



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À IMPLEMENTAÇÃO DA
DESPRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Vanessa Radin

Rio Grande, 2023



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À IMPLEMENTAÇÃO DA
DESPRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Vanessa Radin

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem

Co-orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós

Vanessa Radin

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

**ANÁLISE DOS FATORES RELACIONADOS À IMPLEMENTAÇÃO DA
DESPRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Banca Examinadora

Prof^a. Dra. Laurelize Pereira Rocha – FURG

Prof^a. Dr^a. Daniela Fernandes Ramos (Suplente) – FURG

Prof^a. Dr^a. Agnes Nogueira Gossenheimer – ESP-RS

Prof^a. Dr^a. Maria Rosilene Cândido Moreira - UFCA

Orientador: Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem – FURG

Co-orientador: Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós – PUCRS

Ficha Catalográfica

R129a Radin, Vanessa.

Análise dos fatores relacionados à implementação da
desprescrição na Atenção Primária à Saúde / Vanessa Radin. –
2023.

95 f.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Rio
Grande/RS, 2023.

Orientador: Dr. Edison Luiz Devos Barlem.

Coorientador: Dr. Ângelo José Gonçalves Bós.

1. Desprescrição 2. Envelhecimento 3. Atenção Primária à
Saúde I. Barlem, Edison Luiz Devos II. Bós, Ângelo José Gonçalves
III. Título.

CDU 614.2

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

“Não é o crítico que importa; nem aquele que aponta onde foi que o homem tropeçou ou como o autor das façanhas poderia ter feito melhor.

O crédito pertence ao homem que está por inteiro na arena da vida, cujo o rosto está manchado de poeira, suor e sangue; que luta bravamente; que erra, que decepciona porque não há esforço sem erros e decepções; mas que, na verdade, se empenha em seus feitos; que conhece o entusiasmo, as grandes paixões; que se entrega a uma causa digna; que, na melhor das hipóteses, conhece no final o triunfo da grande conquista e que, na pior, se fracassar, ao menos fracassa ousando grandemente.”

Theodoro Roosevelt

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por abençoar e iluminar o meu caminho, além da força e coragem concedidas ao longo da minha vida, que fizeram alcançar os meus objetivos.

Agradeço à minha mãe, Marley Maria Tedesco pela mulher guerreira e corajosa que me inspira todos os dias. Obrigada por ser o meu ponto de equilíbrio, amor, esperança e força. Obrigada por ser a minha base e meu grande apoio nos momentos decisivos da vida. Também sou grata ao meu pai, Loreno Francisco Radin, por ter incentivado os meus estudos e o meu crescimento pessoal e profissional.

À minha irmã, Jaqueline Radin, que foi uma fonte de inspiração para eu me tornar farmacêutica e por me incentivar a direcionar o doutorado para a área da farmácia. Obrigada pela tua força, por ser tão companheira, por sempre achar uma solução e por se dividir em “duas” em momentos em que eu não pude estar presente.

Agradeço ao meu orientador Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem, por ter me estendido a mão em um dos momentos mais difíceis do doutoramento, ter-me deixado fazer parte do Grupo de Estudos e Pesquisas em Enfermagem e Saúde (NEPES) e por ter acreditado em mim e nas minhas competências. Ainda, agradeço o trato simples, respeitoso, correto e científico, com que sempre abordou as nossas reuniões de trabalho, sem nunca ter permitido que o desalento se instalasse, mesmo quando as coisas não corriam bem. Agradeço-lhe por ter me dado a oportunidade de escolher o tema do trabalho, ter me questionado e incentivado para que eu pudesse desenvolver a minha criatividade. Obrigada por me permitir errar, corrigir meus erros e ser imperfeita nessa jornada.

De igual forma, agradeço o meu co-orientador Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós, por ter me convidado para participar do Projeto Atenção Multiprofissional ao Longevo (AMPAL) onde, em conjunto com diversos profissionais de saúde pude aprender sobre o envelhecimento. Além deste, agradeço pelos conhecimentos e trabalhos desenvolvidos junto ao Grupo de Interesse em Assistência Farmacêutica (GIAF) da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Rio Grande do Sul. Sou grata pelos direcionamentos, por incentivar o meu crescimento profissional e acreditar nas minhas competências como pesquisadora.

Agradeço ao Prof.Dr. Flávio Manoel Rodrigues da Silva Júnior pela leveza dos encaminhamentos durante as diferentes etapas do doutoramento, pelo trato simples e respeitoso.

Também agradeço à secretária do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Simone Zabolotny, pela disponibilidade, proatividade e resolutividade.

À Universidade Federal do Rio Grande, ao Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela oportunidade de realizar parte da Pós-Graduação com a concessão da bolsa de estudos.

A todos os colegas dos grupos de pesquisa NEPES, AMPAL e GIAF, obrigada pelos conhecimentos compartilhados e disponibilidade no esclarecimento de dúvidas.

A todos(as) os(as) profissionais de saúde que, pacientemente, dedicaram um tempo para responder um vasto questionário de perguntas em meio as suas rotinas de trabalho ou mesmo em tempo livre. Aprendi e me emocionei muito com o relato de todos(as). Obrigada!

Às pessoas queridas que convivem comigo, que sempre me incentivaram e nunca me deixaram esmorecer nos momentos de maior dedicação e esforço. Sou grata pela paciência, carinho e compreensão.

