

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Risco e Vulnerabilidade: um olhar sobre o Processo de Utilização de Medicamentos

LÍDIA EINSFELD

PORTO ALEGRE, 2015

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE FARMÁCIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Risco e Vulnerabilidade: um olhar sobre o Processo de Utilização de Medicamentos

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Assistência Farmacêutica, junto ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, da Faculdade de Farmácia, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador: Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro

Porto Alegre, 2015

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, em nível de Mestrado Acadêmico da Faculdade de Farmácia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e aprovada em 18/09/2015, pela Banca Examinadora constituída por:

Profa. Dra. Denise Bueno

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Profa. Dra. Maria Alice da Silva Lima

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires

Universidade Federal de Santa Catarina

Einsfeld, Lúcia

Risco e Vulnerabilidade: um olhar sobre o Processo de Utilização de medicamentos / Lúcia Einsfeld. – Porto Alegre: [s.n.], 2015.

80 f. : il. ; 30 cm.

Orientador: Mauro Silveira de Castro

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica

1. Vulnerabilidade. 2. Grupo de Risco. 3. Sistemas de Utilização de Medicamentos. 4. Grupo Focal. 5. Técnica Delfos. I. de Castro, Mauro Silveira. III. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica. IV. Risco e Vulnerabilidade: um olhar sobre o Processo de Utilização de medicamentos.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter recheado o meu caminho de oportunidades e de conquistas, ao propiciar experiências e vivências, entre elas esta conquista de hoje, mais um sonho que se realiza.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Mauro Silveira de Castro, que mais do que exemplo a ser seguido e companheiro nesta jornada, foi também um lutador por ter estado ao meu lado depois de idas e vindas e (re)construções durante este processo de mestrado.

Aqueles da minha família que mesmo distantes sempre estiveram presentes em apoio constante em mais este passo em minha caminhada.

Às minhas amigas “bois”, família que escolhi e que me escolheu, que me faz sorrir e seguir todos os dias, as quais não citarei nomes mas que bem sabem o rebanho a que pertencem.

Aos meus queridos colegas da Farmácia de Medicamentos Especiais, que compreenderam minhas ausências e que dão significado verdadeiro à palavra “equipe” todos os dias, comigo e com nossos pacientes.

Aos meus colegas do GPDAF e do PPGASFAR, pelo apoio, parceria de vida e de trabalho, Márcia dos Angeles, pelo ombro amigo, e ao Rodrigo Silveira Pinto, pelas palavras amigas e pela observação-participante no desenvolvimento deste trabalho.

A Nathani de Oliveira Grando, um agradecimento especial por pela ajuda em todos os (muitos) momentos de insegurança e desesperança, sem a qual este sonho jamais teria sido possível.

Ao Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, por acreditar na possibilidade de construirmos pontes entre ensino e serviço, a reconstruir a assistência farmacêutica deste país.

Ao Grupo Hospital Conceição, pela cedência do espaço físico para coleta dos dados e por disponibilizar a participação de seus profissionais na construção deste estudo.

Aos sujeitos de pesquisa, que todos os dias em sua prática profissional reescrevem a trajetória das pessoas de quem cuidam e à sua participação neste trabalho, sem as quais este não seria possível.

Enfim, a todos aqueles que de uma maneira ou de outra contribuíram para que este percurso pudesse ser concluído.

“É fundamental diminuir a distância entre o que se diz
e o que se faz, de tal maneira que num dado momento
a tua fala seja a tua prática. ”

Paulo Freire

RESUMO

Os conceitos de risco e vulnerabilidade têm sido foco de debate na área de saúde e representam ferramentas no cuidar aos usuários. Grande parte dos projetos terapêuticos em saúde inclui a prescrição e uso de medicamentos. O objetivo do estudo foi reconhecer as relações dos conceitos de risco e vulnerabilidade e suas influências no processo de utilização de medicamentos, através da percepção de profissionais de saúde.

Metodologia: estudo de natureza descritiva exploratória, de metodologia mista (quali-quantitativa), constituído de duas etapas. A primeira etapa foi realizada através de técnica de grupo focal com sete profissionais da área saúde, atuantes em diferentes campos de prática. Os conteúdos das falas dos sujeitos foram organizados em categorias temáticas e analisados segundo análise de conteúdo, a fim de haver a geração de itens para um questionário, a ser utilizado através de técnica de consenso de opinião. A segunda etapa do estudo constituiu-se de técnica Delphi para consenso entre vinte profissionais de saúde, sujeitos estes diferentes daqueles que participaram da primeira etapa do estudo. A amostragem dos sujeitos foi intencional em ambas as etapas do estudo, a fim de garantir a heterogeneidade dos grupos em relação à categoria profissional e área de atuação dos mesmos. **Resultados:** Quarenta e nove assertivas foram geradas a partir da avaliação da coleta de dados da primeira etapa. Após duas rodadas de avaliação pela técnica Delphi, quarenta afirmativas obtiveram mais de 80% de respostas “concordo totalmente”, portanto consideradas consenso entre os sujeitos de pesquisa. Os achados deste estudo sugerem que ambos os conceitos estão envolvidos no processo de utilização de medicamentos. Segundo os sujeitos de pesquisa, existe um *continuum* entre risco e vulnerabilidade, e uma interface entre ambos, sendo a vulnerabilidade anterior ao risco. As condições de vulnerabilidade são específicas a cada indivíduo, e prévias à utilização de medicamentos. A partir de uma prescrição medicamentosa, esta pode expor o usuário a riscos. Ainda que os riscos sejam inerentes ao uso de medicamentos, o papel do profissional de saúde está em identificar e trabalhar com as questões de vulnerabilidade de cada indivíduo, buscando diminuir o desenvolvimento de riscos e danos aos usuários. **Conclusões:** A pessoa é centro do processo de uso de medicamentos e a prevenção de vulnerabilidades pode prevenir e diminuir o risco no uso dos mesmos, demonstrando a importância da adoção do conceito de vulnerabilidade na prática dos profissionais de saúde.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Grupos de Risco; Sistemas de Utilização de Medicamentos; Grupo Focal; Técnica Delfos.

ABSTRACT

Concepts of risk and vulnerability have been the focus of debate on health care. They represent different approaches of care. Much of therapeutic projects include the prescription and use of medication. This study aimed to identify the relations between concepts of risk and vulnerability in the medication use process and their influence on it through the perception of healthcare professionals. **Methodology:** descriptive exploratory study of mixed approach (quali-quantitative), constituted of two stages. First stage was a focus group of seven healthcare professionals, from different practicing areas. Contents of the participant speeches were organized into thematic categories and analyzed using content analysis, to generate items into a questionnaire, to be evaluated at the second stage of the study. Second stage was a Delphi technique to generate consensus among twenty healthcare professionals. Subjects of the second stage were different than the first stage of the study. Sampling was intentional to generate heterogeneity of professional category and practicing area of the participants. **Results:** A 49-item questionnaire was generated after data analysis of the first stage. After two rounds of the Delphi technique, 40 items achieved consensus of 80% or greater responses as "totally agreed". Findings of this study suggest that both risk and vulnerability are involved in medication use process. According to the study subjects there is a continuum between of risk and vulnerability, and an interface between them, and vulnerability is previous than risk. Conditions of vulnerability are specific to each person, and previous to medication use. A drug prescription can expose individuals to risk. Even if risks are inherent to medication use, the role of healthcare professionals is identify and work with vulnerability issues of each person, aiming to decrease the development of risk and injury to the patients. **Conclusions:** Individuals are the center of medication use process. Prevent vulnerabilities can prevent and decrease risk of medication use, showing the importance of the adoption of vulnerability on healthcare practice.

Keywords: Vulnerability; Risk Groups; Medications Use Systems; Focus Groups; Delphi technique.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. RESUMO..... | 9 |
| 2. <i>ABSTRACT</i>..... | 10 |
| 3. INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 3.1. OBJETIVOS | 17 |
| 4. CAPÍTULO 1 – MANUSCRITO 1..... | 19 |
| 4.1. RESUMO..... | 20 |
| 4.2. <i>ABSTRACT</i> | 20 |
| 4.3. INTRODUÇÃO..... | 21 |
| 4.4. METODOLOGIA..... | 23 |
| 4.5. RESULTADOS..... | 26 |
| 4.6. DISCUSSÃO..... | 32 |
| 4.7. CONCLUSÃO..... | 35 |
| 4.8. REFERÊNCIAS..... | 37 |
| 5. CAPÍTULO 2 – MANUSCRITO 2..... | 39 |
| 5.1. RESUMO..... | 39 |
| 5.2. <i>ABSTRACT</i> | 41 |
| 5.3. INTRODUÇÃO..... | 41 |
| 5.4. METODOLOGIA..... | 45 |
| 5.5. RESULTADOS..... | 48 |
| 5.6. DISCUSSÃO..... | 57 |
| 5.7. CONCLUSÃO..... | 60 |
| 5.8. REFERÊNCIAS..... | 61 |
| 6. DISCUSSÃO GERAL..... | 63 |
| 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 72 |
| 8. REFERÊNCIAS..... | 73 |
| 9. ANEXOS..... | 75 |
| 9.1. ANEXO A: Parecer Comitê de Ética em Pesquisa nº 847.455..... | 76 |
| 9.2. ANEXO B: Parecer Comitê de Ética em pesquisa nº 955.544..... | 79 |

INTRODUÇÃO

O processo de cuidar compreende a construção de projetos terapêuticos e o uso de medicamento está envolvido em grande parte destes, enquanto tecnologia em saúde. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, as medidas farmacológicas estão presentes em até 70% dos encontros terapêuticos entre usuários e prescritores médicos (WHO, 1999; WHO, 2001) e, no entanto, ao longo do processo de utilização de medicamentos pode ocorrer o surgimento de problemas relacionados a farmacoterapia (ou do inglês *drug therapy problem*, ou *DTP*). O conceito de problema relacionado a farmacoterapia (PRF) é bastante abrangente, englobando o conceito de problema relacionado a medicamento (PRM) e expandindo-o, ao incluir as demais questões que envolvam o tratamento medicamentoso, como a adesão ao tratamento, a efetividade e segurança da farmacoterapia, e a necessidade de utilização de medicamentos frente a demandas por condições clínicas (SOUZA, 2013; WENG, 2013).

São considerados como problemas relacionados a farmacoterapia tanto aqueles problemas que possuem potencial para seu desenvolvimento e que, no entanto, ainda não se manifestaram, como aqueles que já se encontram presentes sob a forma de manifestações clínicas (BRASIL, 2014).

Os problemas relacionados a farmacoterapia são parte do processo do tratamento farmacológico (HEPLER, 2010). O desenvolvimento ou não de PRF durante o tratamento medicamentoso, inserido em um processo de cuidado, demanda da equipe de saúde um acompanhamento longitudinal para com o usuário, evitando que os PRF venham a se manifestar, ou que então, finalmente, levem ao desenvolvimento de morbidade relacionada a medicamentos.

A morbidade relacionada a medicamentos é detectada quando há uma lesão ou dano (não intencional) ao usuário, relacionada ao uso de medicamentos, ou mesmo quando há a indicação para tratamento medicamentoso, e o mesmo acaba não ocorrendo, o que também levando ao dano. Considera-se lesão quando há uma manifestação clínica grave, perigosa ou incapacitante, que demanda recursos adicionais para corrigi-la (como por exemplo: idas à emergência, hospitalizações), ou mesmo manifestações clínicas impossíveis de correção (HEPLER, 2010). Esta morbidade, quando possível de ser evitada ou prevenida de ocorrer, é chamada morbidade prevenível relacionada a medicamentos (MPRM), do inglês *preventable drug related morbidity* (PRDM). O conceito de MPRM inclui não apenas as reações adversas a medicamentos, mas também os agravos em saúde causados pelo não uso ou uso ineficiente de

medicamentos, ou seja: as relações do usuário para com o seu tratamento (LEITE, 2010).

A utilização de medicamentos, desde a indicação para seu uso até a administração do mesmo pelo cuidador ou pelo próprio usuário, passando pela prescrição medicamentosa, pode ser apresentada como o Processo de Utilização de Medicamentos, um modelo lógico que busca explicar o fluxo de informações e a estrutura do sistema de utilização de medicamentos pelos usuários (Fig. 1).

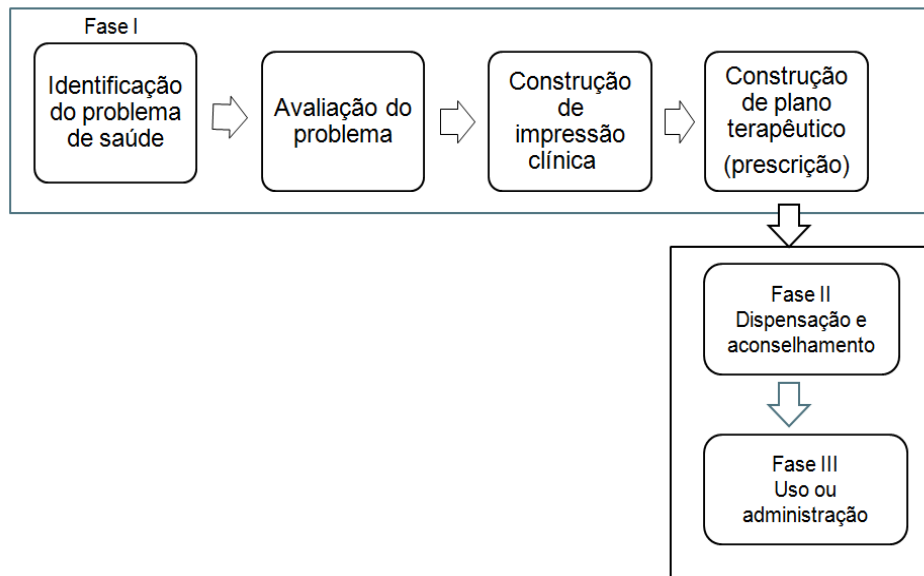


Figura 1 – Diagrama do Processo de Utilização de Medicamentos em nível Ambulatorial (HEPLER, 2010, adaptado pelos pesquisadores)

O Processo de Utilização de Medicamentos é um recorte proposto por Hepler, em 2010, do diagrama de monitoramento de resultados da farmacoterapia denominado *Therapeutics Outcomes Monitoring* (GRAINGER-ROUSSEAU, 1997), e tem o objetivo de descrever o desenvolvimento de problemas relacionados a farmacoterapia prévios a qualquer intervenção de profissionais da área da saúde no sentido de evitá-los e preveni-los.

O Processo é composto por três etapas: a fase do prescritor (que envolve a indicação de um tratamento medicamentoso), a fase dos serviços farmacêuticos (dispensação do medicamento e aconselhamento do paciente) e finalmente a fase do próprio usuário ou do cuidador, onde ocorre o uso do medicamento. Neste processo, a comunicação entre os profissionais envolvidos neste processo, bem como com o usuário, é de vital importância para que o sucesso do mesmo seja obtido (HEPLER, 2010).

No entanto, existe a possibilidade de que este processo encontre problemas em sua execução, os quais representam um desafio aos profissionais de saúde: aumenta-se o risco de ocorrência de erros (como por exemplo, erros de dispensação ou não

cumprimento do tratamento por parte dos pacientes) quando a estrutura do sistema e do processo de uso de medicamentos, assim como o próprio fluxo de comunicação entre as fases do mesmo, é falho. Por outro lado, esse processo não é ida das pessoas em seu contexto sócio-político-cultural.

Os problemas relacionados a farmacoterapia podem ocorrer em qualquer uma das fases de utilização de medicamentos, e não havendo processo de monitoramento, efetivo para detectá-los e corrigi-los, podem finalmente levar ao desenvolvimento de morbidade prevenível relacionada a medicamentos (PDRM).

A prevalência da MRM pode chegar, em média, a 7,1% em pacientes atendidos em nível ambulatorial e a 6,5% em pacientes internados. Em casos ambulatoriais, 58,9% desta morbidade poderia ter sido evitada, e em pacientes hospitalares, a prevenção da ocorrência de morbidade pode chegar a 41% (HEPLER, 2010). Mesmo após a alta, 5,6% dos pacientes são readmitidos aos ambientes hospitalares devido a problemas relacionados a farmacoterapia, e em 46,5% dos casos esta situação é prevenível (LEENDERTSE, 2008). Sendo assim, ao prescrever-se, utilizar-se, ou dispensar-se um medicamento, dispara-se um processo que envolve diretamente o risco ao usuário, bem como a possibilidade de desenvolvimento de dano ao mesmo, constituindo hoje um problema de saúde pública.

Alguns autores discutem a presença de fatores de risco que podem levar ao desenvolvimento de PRF. Kaufmann et al (2015), por meio de análise de triangulação de dados com participação dos profissionais de saúde, definiu 27 fatores de risco ao desenvolvimento de PRF. Os fatores foram classificados conforme sua importância no desenvolvimento de PRF. Foram considerados pelos profissionais da saúde como fatores de risco mais importantes para desenvolvimento de PRF, no processo de utilização de medicamentos: fatores ligados às características do próprio usuário (demência, cognição, uso de polifarmácia), fatores diretamente relacionados ao tipo de medicamentos utilizados (antiepilépticos, anticoagulantes, antiinflamatórios não-esteroidais, insulinas, medicamentos com estreita janela terapêutica), e da própria organização do paciente com o seu tratamento (falta de adesão ao tratamento, falta de acesso à informação, ou o não entendimento dos objetivos do tratamento) (KAUFMANN, 2015).

O risco consiste na probabilidade e nas chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde (AYRES, 2006) e possui caráter analítico. Ao isolar um fenômeno em particular, utiliza-se ferramentas estatísticas para determinar a associação entre efeitos patológicos ou não, a fim de identificar pessoas e características sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde que podem

acarretar o comprometimento biopsicossocial dos indivíduos. Neste contexto, os fatores de risco são aquelas características associadas ao maior risco de adoecer. (FLETCHER, 2014).

Na década de 1980 surge uma nova vertente de pensamento no campo da epidemiologia: a epidemiologia clínica. Na busca por uma nova forma de prática médica, se ocupa das relações da clínica com a epidemiologia, ao utilizar-se de métodos estatísticos e análises de variáveis a fim de contribuir com a prática médica clínica. As ferramentas da epidemiologia (dentre eles o cálculo de risco) foram então aplicadas a fim de determinar, por exemplo, os fatores associados ao risco de doença, a acurácia de métodos diagnósticos, definição de tratamentos, medidas de prevenção, etiologia e custos. Na lógica da epidemiologia clínica, os fatores de risco são as características associadas ao maior risco de se ficar doente, baseado na análise de variáveis e correlações estatísticas entre as mesmas (FLETCHER, 2014).

Ao adotar a integralidade enquanto marco conceitual em sua prática de cuidar, o profissional da saúde enfrenta um desafio: nem todas as pessoas estão da mesma forma expostas aos riscos, principalmente considerando os aspectos de iniquidade e desigualdade social. A lógica muitas vezes individualizante e de determinação onde se encontram os conceitos de risco e fator de risco não conseguem dar conta deste novo modo de se fazer e produzir saúde. Neste contexto, surgem as discussões sobre o conceito de vulnerabilidade.

