRL, Walter H. Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs and the Kidney. **Pharmaceuticals**, [s.l.], v. 3, n. 7, p.2291-2321, 21 jul. 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4036662/pdf/pharmaceutics-03-02291.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2018.

KUMAR, Vinay et al. **Robbins & Cotran PATOLOGIA: Bases Patológicas das Doenças**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010. 4456 p.

LATIMER, N. et al. Cost effectiveness of COX 2 selective inhibitors and traditional NSAIDs alone or in combination with. **Bmj**, [s.l.], v. 339, n. 141, p.1-9, 14 jul. 2009. Disponível em: <<https://www.bmj.com/content/339/bmj.b2538>>. Acesso em: 3 jul. 2018.

LINJAKUMPU, Tarja et al. Use of medications and polypharmacy are increasing among the elderly. **Journal Of Clinical Epidemiology**, [s.l.], v. 55, n. 8, p.809-817, ago. 2002.

LOYOLA FILHO, Antônio I. de et al. Estudo de base populacional sobre o consumo de medicamentos entre idosos: Projeto Bambuí. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p.545-553, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n2/21.pdf>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

LUCAS, Guilherme Nobre Cavalcanti et al. Pathophysiological aspects of nephropathy caused by non-steroidal anti-inflammatory drugs. **Brazilian Journal Of Nephrology**, [s.l.], p.1-7, 21 set. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbn/2018nahead/pt_2175-8239-jbn-2018-0107.pdf>. Acesso em: 06 jan. 2019.

LUZ, Tatiana Chama Borges et al. Fatores associados ao uso de anti-inflamatórios não esteróides em população de funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro: Estudo Pró-Saúde. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [s.l.], v. 9, n. 4, p.514-526, dez. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n4/11.pdf>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

MARIN, Maria José Sanches et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 24, n. 7, p.1545-1555, jul. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n7/09.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2018.

MENDES, Luiz Villarinho et al. Disponibilidade de medicamentos nas unidades básicas de saúde e fatores relacionados: uma abordagem transversal. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 38, p.109-123, 2014.

MENDEZ, Sandra Porciuncula et al. Elaboration of a booklet for individuals with chronic pain. **Revista Dor**, [s.l.], v. 18, n. 3, p.199-211, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rdor/v18n3/1806-0013-rdor-18-03-0199.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CADERNO DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº27: DIRETRIZES DO NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Editora MS, 2010. 152 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, Nº 39: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Editora MS, 2014. 116 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: Práticas Farmacêuticas no Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf AB)**. 1 ed. Brasília: Editora MS, 2018. 33 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **CADERNOS DE ATENÇÃO: Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília: Editora MS, 2014. 116 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº1083: Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica**. Brasília, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SÉRIE A. NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS: Assistência farmacêutica na atenção básica: instruções técnicas para sua organização**. 2 ed. Brasília: Editora MS, 2006. 100 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS**: Série A. Normas e Manuais Técnicos. 1 ed. Brasília: Editora MS, 2012. 156 p. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_selecionados.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2018.

MONTEIRO, Elaine Cristina Almeida et al. Os antiinflamatórios não esteroidais (AINES). **Temas de Reumatologia Clínica**, [s. L.], v. 9, n. 2, p.53-63, maio 2008. Disponível em: <<http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/antiinflamatorios/aines.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2018.

MOTA, Daniel Marques et al. Perfil da mortalidade por intoxicação com medicamentos no Brasil, 1996-2005: retrato de uma década. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.61-70, jan. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a09v17n1>>. Acesso em: 18 maio 2018.

NAIROBI. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The rational use of drugs: report of the conference of experts**. Geneva: Who, 1985. 338 p. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17054e/s17054e.pdf>>. Acesso em: 16 maio 2018.

OLIVEIRA, Inajara Carla; ROCHA, Renata Mancopes; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. Algumas palavras sobre o nasf: relatando uma experiência acadêmica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, [s.l.], v. 36, n. 4, p.574-580, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v36n4/19.pdf>>. Acesso em: 11 out. 2019.

PAGNO, Andressa Rodrigues et al. Drug therapy, potential interactions and iatrogenesis as factors related to frailty in the elderly. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s.l.], v. 21, n. 5, p.588-596, out. 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v21n5/pt_1809-9823-rbgg-21-05-00588.pdf>. Acesso em: 01 dez. 2018.