Às professoras integrantes da banca, obrigada pela disponibilidade e contribuições com o nosso trabalho.

RESUMO

A equipe de Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde brasileira foi desenvolvida com base em uma dinâmica que pode contribuir para a promoção do envelhecimento saudável, otimizando a coordenação e aplicação do cuidado interprofissional que pode se traduzir no melhor gerenciamento de medicamentos. Assim, ações para a promoção do Uso Racional de Medicamentos em idosos, como a desprescrição têm o potencial de serem implementadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Entretanto, além do engajamento dos profissionais da equipe de Saúde da Família, o processo de desprescrição depende do idoso, familiares/cuidadores e do sistema de saúde. Neste contexto, o objetivo deste estudo é identificar e analisar os fatores relacionados à implementação da desprescrição na Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo realizado entre os meses de fevereiro a junho de 2022, em sete Unidades Básicas de Saúde com o modelo de atendimento Estratégia de Saúde da Família no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. Foram conduzidas entrevistas semiestruturadas audiogravadas com 26 profissionais enfermeiros, farmacêuticos e médicos. Os dados demográficos foram obtidos por meio de um questionário, enquanto as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas à Classificação Hierárquica Descendente no Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ®) versão 0.7, alpha 2. Os resultados deste estudo originaram dois manuscritos. O primeiro buscou explorar as percepções dos profissionais de saúde da Atenção Primária à Saúde sobre as barreiras para promover o Uso Racional de Medicamentos em idosos. Os resultados demonstraram que a falta de suporte social e alfabetização em saúde dos idosos, bem como o déficit na capacitação profissional, organização e estruturação do serviço de Assistência Farmacêutica são lacunas para viabilizar o Uso Racional de Medicamentos na Atenção Primária à Saúde. O segundo analisou as barreiras e os desafios para a implementação da desprescrição na Atenção Primária à Saúde e foi identificado que influências socioculturais, a falha na comunicação entre os profissionais de saúde, desmotivação dos farmacêuticos e falta de incentivo aos seus serviços, além da miríade das restrições organizacionais são fatores que dificultam a inserção desse processo na prática diária. Os resultados permitem concluir que é necessário criar ações de promoção ao Uso Racional de Medicamentos em idosos para possibilitar a construção e a implementação do processo de desprescrição na Atenção Primária à Saúde.

Palavras-chave: desprescrição; envelhecimento; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Family Health team in Brazilian Primary Health Care was developed based on a dynamic that can contribute to the promotion of healthy aging, optimizing the coordination and application of interprofessional care that can translate into better medication management. Accordingly, strategies to promote Rational Use of Medicines in older adults, such as deprescribing have the potential to be implemented in the scope of Primary Health Care. However, in addition to the engagement of Family Health team, the deprescribing process depends on the older adults, family members/caregivers and the health system. In this context, the aim of this study is to identify the factors related to the implementation of deprescribing in Primary Health Care. This is qualitative research, carried out between February and June 2022 in seven Basic Health Units in the Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Demographic data were obtained through a questionnaire and audio-recorded semi-structured interviews were conducted with professional nurses, pharmacists and physicians. The *corpus* consisted of 26 texts that were analyzed using Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRAMUTEQ®) and exposed through the Descending Hierarchical Classification. The findings of this study resulted in two manuscripts. The first sought to explore primary care professional's views on the barriers to promoting Rational Use of Medicines in older adults. The results demonstrated that the lack of social support and health literacy for the older people, as well as the deficit in professional training, organization, and structuring of the Pharmaceutical Assistance service are gaps to make Rational Use of Medicines feasible in Primary Health Care. The second analyzed the barriers and challenges for the implementation of deprescribing in the Primary Health Care and it was identified that sociocultural influences, the lack of communication between health professionals, pharmacists' demotivation and lack of incentive for their services, in addition to the myriad of organizational restrictions are factors that hinder the insertion of this process in daily practice. The results demonstrated that it is necessary to create actions to promote the Rational Use of Medicines in the older adults to enable the construction and implementation of the deprescription process in Primary Health Care.

Keywords: Deprescriptions; aging; Primary Health Care.

LISTA DE ACRÔNIMOS E SIGLAS

AGS	<i>American Geriatrics Society</i>
APS	Atenção Primária à Saúde
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
eSF	Equipe Saúde da Família
EAs	Eventos adversos
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MPIs	Medicamentos Potencialmente Inapropriados para Idosos
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UN	<i>United Nations</i>
URM	Uso Racional de Medicamentos
VD	Visita domiciliar
WHO	<i>World Health Organization</i>

LISTA DE CONCEITOS

Adesão ao tratamento: envolvimento ativo, cooperativo e voluntário do paciente em seguir as orientações da prescrição médica (MENDITTO et al., 2020).

Advocacia do paciente: atividade praticada pelos profissionais enfermeiros com objetivo de promover os interesses de seus pacientes, assegurando que estejam cientes de seus direitos e que tenham acesso às informações para tomada de decisões, bem como a defesa de seus direitos, de modo a auxiliá-los a obter cuidados de saúde necessários e de qualidade (BARLEM et al., 2017).