O conceito de vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não-adoecimento e de enfrentamento, relacionado à todos e a cada indivíduo, conforme Bertolozzi (2009). O processo de adoecimento é diferente daquele que denominamos como doença, ou "*disease*" (ou seja, alterações bioquímicas, celulares, dos tecidos ou órgãos que se manifestam na forma de sintomas e sinais), o processo de adoecimento é caracterizado pela vivência absolutamente única de cada pessoa com a doença (STEWART, 2010). Pode-se notar um sentido diferente desse último emprego do conceito de adoecimento com o relatado por Fletcher como acima descrito. Nessa nova abordagem, decorre de uma complexa interação das crenças da pessoa com sua vivência corporal e sua interação com o ambiente, inclusive quanto ao contexto familiar e psicossocial de cada pessoa. Nesse processo de vivência única pode acontecer o que se denomina "potencial de enfrentamento": a compreensão de cada um frente a um acontecimento em saúde e, a partir da consciência sobre quais fatores podem influenciar (negativa e positivamente) no resultado final deste processo de adoecimento, adotar posturas e comportamentos a fim de evitá-los e preveni-los (FOLKMANN, 2011).

Conforme discutido por Ayres (2006) o conceito de vulnerabilidade inclui a detecção das fragilidades, mas também a capacidade de enfrentamento dos problemas/agravos de saúde e órgãos, enfatizando a resistência e a capacidade criadora dos indivíduos para sua superação.

O conceito de vulnerabilidade surge no começo da década de 1980, como enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, em uma tentativa de reconceituar a tendência individualizante da doença (MUÑOZ SÁNCHEZ, 2007). A vulnerabilidade possui caráter de síntese (partindo do simples para o complexo), levando em conta os elementos abstratos e subjetivos ligados ao processo de adoecimento (AYRES, 2006). Seus estudos são voltados à universalidade em lugar à reprodutibilidade do fenômeno e inferência.

Quando surgiu, o conceito de vulnerabilidade estava voltado à determinação do indivíduo, havendo inclusive uma proposta para avaliação da mesma conforme o comportamento individual de cada sujeito (MANN, 1993). Esta proposta inicial foi ampliada a partir do marco conceitual proposto por Ayres (1999), que considera a vulnerabilidade não apenas produto de uma determinação individual, mas sim uma constituição a partir do indivíduo-coletivo. O indivíduo não prescinde do coletivo: há uma relação intrínseca entre os mesmos. Ayres também propõe a operacionalização da vulnerabilidade por meio de três dimensões: a Vulnerabilidade Individual, a Vulnerabilidade Programática, e a Vulnerabilidade Social.

Sendo assim, enquanto o conceito de risco se ocupa de um caráter individualizante e probabilístico, o conceito de vulnerabilidade leva em conta um conjunto de aspectos: individuais, coletivos e contextuais, que levam à susceptibilidade a agravos e doenças.

Ao tentarmos relacionar o conceito de vulnerabilidade e o seu envolvimento no processo de utilização de medicamentos, ainda há pouca produção científica a respeito. Quando realizada pesquisa na base de dados no Pubmed, utilizando os descritores "*vulnerability*", "*drug-related*" e "*medication*", foram encontrados 18 artigos. Utilizando limites de refinamento de pesquisa (selecionando apenas publicações com delineamento de meta-análise, ensaio clínico ou revisão sistemática, e literatura publicada nos últimos cinco anos, com o objetivo de selecionar apenas produção científica mais recente a respeito), apenas um artigo foi encontrado (WEISMAN, 2012). O estudo em questão considerou o momento logo após a alta hospitalar como um momento de vulnerabilidade do usuário quanto ao processo terapêutico. A intervenção realizada foi o contato telefônico, em até 72 horas após o momento da alta, a fim de revisar as orientações recebidas pelo usuário. Neste estudo, os pesquisadores encontraram até 48% de equívocos quanto à reconciliação medicamentosa (WEISMAN, 2012). Apesar do artigo ter

sido encontrado utilizando-se “vulnerability” enquanto palavra-chave na pesquisa, fazendo-se uma análise à luz dos conceitos de risco e vulnerabilidade aqui discutidos, podemos discutir se o estudo fala realmente de vulnerabilidade, ou então de risco, pois está partindo da avaliação e olhar do próprio profissional de saúde quanto à condição de saúde do usuário.

Quando consultada a base de dados Cochrane, para os descritores acima, não foram encontrados artigos relacionados.

A farmacoterapia é um dos recursos terapêuticos mais utilizados na prevenção e tratamento de agravos em saúde. Para sua utilização existe um processo, que apresenta uma série de problemas gerando danos aos usuários e um verdadeiro problema de saúde pública. Quase tudo é tratado como risco de uso ou de não-uso de medicamentos. No entanto, o conceito de risco consegue ser suficiente para explicar e discutir o uso ou não uso de medicamentos?

Este estudo tem como objetivo avaliar a percepção de profissionais da saúde e encontrar consenso quanto aos conceitos de risco e vulnerabilidade no contexto do processo de utilização de medicamentos.

O estudo se desenvolveu no contexto das práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde ligados ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), no município de Porto Alegre, Rio Grande de Sul. O GHC é uma instituição que compreende quatro hospitais, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), doze Unidades Básicas de Saúde e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), localizada no município do Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Vinculado ao Ministério da Saúde, o Grupo conta atualmente com 9.490 trabalhadores em seu quadro funcional, aproximadamente. Atende em nível de atenção básica mais de 120 mil usuários adscritos às comunidades das regiões norte e nordeste do município, além de contar com serviços ambulatoriais de diferentes especialidades em suas estruturas hospitalares, todos os serviços com atendimento totalmente vinculado ao sistema público de saúde.

Este estudo foi desenvolvido em duas partes, os quais deram origem a dois artigos. Na primeira etapa do estudo, de natureza qualitativa, foi utilizada técnica de grupo focal como técnica de investigação (DIAS, 2000). Esta primeira etapa, de caráter exploratório e descritivo, teve sua coleta de dados realizada em novembro de 2014. O grupo de sujeitos, após concordarem em participar do estudo, foi composto por sete profissionais da área da saúde, envolvidos diretamente no processo de utilização de medicamentos: duas enfermeiras, três médicos e dois farmacêuticos. A análise dos dados produzidos nesta etapa possibilitou a compilação das afirmações sobre os temas em discussão em um

instrumento de pesquisa para a segunda etapa. Esta constituiu-se de pesquisa buscando o consenso, por meio da utilização do método Delphi, acerca das relações entre os conceitos de risco e vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos por pessoas cuja terapia medicamentosa é proposta enquanto parte de um projeto terapêutico.

4. CAPÍTULO 1 – MANUSCRITO 1

Versão em português do manuscrito a ser submetido à publicação científica, adaptado conforme diretrizes de formatação ao periódico BMC Public Health:

**Relacionando Risco e Vulnerabilidade no Processo de Utilização de Medicamentos:
percepções dos profissionais de saúde.**

EINSFELD, L.; CASTRO, M. S.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica, Porto Alegre, Brasil. 2015.

RELACIONANDO RISCO E VULNERABILIDADE NO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

Lídia Einsfeld¹, Mauro Silveira de Castro².

¹Farmacêutica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Farmacêutica da Farmácia de Medicamentos Especiais, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Professor Associado, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor para correspondência: Mauro Silveira de Castro

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Avenida Ipiranga 2752, sala 603, 90610-000, Porto Alegre, RS, Brazil. Tel.: +55 51 33085414; fax: +55 51 33085437. Endereço de e-mail: mauro.silveira@ufrgs.br.

RESUMO

Introdução: Os conceitos de risco e vulnerabilidade tem sido foco de debate na área de saúde e representam diferentes abordagens processo de cuidado. Grande parte dos projetos terapêuticos em saúde inclui a prescrição e uso de medicamentos. O objetivo do estudo foi analisar a percepção de profissionais da saúde quanto aos conceitos de risco e vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos, e suas influências nesse.

Metodologia: pesquisa qualitativa exploratória com amostra intencional dos sujeitos, utilizando-se a técnica de grupo focal. Os sujeitos constaram de sete profissionais da saúde (três médicos, duas enfermeiras e dois farmacêuticos), atuantes em diferentes de campos de prática. Os conteúdos das falas dos sujeitos foram organizados e analisados segundo análise de conteúdo.

Resultados: Os achados sugerem que há uma linha de continuidade entre vulnerabilidade e risco no processo de utilização de medicamentos, sendo que a vulnerabilidade antecede ao risco. O risco é inerente ao uso do medicamento, e cada pessoa possui uma condição singular de vulnerabilidade, prévia ao uso do mesmo. Os profissionais da saúde podem intervir nas questões de vulnerabilidade, apostando na autonomia e potencial de enfrentamento dos indivíduos usuários de medicamentos.

Conclusões: A pessoa é centro do processo de uso de medicamentos e a prevenção de vulnerabilidades pode prevenir e diminuir o risco de desenvolvimento de problemas relacionados à farmacoterapia.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Grupos de Risco; Sistemas de Utilização de Medicamentos, Grupo Focal.

ABSTRACT

Background: Risk and vulnerability on health have been discussed at the health area and represent different approaches of care. A large amount of therapeutical projects includes prescription and use of medications. This study aimed to analyze the perceptions of health

professionals about the concepts of risk and vulnerability and their influences at the medications use process.

Methods: a exploratory study of qualitative approach, using focus group with seven healthcare professionals (three physicians, two nurses and two pharmacists), from different practice areas. Sampling of the subjects was intentional. Data were organized and analyzed using content analysis.

Results: the findings suggest that there is a continuum between vulnerability and risk at the medications use process, and vulnerability precedes risk. Risk is inherent to the use of a medication, and each person has a particular condition of vulnerability prior its use. Healthcare professionals can interfere at these vulnerability conditions, improving autonomy and facing potentials of medications users.

Conclusions: the medication user is the center of the medications uses process and the prevention of vulnerability can prevent and decrease the risk of pharmacotherapy related problems development.

Keywords: Vulnerability; Risk Groups; Medications Use Systems, Focus Groups.

INTRODUÇÃO

O conceito de risco se refere à probabilidade da ocorrência de algum efeito não desejado^[1] e ocupa hoje papel central no discurso da epidemiologia enquanto ciência, a ponto de assumir-se enquanto expressão matemática da inferência epidemiológica^[2]. Uma vez que a epidemiologia se ocupa de determinar relações causais entre variáveis, através de análise probabilística, surge o conceito de risco epidemiológico, o qual constitui a base para muitas práticas em saúde atuais.

O risco consiste da probabilidade e as chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde^[3]. Possui caráter analítico. Ao isolar um fenômeno em particular, utiliza-se de ferramentas estatísticas para determinar a associação entre efeitos patológicos ou não, a fim de identificar pessoas e características sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde que podem acarretar o comprometimento biopsicossocial dos indivíduos. Neste contexto, os fatores de risco são aquelas características associadas ao maior risco de adoecimento^[1].

Já o conceito de vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não-adoecimento e de enfrentamento, relacionado a todos e a cada indivíduo^[4]. O processo de adoecimento é diferente daquele que denominamos como doença, ou "disease" (ou seja, alterações bioquímicas, celulares, dos tecidos ou órgãos que se manifestam na forma de sintomas e sinais). O processo de adoecimento é único para cada indivíduo, caracterizado pela vivência particular de cada pessoa com a sua doença^[5]. Ele decorre da interação de cada indivíduo com suas crenças e sua vivência do corpo, sua relação com o ambiente, inclusive quanto ao seu contexto familiar e psicossocial. Já o potencial de enfrentamento é definido como o conjunto de esforços comportamentais e cognitivos do indivíduo voltado

ao manejo de um acontecimento estressante, fazendo o indivíduo compreender quais são os fatores que irão influenciar o resultado final do processo^[6]. O conceito de vulnerabilidade inclui a detecção das fragilidades, mas vai além disso: é caracterizado principalmente pela capacidade de enfrentamento de cada pessoa frente aos problemas/agravs de saúde e órgãos. Enfatiza a resiliência dos indivíduos e sua capacidade criadora de superação^[3].

O conceito de vulnerabilidade surge no começo da década de 1980, como enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, em uma tentativa de reconceituar a tendência individualizante da doença^[7]. A vulnerabilidade possui caráter de síntese (partindo do simples para o complexo), levando em conta os elementos abstratos e subjetivos ligados ao processo de adoecimento^[3]. São estudos voltados à universalidade em lugar à reprodutibilidade do fenômeno e inferência.

Quando surgiu, o conceito de vulnerabilidade estava voltado à determinação do indivíduo, havendo inclusive uma proposta para avaliação da mesma conforme o comportamento individual de cada sujeito^[8]. No entanto, este conceito inicial foi ampliado a partir do marco conceitual proposto por Ayres, em 1999^[9], ao passo que considera a vulnerabilidade não apenas produto de uma determinação individual, mas sim um produto da relação indivíduo-coletivo. Há uma relação intrínseca entre indivíduo e coletivo, sem, no entanto, um prescindir do outro. Ayres também propõe a operacionalização da vulnerabilidade através de três dimensões: a dimensão individual, a dimensão programática, e a dimensão social^[8,9].

A vulnerabilidade individual se refere ao grau de acesso e qualidade da informação dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde, assim como a compreensão destes em relação a seu comportamento pessoal. Por outro lado, a vulnerabilidade programática consiste da qualidade dos programas e dos serviços que compõe a rede de saúde, para enfrentamento das enfermidades, a qualidade da assistência prestada, assim como o monitoramento de suas ações. Já a vulnerabilidade social considera o contexto em que o indivíduo se insere, o poder do mesmo para participação na tomada de decisões políticas e institucionais, e as relações da(s) comunidade(s) a(s) qual(is) faz parte. As três dimensões da vulnerabilidade podem estar envolvidas no processo de utilização de medicamentos. Quando falamos em pobreza enquanto determinante social, por exemplo, esta pode ser identificada no processo de utilização de medicamento enquanto causa do desenvolvimento de Problemas Relacionados a Medicamentos em suas três dimensões: a pobreza enquanto vulnerabilidade individual, de acesso à informação e entendimento da importância do cumprimento da terapia medicamentosa, enquanto vulnerabilidade social,

de um contexto de comunidade que leve ao desenvolvimento de PRF, ou a pobreza enquanto vulnerabilidade programática, de precariedade de estruturas e processos no sistema e serviços de saúde.

Sendo assim, enquanto o conceito de risco se ocupa de um caráter individualizante e probabilístico, a vulnerabilidade leva em conta um conjunto de aspectos: individuais, coletivos e contextuais, que levam à susceptibilidade à agravos e doenças.

Durante o desenvolvimento de projetos terapêuticos no cuidado aos usuários, a terapia medicamentosa ocupa papel de destaque. As medidas farmacológicas chegam a ocupar 50% dos recursos terapêuticos utilizados pelos profissionais de saúde. O uso de medicamentos enquanto ferramenta de cuidado pode ser demonstrado pelo modelo lógico do Processo de Utilização de Medicamentos, que busca explicar o fluxo de informações e a estrutura do sistema de utilização de medicamentos pelos usuários. O Processo é composto por três etapas: a fase do prescritor, que envolve a indicação de um tratamento medicamentoso, a fase dos serviços farmacêuticos (dispensação do medicamento e aconselhamento do paciente) e finalmente a fase do cuidador ou do próprio usuário, onde há administração do medicamento^[10].

No entanto, quando a estrutura do sistema e do processo de uso de medicamentos, assim como o próprio fluxo de comunicação entre as fases do processo, é falho, aumenta-se o risco de ocorrência de erros (como por exemplo, erros de dispensação ou não cumprimento do tratamento por parte dos usuários).

Desta forma, devido à importância dos conceitos de risco e vulnerabilidade no processo de cuidado do usuário, e a necessidade de melhor entendimento destes no processo de utilização de medicamentos, este estudo tem como objetivo avaliar a percepção de profissionais da saúde quanto aos conceitos de risco e vulnerabilidade, e suas influências nesse.

METODOLOGIA

Estudo de delineamento qualitativo, conduzido conforme critérios explicitados no *checklist* COREQ de pesquisa qualitativa^[11]. O RATS Guidelines^[12] foi utilizado para confecção deste manuscrito.

A técnica de grupo focal foi utilizada para coleta de dados e análise de conteúdo para análise dos mesmos. A escolha pelo grupo focal enquanto técnica para coleta dos dados ocorreu devido ao foco do estudo com base na percepção dos profissionais de saúde. A técnica de grupo focal permite a discussão entre os sujeitos de pesquisa e desta

forma, possui o potencial de trazer à tona novas informações através da troca constante de informações e experiências entre os participantes^[13].

O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição/GHC, obtendo a aprovação sob parecer consubstanciado de número 847.455 (2014).

Seleção dos participantes

A amostra dos participantes foi intencional. A escolha por este tipo de amostragem ocorreu por se tratar de um estudo exploratório^[13] e pela necessidade a diversidade de opiniões de sujeitos de pesquisa diretamente envolvidos com o cuidado ao usuário em sua prática profissional e buscando heterogeneidade do grupo quanto à categoria profissional e quanto ao campo de prática (representatividade entre os três níveis de atenção à saúde).

A coleta dos dados se realizou com profissionais ligados ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC), instituição localizada no município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, e constituída de quatro hospitais, uma Unidade de Pronto Atendimento, doze Unidades Básicas de Saúde e três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Vinculado ao Ministério da Saúde, atende em nível de atenção básica comunidades adscritas às regiões norte e nordeste da cidade, além de contar com serviços ambulatoriais de diferentes especialidades em suas estruturas hospitalares, todos os serviços com atendimento totalmente vinculado ao sistema público de saúde.

O convite foi transmitido a oito profissionais da área da saúde (três médicos, três enfermeiras e dois farmacêuticos) via contato telefônico ou pessoalmente, pelos próprios pesquisadores. Neste convite, os participantes foram informados brevemente sobre o propósito do estudo bem como da natureza da sua participação e após confirmarem o interesse em participar da pesquisa, receberam dois artigos da literatura sobre o tema, caso optassem por fazer uma leitura prévia a respeito (“Improving the Quality of Medications Use: The Case for Medication Management Systems”^[10] e “Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva”^[4]).

Os artigos foram entregues na forma impressa ou por meio de e-mail aos participantes, momento em que os sujeitos foram informados quanto ao horário e local do encontro.

Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada em um encontro de grupo focal, realizado em novembro de 2014, em sala de aula de um hospital terciário pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição.

Como primeira etapa do encontro, foi realizada leitura individual do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte dos sujeitos de pesquisa, e aqueles que concordaram em participar do estudo, procederam à sua assinatura, tendo-lhes sido garantido confidencialidade e sigilo quanto às informações geradas a partir do encontro.

Em seguida, foi feita breve apresentação ao grupo retomando os conceitos de risco, vulnerabilidade e processo de utilização de medicamentos, que se apresentam atualmente na literatura científica, por parte do pesquisador L.E. Os objetivos do estudo foram novamente relatados, e o pesquisador L.E. foi substituído pelo moderador na figura de condução do encontro, retirando-se da sala. Esta substituição teve por objetivo evitar vieses na coleta dos dados e no andamento da metodologia do encontro. O pesquisador L.E. faz parte da mesma instituição que os sujeitos, ao passo que o moderador M.S.C. pertence à outra instituição e representa figura externa ao grupo de participantes.