PATTANAPRATEEP, Oraluck et al. Evaluation of rational nonsteroidal anti-inflammatory drugs and gastro-protective agents use; associ. **Bmc Medical Informatics And Decision Making**, [s.l.], v. 17, n. 1, p.1-7, 4 jul. 2017. Springer Nature. <http://dx.doi.org/10.1186/s12911-017-0496-3>. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5496643/pdf/12911_2017_Article_496.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2018.

PELLETIER, Jean-pierre et al. Efficacy and safety of ora INSAIDs and analgesics in the management of osteoarthritis: Evidence from.

Seminars In Arthritis And Rheumatism. Montreal, p. 22-27. jan.

2016. Disponível em:

<http://www.esceo.org/sites/esceo/files/publications/Pelletier_Efficacy_and_safety.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2018.

PENTEADO, P. T. P. da S. et al. O USO DE MEDICAMENTOS POR IDOSOS. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 3, n. 1, p.35-42, 30 jun. 2002.

Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/498/411>>. Acesso em: 22 set. 2018.

PORTELA, Alyne da Silva et al. Políticas públicas de medicamentos: trajetória e desafios. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, [s. L.], p.9-14, abr. 2010.

RANG, H P et al. **Farmacologia**. 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 804 p.

RUSSELL, R I. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and gastrointestinal damage---problems and solutions. **Postgraduate Medical Journal**, [s.l.], v. 77, n. 904, p.82-88, 1 fev. 2001. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1741894/pdf/v077p00082.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2018.

SANTA CATARINA. Centro de Informação e Assistência Toxicológica de Santa Catarina. Marlene Zannin (Org.). **Relatório anual 2015**.

Florianópolis, 2016. 52 p. Disponível em:

<<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/179034/CIATox%20SC%20-%20RELATORIO%20AN>>. Acesso em: 20 jul. 2018.

SARTI, Cynthia A. A dor, o indivíduo e a cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 10, n. 1, p.3-13, jul. 2001. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v10n1/02.pdf>>. Acesso em: 22 ago. 2018.

SILVA, Anderson Lourenço da et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal.

Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, p.1033-1045,

jun. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n6/03.pdf>>. Acesso em: 07 out. 2018.

SUNG, J. J. Y.; KUIPERS, E. J.; EL-SERAG, H. B. Systematic review: the global incidence and prevalence of peptic ulcer disease. **Alimentary Pharmacology & Therapeutics**, [s.l.], v. 29, n. 9, p.938-946, maio 2009. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2036.2009.03960.x>>. Acesso em: 19 maio 2018.

SWEENEY, Marc A. Physician-pharmacist collaboration: A millennial paradigm to reduce medication errors. **Journal Of American Osteopathology Association**. [s. L.], p. 678-681. dez. 2002.

TESSER, Charles Dalcanale. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s.l.], v. 10, n. 19, p.61-76, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v10n19/a05v1019.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2018.

THE CNT COLLABORATIVE GROUP. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. **The Lancet**, [s.l.], v. 382, n. 9894, p.769-779, ago. 2013. Elsevier BV. [http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)60900-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0140-6736(13)60900-9). Disponível em: <<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2813%2960900-9>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

THOMAS, Joseph; STRAUS, Walter L.; BLOOM, Bernard S. Over-the-counter nonsteroidal anti-inflammatory drugs and risk of gastrointestinal symptoms. **The American Journal Of Gastroenterology**, [s.l.], v. 97, n. 9, p.2215-2219, set. 2002. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/ajg2002578.epdf?no_publisher_access=1&r3_referer=nature>. Acesso em: 01 out. 2018.

VASCONCELOS, Daniela Moulin Maciel de et al. Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 22, n. 8, p.2609-2614, ago. 2017.

VIEIRA, Fabiola Sulpino. Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p.213-220, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n1/20.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2018.