Alfabetização em saúde: “posse de habilidades de alfabetização (leitura e escrita) e a capacidade de realizar tarefas de alfabetização baseadas no conhecimento (adquirir, compreender e usar informações de saúde) que são necessárias para tomar decisões relacionadas à saúde em uma variedade de ambientes diferentes (casa, comunidade, serviços de saúde)” (NUTBEAM et al., 2018).

Atividades da vida diária: tarefas básicas de autocuidado como vestir-se, tomar banho, alimentar-se, andar e transferir (da cama para a cadeira de rodas) (BELTRAME; GAVASSO, 2017).

Atividades Instrumentais de Vida Diárias: preparar refeições, usar telefone, fazer compras, usar medicações com segurança, limpar, passear e administrar finanças (BELTRAME; GAVASSO, 2017).

Desprescrição: “Processo de retirada [ou redução] de um medicamento inapropriado, supervisionado por um profissional de saúde com o objetivo de gerenciar a polifarmácia e melhorar os resultados” (REEVE et al., 2015, adaptado por JUNGO et al., 2021).

Evento adverso qualquer ocorrência desfavorável ao uso de medicamentos, mas que pode ou não ser atribuído a este, podendo ser causado por erros de medicação (SANTOS et al., 2013).

Interação medicamentosa: capacidade de um medicamento modificar a ação ou efeito de outro administrado sucessivamente ou concomitantemente (PASINA et al., 2013).

Medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: medicamentos inefetivos, desnecessários ou com que represente risco superior ao benefício em um indivíduo ou grupo de indivíduos (AGS, 2023).

Multimorbidade: Coexistência de 2 ou mais doenças crônicas (PAZAN; WEHLING, 2021).

Polifarmácia: uso contínuo e concomitante de cinco ou mais medicamentos, incluindo medicamentos sem prescrição médica (MASNOON et al., 2017).

Reconciliação de medicamentos: processo de criação da lista mais precisa possível de todos os medicamentos que um paciente está em uso. Essa lista deve incluir o nome do medicamento, dosagem, frequência e via de administração. Além disso, deve ser construída a partir de receitas de diferentes especialistas, transferência e/ou alta médica, com o objetivo de fornecer medicamentos corretos ao paciente em todos os pontos de transição dentro do sistema de saúde (Institute for Healthcare Improvement, 2023).

Uso racional de medicamentos: administração de medicamentos apropriados ao paciente conforme suas necessidades clínicas, em doses que atendam às suas próprias características individuais, por um período de tempo adequado e com o menor custo para ele e para sua comunidade (SANTOS et al., 2013).

LISTA DE FIGURAS

Artigo 1

Figura 1: Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* barreiras para promoção do Uso Racional de Medicamentos em idosos na perspectiva dos profissionais de saúde. Brasil, 2023. Fonte: os autores. 39

Artigo 2

Figure 1: Dendrogram of the descending hierarchical classification of the corpus barriers and challenges for implementing deprescribing in the daily work routine. Brazil, 2023. Source: the authors. 69

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	14
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
2.1 Envelhecimento	15
2.2 Contexto mundial do envelhecimento populacional e atenção à saúde	16
2.3 Sistema Único de Saúde e desafios no cuidado à saúde do idoso.....	18
2.4 Desprescrição.....	19
2.4.1 Barreiras para a desprescrição sob a perspectiva da equipe multidisciplinar em saúde.....	21
2.4.2 Oportunidades de desprescrição: tomada de decisão compartilhada com o paciente e atuação da equipe multidisciplinar em saúde.....	23
3. OBJETIVOS.....	25
3.1 OBJETIVO GERAL.....	25
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	26
4. RESULTADOS.....	33
MANUSCRITO 1: Barreiras para promoção do Uso Racional de Medicamentos em idosos na Atenção Primária à Saúde: percepção dos profissionais de saúde.....	33
MANUSCRITO 2: <i>Barriers and challenges in implementing deprescribing in Brazilian Primary Health Care: a qualitative exploration of health professional's perceptions..</i>	56
5. CONCLUSÕES.....	70
ANEXOS.....	71
ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande.....	71
ANEXO B: Autorização de Projeto de Pesquisa – Secretaria Municipal de Pelotas.....	72
APÊNDICES.....	73
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	73
APÊNDICE B: Questionário de características demográficas dos profissionais de saúde.....	78
APÊNDICE C: Questionário – profissionais enfermeiros.....	81
APÊNDICE D: Questionário – profissionais farmacêuticos.....	86
APÊNDICE E: Questionário – profissionais médicos.....	91

1. INTRODUÇÃO

O aumento do número e a proporção de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) é uma realidade atual (OPAS, 2020). Prevê-se que até 2050, a população mundial de idosos atingirá a marca de 2,1 bilhões de pessoas, sendo que, no Brasil, esse grupo etário representa 14,7% da população (OPAS, 2020; IBGE, 2022).

Embora o aumento da longevidade não seja necessariamente sinônimo de doença, as mudanças fisiológicas do envelhecimento cursam com o aparecimento de multimorbidade (co-ocorrência de duas ou mais doenças crônicas não transmissíveis) (SOTO-PEREZ-DE-CELIS et al., 2018). Assim, a polifarmácia (uso concomitante e contínuo de 5 ou mais medicamentos) torna-se comum e crescente entre os idosos (MASNOON et al., 2017).