O pesquisador M.C.S. deu início à discussão realizando a apresentação de cada participante e solicitando autorização para gravar os depoimentos e para realizar anotações do conteúdo das discussões. Estas anotações foram realizadas por um observador-participante, R.S.P., responsável pelo gerenciamento da gravação de áudio e contribuição na coleta dos dados. R.S.P. não interferiu na coleta de dados.

O encontro prosseguiu com o moderador estimulando os participantes a falar acerca de suas percepções quanto ao entrelaçamento dos conceitos, e tarjetas impressas com os conceitos foram distribuídas aos participantes, caso os mesmos sentissem necessidade de consultá-los novamente. A discussão livre seguiu a respeito dos temas propostos e das questões norteadoras propostas pelo moderador do encontro. Um guia de tópicos foi utilizado pelo moderador como questões norteadoras à discussão:

- Como se relacionam o risco e a vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos.
- O que é vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos;
- O que é risco no processo de utilização de medicamentos;

O término do encontro foi decidido pelos próprios sujeitos de pesquisa, logo após a decisão de que as questões abordadas pelos pesquisadores já haviam sido respondidas pela discussão do grupo.

Após o término do encontro, as falas foram transcritas e organizadas como documento da pesquisa. A fim de garantir o anonimato, as falas foram codificadas segundo as categorias profissionais e o número de participantes: M1, M2 etc. para médicos: M1, M2, etc., para farmacêuticos: F1, F2, etc. e para enfermeiros: E1, E2, etc.

O tratamento dos dados foi feito por meio de Análise Temática de Conteúdo^[14]. Não foram utilizados softwares informatizados para auxílio da análise dos dados, e a mesma foi realizada de forma manual. Os dados transcritos foram unitarizados por meio de codificação, e os códigos agrupados em categorias por abordagem indutiva.

Os oito participantes convidados concordaram em participar do estudo, e estiveram presentes ao local e data da coleta, no entanto uma das enfermeiras não pôde participar por não ter conseguido chegar em tempo do início do encontro. Sendo assim, o grupo de sujeitos de pesquisa foi composto por sete profissionais da área da saúde: três médicos, duas enfermeiras e dois farmacêuticos.

Os profissionais de saúde compuseram um grupo representativo dos seguintes campos de prática dentro da instituição: setor de infectologia (tanto hospitalar como ambulatorial), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e bloco cirúrgico.

O encontro para aplicação da técnica de grupo focal teve a duração de aproximadamente uma hora e meia. A discussão acerca do tema fluiu com muita naturalidade e sem constrangimentos pelos sujeitos de pesquisa, tendo ponderado a concordância em relação aos termos, em detrimento a possíveis embates e desacordos entre os sujeitos. As ideias e opiniões dos participantes surgiram de sua própria prática e experiências profissionais, trazendo ao círculo de discussão temas vivenciados no seu dia-a-dia do cuidar dos usuários, prevalecendo a construção dos conceitos e da organização dos mesmos através do processo de utilização de medicamentos pelos usuários. Os relatos construíram uma produção conjunta, caracterizada pela adição e complementariedade à fala do sujeito anterior, ao passo que, quando julgaram extinguida a discussão e o tema, os próprios sujeitos de pesquisa consideraram o encontro findo.

RESULTADOS

A partir dos dados coletados, transcritos e analisados, emergiram as seguintes categorias: relações entre risco e vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos, o que é vulnerabilidade no processo de uso de medicamentos e o que é risco no processo de utilização de medicamentos.

Relações entre risco e vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos

Existe um *continuum* entre vulnerabilidade e risco no processo de utilização de medicamentos, segundo os sujeitos de pesquisa participantes do estudo.

"Às vezes se sobrepõem esses conceitos. Pelo que a gente tava conversando aqui as vezes tu não consegue definir vulnerabilidade do que é risco." (M3)

No processo de utilização de medicamentos, os conceitos de risco e vulnerabilidade são muito próximos, sendo difícil estabelecer um marco que defina exatamente a diferença entre um e outro. Os dois se articulam, por uma intersecção entre as duas:

"Mas onde acaba a vulnerabilidade e começa o risco? às vezes se sobrepõe esses conceitos. Eu acho que é uma linha... Eu acho que isso é talvez um continuum" (M3)

A necessidade de definição de vulnerabilidade surge a partir da prática profissional focada apenas em risco individual ou de grupos, que de uma maneira geral ainda define o risco enquanto fator preponderante e negligencia outros fatores que influenciam no processo saúde-doença. A complexidade do fazer assistencial leva os profissionais a manterem o foco primeiramente na questão do risco, mas é necessário observar aquilo que atravessa cada sujeito, cada família, cada grupo em especial, ou seja, sua vulnerabilidade:

"A necessidade da gente criar um conceito da vulnerabilidade foi a partir do momento em que a gente [profissionais de saúde] começou a olhar só para o risco. Só para os grupos. Olhar pros grupos a partir de uma lente do risco e esquecer determinados outros grupos. Olhar só para os fatores de risco e esquecer os demais fatores. E aí a gente precisou criar esse outro conceito pra poder ampliar e poder colocar o sujeito como também um centro, né? Como motor dessa questão de poder fazer as suas escolhas, se expor a alguns fatores de risco." (E1)

Na realidade a vulnerabilidade e risco são fatores interligados e algumas vezes se sobrepõem, pois existe uma linha muito tênue separando um conceito do outro:

"Eu acho que chega uma hora, tem alguns momentos que... tem essa intersecção" (M1)

Apesar de definida a continuidade entre os conceitos de risco e vulnerabilidade, e nesta linha contínua, a existência de intersecção entre ambos, a vulnerabilidade antecede ao risco no processo de utilização de medicamentos:

"[enquanto usuário] Se eu sou vulnerável e eu me cuido eu to diminuindo o risco. Ela é anterior nesse sentido. Então assim, vou pensar no biológico. Se eu tenho uma tendência a... [tal agravo em saúde] É a coisa de promoção e prevenção, né?" (M1)

"[enquanto profissional de saúde] Tu tem um potencial de interferir, trabalhar, utilizar os potenciais..." (F2)

"É, tem coisas que tu pode não ter como trabalhar [como profissional de saúde], mas se a pessoa tiver consciência daquela vulnerabilidade ela pode lidar com isso." (M2)

"A vulnerabilidade ela antecede ao risco. Então, é... pode ser individual, social e programática." (E2)

Portanto, se a vulnerabilidade do usuário não for prevenida, se não houver intervenção por parte dos profissionais de saúde, esta se transforma em risco. No entanto, existe um risco inerente ao próprio uso de medicamentos, que é inegável, está presente e faz parte da própria utilização de medicamentos. Este não está ligado a nenhuma vulnerabilidade individual, social ou programática e sim diretamente ao próprio medicamento:

"O risco ele é inegável, ele é presente, ele faz parte" (F1)

"Sei lá, vamos botar captopril. Tem um risco que é das pessoas tossirem, é um risco que é inerente. Então assim, né? Vai depender de pessoa pra pessoa, enfim, eu acho que é uma situação que não tem muito como mexer." (F1)

"O risco da medicação ele é inerente. Inerente... Daí que se quantifica, dependendo do uso correto, existe um risco, não uso, o sub – uso, o super – uso." (M3)

A intervenção por parte do profissional da saúde é vista como potencial e pode ser considerar essencial, tanto na proteção aos riscos, quanto na problematização e potencialização da redução de vulnerabilidades.

Vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos

Segundo os sujeitos de pesquisa, a vulnerabilidade se transforma em risco em um determinado momento. Por ser anterior ao risco, a vulnerabilidade passa por um processo onde há a possibilidade de intervenção por parte do profissional de saúde, a fim de evitar o desenvolvimento do risco.

Existem tipos de vulnerabilidade que são inerentes ao indivíduo. Como por exemplo, as questões genéticas relacionadas a cada pessoa, ou questões de gênero (ser mulher em uma sociedade machista, foi citada pelo grupo como exemplo de vulnerabilidade social). Para enfrentamento destas condições a pessoa deve ter consciência de sua vulnerabilidade:

"Pra mim a vulnerabilidade tá muito ligada a essa coisa da pessoa ter consciência do que tá acontecendo, assim. Ter consciência, [a pessoa] tem que saber o que que tá envolta dela. E aí ela pode lidar com isso, com maior ou menor propriedade, né? Porque eu acho que assim, pra mim essa que é a grande, grande coisa, (...) Essa consciência que a pessoa tem que ter." (M2)

A questão da consciência da pessoa em relação à sua condição de saúde e potencial de enfrentamento está diretamente ligada à questão da autonomia. Quanto menor a autonomia, maior a vulnerabilidade. Sendo assim, os profissionais de saúde possuem papel fundamental na identificação destas vulnerabilidades de um usuário, assim como no investimento nas potencialidades e condições de enfrentamento de cada um. Neste sentido, é essencial conhecer o sujeito, saber que é ele que escolhe, entender quem é ele, de onde ele veio, o que ele faz, quais as suas capacidades, ou seja: investir em sua autonomia.

"A vulnerabilidade ela tem, parece... me parece, tem um potencial maior de tu intervir, do que o risco. Identificando a vulnerabilidade tu pode avaliar uma condição de tu intervir ou não nessa vulnerabilidade, utilizar como um fator, de repente positivo, né? Pensando num tratamento medicamentoso. O risco de repente já é um... Já é uma equação disso. Fica mais difícil tu modificar ele." (F2)

"Eu acho que algumas situações é difícil tu intervir em algumas vulnerabilidades, né? O pessoal de saúde mental, é complicado, né? Tu tem um paciente que é

esquizofrênico (...) gera um empobrecimento pra família, toda uma dificuldade de lidar com o sistema, etc. Então é difícil, às vezes tu tem dificuldade de intervir nessa situação, né? É vulnerabilidade." (M2)

O maior potencial de intervenção por parte dos profissionais de saúde no processo de cuidado, segundo os sujeitos de pesquisa, está relacionado à atuação direta quanto aos fatores relacionados a vulnerabilidade e não aos fatores de risco, mesmo que haja limitações para tal na práxis dos profissionais. As causas destas limitações estão relacionadas principalmente à necessidade de articulação em rede dos serviços de saúde e de articulação intersetorial.

Risco no processo de utilização de medicamentos

A maior parte do encontro foi ocupado pelos participantes para discutir a relação dos riscos estabelecidos no processo de utilização de medicamentos. Ao final, houve o consenso de que o risco relacionado ao uso dos medicamentos é inerente à sua utilização, estejam estes medicamentos sendo utilizados corretamente, ou não. O risco é inegável, está presente no uso de medicamentos e faz parte do mesmo. O risco é inerente ao uso do medicamento, pois a condição de risco que leva a um problema ou dano pode acontecer nas doses usuais.

No entanto, o risco é aumentado quando o medicamento não é utilizado da forma correta (no caso de uso em sub ou sobre dose):

"Mesmo a utilização mais correta tem um risco. Claro, se tu fizer errado, mais risco." (M2)

"Sim, mas eu acho diferente. Uma coisa assim, o medicamento tem um risco. Se eu pego um medicamento e uso três de uma vez, eu qualifico isso diferente." (M1)

E, além de ser inerente e ser aumentado em condições não-ideais, o risco individual relacionado a incorreta utilização (em subdose, ou não adesão ao tratamento, por exemplo), pode levar a um risco para a comunidade:

"Você fazer o uso não correto de algumas medicações podem fazer com que você tenha um impacto epidemiológico importante na piora de algumas patologias na questão

da evolução natural dela. Resistência. Tuberculose, HIV e outras mais. O não uso ou o uso errado piorando a doença pra toda uma comunidade e mundialmente. " (M1)

Segundo os sujeitos de pesquisa, o risco é uma vulnerabilidade que se concretizou em risco, e há uma série de riscos estabelecidos no processo de uso de medicamentos: profissionais que não prescrevem adequadamente o medicamento por falta de educação permanente e/não utilização de protocolos e evidências científicas atualizadas; as redes de saúde que não atuam da melhor forma (burocracia em excesso, seleção de medicamentos entre os diferentes nos níveis de atenção, não articulação dos serviços e dos profissionais da rede de atenção à saúde); baixa qualidade do medicamento em virtude de uma insegurança sanitária; pessoa com baixa cognição; crença sobre a doença e tratamento farmacológico; não consideração do perfil do paciente e em seu contexto sociocultural, a falta de comunicação adequada entre profissional da saúde e usuário, muitas vezes infantilizando-o ou tratando-o de forma vertical e por fim, erros de medicação.

Além disso, o risco pode aumentar segundo o cenário de prática profissional: houve a citação do exemplo do ambiente hospitalar como local potencial para maior risco no uso de medicamentos, uma vez que diminui a autonomia do usuário e o torna mais vulnerável:

"A autonomia e a vulnerabilidade são inversamente proporcionais. Então o paciente tem menos autonomia ele tá mais vulnerável. Quando ele entra no hospital... Em qualquer instituição de saúde...(F2)"

"...Ele tem menos autonomia psíquica e física" (M1)

Quanto à proteção aos riscos, a mesma se dá através da instituição de estruturas e processos adequados com vistas à diminuição do desenvolvimento de problemas e danos aos usuários no uso de medicamentos. Neste sentido, se o acesso ao medicamento se der no mesmo espaço físico de trabalho de toda a equipe de saúde, pode auxiliar como fator de proteção à ocorrência de riscos:

"O fato de a gente ter farmácia dentro das unidades de saúde, ter dispensários. Eu acho que isso facilita muita coisa. A pessoa sai do consultório, sai da primeira consulta e já pega a medicação. Então, é a mesma equipe que está fazendo esse processo. Acho

que isso facilita tanto a comunicação da equipe quanto a credibilidade daquela prescrição. E a referência dessa equipe para caso tenha algum efeito colateral. Enfim, além do fato de a gente conhecer essa pessoa ao longo da sua vida. Ter esse registro em prontuário, né?" (E1)

Os serviços de saúde devem trabalhar no sentido de prevenir danos que as próprias instituições de saúde podem causar aos seus usuários. Além disso, os profissionais de saúde devem trabalhar conjuntamente aos usuários quanto à automedicação, pois a mesma também aumenta o risco relacionado ao uso do medicamento.

DISCUSSÃO

Achados principais

Os achados deste estudo sugerem que ambos os conceitos de risco e vulnerabilidade estão envolvidos no processo de utilização de medicamentos. Segundo este estudo, existe um *continuum* entre ambos os conceitos, e estes possuem uma interface entre si, sendo que a vulnerabilidade antecede ao risco nesta intersecção. As condições de vulnerabilidade são específicas a cada indivíduo, e prévias à utilização de medicamentos. A partir de uma prescrição medicamentosa, esta pode expor o usuário a riscos. Há fatores que influenciam no aumento ou diminuição da vulnerabilidade do usuário no processo de utilização de medicamentos. Há questões individuais e sociais, relacionados ao perfil do usuário, sua relação com o tratamento e sua relação com a comunidade, mas há também a situação dos serviços e profissionais de saúde tornarem os usuários vulneráveis a riscos, devido à dificuldade de organização da rede de saúde e acesso a serviços e principalmente, medicamentos. Já o risco é inerente ao próprio uso do medicamento, mesmo se utilizado em sua forma correta. Este pode ser diminuído ou prevenido, conforme atuação das instituições e profissionais de saúde.

Discussão Geral

Os achados deste estudo corroboram a literatura de que a vulnerabilidade antecede ao risco no processo saúde-doença^[3,4,7]. Durante o processo de utilização de medicamentos, as condições de vulnerabilidade (em suas três dimensões) são prévias ao desenvolvimento de risco, e particulares à cada indivíduo. O risco, este sim, é inerente ao uso do medicamento, e já documentado na literatura, serve como alvo para atuação dos

profissionais de saúde, pois sua redução e prevenção levam à diminuição de danos aos usuários.

Embora a ocorrência de riscos relacionados ao uso de medicamentos seja encontrada na literatura, principalmente através do registro e levantamento de eventos adversos e problemas relacionados a farmacoterapia^[15,16,17], a discussão acerca da vulnerabilidade neste processo permanece carente de maiores investigações a respeito.

Neste estudo, os achados sugerem a existência de uma linha muito tênue separando os conceitos e os sujeitos de pesquisa consideraram difícil identificar exatamente a diferença entre ambos.

Embora os conceitos de vulnerabilidade e risco tenham uma estreita relação, apresentam diferenças entre si. Enquanto o risco possui caráter analítico, evidenciado através dos estudos epidemiológicos tradicionais, a vulnerabilidade possui um caráter de síntese^[3], buscando partir do simples para o complexo, considerando questões abstratas e subjetivas, associadas ao processo de adoecimento^[18]. Representa um convite à reflexão das práticas em saúde hoje instituídas: ao utilizar o marco da vulnerabilidade em sua práxis, os profissionais da saúde contribuem na transformação destas práticas, em um novo fazer-saúde baseado no cuidado ao indivíduo-coletivo e instituída na transdisciplinariedade, cujo cuidado é responsabilidade de diferentes setores da sociedade.

Quando da utilização de medicamentos, as vulnerabilidades de cada indivíduo (assim como seus potenciais de enfrentamento) devem ser trabalhadas pelos profissionais de saúde a fim de evitar a exposição dos indivíduos a riscos, inerentes do processo.

Durante as fases do processo de utilização de medicamentos, os erros são cumulativos e aumentam conforme o tempo, levando ao surgimento de problemas relacionados à farmacoterapia (PRF). Estes, se não detectados, corrigidos e/ou prevenidos, podem levar ao risco de desenvolvimento de danos aos usuários^[10]. A ocorrência de danos aos usuários (reversíveis ou não) devido à utilização de medicamentos denomina-se morbidade relacionada a medicamento (MRM).

Desta forma, mesmo que um medicamento seja utilizado corretamente, há risco no uso de medicamentos, e este risco aumenta quando seu uso é incorreto, o que corrobora dados da literatura: a prevalência da morbidade relacionada a medicamentos é de até 7,1% em pacientes atendidos em nível ambulatorial e de 6,5% em pacientes internados. Em casos ambulatoriais, 58,9% desta morbidade poderia ter sido evitada, e em pacientes hospitalares, a prevenção da ocorrência de morbidade pode chegar a 41%^[10]. Mesmo

após a alta, 5,6% dos pacientes são readmitidos aos ambientes hospitalares devido à problemas relacionados à farmacoterapia, e em 46,5% dos casos esta situação é prevenível^[19]. Em um estudo, a incidência de eventos adversos em usuários idosos foi estimada em 9,8 eventos a cada 100 usuários/mês, a passo que 42% destes foram considerados passíveis de prevenção. Os autores concluíram que a maior parte dos eventos adversos poderia ter sido prevenida se o cuidado fosse reforçado no monitoramento e acompanhamento da farmacoterapia destes pacientes^[20]. A presença de PRM pode chegar a 27% das prescrições de alta^[21], e serem responsáveis por 5,6% do retorno destes pacientes às admissões hospitalares^[19]. Conforme demonstrado pelos achados deste estudo, o risco na utilização de medicamentos é inerente ao processo de uso, mesmo em condições ideais.

O que determina, portanto, que um mesmo indivíduo apresente problemas relacionados a medicamentos (PRMs) ou não?