VRIES, Frank de; SETAKIS, Efrosini; VAN STAA, Tjeerd-pieter. Concomitant use of ibuprofen and paracetamol and the risk of major clinical safety outcomes. **British Journal Of Clinical Pharmacology**, [s.l.], v. 70, n. 3, p.429-438, 18 maio 2010. Disponível em: <<https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2125.2010.03705.x>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

WALLACH, David; KANG, Tae-bong; KOVALENKO, Andrew. Concepts of tissue injury and cell death in inflammation: a historical perspective. **Nature Reviews Immunology**, [s.l.], v. 14, n. 1, p.51-59, 13 dez. 2013. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/David_Wallach/publication/259320968_Concepts_of_tissue_injury_a>. Acesso em: 6 jul. 2018.

APÊNDICE

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS PACIENTES.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA**

**Questionário para paciente que retira seus medicamentos em
unidades de Estratégia de Saúde da Família**

Nome: _____
Escolaridade: _____ Idade _____ Gênero () M () F

*Orientações de como responder o questionário:

Questão 1) Assinalar todos que utilize.

Questão 4) Se responder “Sim”, preencha o restante da questão.

Questão 5) Assinalar uma ou mais alternativas.

Questão 6, 7, 8, 9, 10) Assinalar apenas uma alternativa.

1) Quais destes medicamentos, você utiliza de maneira contínua? E quantos comprimidos (cápsulas) ao dia?

() Diclofenaco _____ () Ibuprofeno _____

() Omeprazol _____ () Ranitidina _____

2) Para qual doença você usa cada um deles?

3) Você sente algum efeito negativo (dor, mal estar, ou outro) quando usa algum deste(s) medicamento(s)? _____

4) Você tem gastrite, azia, úlcera, dor de estomago? () Sim () Não

Qual: _____ Com que frequência? _____

Em algum momento específico do dia ou da semana ou alguma alimentação ou remédio que você usa? _____

5) Você sente algum sintoma com o uso deste(s) medicamento(s) para dor ?

() Dores estomacais () Dores renais () Dores de cabeça () Urticária

6) Você tem estes medicamentos, armazenados em casa? () Sim () Não

Quantos blisters? () 1 à 5 () 5 à 10 () Acima de 10

7) Em caso de uso não justificado, o que leva você a “pegar” o medicamento?

Garantia em ter em casa quando “me sinto mal”

Ter disponível quando alguém precisa – amigos, parentes, vizinhos

Porque não posso comprar

Porque pode faltar na farmácia da unidade de saúde, ai tenho estocado

8) Quando você retirou estes medicamentos, na unidade de saúde, quem lhe orientou o modo de usá-los?

Enfermeiro Técnico de enfermagem Farmacêutico do NASF

AB Agente de saúde Ninguém orientou, somente entregou

9) Você já participou de grupo de educação em saúde, sobre orientação de uso de medicamentos? Sim Não

Unidade de Saúde Clube de Mães Grupo de Idosos Igreja

Outros _____

10) Qual nível de interesse, em receber orientações participando de atividades educativas, sobre os perigos relacionados a estes medicamentos?

Sim gostaria de receber informações sobre estes medicamentos

Não tenho interesse em receber orientações sobre este assunto

11) Você acha que medicamentos pode trazer algum mal à saúde? _____

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA OS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS
MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA**

**Questionário para profissionais que trabalham em unidades de
Estratégia de Saúde da Família**

Nome: _____

Cargo: _____ Idade _____ Gênero () M () F

*Orientações de como responder o questionário:

Questão 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8) Assinalar apenas uma alternativa.

Diclofenaco, Ibuprofeno, Omeprazol, Ranitidina

Em relação a estes medicamentos:

1) Você acha que os pacientes utilizam estes medicamentos:

() Porque seguem as prescrições

() Porque fazem “uso abusivo”

() Porque é só um “paliativo” para outros tratamentos

2) Quais critérios que são seguidos para o fornecimento?