Mesmo que associações de medicamentos possam ser benéficas e melhorar a qualidade de vida, a polifarmácia pode predispor ao uso de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPIs) (BUSHARDT et al., 2008; GARCIA et al., 2020). Esses medicamentos podem ser ineficazes, desnecessários ou causar mais risco do que benefício (AGS, 2023). Na Atenção Primária à Saúde (APS), 55,1% dos idosos usam pelo menos um MPI, o que pode levar a eventos adversos (EAs) e aumento dos custos em saúde pública (GARCIA et al., 2020). Este fato gera preocupações, visto que a APS representa a porta de entrada para as necessidades de saúde da população (ATAÍDE; SOUZA, 2018).

No contexto da APS, a equipe de Saúde da Família (eSF) é um modelo assistencial que pode promover o envelhecimento saudável, melhorando a qualidade do atendimento multidimensional, que inclui o manejo adequado dos medicamentos (AUSTIN et al., 2023). Assim, ações para a promoção do Uso Racional de Medicamentos (URM) em idosos, como a desprescrição têm o potencial de serem implementadas na APS (DOHERTY et al., 2020).

A desprescrição é definida como um processo planejado e supervisionado por profissionais de saúde a fim de gerenciar a polifarmácia e melhorar os resultados do cuidado ao idoso, por meio de uma revisão crítica dos medicamentos, sendo que aqueles que perderam sua indicação original, não têm eficácia aparente ou não se ajustem aos objetivos do paciente terão suas doses reduzidas ou serão interrompidos (FRANK, 2014; REEVE et al., 2015).

Mesmo com o surgimento de estudos brasileiros sobre esse processo (JUNGO et al., 2020; MOTTER et al. 2021; SILVA et al., 2022), ainda não estão elucidados quais são as barreiras e os desafios para tornar a desprescrição uma prática na rotina da APS brasileira. Com isso, o presente estudo tem como objetivo analisar os fatores relacionados à implementação da desprescrição para idosos em polifarmácia no contexto da eSF.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Envelhecimento

O envelhecer é um processo multidimensional que não se limita ao aumento da idade cronológica. Em conjunto, existem fenômenos biopsicossociais, que são fundamentais para a percepção da idade e do envelhecimento. Dessa forma, é imperativo compreender os aspectos holísticos envolvidos, que serão conceituados a seguir (SCHENEIDER, IRIGARAY, 2008):

Envelhecimento cronológico: é o tempo de vida humana, ou seja, o número de dias, meses e anos vividos pelo indivíduo desde o nascimento. Portanto, não é um parâmetro de desenvolvimento biológico, psicológico e social, sendo assim, a idade pode ser considerada apenas como um fator que influencia o comportamento ao longo do tempo (SCHENEIDER, IRIGARAY, 2008).

Envelhecimento biológico: é um processo natural que ocorre de forma irreversível e heterogênea. O corpo humano torna-se mais vulnerável devido às transformações nos sistemas fisiológicos que podem repercutir no declínio da força, disposição e aparência física, as quais não são incapacitantes de forma a comprometer o processo vital. Por outro lado, a senescência, caracteriza-se pela perda da capacidade funcional, afetando diretamente a qualidade de vida do idoso (MORAES, MORAES, LIMA, 2010).

Envelhecimento psicológico: ao contrário do envelhecimento biológico, o processo psicológico não é naturalmente progressivo e implacável. Também depende da passagem do tempo, mas, vai mais além, porque depende do esforço pessoal contínuo na busca do autoconhecimento e do sentido da vida. Diz respeito às emoções, que apresentam relação com o contexto de vida socioambiental que o idoso está inserido (MORAES, MORAES, LIMA, 2010).

Envelhecimento social: é a dimensão que a sociedade constrói sobre o envelhecer. Diz respeito à avaliação do grau de adequação de um idoso ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para a sua idade, num dado momento da história de cada sociedade e cultura. A idade social é composta por papéis sociais e envolve características como modo de se vestir, hábitos e linguagem. Além disso, tem relação com a idade cronológica e psicológica (SCHENEIDER, IRIGARAY, 2008).

A partir desse entendimento, torna-se relevante compreender o que é envelhecimento ativo. A Organização Mundial da Saúde adotou o seguinte conceito:

“Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OPAS, 2005, p. 13).

A importância de compreender e aprender sobre o que é o envelhecimento ativo está na busca pela qualidade de vida do idoso e na conquista do envelhecimento saudável, os quais são grandes desafios da atualidade. Em contrapartida, para se manter ativo, independente e saudável, isto é, com "qualidade de vida" e não apenas com o aumento da idade cronológica, é importante desenvolver programas educativos nas escolas e universidades com foco no envelhecimento, de forma a preparar os mais jovens, pois esse processo ocorre fortemente no contexto social, sendo fundamental conscientizar as gerações para tal processo (OPAS, 2005, p. 13; MAZUCHELLI et al., 2021).

A sociedade envelhecerá e a qualidade de vida dos idosos está intrinsecamente relacionada com o modo que experimentarem a vida no decorrer dos anos, bem como a maneira como as gerações futuras irão cuidar dos seus, oferecendo conforto e apoio mútuos. Esta é a razão pela qual a interdependência e solidariedade entre gerações são pilares fundamentais para o envelhecimento ativo (OPAS, 2005, p. 14).

A abordagem do envelhecimento ativo *“baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas idosas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização estabelecidos pela Organização das Nações Unidas”* (OPAS, 2005, p. 14).