A presença ou não de fatores de risco pode influenciar diretamente no desenvolvimento de PRMs. Neste estudo, alguns deles foram citados pelos sujeitos de pesquisa e correspondem à literatura^[22], como o nível de cognição e a automedicação. A grande maioria, no entanto, se refere às características do indivíduo e do serviço de saúde onde o mesmo se insere; crença sobre a doença e tratamento farmacológico; perfil do paciente e em seu contexto sociocultural, prescrições não adequadas, fragilidade das redes de atenção à saúde, não articulação dos serviços e dos profissionais da rede, baixa qualidade do medicamento em virtude de insegurança sanitária e falhas de comunicação entre profissional de saúde e usuário.

Ao analisar estes fatores, os mesmos podem ser considerados como características de dimensões da vulnerabilidade do usuário prévia à utilização de medicamentos: vulnerabilidade individual (nível de cognição, automedicação, crença sobre a doença e tratamento farmacológico), vulnerabilidade social (perfil do paciente em seu contexto sociocultural) e vulnerabilidade programática (as demais). Sendo assim, o risco é inerente ao uso do medicamento, mas sofre influência das condições prévias de vulnerabilidade do indivíduo, o que pode determinar a existência de PRMs ou não. O papel do profissional de saúde é crucial na prevenção e diminuição de PRMs, através de intervenção a fim de diminuir vulnerabilidades apostando no empoderamento e potencial de enfrentamento de cada indivíduo.

Fortalezas e limitações do estudo

Entre as fortalezas deste estudo, podemos citar a heterogeneidade dos sujeitos de pesquisa quanto à formação acadêmica, categoria profissional e campo de atuação. Os três níveis de atenção à saúde (atenção primária/atenção básica, atenção secundária e atenção terciária) foram contemplados na representatividade de seus egressos. A presença de sujeitos de pesquisa, por parte dos pesquisadores, dos mais diferentes campos de prática, enriquece os dados coletados bem como sua análise^[23]. Além disso, aproximar a prática com diferentes campos teóricos traz o envolvimento de uma diversidade de experiências e contribui para a qualidade da análise^[24]. Por se tratar de um estudo que versa diretamente sobre a atuação do profissional de saúde envolvido no processo de medicamentos no cuidado ao usuário, selecionar participantes que já estivessem com sua atuação restrita ao ambiente teórico-acadêmico poderia reduzir a potência e qualidade do trabalho. O engajamento dos participantes na discussão também foi outro ponto positivo. Não apenas a totalidade se fez presente para a coleta dos dados (apenas uma participante não pôde fazer parte do grupo, mas apenas por questões logísticas próprias), como a intensidade das contribuições e participações se deu durante todo o grupo focal.

Como maior limitação deste estudo podemos citar o reduzido número de participantes. Esta é uma característica da técnica de grupo focal, o que significa que os dados se referem a uma representação social do local do estudo e que outras coletas de dados a respeito do tema, em contextos e locais diferentes, podem contribuir para análise mais aprofundada e produção do conhecimento. Outra limitação do trabalho foi a não-realização de feedback dos dados para com os sujeitos de pesquisa, etapa esta sugerida por alguns autores para validação interna dos dados, mas que, no entanto, não pôde ser realizada pelos pesquisadores por motivos operacionais.

CONCLUSÃO

A incorporação do conceito de vulnerabilidade, e não apenas o conceito de risco, nas práticas em saúde que envolvam o processo de utilização de medicamentos, ainda constituem um desafio. Os achados deste estudo explicitam o protagonismo dos profissionais da área da saúde, sendo o seu papel essencial na incorporação das tecnologias atreladas ao cuidar que relacionem à uma prevenção da vulnerabilidade a problemas relacionados à farmacoterapia enquanto espaços potenciais para redução dos riscos de desenvolvimento de morbidade relacionadas a medicamentos.

Trabalhar na perspectiva do reforço à autonomia do usuário é entender que o processo de utilização de medicamentos não é vertical e atrelado somente ao

medicamento e os riscos relacionados à sua utilização, mas sim das relações que se estabelecem do usuário para com o seu tratamento, individualizando a farmacoterapia e os potenciais de enfrentamento das condições de saúde.

Declaração de aprovação em comitê de ética

O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição (CEP/GHC), Porto Alegre, Brasil, obtendo a aprovação do mesmo em 21/10/2014, sob o parecer consubstanciado de número 847.455. Todos os sujeitos de pesquisa forneceram consentimento livre e esclarecido por escrito.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MSC envolveu-se no desenvolvimento do projeto bem como em sua realização, revisando a escrita do mesmo, e depois realizando as correções de todas as versões do artigo. Além disso, foi moderador do encontro, conduzindo a discussão do grupo e fornecendo os dados para posterior coleta e análise. LE envolveu no desenvolvimento do projeto e na realização do estudo, fez a análise dos dados coletados e escreveu os primeiros rascunhos assim como a versão final deste artigo. O artigo teve a sua versão final aprovada por todos os autores. RSP foi observador participante e responsável pelo gerenciamento da gravação de áudio, não tendo se envolvido na análise dos dados ou na confecção e/ou escrita do artigo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflito de interesses.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes do estudo por sua valorosa e ímpar contribuição, e ao Grupo Hospitalar Conceição pela cedência do espaço físico para realização do encontro de grupo focal. Além disso, gostaríamos de agradecer a Rodrigo Silveira Pinto pela contribuição enquanto observador-participante bem como na montagem dos recursos audiovisuais da coleta de dados.

Financiamento

Este trabalho recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Fletcher, RH, Fletcher, SW, Fletcher, GS. **Epidemiologia clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. 53-59.
2. Ayres JRJM. **Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco**. *Cad Saúde Publica*. 2011; 27(7):1301-1311.
3. Ayres JRJM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. **Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS**. *Am J Public Health*. 2006; 96(6):1001-1006.
4. Bertolozzi, MR, Nichiata, LY, Takahashi, RF, Closak, SI. **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**. *Rev Esc Enferm USP*. 2009, 43(Esp 2):1326-1330.
5. Stewart, M. et al. **Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico**. Porto Alegre: Artmed, 2010.
6. Folkman S. Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and future directions. In: _____. **The Oxford Hand Book of Stress, health and coping**. New York, NY: Oxford University Press; 2011. p. 453-462.
7. Muñoz Sánchez, AI, Bertolozzi, MR. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):319-324.
8. Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: **Parker R. A AIDS no mundo**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.
9. Ayres JRJM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. **Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
10. Hepler, CD. **Improving the Quality of Medications Use: The Case for Medication Management Systems**. Paper presented at the Pharmaceutical Care Network for Europe Third International Working Conference on Pharmaceutical Care Research, Hillerod, Denmark, 2003. Expandido e revisado em 2010.
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. **Consolidated criteria for reporting qualitative research [COREQ]: a 32- item checklist for interviews and focus groups**. *Int J Qual Health Care*. 2007; 19: 349–357.
12. Clark JP. How to peer review a qualitative manuscript. In: _____. **Peer review in health sciences**. 2nd ed. Godlee FJT, editor. London: BMJ Books; 2003: p.219-235.
13. Barbour, R. **Grupos Focais**. Coleção Pesquisa Qualitativa. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

14. Minayo, MCS. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes; 2013.
15. Hamilton H, Gallagher P, Ryan C, et al. **Potentially inappropriate medications defined by STOPP criteria and the risk of adverse drug events in older hospitalized patients**. *Arch Intern Med*. 2011;171:1013-1019.
16. Krähenbühl-Melcher A, Schlienger R, Lampert, M, et al. **Drug-related problems in hospitals: a review of the recent literature**. *Drug Saf*. 2007;30:379-407.
17. Davies EC, Green CF, Taylor S, et al. **Adverse drug reactions in hospital in-patients: a prospective analysis of 3695 patient-episodes**. *PLoS ONE*. 2009;4:e4439.
18. Girondi JBR, Backes MTS, Argenta MI, Meirelles BHS, Santos SMA. **Risco, vulnerabilidade e incapacidade: reflexões com um grupo de enfermeiras**. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2010;12(1):20-27.
19. Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, et al. **Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands**. *Arch Intern Med*. 2008;168-1890-1896.
20. Gurwit JH, Field TS, Judge J, et al. **The incidence of adverse drug events in two large academic long-term care facilities**. *Am J Med*. 2005 Mar; 118(3):251-8.
21. Eichenberger PM, Lampert ML, Kahmann IV, et al. **Classification of drug-related problems with new prescriptions using a modified PCNE classification system**. *Pharm World Sci*. 2010;32:362–72.
22. Kaufmann CP, et al. **Determination of risk factors for drug-related problems: a multidisciplinary triangulation process**. *BMJ Open*. 2015; 5: 1-7.
23. Alvesson M, Kärreman D. **Qualitative Research and Theory Development. Mystery as Method**. London: Sage; 2011. In: Pohl P, Sandlund M, Ahlgren C, BergvallKåreborn B, Lundin-Olsson L, Wikman AM (2015) **Fall Risk Awareness and Safety Precautions Taken by Older Community-Dwelling Women and Men—A Qualitative Study Using Focus Group Discussions**. *PLoS ONE*. 2015;10(3):1-5.
24. Pohl P, Sandlund M, Ahlgren C, BergvallKåreborn B, Lundin-Olsson L, Wikman AM (2015) **Fall Risk Awareness and Safety Precautions Taken by Older Community-Dwelling Women and Men—A Qualitative Study Using Focus Group Discussions**. *PLoS ONE*. 2015; 10(3):1-15.

5. CAPÍTULO 2 – MANUSCRITO 2

Versão em português do manuscrito a ser submetido à publicação científica, adaptado conforme diretrizes de formatação ao periódico BMC Public Health:

**Risco e Vulnerabilidade no Processo de Utilização de Medicamentos: um estudo
Delphi.**

EINSFELD, L.; CASTRO, M. S.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Farmácia, Grupo de Pesquisa e Desenvolvimento em Atenção Farmacêutica, Porto Alegre, Brasil. 2015.

RISCO E VULNERABILIDADE NO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: UM ESTUDO DELPHI

Lídia Einsfeld¹, Mauro Silveira de Castro².

¹Farmacêutica, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Farmacêutica da Farmácia de Medicamentos Especiais, Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, Brasil.

²Professor Associado, Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Assistência Farmacêutica, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor para correspondência: Mauro Silveira de Castro

Departamento de Produção e Controle de Medicamentos, Faculdade de Farmácia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Avenida Ipiranga 2752, sala 603, 90610-000, Porto Alegre, RS, Brazil. Tel.: +55 51 33085414; fax: +55 51 33085437. Endereço de e-mail: mauro.silveira@ufrgs.br.

RESUMO

Introdução: Durante o processo de utilização de medicamentos, os problemas relacionados a farmacoterapia (PRF) podem levar ao risco de desenvolvimento de dano ao paciente, denominada morbidade relacionada a medicamentos (MRM). A prevalência de MRM em pacientes ambulatoriais é de 7,1%, e entre pacientes em internações hospitalares, 6,5%. O conceito de risco surgiu no campo da epidemiologia e define a probabilidade de um indivíduo adoecer devido a um agravo de saúde. Já o risco de vulnerabilidade expressa os potenciais de adoecimento, de não-adoecimento e de enfrentamento, relacionado a todos e à cada indivíduo. O objetivo do estudo foi estabelecer consenso de profissionais da área da saúde quanto aos conceitos de risco e vulnerabilidade, e suas influências no processo de utilização de medicamento.

Metodologia: técnica Delphi para consenso, com 20 sujeitos de pesquisa (farmacêuticos, médicos e enfermeiros atuantes em três diferentes níveis de atenção à saúde).

Resultados: Foram realizadas duas rodadas de avaliação de 49 assertivas. Quarenta obtiveram consenso maior de 80% e foram incluídas no instrumento final, e as demais excluídas.

Conclusão: a adoção do conceito de vulnerabilidade, em especial à sua dimensão programática, representa um desafio aos profissionais da saúde enquanto reorientação da prática profissional a fim de qualificar o cuidado aos usuários no processo de utilização de medicamentos.

Palavras-chave: Vulnerabilidade; Grupos de Risco; Sistemas de Utilização de Medicamentos; Técnica Delfos.

ABSTRACT

Background: During the medications use process, drug -related problems (DRP) can lead to risk of patient injury development, or drug-related morbidity (DRM). DRM prevalence in ambulatory patients is 7,1% and 6,5% at hospitalizations. The concept of risk emerged from clinical epidemiology and defines the probability of getting ill from an individual that is exposed to a grievance in health. Concept of vulnerability expresses the potential of illness, non-illness and facing related to all and each individuals. This study aimed to reach a consensus about concepts of risk and vulnerability and their influences on medications use process.

Methodology: consensus Delphi technique with 20 participants (pharmacists, physicians and nurses from three levels fields of practice on healthcare).

Results: two rounds of surveys were realized and from the original 49 itens of questionnaire, 40 reached consensus of 80% or more and included at the final questionnaire. The rest were excluded.

Conclusion: the adoption of vulnerability concept, particularly at its programmatic dimension, remains a challenge to healthcare professionals and their practice, aiming to improve care to the patient towards medications use process.

Keywords: Vulnerability; Risk Groups; Medications Use Systems; Deplhi technique.

INTRODUÇÃO

O Processo de Utilização de Medicamentos é um modelo lógico que busca explicar o fluxo de informações e a estrutura do sistema de utilização de medicamentos pelos usuários. O Processo é composto por três etapas: a fase do prescritor (que envolve desde a avaliação do problema de saúde até a indicação de um tratamento medicamentoso), a fase dos serviços farmacêuticos (dispensação do medicamento e aconselhamento do paciente) e finalmente a fase do cuidador ou do próprio usuário, onde administra-se o medicamento. A comunicação entre os profissionais envolvidos neste processo, bem como com o usuário, é de vital importância para que o sucesso do mesmo seja obtido^[1].

No entanto, quando a estrutura do sistema e do processo de uso de medicamentos, assim como o próprio fluxo de comunicação entre as fases do processo, é falho, aumenta-se o risco de ocorrência de erros e/ou não adesão (como por exemplo, erros de dispensação ou não cumprimento/concordância com o tratamento por parte dos pacientes), gerando falhas no resultado terapêutico objetivado.

Estes erros são cumulativos entre as fases do processo e podem aumentar conforme o tempo, levando ao surgimento de problemas relacionados à farmacoterapia (PRF). Estes, se não detectados, corrigidos e/ou prevenidos, podem levar ao desenvolvimento de dano e lesões aos usuários. A ocorrência de danos aos usuários

(reversíveis ou não) devido à utilização de medicamentos denomina-se morbidade relacionada a medicamento (MRM).

A prevalência da morbidade relacionada a medicamentos pode chegar a 7,1% em pacientes atendidos em nível ambulatorial e de 6,5% em pacientes internados. Em casos ambulatoriais, 58,9% desta morbidade poderia ter sido evitada, e em pacientes hospitalares, a prevenção da ocorrência de morbidade pode chegar a 41%^[1]. Mesmo após a alta, 5,6% dos pacientes são readmitidos aos ambientes hospitalares devido à problemas relacionados a farmacoterapia, e em 46,5% dos casos esta situação é prevenível^[2].

Sendo assim, ao prescrever-se, utilizar-se, ou dispensar-se um medicamento, dispara-se um processo que envolve diretamente o risco ao usuário, bem como a possibilidade de desenvolvimento de dano ao mesmo.

Os riscos envolvidos no uso de medicamentos estão documentados na literatura: através de pesquisa realizada na base de dados do Pubmed, utilizando os descritores "drug-related", "risk", "risk factor" e "medication", os pesquisadores encontraram 1053 artigos. A pesquisa foi então refinada utilizando os seguintes limites: revisão sistemática, ensaio clínico, meta-análise, com data de publicação entre os últimos 5 anos. Oitenta e sete artigos foram encontrados. Entre os achados da literatura, encontram-se fatores de risco que levam ao desenvolvimento de PRF. Kaufmann et al (2015)^[3], por meio de uma análise de triangulação de dados com participação de profissionais de saúde, identificou 27 fatores de risco ao desenvolvimento de PRF. Nove destes fatores de risco foram destacados como mais importantes para o processo: fatores ligados às características do próprio paciente (demência, cognição, uso de polifarmácia), fatores diretamente relacionados ao tipo de medicamentos utilizados (antiepilépticos, anticoagulantes, antiinflamatórios não-esteroidais, insulinas, medicamentos com estreita janela terapêutica), e da própria organização do paciente com o seu tratamento (falta de adesão ao tratamento, falta de acesso à informação, ou o não entendimento dos objetivos do tratamento)^[3].

A base de dados Cochrane foi consultada quanto aos descritores acima, no entanto, não foram encontrados artigos relacionados.

Risco consiste da probabilidade e chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde^[4]. Possui caráter analítico. Ao isolar um fenômeno em particular, utiliza-se de ferramentas estatísticas para determinar a associação entre efeitos patológicos ou não, a fim de identificar pessoas e características sob maior ou menor risco de exposição a eventos de saúde que podem acarretar o comprometimento

biopsicossocial dos indivíduos. Neste contexto, os fatores de risco são aquelas características associadas ao maior risco de ficar doente^[5].

A partir de década de 1980 surge uma nova vertente de pensamento no campo da epidemiologia: a epidemiologia clínica. Na busca por uma nova forma de prática médica, se ocupa das relações da clínica com a epidemiologia, ao utilizar-se de métodos estatísticos e análises de variáveis a fim de contribuir com a prática médica clínica. As ferramentas da epidemiologia (dentre eles o cálculo de risco), foram, então, aplicadas a fim de determinar, por exemplo, os fatores associados ao risco de doença, a acurácia de métodos diagnósticos, definição de tratamentos, medidas de prevenção, etiologia e custos. Na lógica da epidemiologia clínica, os fatores de risco são as características associadas ao maior risco de se ficar doente, baseado na análise de variáveis e correlações estatísticas entre as mesmas^[5].

Entretanto, se considerarmos que nem todas as pessoas estão da mesma forma expostas aos riscos, principalmente considerando os aspectos de iniquidade e desigualdade social, há uma lacuna no cuidado a ser preenchida. O profissional da saúde, ao utilizar o marco conceitual da integralidade em sua prática, necessita de ferramentas que possa utilizar ao entender a saúde como um todo. Nesse sentido, as discussões sobre a vulnerabilidade das pessoas ao risco fazem uma tentativa de resposta a esse novo modo de se fazer saúde. Em 1980, um dos esteios foi o enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS, tentando reconceituar a tendência individualizante e determinante da doença^[6].

Nessas discussões chegou-se a um conceito que fala da vulnerabilidade como uma expressão dos potenciais de adoecimento, não-adoecimento e de enfrentamento do indivíduo frente a problemas de saúde. Isso quer dizer que não apenas as fraquezas e debilidades devem ser avaliadas, mas também a capacidade de enfrentamento de problemas/agravos de saúde de cada indivíduo e de seu contexto. E esta avaliação não se dá apenas em nível individual, pois o indivíduo vive em um contexto social e em um contexto de um sistema de saúde, e esses aspectos devem ser levados em consideração. Portanto, as dimensões individual, social e programática estão presentes para serem analisadas quando se estuda vulnerabilidade.

A vulnerabilidade individual se refere ao grau de acesso e qualidade da informação dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde, e a sua compreensão quanto ao seu comportamento pessoal. Já a vulnerabilidade programática consiste da avaliação dos programas de saúde e mesmo dos serviços que compõe a rede, para enfrentamento das

enfermidades, a qualidade da assistência prestada e ao monitoramento de suas ações. Por fim, a vulnerabilidade social considera o contexto em que o indivíduo se insere, o poder do mesmo para participação na tomada de decisões políticas e institucionais, e as relações da comunidade a(s) qual(is) faz parte.