() O paciente retira sem prescrição

() O paciente insiste muito em receber estes medicamentos, e a equipe não consegue negar

() Fornecido se o paciente tiver prescrição

3) Os profissionais das unidades de saúde, sentem dificuldades em relação a reduzir o fornecimento destes medicamentos? () Sim () Não




() Não sentem-se à vontade para tentar barrar o uso abusivo

() Precisam de capacitação sobre o tema, para então poder intervir no mesmo

() Necessidade de profissional farmacêutico, na unidade de saúde, para dar suporte aos assuntos pertinentes ao uso de medicamentos

- 4) Existe orientação dos pacientes de modo a prevenir retirada abusiva, nas unidades de saúde? () Sim () Não
() São realizados grupos de educação em saúde sobre este assunto
() É feita visita domiciliar para orientação de uso
() Os profissionais da unidade de saúde, prestam orientações de uso, no momento da dispensação
- 5) Chega a ocorrer o desabastecimento na farmácia da unidade de saúde?
() Sim () Não Qual frequência? _____
- 6) Você acha que as pessoas se “apegam” tanto a estes medicamentos, porque?
() Porque sentem muitas dores
() Por “apego sentimental”
() Porque não tem bons hábitos de atividade física e alimentares
() Acabam tendo que repetir tratamentos, pois não os fazem corretamente na primeira vez em que recebem uma prescrição
- 7) Você já participou de atividades de matriciamento sobre este tema?
() Sim () Não
Quem realizou?
() Secretaria Municipal de Saúde
() Secretaria Estadual de Saúde
() NASF AB
() Respectivo Conselho de Classe Profissional. Qual: _____
() Outra instituição: _____
- 8) A educação permanente sobre este assunto, viria à auxiliar o seu processo de trabalho em quais aspectos?
() Mais subsídios para orientar o paciente sobre riscos de uso contínuo
() Mais subsídios para orientar a necessidade de uso correto logo na primeira prescrição
() Mais subsídios para orientar sobre a “não existência de uso destes medicamentos, para alguns sintomas”
() Mais subsídios sobre a importância de ter hábitos de atividade física e alimentação saudável, para não necessitar utilizar estes tratamentos

APÊNDICE C – FOLHETO DISTRIBUÍDO À POPULAÇÃO.

 <p style="text-align: center;">UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM FARMACOLOGIA CAMPUS UNIVERSITÁRIO – TRINDADE – BLOCO D FLORIANÓPOLIS – SC - 88040-900 E-mail: ppgfarmaco@contato.ufsc.br Fone: (48) 3721-2713 FAX: (48) 3337-5479</p> 	
MESTRADO PROFISSIONAL EM FARMACOLOGIA	
ANTI-INFLAMATÓRIOS (Ibuprofeno e Diclofenaco)	
1	<ul style="list-style-type: none"> - O uso contínuo de anti-inflamatórios (Ibuprofeno e Diclofenaco) pode em algum momento acarretar riscos ao usuário destes medicamentos? - Podem ser usados de modo contínuo, por todo tipo de paciente (pessoas com doenças crônicas, idosos, doenças gástricas)? - Após certo período de uso, ocorreu melhora da doença para qual usou o medicamento?
2	- Ibuprofeno e Diclofenaco são medicamentos muito receitados, sendo problema o seu uso prolongado, ocorrendo efeitos ruins, principalmente no estômago (BANCHERO <i>et al.</i> , 2004; MONTEIRO <i>et al.</i> , 2008).
3	- Com o uso destes medicamentos, ocorre o risco de sangramentos no estômago, em pacientes com histórico de úlcera (BANCHERO <i>et al.</i> , 2004; MONTEIRO <i>et al.</i> , 2008).
4	- Automedicação: se auto administrar um medicamento, sendo um dos grupos de medicamentos mais utilizados é o dos anti-inflamatórios (ELY <i>et al.</i> , 2015).
5	- O risco de ser hospitalizado por complicações de úlcera no estômago e/ou intestino, em pacientes que não utilizam anti-inflamatórios é de somente 0,2% ao ano. Se estiver em uso de anti-inflamatórios este risco aumenta quatro vezes. O uso de anti-inflamatórios em pessoas idosas tem ligação com alto risco de problemas no estômago e intestino, insuficiência renal, problemas cardíacos e interações com outros medicamentos (BANCHERO <i>et al.</i> , 2004; ELY <i>et al.</i> , 2015).
6	- É necessário cuidado no uso de medicamentos anti-inflamatórios, evitando-se possíveis perigos em função do uso deste tipo de tratamento.
7	- Mediante a necessidade de conscientização e orientação, faz-se jus o trabalho de orientação realizado pelo Farmacêutico do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB).
	<u>“Medicamento é coisa séria! Não brinque com sua vida!”</u>