Dessa forma, o planejamento estratégico perpassa o foco das necessidades, o qual considera o idoso como um indivíduo passivo e passa ter uma abordagem baseada em direitos humanos, o que permite o reconhecimento da igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida ao longo dos anos. Essa abordagem ancora a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e sociais (OPAS, 2005, p. 14).

Insta destacar que, na presente tese, a classificação etária para definir o idoso, será aquela adotada pela OMS, que estabelece o limite etário de ≥ 60 anos, para os países em desenvolvimento, enquanto esse limite aumenta para ≥ 65 anos de idade no caso dos países desenvolvidos (OPAS, 2005, p. 06).

2.2 Contexto mundial do envelhecimento populacional e atenção à saúde.

O aumento do número e a proporção de idosos é uma realidade mundial. Estima-se que a parcela da população global de idosos com ≥ 65 anos aumentou 10% em 2022 e alcançará 16% em 2050. Em parte, esse crescimento populacional é causado pelo declínio dos níveis

de mortalidade, refletido no aumento da expectativa de vida ao nascer. Por ser verdade, o número de anos vividos atingiu 72,8 anos e, ainda, é previsto que as reduções adicionais na mortalidade resultem em uma longevidade média de cerca de 77,2 anos, mundialmente, em 2050 (UN, 2022).

Atualmente, a Europa e a América do Norte representam os países com o maior percentual de população idosa no mundo, correspondente a 19%, seguidos de 16,6% pela Austrália e Nova Zelândia. Prevê-se que essa tendência contínua de envelhecimento populacional permanecerá ao longo dos anos. Em contrapartida, os países da América Latina apresentam uma tendência rápida e acelerada (UN, 2022). No Brasil, entre os anos de 2012 e 2021, a proporção de idosos aumentou de 11,3% para 14,7% da população. Em números absolutos, a população idosa passou de 22,3 para 31,2 milhões, crescendo 39,8% no período de análise. Entre os estados brasileiros, este grupo etário está concentrado no Rio de Janeiro (19,1%) e Rio Grande do Sul (18,6%). Já o estado de Roraima foi identificado com o menor número de idosos residentes (7,7%) (IBGE, 2022).

Para o Brasil, a longevidade é considerada uma conquista, mas, também, é um desafio social, cultural, econômico e ambiental (KUCHMANN, 2012). Dessa forma, são necessários esforços na agenda das políticas públicas que considerem as singularidades do envelhecimento da população brasileira (ESCORSIM, 2021). Isto porque, mesmo na ausência de doenças, o envelhecimento pode comprometer a capacidade funcional provocando impactos epidemiológicos, sociais e econômicos (OLIVEIRA, VERAS, CORDEIRO, 2018). Além disso, é necessário enfatizar que esse processo ocorre de forma distinta, no qual alguns idosos preservam níveis de autonomia e capacidade funcional suficientes para gerir as suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, participando ativamente da sociedade, enquanto outros sofrem com o adoecimento ou reduzido acesso ao sustento (MAZUCHELLI et al., 2021). Assim, estratégias que assegurem a implementação de ações de atenção e cuidado resolutivas são necessárias para alavancar a qualidade de vida desse segmento da população (PEREIRA et al., 2017; MANNA et al., 2018).

Isto posto, entende-se que o conceito de saúde do idoso se relaciona mais com a manutenção da autonomia e independência, do que com a presença ou ausência de doença (SANTOS et al., 2008). Tal contexto evidencia a importância da ampliação da abrangência dos cuidados que modifique o modelo de atenção biomédico vigente (DAMACENO, CHIRELLI, 2019).

2.3 Sistema Único de Saúde e desafios no cuidado ao idoso

O Brasil avançou rapidamente em busca da ampliação da cobertura universal de sua população, por meio da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (MACINKO, HARRIS, 2015). Desde 1985, o país tem como objetivo ampliar o acesso à saúde da população brasileira, de forma a cumprir os direitos assegurados pela Constituição Federal (MACINKO, HARRIS, 2015). Entre os serviços ofertados pelo SUS estão a gratuidade de medicamentos e insumos para o atendimento dos principais agravos e programas de saúde a todos os indivíduos, inclusive aqueles que possuem planos de saúde particulares (BARRETO et al., 2014).

Nessa direção, o SUS ofertou serviços de saúde à nível de APS, primeiramente, centrados no modelo biomédico, ou seja, com foco na figura do médico e fragmentado nas diferentes especialidades de clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia. Esse modelo de atenção ficou conhecido como “modelo tradicional”. Entretanto, emergiu a necessidade de reorientar o sistema para a prestação de um cuidado integral e preventivo, incluindo a proatividade como um componente norteador das ações (CORRÊA et al., 2019).

Portanto, em 1994, o Ministério da Saúde concebeu a Estratégia de Saúde da Família (ESF) responsável por ampliar a cobertura e o acesso, mediante à oferta de cuidados primários às populações definidas, prestados por equipes multidisciplinares (MACINKO, HARRIS, 2015). As eSF são constituídas por diferentes profissionais que atuam de forma integrada de forma a qualificar o atendimento à comunidade (BRASIL, 2012).