Sendo assim, enquanto o conceito de risco se ocupa de um caráter individualizante e probabilístico, o conceito de vulnerabilidade leva em conta um conjunto de aspectos: individuais, coletivos e contextuais, que levam à susceptibilidade à agravos e doenças.

As principais diferenças entre os conceitos de risco e vulnerabilidade estão representadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Diferenças entre os conceitos de Risco e Vulnerabilidade*

| Risco | Vulnerabilidade |
|---|---|
| Origem na Epidemiologia | Origem no enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS |
| Analítico | Sintético |
| Consiste da probabilidade e as chances de grupos populacionais de adoecerem e morrerem por algum agravo de saúde. | Expressa os potenciais de adoecimento, de não-adoecimento e de enfrentamento, relacionado à todos e a cada indivíduo. |
| Produto do olhar do profissional de saúde. | Produto das potencialidades de cada usuário. |

*Fonte: AYRES (2011)^[7], MUÑOZ SÁNCHEZ (2007)^[6], BERTOLOZZI (2009)^[8].

Quanto ao conceito de vulnerabilidade e o seu envolvimento no processo de utilização de medicamentos, ainda há pouca produção científica a respeito: quando realizada pesquisa na base de dados Pubmed, utilizando descritores "vulnerability", "drug-related" e "medication", foram encontrados 18 artigos. Utilizando os limites de refinamento de pesquisa utilizados anteriormente em relação ao conceito de risco (apenas publicações dos últimos 5 anos, do tipo meta-análise, ensaio clínico ou revisão sistemática), apenas um artigo foi encontrado. Quando consultada a base de dados Cochrane, para os descritores acima, não foram encontrados artigos relacionados.

A farmacoterapia é um dos recursos terapêuticos mais utilizados na prevenção e tratamento de agravos em saúde. Para sua utilização existe um processo, que apresenta uma série de problemas gerando danos aos usuários e um verdadeiro problema de saúde pública. Quase tudo é tratado como risco de uso ou de não-uso de medicamentos. No entanto, o conceito de risco consegue ser suficiente para explicar e discutir o uso ou não uso de medicamentos?

Este estudo tem como objetivo obter consenso de profissionais da área da saúde quanto aos conceitos de risco e vulnerabilidade, e suas influências no processo de utilização de medicamentos.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo buscando estabelecer consenso sobre a existência de vulnerabilidade e risco no processo de utilização de medicamento por indivíduos, na opinião de profissionais da área da saúde. Partiu-se do resultado de dados gerados em um grupo focal realizado previamente e a seguir relatado.

O objetivo dos métodos de consenso é determinar até que ponto os especialistas ou leigos concordam sobre uma determinada questão ou tema^[9]. O inquérito Delphi, enquanto método de consenso, consiste de um painel de especialistas que fornecem um feedback sobre uma série de afirmações, por meio de sucessivas rodadas de coletas de dados^[10]. Sendo assim, a discussão qualitativa não-estruturada é convertida em registro quantitativo estruturado de opiniões, de maneira explícita e transparente^[11].

O inquérito Delphi possui a vantagem de oferecer anonimato aos sujeitos de pesquisa no momento da coleta de dados, diminuindo assim a probabilidade de que alguns participantes modifiquem suas respostas com base na opinião de outros sujeitos de pesquisa altamente influentes^[12].

Construção do Questionário

O instrumento com as afirmações a serem avaliadas pelos sujeitos de pesquisa foi construído a partir da etapa preliminar do estudo, onde houve aplicação da técnica de grupo focal como técnica de investigação. Nesta etapa preliminar (artigo no prelo), três médicos, duas enfermeiras e três farmacêuticos, com campo(s) de prática distribuídos nos três níveis de atenção à saúde, participaram de um encontro de grupo focal acerca do tema de pesquisa. Os dados foram gravados, transcritos e analisados, constituindo as assertivas incluídas no instrumento para início da primeira rodada do estudo Delphi.

Sendo assim, as questões para votação partiram da vivência e prática dos próprios profissionais da área da saúde, ao invés de revisão da literatura. Os sujeitos de pesquisa participantes desta etapa preliminar foram diferentes daqueles que participaram do estudo Delphi.

Sujeitos de Pesquisa

Foram convidados a participar da pesquisa profissionais da área da saúde envolvidos no processo de utilização de medicamentos (farmacêuticos, enfermeiros e médicos), que estivessem atuando em campo(s) de prática nos três níveis de atenção à saúde: atenção básica (profissionais atuantes em Unidades Básicas de Saúde), atenção secundária (profissionais atuantes em ambulatórios especializados) e atenção terciária (profissionais atuantes em unidades de internação de um hospital de alta complexidade da região metropolitana de Porto Alegre). A amostragem dos profissionais foi intencional, a fim de compor a heterogeneidade necessária ao grupo quanto à classe profissional e campo de prática. A experiência dos sujeitos, foi fundamental para a escolha dos mesmos, valorizando a experiência e conhecimento de cada um.

Estes sujeitos de pesquisa foram convidados a avaliar as afirmações consignadas em um instrumento de pesquisa para realização da técnica de consenso Delphi, com base em seu conhecimento teórico e prático. Foram realizadas duas rodadas de coleta de dados com o objetivo de alcançar, no mínimo, 80% de consenso entre as respostas dos participantes, para cada questão do instrumento. A determinação de 80% enquanto ponto de corte foi estipulado pelos pesquisadores, conforme referencial teórico já apresentado^[12]. As questões que não alcançaram o percentual de concordância foram avaliadas pelos pesquisadores e retornaram à segunda rodada de coleta onde cada participante pôde, de forma anônima, concordar ou discordar com os demais sujeitos de pesquisa. As que não atingiram esse nível de consenso foram rejeitas e excluídas do questionário final que compõe o estudo.

Procedimento de Coleta

A primeira rodada da técnica Delphi incluiu uma breve apresentação dos objetivos do projeto e uma descrição do mesmo, além de orientações para preenchimento do instrumento. Dois artigos da literatura foram enviados aos participantes para consulta, caso achassem necessário (“Improving the Quality of Medications Use: The Case for Medication Management Systems”^[1] e “Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva”^[8]). A literatura disponibilizada foi a mesma enviada aos participantes da etapa preliminar de construção do instrumento.

A comunicação entre os pesquisadores e sujeitos de pesquisa foi conduzida por meio de e-mail. O contato telefônico foi realizado apenas quando do surgimento de dúvidas dos participantes no momento do preenchimento do instrumento, e respondido por este meio pelos pesquisadores. Todos os e-mails foram enviados individualmente aos participantes, a fim de manter a privacidade e sigilo dos mesmos. Os participantes

receberam um email apresentando brevemente o propósito do estudo bem como a natureza da sua participação, incluindo o objetivo de alcançar o consenso com outros sujeitos de pesquisa, completando as rodadas do estudo. Apenas após responderem confirmando o interesse em participar do estudo, foi enviada uma nova correspondência, com o instrumento para preenchimento, assim como Termo de Consentimento (TCLE) assinado pelo pesquisador responsável, e um formulário de caracterização do participante. Os documentos foram enviados, preenchidos e assinados (no caso do TCLE) pelo sujeito de pesquisa, ao pesquisador responsável.

Ao enviarem os instrumentos já respondidos, os participantes receberam uma mensagem de agradecimento dos pesquisadores, além de informação indicando que nas próximas semanas receberiam uma nova mensagem com os resultados da primeira rodada, bem como questionário para a segunda rodada de coleta.

Os participantes foram convidados a classificar 49 questões referentes à interface dos conceitos de risco e vulnerabilidade com o processo de utilização de medicamentos, classificando sua opinião quanto às mesmas como "concordo totalmente", "concordo parcialmente", ou "discordo totalmente". Uma última coluna denominada "comentários" foi colocada à disposição para que os participantes pudessem fazer as considerações que julgassem necessárias.

Ao final da primeira rodada, os participantes preencheram um documento acerca de sua formação acadêmica e atual campo de prática onde desenvolvem suas atividades.

Os documentos de coleta foram enviados à pesquisadora por e-mail, sem ter ocorrido, portanto, encontro presencial entre os participantes da pesquisa.

A segunda rodada do inquérito Delphi foi similar à primeira, com a particularidade de apresentar os resultados da primeira coleta de dados, conforme previsto no uso da técnica. O instrumento foi modificado a fim de refletir a distribuição, em porcentagem, das respostas da primeira rodada e dos principais comentários produzidos acerca de cada questão. Os sujeitos de pesquisa foram convidados a avaliar as questões que não obtiveram consenso na primeira rodada.

Quanto aos aspectos éticos, foi considerada a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Para tanto, o projeto foi analisado pelo Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Conceição/GHC, obtendo a aprovação do mesmo sob o parecer consubstanciado de número 955.544 (25/02/2015).

Análise de Dados

A análise dos dados foi realizada por meio de análise estatística descritiva (frequências e porcentagens), calculada para cada questão, após o término de cada rodada.

Os dados qualitativos encontrados na sessão de comentários foram analisados separadamente por cada pesquisador e depois discutidos em grupo para buscar refinar os dados gerados pelas recomendações dos participantes quanto a cada questão. As questões com mais de 80% em qualquer uma das categorias de avaliação ("concordo totalmente", "concordo parcialmente" e "discordo") foram consideradas como consenso entre os participantes e quando necessário, sofreram alteração quanto ao seu texto original, considerando os comentários produzidos pelos sujeitos de pesquisa.

RESULTADOS

Caracterização dos participantes

A primeira rodada do estudo Delphi contou com a participação de 20 sujeitos de pesquisa. As características demográficas, de formação e atuação profissional estão demonstradas na Tabela 2.

Tabela 2 - Caracterização dos participantes do estudo Delphi após primeira rodada de coleta, segundo características de sexo, idade, formação e atuação profissional.

| Variável | | n(%) | |
|-------------------------------|---------------------------|-----------------------|----------|
| Sexo | | | |
| | Feminino | 16 (80%) | |
| Idade | | | |
| | 25 a 29 anos | 3 (15%) | |
| | 30 a 39 anos | 8 (40%) | |
| | 40 a 49 anos | 3 (15%) | |
| | Acima de 50 anos | 6 (30%) | |
| Categoria profissional | | | |
| | Farmacêutico | 6 (30%) | |
| | Médico | 7 (35%) | |
| | Enfermeiro | 7 (35%) | |
| Área de Atuação | | | |
| | Atenção Primária à Saúde | 13 (65%) | |
| | Ambulatório Especializado | 6 (30%) | |
| | | Infectologia | 5* (25%) |
| | | Oncologia | 3* (15%) |
| | | Internação Hospitalar | 4 (20%) |

| | | | |
|-----------------|--|------------------|---------|
| | | Infectologia | 2 (10%) |
| | | Emergência | 1 (5%) |
| | | Farmácia Central | 1 (5%) |
| Formação | | | |
| | | Especialização | 8 (40%) |
| | | Residência | 7 (35%) |
| | | Mestrado | 4 (20%) |
| | | Doutorado | 1 (5%) |

*dois participantes possuem mais de uma área de atuação.

A maioria dos participantes foi do sexo feminino (80%), com idade entre 30 a 39 anos (40%). A composição do grupo de participantes quanto à categoria profissional se aproximou do equilíbrio de representatividade entre médicos, farmacêuticos e enfermeiros.

Quanto à área de atuação dos sujeitos de pesquisa, os mesmos distribuem-se entre os três níveis de atenção à saúde, e em sua maioria, desenvolvem suas atividades em serviços de atenção primária à saúde. Além disso, os participantes ligados à atenção básica declararam exercer suas atividades apenas neste nível de atenção, não se traduzindo nos demais níveis de atenção à saúde.

Todos os sujeitos de pesquisa apresentaram alguma formação em nível de pós-graduação, sendo a mais comum especialização (além disso, três sujeitos também declararam ter realizado mais de uma especialização), seguida pela formação através de residência.

Primeira Rodada

O fluxo de todo o processo para chegar ao presente consenso encontra-se explicitado na Figura 2.

Das 49 assertivas do instrumento inicial, 29 obtiveram consenso por parte dos participantes já na primeira rodada do estudo (Tabela 3). Dezesesseis seguiram para a segunda rodada de avaliação por parte dos sujeitos de pesquisa, e quatro foram excluídas, uma vez que as afirmativas foram adaptadas, levando-se em consideração as contribuições dos participantes. Essa nova redação foi inserida como novas assertivas passaram à avaliação da segunda rodada. As questões foram categorizadas pelos pesquisadores segundo as dimensões: risco (R), Vulnerabilidade (V), Vulnerabilidade Individual (V1), Vulnerabilidade Programática (V2), Vulnerabilidade Social (V3).

Figura 2 - Diagrama de consenso para afirmações encontradas após duas rodadas da Técnica Delphi

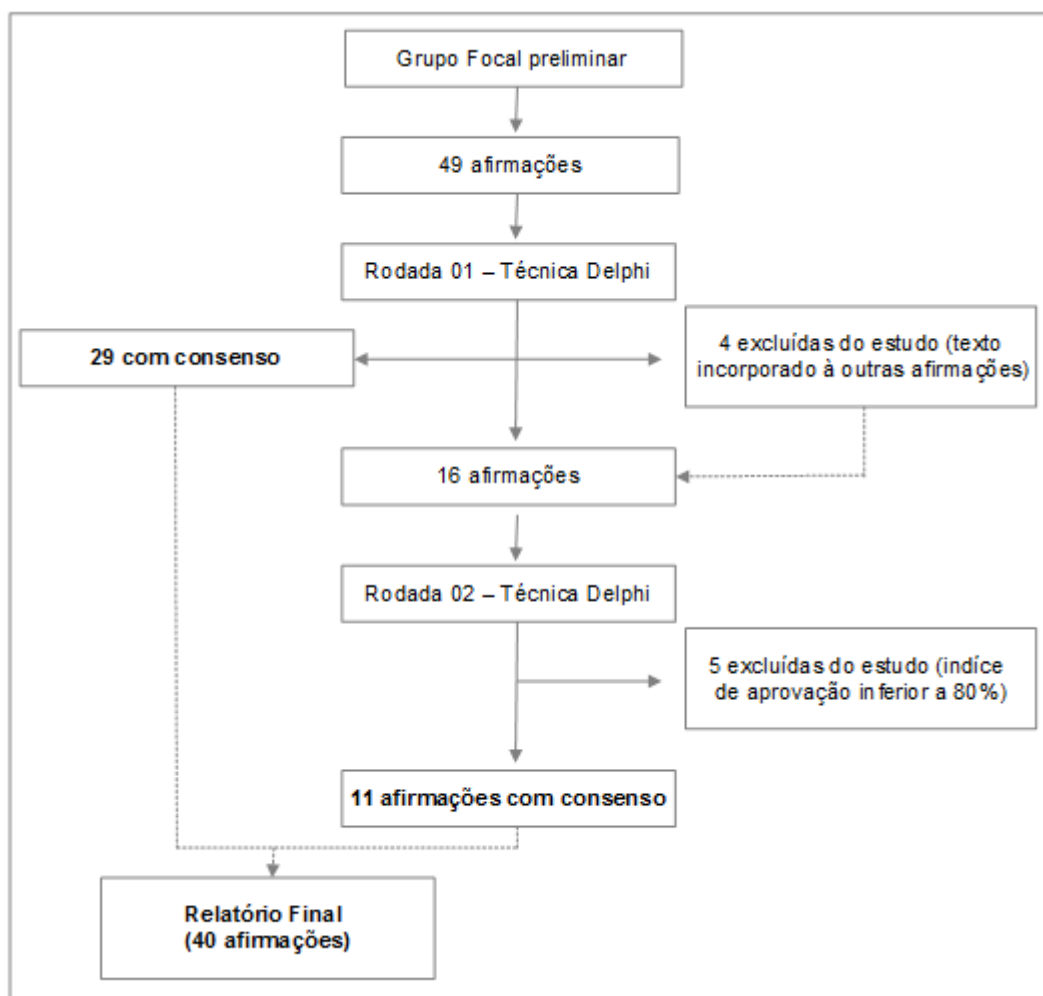


Tabela 3 - Afirmações de consenso após primeira rodada de avaliação

| | Texto original | Texto final, se modificado do original | Dimensão | Resultado* |
|----|--|--|-----------|------------|
| 1. | Existe risco inerente ao uso de medicamentos, mesmo em condições ideais. | Sem alteração | R | 100,00% |
| 2. | O risco aumenta (frente ao uso em condições ideais) quando o medicamento não é utilizado de forma correta. | Sem alteração | R | 95,00% |
| 3. | Sempre que se avaliar risco ou vulnerabilidade de uma pessoa deve-se levar em consideração seu contexto (biopsicossocial, inclusive cultural). | Sem alteração | R, V1, V3 | 90,00% |
| 4. | Na avaliação de risco deve-se levar em consideração a relação da pessoa com seu(s) medicamento(s). | Sem alteração | R | 90,00% |

| | | | | |
|-----|---|---------------|--------|---------|
| 5. | É necessário saber o que as pessoas pensam do medicamento, pois muitas vezes temos que desconstruir a “automedicação irracional” (p.ex: Emagrecedor 7 ervas ou <i>Coscarque</i> , porque escutou no rádio) quando de educação em saúde; | Sem alteração | V1 | 95,00% |
| 6. | Existe risco no processo de uso de medicamentos, se os profissionais da saúde não forem devidamente qualificados, treinados e não utilizarem evidências científicas em sua prática clínica. | Sem alteração | R | 100,00% |
| 7. | O uso incorreto de medicamentos pode levar risco para a comunidade, como no caso da TB, do HIV, onde o uso incorreto do tratamento pode levar a cepas resistentes. | Sem alteração | R | 95,00% |
| 8. | A relação da pessoa com seu tratamento e sua comunidade influencia não só no modo de utilização do medicamento, mas também na sua adesão ao tratamento. | Sem alteração | V1, V3 | 95,00% |
| 9. | Existe risco no uso de medicamentos se o processo de comunicação entre usuário e profissional da saúde não for adequado. | Sem alteração | R | 95,00% |
| 10. | O processo de comunicação entre os profissionais de saúde é fundamental para evitar a exposição do usuário a novos riscos. | Sem alteração | R | 95,00% |
| 11. | A falta de acesso a medicamentos aumenta o risco de dano aos pacientes/usuários de medicamentos. | Sem alteração | R | 95,00% |
| 12. | A conciliação de medicamentos (entre medicamentos prescritos em internação e medicamentos disponíveis na rede) diminui o risco do usuário. | Sem alteração | R | 90,00% |
| 13. | A insegurança sanitária eleva o risco no processo de uso de medicamentos (p. Ex: uso de medicamentos falsificados, contrabandeados ou de má qualidade). | Sem alteração | R | 95,00% |
| 14. | Os interesses da indústria e das farmácias comerciais pelo lucro e a propaganda para a automedicação ou consumo de medicamentos aumenta o risco no processo de uso de medicamentos. | Sem alteração | R | 90,00% |
| 15. | O processo de uso de medicamento possui elementos multifatoriais, por consequência, o risco é multifatorial. | Sem alteração | R | 94,70% |
| 16. | Existe um dilema ético no manejo do indivíduo que se torna risco para a comunidade: o risco individual <i>versus</i> o risco coletivo. | Sem alteração | R | 90,00% |
| 17. | A polifarmácia (utilização de 5 ou mais medicamentos e associações, por uma única pessoa) aumenta o risco de problemas no processo de uso de medicamentos. | Sem alteração | R | 100,00% |
| 18. | A dificuldade de acesso a profissionais prescritores aumenta o risco no processo de uso de medicamentos. | Sem alteração | R | 100,00% |