O aumento da cobertura da ESF permitiu ganhos importantes para a saúde pública brasileira como a redução da mortalidade infantil, aumento do número de diagnósticos de DCNT e redução do risco de morte pelas complicações dessas doenças (CORRÊA et al., 2019). Esse avanço beneficiou, principalmente, os principais usuários do sistema, como os idosos (SAWYER; LEITE; ALEXANDRINO, 2002).

Mesmo com o decorrer dos anos, o padrão de utilização do serviço de APS no Brasil segue liderado pelos idosos, principalmente no contexto da ESF. Macinko et al (2018) identificaram que, de uma amostra de 9.142 idosos participantes do *Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros* (ELSI-Brasil), 83% realizaram pelo menos, 1 consulta médica em 12 meses. E, destas, 79% foram com médicos da eSF.

Isso demonstra a importância da APS na saúde do idoso, bem como a responsabilidade de resolver a maioria dos problemas de saúde, reduzir intervenções desnecessárias, ampliar o acesso aos serviços e favorecer a integralidade. Neste contexto, a ESF tem atributos que

cooperam para desenvolver ações que impulsionam o envelhecimento ativo, gestão das DCNT e articulação em rede (PLACIDELI et al., 2020).

Entretanto, apesar da rápida expansão e dos ganhos da APS e ESF no Brasil, ainda existem alguns desafios quanto à oferta de ações de cuidado ao idoso na APS. Ceccon et al. (2021) identificaram problemas de acessibilidade, na atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde e trabalho multidisciplinar centrado no modelo biomédico. Em complemento, Araújo et al (2014) encontraram problemas na integralidade e orientação familiar, ressaltando a importância de ações direcionadas às famílias e para além do enfoque das doenças e agravos à saúde.

Fragilidades também foram observadas por meio de uma avaliação da qualidade do cuidado à pessoa idosa com *Diabetes mellitus* e/ou hipertensão na APS. Neste caso, as eSF não demonstraram articulação na promoção do cuidado proativo, planejado, coordenado e centrado na pessoa idosa, sendo essas ações relevantes no manejo dessas DCNT (SILVA, 2018). Por outro lado, Placideli et al. (2020) identificaram que a APS apresenta maior resolubilidade no manejo de DCNT, todavia, ênfase não foi atribuída a um plano de educação em saúde com objetivo de promover o autocuidado entre os idosos.

Conforme o exposto, o desempenho da APS no cuidado integral ao idoso demonstra insuficiência e alerta para a necessidade do avanço no desenvolvimento de ações de enfrentamento das demandas de saúde dessa população, visando compreender as especificidades provenientes do envelhecer e contribuir para que os idosos alcancem a maturidade com independência, autonomia e produtividade, pois a maioria das DCNT têm no avanço da idade o seu principal fator de risco (COSTA; CIOSEK, 2010; VERAS; CALDAS; CORDEIRO, 2013).

2.4 Desprescrição

O termo “desprescrição” (“*deprescribing*”) surgiu na literatura inglesa em saúde no ano de 2003. À priori, o processo foi estabelecido nas seguintes etapas: revisão da lista de medicamentos; identificação dos medicamentos alvo para desprescrição; planejamento do regime de cessação, em conjunto com o paciente; interrupção/descontinuação dos medicamentos e monitoramento contínuo (WOODWARD, 2003).

As duas primeiras etapas, podem ser baseadas na análise da indicação clínica, risco/benefício e complexidade do regime farmacoterapêutico (WOODWARD, 2003; HOLMES; TODD, 2017). Alguns medicamentos com potencial de desprescrição incluem aqueles utilizados para a prevenção de doenças em cuidados paliativos. Além destes,

medicamentos de alto custo, também podem ser retirados, de acordo com a preferência do paciente (SETEINMAN; HANLON, 2010; REEVE; THOMPSON; FARRELL, 2017).

O processo também pode ser iniciado de forma reativa, ou seja, por meio de “situações gatilho”, como a hiperpolifarmácia (uso de 10 ou mais medicamentos); novo sintoma, que pode estar relacionado a um efeito adverso ao medicamento; identificação de MPIs; não adesão e remanejamento das prioridades de tratamento (LE COUTEUR et al., 2011; JANSEN et al., 2016). Contudo, essas ocasiões não são aproveitadas como deveriam, um dos motivos é a inércia (percepção do problema relacionado ao medicamento, mas falha ao agir) dos profissionais de saúde (ANDERSON et al., 2014; JANSEN et al., 2016).

Na etapa da tomada de decisão compartilhada, bem como o planejamento da desprescrição é necessário que o idoso receba alfabetização em saúde (STEINMAN; HANLON, 2010; SCOTT et al., 2015). Isso é importante, visto que esse processo ocorre mediante ao aceite e comprometimento do paciente. O mesmo precisa ser informado sobre os riscos e benefícios, a possibilidade de retorno da condição clínica ou sintomas da retirada dos medicamentos (REEVE et al., 2017). Esse conhecimento também pode auxiliar durante o monitoramento contínuo porque o paciente estará orientado e empoderado para identificar essas situações e comunicar ao seu médico (WHO, 2017).

Insta destacar que a desprescrição não significa negligenciar tratamento efetivo (SCOTT et al., 2015). Trata-se de um processo holístico que deve considerar a capacidade funcional e a necessidade de apoio às atividades de vida diárias (TODD et al., 2018; HOEL et al., 2021). Portanto, um plano de cuidados contínuos deve ser instituído e adaptado ao perfil de cada idoso (HOEL et al., 2021).

Tendo em vista que os idosos representam uma das faixas etárias que mais utilizam os serviços da APS e que este nível de atenção à saúde demonstra ser um ambiente em potencial para abordar estratégias sobre o URM (OPONDO; ESLAMI; VICSSHER et al., 2017), como a desprescrição, discutiremos, a seguir, dois subtópicos referentes às barreiras e as oportunidades para promover a desprescrição nesse contexto.

2.4.1 Barreiras para a desprescrição sob a perspectiva da equipe multidisciplinar em saúde.

O surgimento das evidências de diferentes países busca compreender porque a desprescrição não é aplicada de forma rotineira na prática clínica quanto poderia ser (SCHULING et al., 2012; JUBRAJ et al., 2015; PALAGYI et al., 2016; DUNCAN et al., 2017; WALLIS; ANDREWS; HENDERSON, 2017; ALRASHEED et al., 2018; DJATCHE et al., 2018).

Anderson et al. (2014) realizaram uma síntese qualitativa da literatura inglesa com objetivo de identificar as barreiras para a desprescrição em ambientes de cuidados à saúde. Os temas emergentes foram: inércia (percepção do problema relacionado ao medicamento, mas falha ao agir); consciência (percepção do médico sobre adequação da prescrição); autoeficácia (fatores que influenciam na confiança do prescritor em sua capacidade de lidar com MPIs, envolvendo conhecimentos, atitudes e informações para a tomada de decisão); e, viabilidade (características do paciente, cultura médica e de saúde da sociedade). Os autores enfatizaram que de 21 estudos incluídos na revisão, 16 foram conduzidos na APS. Esse resultado pode estar relacionado com a disponibilidade de acesso aos prontuários médicos e ao monitoramento contínuo, que o ambiente da APS proporciona, após a descontinuação de medicamentos (REEVE; THOMPSON; FARRELL, 2017).

Outro tema emergente sobre a desprescrição na APS é a falta de conhecimento, evidências e ferramentas disponíveis para a execução do processo (DOHERTY et al., 2020; LIMA et al., 2020). Na Nova Zelândia, médicos da APS relataram que era de interesse pessoal ir em busca de ferramentas para auxiliar na revisão do regime farmacoterapêutico dos pacientes. Outra estratégia utilizada para detectar problemas relacionados aos medicamentos, foi o contato com o farmacêutico (WALLIS; ANDREWS; HENDERSON, 2017). Uma das barreiras identificadas por Gillespie et al. (2018) foi a insegurança dos médicos para desprescrever, devido às lacunas de conhecimento, especialmente em farmacologia.

A falta de tempo, fragmentação do cuidado e a falha de comunicação entre os prescritores também surgiram como barreiras. Os médicos da APS relataram que não estavam dispostos a contradizer as recomendações de outros especialistas (ALRASHEED et al., 2018). Em contrapartida, Djatche et al. (2018) evidenciaram que, de um total de 160 médicos italianos da APS, 58,7% consentiram que não encontraram dificuldades em desprescrever medicamentos inicialmente prescritos por outro colega.

Há uma concordância entre autores sobre as incertezas relacionadas à interrupção de medicamentos no que se refere a possibilidade de ocorrência de EAs de abstinência (DJATCHE et al., 2018; DOHERTY et al., 2020). Os medos aos danos à reputação, culpa moral, vergonha e as repercussões legais, também foram motivos de cautela para desprescrever (WALLIS; ANDREWS; HENDERSON, 2017; CONKLIN; FARRELL; SULEMAN, 2019).

Na percepção dos médicos, os pacientes eram relutantes em interromper medicamentos a longo prazo. Esta dificuldade foi associada à crença de que os

medicamentos são os responsáveis pela manutenção da vida, podendo ser incutida pelo marketing entorno do uso de medicamentos (WALLIS, 2017). Essa problemática implica em falha na comunicação médico-paciente, criando uma barreira para o início de uma conversa sobre desprescrição (SCHULING et al., 2012). Contrário a este resultado, 72,5% dos médicos entrevistados na Itália, consentiram que não havia dificuldades em envolver seus pacientes idosos no processo de desprescrição (DJATCHE et al., 2018).

É importante ressaltar que os fatores relacionados à desprescrição na APS permanecem inalterados ao longo dos anos e são semelhantes entre os diferentes países. Isso demonstra que mesmo com aumento das pesquisas nessa área, não foi evidenciado impacto na prática clínica (GILLESPIE; HARRISON; MULLAN, 2018). É importante enfatizar que os médicos da APS prescrevem a maioria dos medicamentos de uso a longo prazo e, portanto, reconhecem que a descontinuação apropriada de medicamentos é uma abordagem essencial para a prescrição racional (DIRVEN et al., 2020).

Neste íterim, cabe destacar que a modificação das condições clínicas do paciente idoso pode ocorrer durante a internação hospitalar, com isso, é considerado um obstáculo para desprescrição de medicamentos de uso contínuo. Portanto, torna-se relevante o compartilhamento de informações com a APS após alta hospitalar. Entretanto, foi reconhecida a precariedade no sistema de informações referência e contrarreferência. Da mesma forma, os farmacêuticos identificaram barreiras que incluíram pacientes incapazes de participar da tomada de decisão devido aos problemas de saúde e a falta de importância dos mesmos frente à desprescrição (SCOTT et al. 2019).