| | | | | |
|-----|---|---|--------|---------|
| 19. | A troca constante de profissionais que prestam o cuidado potencializa a exposição a riscos no processo de uso de medicamentos. | Sem alteração | R | 85,00% |
| 20. | A vulnerabilidade possui aspectos relacionados ao indivíduo, como déficit cognitivo, mas também outros tipos de déficit, como o econômico, o social, pois o indivíduo vive em um contexto social (de violência, de cultura e possui sua própria autonomia). | Sem alteração | V1, V3 | 100,00% |
| 21. | Existe um <i>continuum</i> entre vulnerabilidade e risco, sendo que a primeira antecede a segunda. Na realidade elas se articulam, por uma intersecção existente entre as duas. Portanto, os conceitos de risco e vulnerabilidade possuem uma interface com limites muito tênues. | Sem alteração | R, V | 84,21% |
| 22. | Ter consciência da vulnerabilidade ajuda a resolver/prevenir o dano. | Sem alteração | V1 | 85,00% |
| 23. | A sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde aumenta o risco para o paciente submetido a um processo de uso de medicamentos. | Sem alteração | R, V2 | 90,00% |
| 24. | Quando as prescrições de internação são diferentes daquelas que o paciente pode acessar após a alta, aumenta a exposição do paciente à riscos e à morbidade. | Sem alteração | R, V2 | 80,00% |
| 25. | O paciente ambulatorial possui mais autonomia que um paciente hospitalizado (quando sua autonomia fica reduzida a quase zero). | O paciente ambulatorial possui mais autonomia que um paciente hospitalizado (quando sua autonomia fica reduzida a quase zero), dependendo do acesso ao medicamento e às orientações sobre o tratamento. | R, V | 80,00% |
| 26. | A vulnerabilidade antecede ao risco. | Sem alteração | V | 80,00% |
| 27. | É quase impossível conhecer toda a vulnerabilidade de uma pessoa. | É quase impossível conhecer a vulnerabilidade de uma pessoa em sua totalidade, mas o profissional de saúde pode fazer a sua avaliação a respeito. | V | 80,00% |

| | | | | |
|-----|---|--|---|--------|
| 28. | A realização de visitas domiciliares ajuda na prevenção e diminuição de risco no uso de medicamentos. | A realização de visitas domiciliares ajuda na prevenção e diminuição de risco no uso de medicamentos, dependendo da qualificação da execução desta visita e do caso do paciente, sendo mais efetiva em casos mais específicos (pacientes com multimorbidade, polifarmácia e incapacidades). | R | 85,00% |
| 29. | Toda a parte do processo de uso de medicamento sob coordenação do profissional de saúde pode estar correto, mas é em sua execução que as dúvidas surgem, a memória falha ou o necessário não foi dito ou compreendido. Isso aumenta o risco e, muitas vezes, não está ligado à vulnerabilidade, mas a própria execução do processo. | Toda a parte do processo de uso de medicamento sob coordenação do profissional de saúde pode estar correto, mas na sua execução, dúvidas podem surgir, a memória pode falhar ou o necessário pode não ser dito ou compreendido. Isso aumenta o risco e, muitas vezes, não está ligado à vulnerabilidade, mas à própria execução do processo. | R | 90,00% |

*O resultado foi considerado como porcentual de respostas "concordo totalmente" na afirmativa.

Segunda rodada

A segunda rodada do estudo Delphi contou com a participação de 17 sujeitos de pesquisa, ou seja, 85% da amostra inicial da primeira rodada. A amostra foi composta de seis farmacêuticos, cinco enfermeiros e cinco médicos.

Das 16 assertivas do instrumento inicial, 11 obtiveram consenso nesta segunda rodada do estudo. Cinco afirmativas não obtiveram consenso e foram excluídas do instrumento do estudo. As assertivas que alcançaram consenso na segunda rodada encontram-se relatadas na Tabela 4, identificadas de 30 a 40. As questões foram categorizadas pelos pesquisadores segundo as dimensões: risco (R), vulnerabilidade (V), vulnerabilidade individual (V1), vulnerabilidade programática (V2), vulnerabilidade social (V3).

Tabela 4 - Afirmações de consenso após segunda rodada de avaliação

| | Texto original | Texto final, se modificado do original | Dimensão | Resultado* |
|----|---|--|----------|------------|
| 30 | As pessoas já possuem uma condição de vulnerabilidade antes de utilizar medicamentos. | Algumas pessoas (não todas) encontram-se em situação de vulnerabilidade antes de utilizar o medicamento, assim como pode ocorrer o contrário: há pessoas que não estão em situação de vulnerabilidade e que no entanto necessitam utilizar medicamentos. | R, V | 94,12% |
| 31 | A “magia do efeito do medicamento” torna a pessoa mais vulnerável, p. ex.: uma vez que utiliza medicamento para dislipidemia, acredita que poderá comer mais alimentos gordurosos. | A “magia do efeito do medicamento” pode tornar a pessoa mais vulnerável. p. ex.: indivíduos que acreditam que, uma vez que utilizam medicamento para dislipidemia, podem comer mais alimentos gordurosos. | V1 | 82,32% |
| 32 | Existe risco no uso de medicamentos devido a que as redes de atenção à saúde são atualmente frágeis, bem como o uso de processos como os processos de referência x contra referência e matriciamento. | A atual fragilidade das redes de atenção à saúde torna as pessoas vulneráveis no processo de uso de medicamentos, assim como a fragilidade dos processos de referência x contra referência e matriciamento. | R, V2 | 94,12% |
| 33 | A fragmentação da seleção de medicamentos em níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) aumenta o risco de um resultado negativo no processo de uso de medicamento. | A fragmentação da seleção de medicamentos em níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) aumenta o risco de um resultado negativo no processo de uso de medicamento, além de dificultar o acesso ao mesmo. A dificuldade de acesso e pouca comunicação entre os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção acaba fragmentando também em o cuidado do usuário e a coordenação do cuidado. | R | 88,24% |
| 34 | A dispensação de medicamentos no mesmo espaço que a equipe multidisciplinar de saúde, protege os pacientes de riscos, pois contribui para a comunicação entre os profissionais sobre o andamento do tratamento. | A dispensação de medicamentos no mesmo espaço que a equipe multidisciplinar de saúde, pode proteger os pacientes de riscos, pois contribui para um possível acesso melhor a medicamentos e a uma melhor relação terapêutica entre profissionais e usuário sobre o andamento do tratamento. | R, V2 | 82,36% |

| | | | | |
|----|--|--|--------|--------|
| 35 | A pessoa hospitalizada tem sua autonomia diminuída, aumentando seu risco. Por outro lado, também aumenta sua vulnerabilidade em contraste com o atendimento ambulatorial, ou seja, o grau de vulnerabilidade pode mudar com o local de atendimento e a autonomia concedida à pessoa (p. Ex: no bloco cirúrgico a vulnerabilidade é total). | Sem alteração | V2 | 82,36% |
| 36 | Em pacientes portadores de doenças crônicas o risco pode ser aumentado pela compreensão da doença, pela revolta de ser um “doente crônico”, por pensar que não fazer “não vai dar nada”, pela perda social que tem por utilizar medicamentos (rótulo de “doente”). | Em pacientes portadores de doenças crônicas o risco pode ser aumentado pela compreensão da doença, pela revolta de ser um “doente crônico”, por pensar que não fazer “não vai dar nada”, pela perda social que tem por utilizar medicamentos (rótulo de “doente”). Nestes casos o profissional de saúde deve estar atento o apoio a este usuário, com vistas ao empoderamento do mesmo e ao seu autocuidado. | R | 94,12% |
| 37 | Os chamados “grupos de risco” já não existem, e sim condições sociais que levam a comportamentos de risco. | Sem alteração | R1, V3 | 82,36% |
| 38 | O conceito de vulnerabilidade surgiu quando a atuação de alguns profissionais de saúde reduziu a pessoa ao risco, esquecendo aquilo que é inerente a pessoa e seu contexto. | Sem alteração | V | 82,36% |
| 39 | Fatores genéticos podem tornar a pessoa mais vulnerável, e o profissional de saúde, sendo sabedor dessa informação, pode fazer uma melhor gestão dos riscos. | Fatores genéticos e/ou biológicos podem tornar a pessoa mais vulnerável, e o profissional de saúde, sendo sabedor dessa informação, pode fazer uma melhor gestão dos riscos, conjuntamente às demais características contextuais que ajudam ou prejudicam as pessoas em suas decisões por saúde ou doença. | R, V3 | 88,24% |
| 40 | Quanto maior o conhecimento da pessoa sobre si (empoderado), menor é a sua vulnerabilidade, menor o risco de algum erro, inclusive quando da administração de medicamentos em ambiente hospitalar. | Sem alteração | V1 | 82,36% |

*O resultado foi considerado como porcentual de respostas "concordo totalmente" na afirmativa.

As questões que não alcançaram consenso mínimo de 80% entre o grupo de participantes, seja na primeira ou segunda rodada estão apresentadas na Tabela 5, identificadas de 41 a 49.

Tabela 5 - Afirmações que não obtiveram consenso, entre o grupo de participantes, após duas rodadas de avaliação

| | Texto original | Texto final, se modificado do original | Resultado* |
|----|---|--|-----------------------------|
| 41 | A dispensação de medicamentos no mesmo espaço que a equipe multidisciplinar de saúde faz o atendimento, protege os pacientes de riscos, pois facilita o acesso. | Sem alteração | 30,00% após primeira rodada |
| 42 | Na Atenção Primária em Saúde a vulnerabilidade é mais social e no hospital é mais física (causas biológicas). | Sem alteração | 50,00% após primeira rodada |
| 43 | A vulnerabilidade é o “risco do risco” ou o risco indireto de um certo evento ocorrer. | Sem alteração | 70,57% após primeira rodada |
| 44 | A dispensação de medicamentos sempre no mesmo espaço que a equipe multidisciplinar de saúde faz o atendimento, protege os pacientes de riscos, pois permite conhecer melhor esta pessoa que utiliza o medicamento. | Sem alteração | 60,00% após primeira rodada |
| 45 | A pessoa vulnerável pode ter o uso de medicamento inadequado por opção do cuidador ou do profissional da saúde como forma de contenção da pessoa, de vingança ou para “tirar do ar”. | Sem alteração | 70,60% após segunda rodada |
| 46 | A autonomia para não adesão reduz o risco de muitos pacientes, quando expostos à prescrições de má qualidade. | Sem alteração | 37,50% após segunda rodada |
| 47 | O viver tem muito de ter prazer e algumas doenças podem afetar a dimensão do prazer (HIV x sexo; diabetes e HAS x comer, beber, fumar) então existe um “limite para limitar o prazer de viver” e o profissional da saúde muitas vezes tenta colocar o “cabresto” e isto, de certa forma, é um risco para a não utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas. | Sem alteração | 76,48% após segunda rodada |

| | | | |
|----|---|---|----------------------------|
| 48 | É difícil compreender e delimitar a diferença entre vulnerabilidade e risco, mas vulnerabilidade é exposição e risco é usar ou não usar o medicamento. | É difícil compreender e delimitar a diferença entre vulnerabilidade e risco, mas vulnerabilidade é exposição e risco é usar ou não usar o medicamento. Vulnerabilidade tem relação com a situação de vida da pessoa, resiliência e capacidade para enfrentamento de situações adversas. Risco tem relação com fatores específicos relacionados ao indivíduo, ao ambiente ou ao processo de autocuidado. | 70,60% após segunda rodada |
| 49 | A atuação do profissional de saúde pode se dar de forma opressora às pessoas, infantilizando (paizinho, mãezinha, vozinha), despersonalizando, tirando o poder do usuário, colocando-o como coadjuvante. Esta postura torna a pessoa mais vulnerável. | A atuação do profissional de saúde por vezes se dá de forma opressora às pessoas, infantilizando ("paizinho", "mãezinha", "vozinha"), despersonalizando, tirando o poder do usuário, colocando-o como coadjuvante. Esta postura torna a pessoa mais vulnerável. | 78,57% após segunda rodada |

*O resultado foi considerado como porcentual de respostas "concordo totalmente" na afirmativa.

DISCUSSÃO

A segunda rodada de avaliação obteve a participação de 85% dos participantes da primeira rodada. Inicialmente, 20 pessoas (sete médicos, sete enfermeiros e seis farmacêuticos) fizeram a devolução do instrumento, enquanto na segunda rodada houve a participação de 17 pessoas (cinco médicos, seis enfermeiros, seis farmacêuticos).

Os índices de abstenção na técnica Delphi encontram-se normalmente entre 20 e 30%^[13], ou seja, a perda encontrada no estudo encontra-se em início inferior àquele já previsto inicialmente pela literatura. Além disso, ressalta-se que a técnica Delphi se sustenta na qualidade da formação dos experts e não na quantidade de atores envolvidos. Da mesma forma, a representatividade entre os núcleos profissionais foi mantida para a segunda rodada.

O maior número de afirmações relativas ao conceito de risco pode estar relacionado a que este conceito está mais internalizado na prática profissional em saúde. Este achado reflete os dados da literatura. O conceito de risco tem orientado uma diversidade de intervenções em saúde^[7], caracterizando abordagens pautadas no modelo biomédico de atenção à saúde.

A adoção da vulnerabilidade enquanto marco conceitual também para a práxis em saúde é um convite para superação deste modelo, colocando como possibilidade a incorporação de práticas cuja essência é o cuidado ao indivíduo coletivo^[6]. Esta transição no lastro teórico do fazer saúde está evidenciada também no consenso encontrado para a afirmativa nº 38: “O conceito de vulnerabilidade surgiu quando a atuação de alguns profissionais de saúde reduziu a pessoa ao risco, esquecendo aquilo que é inerente à pessoa e seu contexto”.

Quanto a risco no contexto do processo de utilização de medicamentos, ficou estabelecida pelo grupo a concordância com a afirmativa de que risco é inerente ao uso de medicamentos. Entretanto, identificaram-se situações em que há aumento do risco e outras em que se pode diminuí-lo, consolidado na afirmativa de que o processo de utilização de medicamentos possui elementos multifatoriais (afirmativa nº 15). Esses elementos vão desde a organização dos processos de trabalho dos serviços e equipes de saúde, passando pelo empoderamento dos usuários de medicamentos e chegando a políticas públicas da área da saúde.

A definição de que também há vulnerabilidade no processo de utilização de medicamentos retoma a questão de que existem aspectos do indivíduo que o tornam vulnerável, não somente na dimensão individual, mas também quanto às desigualdades sociais e econômicas contextualizadas em uma cultura que pode trazer ainda mais vulnerabilidade. A vulnerabilidade antecede ao risco e se articula com este, pois existe um *continuum* entre vulnerabilidade e risco. Entretanto, é quase impossível conhecer toda a vulnerabilidade de uma pessoa: é necessário um processo de comunicação adequado para se ter conhecimento da mesma.

Estratégias também são apresentadas tanto para a redução da vulnerabilidade como do risco. Neste sentido, a descrição das afirmativas quanto à vulnerabilidade e que foram consensuadas pelos participantes, possuem vínculo com o proposto como classificação da vulnerabilidade em dimensões individual, social e programática^[4,6,8].

A questão da vulnerabilidade programática, ou seja, aquela que influi sobre o processo de utilização de medicamentos devido à organização do programa e dos serviços de saúde, foi diretamente ligada, também, a questão do risco na maioria das afirmativas (80% das afirmações identificadas como pertencentes à dimensão programática da vulnerabilidade também foram relacionadas ao conceito de risco). Portanto, se não há intervenção em nível de vulnerabilidade programática, pode haver o risco de desenvolvimento de um Problema Relacionado a Farmacoterapia, e a partir daí o dano e lesão ao usuário.

O papel da vulnerabilidade programática é central no desenvolvimento de Problemas Relacionados a Farmacoterapia (PRF), pois é pelo acompanhamento do usuário de medicamentos, monitoramento do tratamento medicamentoso e detecção, correção e prevenção de PRF que é possível a diminuição da morbidade relacionada a medicamentos (MRM). A morbidade relacionada a medicamentos é, muitas vezes, prevenível^[14] e pelo consenso estabelecido neste estudo move-se da vulnerabilidade para o risco.

Há que se destacar que existem aspectos relacionados à vulnerabilidade que estão ligados diretamente ao indivíduo e seu contexto (dimensões individual e social da vulnerabilidade) e estas também podem levar ao desenvolvimento de PRF no momento em que a pessoa recebe um tratamento medicamentoso enquanto proposta de um plano terapêutico. A prescrição medicamentosa dispara este processo, havendo a exposição a PRF e o seu desenvolvimento, cuja manifestação pode levar a danos aos usuários, ou seja, morbidade relacionada a medicamentos (MRM).

Os fatores de risco para desenvolvimento de PRF variam conforme a literatura e a metodologia utilizada para coleta dos mesmos. As técnicas quantitativas costumam privilegiar a presença dos PRF ao analisá-los em determinada etapa do processo de cuidar, enquanto as técnicas de abordagem qualitativa incluem os sujeitos diretamente envolvidos no processo de utilização de medicamentos. Estas costumam destacar fatores de risco diferenciados, como por exemplo no estudo desenvolvido por Kaufmann^[3], onde condições clínicas como demência e comprometimento da função renal, foram destacadas como fator de risco para desenvolvimento de PRF, em detrimento à idade do usuário.

A presença de PRF pode chegar a 27% das prescrições de alta^[15], e serem responsáveis por 5,6% do retorno destes pacientes às admissões hospitalares^[2].

Pelo consensuado pelos profissionais da saúde participantes do estudo e assumindo como inerente a questão da vulnerabilidade, se houver a identificação de fatores que predisõem a esta, existe a possibilidade de intervenções com fins à prevenção de problemas relacionados a farmacoterapia (PRF). Estes, caso não sejam tratados, levam por fim, ao aumento do risco de desenvolvimento de morbidade relacionada a medicamentos (MRM), pois ultrapassam o risco inerente ao uso do medicamento.

A vulnerabilidade enquanto marco conceitual pode nos levar à reflexão quanto à uma análise crítica das práticas em saúde. Sánchez *et al* a consideram "um convite para

renovar as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, através do trabalho com diferentes setores da sociedade, e transdisciplinariedade"^[6].

CONCLUSÃO

Os achados deste estudo sugerem que ambos risco e vulnerabilidade estão envolvidos no processo de utilização de medicamentos. A vulnerabilidade antecede ao risco, havendo a existência de um *continuum* entre ambos os conceitos. As condições de vulnerabilidade são específicas a cada indivíduo, e prévias à utilização de medicamentos: a prescrição medicamentosa, uma das ferramentas mais utilizadas na construção de planos terapêuticos, pode expor o usuário a riscos, os quais são inerentes ao uso de medicamentos e sofrem influência das questões de vulnerabilidade de cada indivíduo. Sendo assim, a adoção da vulnerabilidade enquanto marco conceitual da prática profissional oportuniza aos profissionais da área da saúde a intervenção em fatores relacionados às questões de vulnerabilidade do indivíduo, enquanto potencial de enfrentamento à incidência de problemas relacionados a farmacoterapia e à prevenção da morbidade relacionada a medicamentos.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MSC envolveu-se no desenvolvimento do projeto bem como em sua realização, revisando a escrita do mesmo, e depois realizando as correções de todas as versões do artigo. LE envolveu no desenvolvimento do projeto e na realização do estudo, tendo feito a coleta dos dados (contato e convite aos participantes e distribuição dos instrumentos de pesquisa). A análise dos dados foi feita conjuntamente entre MSC e LE. LE escreveu os primeiros rascunhos assim como a versão final deste artigo. O artigo teve a sua versão final aprovada por todos os autores.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os pesquisadores declaram não possuir conflitos de interesse.

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos participantes do estudo por sua valorosa e ímpar contribuição, e ao Grupo Hospitalar Conceição por ceder o espaço físico para realização do encontro de grupo focal.

Financiamento

Este trabalho recebeu o apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

REFERÊNCIAS

1. Hepler, C. D. **Improving the Quality of Medications Use: The Case for Medication Management Systems**. Paper presented at the Pharmaceutical Care Network for Europe Third International Working Conference on Pharmaceutical Care Research, Hillerod, Denmark, 2003. Expandido e revisado em 2010.
2. Leendertse AJ, Egberts AC, Stoker LJ, et al. **Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands**. *Arch Intern Med*. 2008; 6:168-1890.
3. Kaufmann CP, et al. **Determination of risk factors for drugrelated problems: a multidisciplinary triangulation process**. *BMJ Open*. 2015; 5: 1-7.
4. Ayres JRJM, Paiva V, Franca I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. **Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS**. *Am J Public Health*. 2006; 96(6):1001-6.
5. Fletcher, RH, Fletcher, SW, Fletcher, GS. **Epidemiologia clínica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014; 53-59.
6. Muñoz Sánchez, AI, Bertolozzi, MR. **Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?** *Ciência & Saúde Coletiva*. 2007; 12(2):319-324.
7. Ayres JRJM. **Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco**. *Cad Saúde Pública*. 2011; 7(7):1301-1311.
8. Bertolozzi, MR, Nichiata, LY, Takahashi, RF, Closak, SI. **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**. *Rev Esc Enferm USP*. 2009; 43(Esp 2):132-30.
9. Jones J, Duncan H. **Consensus methods for medical and health services research**. *BMJ*; 1995;311:376-80.
10. Beehler PG, Funderburk JS, Possemato K, Vair CL. **Developing a measure of provider adherence to improve the implementation of behavioral health services in primary care: a Delphi study**. *Implementation Science*; 2013, 8:19, 1-14.

11. Pope, C, Ziebland, S, Mays, N. Analisando dados qualitativos. In: Pope R, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009. p. 83.
12. Hsu CC, Sandford BA: **The Delphi technique: making sense of consensus**. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. 2007, 12(10):1–8.
13. Wright, JTC; Giovinazzo, RA. **Delphi - uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo**. *Cadernos de Pesquisas em Administração*. 2000; 1(12):54-65.
14. Kalish, LM, Gauchney, GE, Barrat JD, Ramsay EN, Kiiler G, Gilbert AL, Roughead E. **Prevalence of preventable medication-related hospitalizations in Australia: an opportunity to reduce harm**. *International Journal for Quality in Health Care*. 2012; 24 (3): 239-249.
15. Eichenberger PM, Lampert ML, Kahmann IV, et al. **Classification of drug-related problems with new prescriptions using a modified PCNE classification system**. *Pharm World Sci*. 2010;32:362–72.

6. DISCUSSÃO GERAL

Neste trabalho, optou-se pela técnica de grupo focal enquanto técnica para coleta de dados para a fase preliminar, por se tratar de uma metodologia que traz a possibilidade de os sujeitos de pesquisa expressarem seus sentimentos e experiência acerca dos temas propostos, além da identificação de conceitos e percepções de um grupo específico, representados neste estudo pelos profissionais de saúde. O emprego do grupo focal enquanto técnica em pesquisa na área da saúde permite a formulação de teorias que posteriormente possam ser testadas por estudos quantitativos, o que também era de interesse do grupo de pesquisadores neste trabalho (NOGUEIRA-MARTINS, 2004). Portanto, a partir das falas dos sujeitos de pesquisa, coletadas através da técnica de grupo focal na primeira etapa, foi possível explorar o entendimento dos profissionais da saúde acerca do tema, de forma preliminar e exploratória. A utilização da técnica de grupo focal como fase exploratória é um dos usos mais comuns destinados à técnica (BARBOUR, 2009), e quando utilizada com este objetivo em um estudo com métodos mistos, os agrupamentos temáticos podem ser descritos já neste estágio (POPE, 2009). Desta maneira, os agrupamentos temáticos gerados nesta etapa preliminar, a partir das percepções dos profissionais de saúde acerca do tema, constituíram o instrumento inicial de afirmativas a serem avaliadas por um grupo maior de profissionais da área da saúde, composto por outros sujeitos de pesquisa que não os participantes da primeira etapa, através da técnica Delphi para consenso.

A segunda etapa de coleta, constituída através de técnica Delphi, permitiu extrapolar as afirmativas geradas, compiladas através de questionamento de concordância por outro grupo de participantes. Uma das vantagens deste método é a possibilidade de anonimato por parte dos participantes, diminuindo a possibilidade de influência da opinião de pessoas mais influentes ou de cargos de chefia sobre a opinião gerada pelos sujeitos de pesquisa (HSU, 2007). Neste estudo, este fato se apresentou como vantagem em detrimento a outros métodos, visto termos tido a participação de coordenadores de serviço conjuntamente com colegas subordinados a estes, o que poderia influenciar nas respostas dos mesmos caso a opção dos pesquisadores tivesse sido por uma técnica de consenso que lançasse mão da necessidade de participação de forma presencial, como a técnica de grupo nominal, por exemplo.

A maioria das afirmativas do questionário inicial alcançou consenso após duas rodadas de avaliação pelos participantes: 40 questões foram avaliadas com mais de 80% para opção “concordo totalmente” (81,63%), nove questões foram excluídas ou não

obtiveram 80% de consenso em nenhuma das opções disponíveis de avaliação: “concordo totalmente”, “concordo parcialmente” e “discordo totalmente” (18,36%). Nenhuma questão foi adicionada pelos participantes na segunda e última etapa de avaliação.

Os pontos de vista elaborados a partir da etapa preliminar, e que não obtiveram consenso após duas rodadas estão descritas na Tabela 5 do Manuscrito 2, e em geral versam a respeito do local de dispensação de medicamentos (questões 41 e 44) de condutas profissionais que podem levar ao risco e vulnerabilidade (questões 45 a 47).

Ainda que haja consenso entre os participantes de que a dispensação de medicamentos no mesmo local da equipe de saúde promova a proteção a riscos, observada através de aprovação da questão número 34 (“a dispensação de medicamentos no mesmo espaço que a equipe multidisciplinar de saúde, pode proteger os pacientes de riscos, pois contribui para um possível acesso melhor a medicamentos e a uma melhor relação terapêutica entre profissionais e usuário sobre o andamento do tratamento”), as questões 41 e 44 não obtiveram consenso. A questão de número 41, que utiliza o termo “sempre” para designar esta potencialidade da dispensação no cuidado, e a questão de número 44, que utiliza o termo “facilitar o acesso”, foram recebidas com resistência e estranhamento, e mesmo após duas rodadas de avaliação, não houve consenso em relação às mesmas.

A argumentação dos sujeitos de pesquisa versa em torno, principalmente, da necessidade de recursos humanos e profissionais capacitados para tal atendimento (presença de farmacêuticos e/auxiliares de farmácia) e da preocupação para com a facilidade do acesso, na medida em que deve ser acompanhada pela qualidade e segurança deste acesso (principalmente em nível hospitalar).

O marco regulatório para o conceito de dispensação de medicamentos ainda é a Lei nº 5991, de 17 de dezembro de 1973, onde a dispensação é entendida como “ato de fornecimento ao consumidor de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, a título remunerado ou não” (BRASIL, 1973), e até hoje alimenta discussões quanto a sua definição e papel no processo de cuidado (ANGONESI, 2008). A dispensação de medicamentos, mais do que a simples entrega do medicamento, constitui macro-componente da atenção farmacêutica (IVAMA, 2002) e no contexto estabelecido pelos sujeitos de pesquisa, é um espaço potencial não apenas para o acesso do medicamento, mas a um processo de cuidado relacionado a ele, contemplando a monitorização do tratamento, onde o seu cumprimento é necessário ao alcance de resultados clínicos desejados. No Brasil, a Política Nacional de Atenção Básica orienta as Unidades Básicas de Saúde a constituírem em sua estrutura física um local para

dispensação de medicamentos (BRASIL, 2011), no entanto não há legislação específica que determine a realização da dispensação em mesmo serviço de saúde que os demais serviços da equipe (junto às equipes mínimas de Estratégia Saúde da Família), havendo portanto uma multiplicidade de modelos, estando as farmácias muitas vezes muito distantes dos domicílios dos usuários e mesmo do restante da equipe da saúde. Sendo considerada um ponto de atenção à saúde, a farmácia e sua equipe podem encontrar dificuldades na perspectiva do cuidado ao usuário quando se encontra distante do restante da equipe de saúde, uma vez que limita sua participação juntos às equipes multidisciplinares. Também o restante da equipe assistencial fica com seu trabalho prejudicado, por não possuírem dados sobre a adesão aos tratamentos e cumprimento à farmacoterapia prescrita, por exemplo.

E, mais do que a falta em estruturas físicas, encontra-se a dificuldade em tornar a dispensação de medicamentos um espaço potencial de cuidado, e não apenas de acesso; de tecnologias leves que a tornem uma atividade clínica e realmente efetiva no monitoramento das terapias medicamentosas.

Outras questões não obtiveram consenso mesmo após duas rodadas de avaliação estavam diretamente relacionadas a condutas profissionais no processo de cuidado. As questões 45 a 47 foram excluídas do questionário final e estão relacionadas à prescrições de má qualidade, condutas para “castigar” ou “vingar-se” do usuário e posturas verticais (utilizando-se do termo “colocar cabresto”, inclusive).

Os achados deste trabalho encontram-se em consonância com a literatura. A relação do usuário com o sistema de saúde pode ter como consequência a ocorrência de danos não relacionados à evolução da doença ou enfermidade, mas sim com as práticas, produtos, procedimentos e sistemas sanitários, levando ao desenvolvimento de iatrogenia (STARFIELD, 2008). O não desenvolvimento de consenso em relação a esta temática, que fala diretamente da prática profissional de cada um, e demanda reflexão de cada um em relação às suas próprias condutas, pode ter encontrado na técnica de coleta de dados empregada neste estudo uma limitação para discussão e desenvolvimento. Temas considerados muito “delicados” possivelmente demandam um espaço que permita uma discussão mais ampla e mais densa, e a técnica Delphi possui em sua nêemese o não desenvolvimento de discussão entre os pares a metodologia se prove válida. Neste sentido, o grupo focal se apresenta como uma válida para abordagem do tema (BARBOUR, 2009), e o desenvolvimento de novos estudos a respeito são necessários.

Os resultados da segunda etapa do estudo corroboram os achados da etapa preliminar: ambos os conceitos de risco e vulnerabilidade estão envolvidos no processo

de utilização de medicamentos, havendo um *continuum* entre os conceitos. A vulnerabilidade antecede ao risco, mas há uma interface entre risco e vulnerabilidade. As condições de vulnerabilidade são específicas a cada indivíduo, e prévias à utilização de medicamentos: a partir da existência de uma prescrição de medicamentos, há a possibilidade exposição deste usuário a riscos, uma vez que o risco é inerente ao uso de medicamentos, estando sempre presente, mesmo se utilizado em sua forma correta. O risco pode ser diminuído ou prevenido, conforme atuação das instituições e profissionais de saúde. No entanto, há fatores que influenciam no aumento ou diminuição da vulnerabilidade do usuário no processo de utilização de medicamentos: existem questões individuais e sociais, relacionados ao perfil do usuário, sua relação com o tratamento e sua relação com a comunidade, mas também questões em relação aos serviços e profissionais de saúde tornarem os usuários vulneráveis a riscos, devido à dificuldade de organização da rede de saúde e acesso a serviços e principalmente, medicamentos. As questões 24 e 33 do questionário final aprovado pelos sujeitos de pesquisa, por exemplo, versam sobre a dificuldade de acesso ao medicamento devido à dificuldades de padronização e organização dos serviços entre os diferentes níveis de atenção à saúde: “quando as prescrições de internação são diferentes daquelas que o paciente pode acessar após a alta, aumenta a exposição do paciente a riscos e à morbidade” e “A fragmentação da seleção de medicamentos em níveis de atenção (atenção primária, secundária e terciária) aumenta o risco de um resultado negativo no processo de uso de medicamento, além de dificultar o acesso ao mesmo, a dificuldade de acesso e pouca comunicação entre os profissionais de saúde nos diferentes níveis de atenção acaba fragmentando também em o cuidado do usuário e a coordenação do cuidado”.

Neste contexto de vulnerabilidade programática, a organização dos serviços de saúde em níveis de atenção é fundamental para a construção das redes de atenção à saúde (MENDES, 2011). As Redes de Atenção à Saúde (RAS), enquanto arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, devem ser articuladas pelas necessidades em saúde da população, a fim de garantir a integralidade do cuidado. O tratamento medicamentoso, enquanto ferramenta de cuidado, ocupa papel central no processo de organização da rede, e portanto da estrutura dos serviços.

O medicamento, enquanto ferramenta de cuidado, compõe grande parte dos projetos terapêuticos propostos por profissionais de saúde aos usuários. Neste contexto, o risco quando da sua utilização (e mesmo de sua não utilização) desperta o interesse dos profissionais envolvidos e orienta também a produção científica neste sentido, pois constitui uma preocupação no sentido de reduzir danos e morbidade relacionada a

medicamentos. Os conceitos de prevenção quaternária e desprescrição médica, por exemplo, surgiram da discussão da comunidade médica a partir da necessidade de prevenir o desenvolvimento de iatrogenia relacionada à lógica medicalizante da prática clínica (NORMAN, 2009; GÓMEZ SANTANA, 2015).

Fatores de risco têm sido estudados a fim de determinar quais medicamentos ou quais usuários possuem um perfil que predisponha ao desenvolvimento de problemas relacionados a medicamentos (KAUFFMAN, 2015; URBINA, 2014; RASHED, 2014). No entanto, esta perspectiva pode caracterizar a replicação de um modelo de atenção à saúde vertical no cuidado ao usuário: um olhar que parte do profissional de saúde, que determina quais pessoas estarão mais ou menos expostas quando da utilização do medicamento.

E, ainda que esta avaliação seja inevitável e necessária na avaliação do profissional (afirmação corroborada com este estudo, conforme questões 3, 4 e 10 do relatório final descrito no Manuscrito 2), o que se encontra no centro do processo de utilização de medicamentos é o próprio indivíduo. O que determina o desenvolvimento de problemas relacionados a medicamentos é muitas vezes a relação da pessoa para com o seu tratamento, sua condição clínica, sua crença sobre a mesma e sobre os medicamentos que utiliza. Enfim, sua visão para com o processo e o modo como interage com ele, inclusive da sua relação com os serviços de saúde, e os profissionais que neste se constituem. Sendo assim, quando adotamos o conceito de vulnerabilidade no processo de cuidar relacionado ao medicamento, estamos realocando o usuário no centro do cuidado, em face do medicamento.

O conceito de risco está atrelado a uma lógica vertical e de determinação, de predisposição a certas condições clínicas, determinadas via cruzamento de variáveis e processos estatísticos bem definidos. Mas se o risco conseguisse dar conta de explicar o processo em sua totalidade, por que algumas pessoas desenvolvem problemas relacionados a medicamentos e outras não?

O entrelaçamento dos conceitos discutidos neste trabalho, a partir dos resultados deste estudo, encontra-se descrito na Figura 3.

Os resultados sugerem que a vulnerabilidade é singular a cada indivíduo, surge da sua relação com o seu conceito de cuidado, mas também para o contexto e com a comunidade a que se insere. Emerge a partir de cada indivíduo e expressa não apenas o potencial de adoecimento, mas também suas potencialidades, autonomia, e condições de enfrentamento (AYRES, 2006). Estas condições são prévias à utilização de medicamentos. São, portanto, essenciais no trabalho do profissional de saúde, uma vez

que a partir de uma prescrição medicamentosa, pode estar expondo a pessoa a riscos. As condições de vulnerabilidade do usuário são passíveis de intervenção por parte da equipe e dos profissionais de saúde, ocorrendo na perspectiva da troca e da interação entre usuário-profissional-comunidade-gestor. Uma vez que o risco é inerente ao uso do medicamento, a atuação do profissional junto às condições de vulnerabilidade pode influenciar no desenvolvimento ou não de riscos e problemas relacionados a farmacoterapia. E conseqüentemente, na prevenção do desenvolvimento de dano ao usuário no processo, ou morbidade.

Neste trabalho, sugere-se que a atuação do profissional de saúde pode se dar nas três dimensões da vulnerabilidade. Mesmo a vulnerabilidade individual, que parte do indivíduo e de sua relação com sua condição de saúde-doença, pode e deve ser trabalhada pelas equipes de saúde através de uma relação horizontal de cuidado, voltada para uma perspectiva de cuidado que potencialize a autonomia do sujeito e seu protagonismo no processo de saúde-doença. Segundo os sujeitos de pesquisa, a atuação frente à prevenção de vulnerabilidade individual é mais limitada, e representa um desafio aos profissionais de saúde, no entanto existe a possibilidade de desenvolvimento de estratégias com o objetivo de potencializar o empoderamento do usuário e sua autonomia são perspectivas que se abrem para a atuação do profissional da saúde. A gestão autônoma da medicação, por exemplo, vem sendo desenvolvida no campo da saúde mental com o objetivo de resgatar a participação ativa dos usuários em relação à sua farmacoterapia (RODRIGUEZ, 2008). O sofrimento dos usuários em relação ao uso de medicamentos levou a construção de uma metodologia de trabalho que permitisse a troca, entre profissionais da saúde e usuários quanto a sua utilização (CAMPOS, 2012).

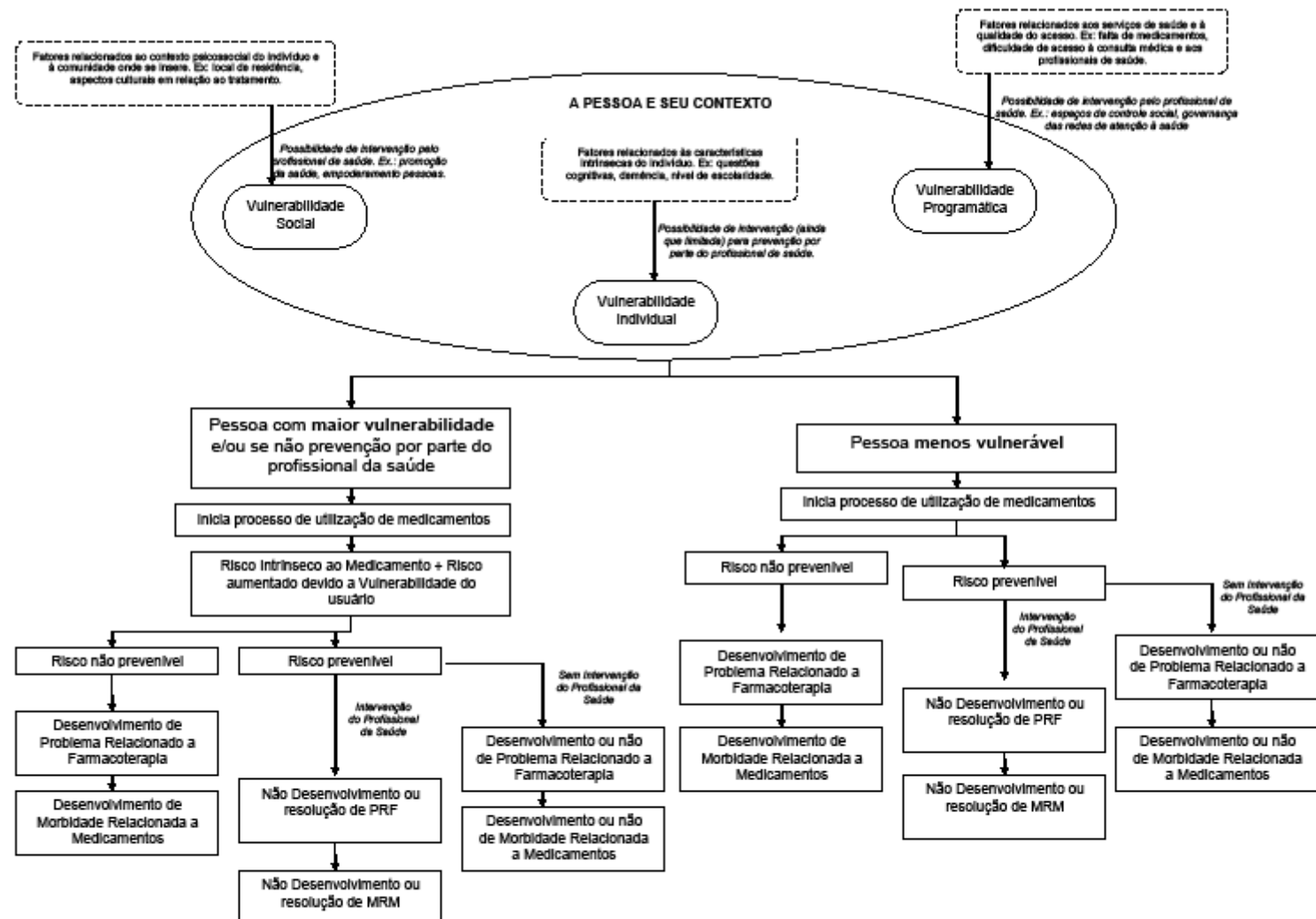


Figura 3 – Relações dos conceitos de Risco e Vulnerabilidade e suas influências no Processo de Utilização de Medicamentos. Fonte: Autoria própria.

A dimensão social da vulnerabilidade, versando a partir do contexto de cada usuário e de sua relação com sua comunidade, abre um leque de possibilidades com vistas à intersetorialidade, integralidade do cuidado e principalmente, ações de promoção à saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF), enquanto constituição estruturante da atenção primária à saúde no Brasil, pode ser considerada espaço potencial singular para o desenvolvimento destas intervenções. A ESF possui entre suas diretrizes a organização do processo de trabalho a partir responsabilização do cuidado da população de seus territórios adscritos (BRASIL, 2011). Permite a troca entre usuários e profissionais da saúde, e a inserção deste em suas comunidades (MENDES, 2012). Atuando através das famílias e do contexto que as cercam, é possível atuar a fim de prevenir vulnerabilidades que podem levar ao desenvolvimento de riscos, com atividades e processos de trabalhos voltados à promoção da saúde a seus usuários.

As questões de vulnerabilidade programática foram particularmente destacadas neste trabalho, pelos sujeitos de pesquisa, enquanto fatores potenciais para aumento do risco no processo de utilização de medicamentos. A falta de medicamentos, a dificuldade de acesso a estes e mesmo aos próprios profissionais de saúde, os processos de trabalho que prejudiquem o vínculo e a comunicação entre equipe e pacientes, tornam o usuário vulnerável previamente ao uso do medicamento. A gestão colegiada e os espaços de controle social e de participação social são essenciais para enfrentamento desses problemas e reorganização do sistema não apenas com vistas à garantia do acesso, mas à qualidade do mesmo.

De uma maneira geral, a adoção do conceito de vulnerabilidade na prática profissional das equipes de saúde possibilita um novo leque de intervenções com vistas à potencializar a autonomia do usuário. A pessoa, e apenas ela, é detentora do saber acerca da sua condição de saúde e de sua experiência com a doença e com sua saúde (STEWART, 2010). Respeitando isso, o profissional de saúde deve utilizar-se de estratégias que possam potencializar o potencial de enfrentamento de cada um.

Em um campo do saber onde o risco ainda é predominante nas discussões quanto ao uso do medicamento, com vistas à segurança do paciente e ao uso racional dos medicamentos, é imperativo que as práticas em saúde se pautem na perspectiva do usuário, e permeiem os processos de cuidar. Mesmo uma dispensação de um medicamento, uma vez respeitada suas normativas legais, é diferente de usuário para usuário: pois cada um relaciona de uma maneira com o seu tratamento, e carrega consigo uma experiência única para com o mesmo. São características singulares de cada pessoa, e que tornam cada ser humano único. Estas características já estão presentes

quando o uso do medicamento entra em pauta, e são estas que devem reorientar as práticas em saúde dos profissionais envolvidos na assistência farmacêutica.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pessoa é o centro do processo de utilização de medicamentos, assim como no processo de cuidado, e possui condições de vulnerabilidades e potenciais de enfrentamento particulares a cada um. Estas condições são específicas de cada indivíduo, e prévias à utilização de medicamentos. A partir de uma prescrição medicamentosa, esta pode expor o usuário a riscos, uma vez que o risco é inerente ao uso de medicamentos. O papel do profissional de saúde é fundamental para prevenção e diminuição de vulnerabilidade, de riscos, e por fim, de danos aos usuários, a partir de uma prática profissional que reconhece e potencializa o protagonismo do usuário neste processo, utilizando a pessoa como centro do processo utilização de medicamentos.

Esta pesquisa oportunizou a reflexão quanto às práticas em saúde hoje desenvolvidas, em especial no campo da assistência farmacêutica. A vulnerabilidade enquanto marco conceitual para novas práticas permitiu trazer ao centro da discussão do uso de medicamentos o grande ator do processo de utilização de medicamentos: o indivíduo.

8. REFERÊNCIAS

ANGONESI, D. Dispensação farmacêutica: uma análise de diferentes conceitos e modelos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.13, p. 629-640, 2008. Suplemento.

AYRES, J. R. C. M. Desenvolvimento histórico-epistemológico da Epidemiologia e do conceito de risco. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n.7, p.1301-1311, 2011.

AYRES, J. R. C. M; FRANÇA, J. I; CALAZANS, G; SALLETI H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R; PARKER, R (Org.). *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. 1999. p. 50-71,

AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. *Am J Public Health*. v. 96, n.6, p.1001-1006, 2006.

BARBOUR, R. *Grupos Focais*. Coleção Pesquisa Qualitativa. 1ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2009.

BERTOLOZZI, M. R; NICHATA, L. Y; TAKAHASHI, R. F; CLOSAK, S. I. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev Esc Enferm USP*, São Paulo, v. 43 (Esp 2), p.1326-1330, 2009.

BLACK, N. Métodos para desenvolvimento de consenso. In: POPE, C; MAYS, N (Org.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 147 – 155.

BRASIL, Lei nº 2.448, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil 2011, 21 out.

BRASIL, Lei nº 5.991, de 17 de Dezembro de 1973. Dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1973, 19 dez.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. *Capacitação para implantação dos serviços de clínica farmacêutica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 308 p.

BRYINAN, A. Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 119.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko et al . Adaptação multicêntrica do guia para a gestão autônoma da medicação. *Interface (Botucatu)*, Botucatu , v. 16, n. 43, p. 967-980, Dec. 2012 .

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Informação & Sociedade: estudos*, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 141-158, 2000.

FLETCHER, R. H; FLETCHER, S. W; FLETCHER, G. S. *Epidemiologia clínica*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 53-59,

FOLKMAN, S. Stress, Health, and Coping: Synthesis, Commentary, and future directions. In: *The Oxford Hand Book of Stress, health and coping*. New York, NY: Oxford University Press, 2011. p. 453-462.

GÓMEZ SANTANA M.C; GAVILÁN-MORAL E; VILLAFAINA-BARROSO A; JIMÉNEZ-DE GRACIA, L. Prescrição prudente y deprescripción de fármacos como herramientas para la prevención cuaternaria. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. v. 10, n. 35, p. 1-8, 2015.

GRAINGER-ROUSSEAU, T.J.; MIRALLES, M.A.; HEPLER, C.D.; SEGAL, R.; DOTY, R.E.; BEM-JOSEPH, R. Therapeutics Outcomes Monitoring: Application of Pharmaceutical Care Guidelines to Community Pharmacy. *Journal of the American Pharmaceutical Association*, v. NS37, n.6, p.647-661, 1997.

HEPLER, C. D. Improving the Quality of Medications Use: The Case for Medication Management Systems. In: PHARMACEUTICAL CARE NETWORK FOR EUROPE THIRD INTERNATIONAL WORKING CONFERENCE ON PHARMACEUTICAL CARE RESEARCH, Hillerod, Denmark, 2003. Expandido e revisado em 2010.

HSU C.C; SANDFORD, B.A. The Delphi technique: making sense of consensus. *Practical Assessment, Research & Evaluation*. v. 12, n.10, p. 1-8, 2007.

IVAMA, A.M. *et al. Consenso brasileiro de atenção farmacêutica: proposta*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002. 24p.

KAUFMANN, C.P. *et al.* Determination of risk factors for drugrelated problems: a multidisciplinary triangulation process. *BMJ Open*. v.5, p.1-7, 2015.

LEENDERTSE, A. J; EGBERTS, A. C; STOKER, L. J. *et al.* Frequency of and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*. v. 6, p.168-1890, 2008.

LEITE, S.N., VASCONCELLOS, M. P. C.; Os diversos sentidos presentes no medicamento: elementos para drug-related hospital admissions and morbidity in hospitalized patients – a uma reflexão em torno de sua utilização. *Arquivos Catarinenses de Medicina*. Vol. 39, no. 3, de 2010.

MANN, J; TARANTOLA, D. J. M., NETTER, T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: PARKER, R. *A AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará. p. 276-300, 1993.

MENDES, E. V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

MENDES, Eugênio Vilaça *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.:

MINAYO, M.C.S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 33ª Edição. Petrópolis: Editora Vozes; 2013.

MUÑOZ SÁNCHEZ, A.I; BERTOLOZZI, M.R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a

construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p.319-324, 2007.

NOGUEIRA-MARTINS, M.C.F; BÓGUS, C.M. Considerações sobre metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e Sociedade*, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p.44-57, 2004.

NORMAN, A.H; TESSER, C.D. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 2012-2020, 2009 .

POPE, N; ZIEBLAND, S; MAYS, N. Analisando dados qualitativos. In: POPE, C.; MAYS, N. (Org.). *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 77 – 95.

RASHED, A. N. et al. Epidemiology and potential risk factors of drug-related problems in Hong Kong paediatric wards. *British Journal of Clinical Pharmacology*. v. 77, p.873–879, 2014.

RODRIGUEZ, L.; PERRON, N.; OUELLETTE, J.N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, R. et al. (Orgs.). *Pesquisa avaliativa em saúde mental: desenho participativo e efeitos da narrativa*. São Paulo: Hucitec, 2008. p.125-62.

STARFIELD, B; HYDE, J; GÉRVAS, J; HEATH, I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health*. v. 62, n. 7, p. 580-583, 2008.

SOUZA, T. T. *Morbidade e mortalidade relacionadas a medicamentos: revisão sistemática e meta-análise de estudos observacionais*. 326 p. Dissertação (Mestrado) – Pós-graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

STEWART, M. et al. Medicina centrada na pessoa: transformando o método clínico. Porto Alegre: Artmed, 2010.

URBINA, O. et al. Patient risk factors for developing a drug-related problem in a cardiology Ward. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. v. 11, p. 9-15, 2014.

WENG, M. C. et al. The impact of number of drugs prescribed on the risk of potentially inappropriate medication among outpatient older adults with chronic diseases. *QJM*, [S.l.], v. 106, n. 11, p. 1009-1015, 2013.

WEISMAN, D.S.; BASHIR, L.; MEHTA, A.; BHATIA, L.; LEVINE, S.M.; METE, M.; PADMORE, J.S. A medical resident post-discharge phone call study. *Hospital Practice* v. 40(2), p.138-46, 2012.

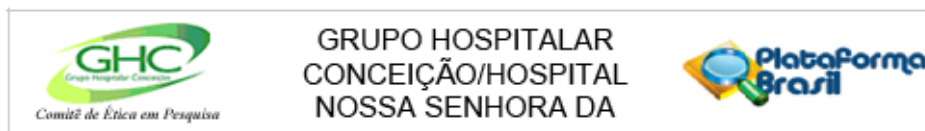
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global partnerships for health. *WHO drug information*. Genebra : v.13, supl.2, p.61-64, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global strategy for containment of antimicrobial resistance*. Genebra, 2001. p.100.

9. ANEXOS

9.1 ANEXO A

Parecer Comitê de Ética em Pesquisa nº 847.455



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RISCO E VULNERABILIDADE NO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Lídia Einsfeld

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34696214.1.0000.5530

Instituição Proponente: Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 847.455

Data da Relatoria: 21/10/2014

Apresentação do Projeto:

Introdução: Dentre os recursos terapêuticos mais utilizados, encontra-se com destaque as medidas farmacológicas, que representam até 50% dos atendimentos realizados. Durante o processo de utilização de medicamentos, o usuário pode estar exposto a problemas relacionados à farmacoterapia (PRFs), que por sua vez podem levar ao desenvolvimento de morbidade relacionada a medicamentos (MRM). Este contexto demanda uma atenção longitudinal no acompanhamento e monitoramento destes pacientes e do modo como utilizam seus medicamentos. Os conceitos de risco e vulnerabilidade são ferramentas potentes para a práxis destes profissionais de saúde envolvidos no processo longitudinal de cuidado pois levam em consideração os potenciais de adoecimento e de enfrentamento, relacionados a todo e a cada indivíduo. **Objetivo do estudo:** Analisar a percepção de sujeitos envolvidos no Processo de Utilização de Medicamentos quanto a exposição dos usuários a problemas relacionados à farmacoterapia (PRFs) e sua vulnerabilidade ao desenvolvimento de morbidade relacionada a medicamentos (MRM). **Metodologia:** Estudo Qualitativo Descritivo do tipo

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 847.455

Exploratório. Será constituído de dois momentos: um grupo focal e um grupo nominal. Participarão do estudo profissionais dos três níveis de atenção. A análise dos dados será realizada pela técnica de análise temática de conteúdo. A pesquisa estará em consonância com os princípios éticos para pesquisa envolvendo Seres Humanos previstos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Analisar a percepção de sujeitos envolvidos no Processo de Utilização de Medicamentos quanto a vulnerabilidade dos usuários aos problemas relacionados à farmacoterapia (PRFs) e o seu conseqüente risco de desenvolvimento de morbidade relacionada a medicamentos (MRM).

Específicos: Analisar a percepção dos profissionais prescritores sobre a vulnerabilidade dos usuários quanto à exposição a problemas relacionados a farmacoterapia (PRFs) e risco de desenvolvimento morbidade relacionada a medicamentos (MRM).

Analisar a percepção dos profissionais da assistência farmacêutica e serviços farmacêuticos sobre a vulnerabilidade dos usuários na exposição a problemas relacionados à farmacoterapia (PRFs) e risco de desenvolvimento de

morbidade relacionada a medicamentos (MRM).

Verificar, segundo a percepção dos profissionais de saúde, se os seguintes fatores estão ligados à vulnerabilidade: determinantes sociais em saúde, a organização do próprio sistema de saúde, a conformação da equipe de saúde, a família e comunidade do usuário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados

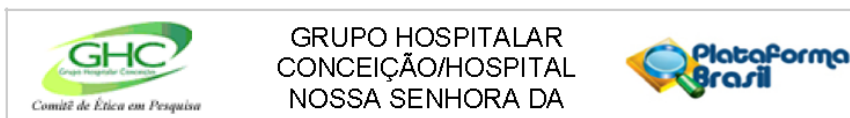
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br



Continuação do Parecer: 847.455

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 28 de Outubro de 2014

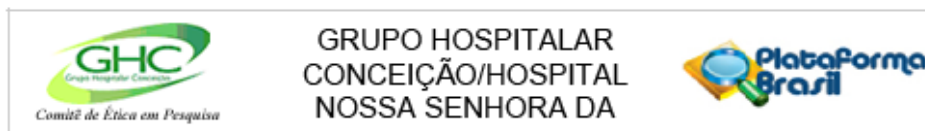
Assinado por:
Daniel Demétrio Faustino da Silva

(Coordenador)

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br

9.2 ANEXO B

Parecer Comitê de Ética em pesquisa nº 955.544



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RISCO E VULNERABILIDADE NO PROCESSO DE UTILIZAÇÃO DE MEDICAMENTOS: PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Pesquisador: Lídia Einsfeld

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 34698214.1.0000.5530

Instituição Proponente: Grupo Hospitalar Conceição/Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 955.544

Data da Relatoria: 25/02/2015

Apresentação do Projeto:

Pesquisadora apresenta emenda ao projeto propondo substituição do método da segunda etapa do estudo de Técnica de Grupo Nominal (TGN) para inquérito Delphi.

Justifica-se pelo fato do novo método proporcionar o envolvimento de mais sujeitos sem necessidade de encontro presencial.

Objetivo da Pesquisa:

Apresentar nova proposta de método para segunda etapa estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A nova proposta de método de coleta de dados para a segunda etapa da pesquisa tem embasamento e justificativas plausíveis.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentado nova versão de TCLE, adequado.

Recomendações:

N/A.

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
 Bairro: CRISTO REDENTOR CEP: 91.350-200
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3357-2407 Fax: (51)3357-2407 E-mail: cep-ghc@ghc.com.br



GRUPO HOSPITALAR
CONCEIÇÃO/HOSPITAL
NOSSA SENHORA DA



Continuação do Parecer: 955.544

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

PORTO ALEGRE, 17 de Fevereiro de 2015

Assinado por:

Daniel Demétrio Faustino da Silva
(Coordenador)

Endereço: Francisco Trein, 596 - Bloco H, 3º andar, Escola GHC (HNSC), sala 11
Bairro: CRISTO REDENTOR **CEP:** 91.350-200
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3357-2407 **Fax:** (51)3357-2407 **E-mail:** cep-ghc@ghc.com.br