Percebe-se que a APS carece de organização para promover a desprescrição. A baixa prioridade atribuída ao processo e, conseqüentemente, a falta de motivação para sua execução podem contribuir para dificuldade de aplicação (CONKLIN et al., 2019).

2.4.2 Oportunidades de desprescrição: tomada de decisão compartilhada com o paciente e atuação da equipe multidisciplinar em saúde.

Do mesmo modo que a prescrição de medicamentos, a desprescrição também pode ser discutida entre médicos e pacientes (JANSEN et al., 2016). Porém, essa estratégia não é amplamente discutida e um dos motivos é o desconhecimento do profissional de saúde e do idoso (BOKHOF; JUNIUS-WALKE, 2016). Uma forma de atravessar esse obstáculo é através da alfabetização em saúde (MARTIN; TANNENBAUM, 2017).

No Brasil, essa estratégia ainda é pouco explorada, tanto na pesquisa quanto na sua aplicabilidade na atenção à saúde e com a equipe multidisciplinar (SERBIM; PASKULIN;

NUTBEAM, 2019). Por ser verdade, Carthery-Goulart et al. (2009) identificaram que a alfabetização em saúde nos idosos brasileiros com idade superior a 64 anos era inadequada. Assim, Serbim et al. (2019) promoveram uma intervenção educacional a indivíduos da mesma faixa etária e evidenciaram potenciais melhorias na alfabetização e nas habilidades para tomar decisões relacionadas à saúde.

No contexto internacional, a *Canadian Deprescribing Network* desenvolveu folhetos informativos com intuito de promover o conhecimento e o engajamento dos idosos frente à desprescrição de diferentes classes terapêuticas. A informação é repassada na forma de testes de conhecimento, alternativas não-farmacológicas, mitos e verdades sobre a utilização desses fármacos (*Canadian Deprescribing Network*, 2017).

A alfabetização em saúde é essencial na etapa de tomada de decisão compartilhada. Neste momento o idoso e/ou cuidador são orientados a tomar decisões em saúde, então, existe a necessidade do mínimo saber para compreender os resultados potenciais da desprescrição. Essa autonomia ainda pode ser concedida ao paciente mediante à discussão de opções, benefícios, malefícios e preferências em relação aos custos e objetivos terapêuticos (REEVE et al., 2017). Porém, mesmo com essas abordagens, alguns pacientes ainda irão solicitar recomendação médica ou podem até atribuir a responsabilidade de decisão a esse profissional (REEVE et al., 2017).

Além do desafio de engajar o paciente, existe a dúvida de qual profissional de saúde deve iniciar a desprescrição e qual função que cada um deve exercer durante o processo. Ulley et al. (2019) demonstraram que a desprescrição foi liderada geralmente por farmacêuticos, seguido por clínicos gerais e enfermeiros.

Entretanto, médicos da APS relatam falta de tempo para iniciar a revisão do regime farmacoterapêutico (WALLIS; ANDREWS; HENDERSON, 2017). No ambiente hospitalar, o farmacêutico inicia a desprescrição por meio da reconciliação de medicamentos (GAZARIN et al., 2020). Neste fluxo de atendimento, o profissional obtém o melhor histórico possível de medicamentos, ou seja, realiza entrevista com o idoso e/ou cuidador, lista os medicamentos em uso e coleta informações de saúde anteriores (COLOMBO et al., 2018). Além disso, pode ser realizada a revisão dos frascos dos medicamentos, tanto os adquiridos mediante a prescrição médica quanto aqueles de venda livre. Essa estratégia é descrita na literatura como “brown bag review” e busca compreender as atitudes e hábitos do paciente em relação ao consumo dos seus medicamentos (FRANK; WEIR, 2014).

Em posse das informações obtidas, o farmacêutico verifica a presença de interações medicamentosas, MPls, possíveis efeitos adversos e outras discrepâncias relacionadas aos medicamentos (COLOMBO et al., 2018).

Doherty et al. (2020) identificaram que os farmacêuticos comunitários poderiam fazer recomendações aos clínicos gerais da APS sobre a desprescrição de medicamentos. Esses profissionais dispunham de mais tempo para revisões de medicamentos, mas não obtinham conhecimento detalhado de cada paciente como o médico. Para poder contribuir com o processo, o farmacêutico necessita de acesso aos registros de saúde na APS, mas foi verificado que essas informações não estavam disponíveis na sua rotina.

Os enfermeiros também podem contribuir no processo de desprescrição e otimizar o tempo dos médicos (NAUGHTON; HAYES, 2017). Esses profissionais podem realizar uma entrevista anterior à consulta médica e comunicação efetiva, de forma a compreender as necessidades e defender as preferências dos seus pacientes de modo a advogar pelos mesmos (BARLEM et al., 2017; GAZARIN et al., 2020). Essa função é essencial porque a desprescrição exige tomada de decisão complexa, compreensão do processo de envelhecimento e negociação habilidosa aliada ao conhecimento dos desafios físicos do uso de múltiplos medicamentos (NAUGHTON; HAYES, 2017).

É importante destacar que tanto enfermeiros quanto farmacêuticos também podem atuar no monitoramento contínuo (ANDERSON et al., 2019; GAZARIN et al., 2020). Previamente, estudos demonstraram que ambos profissionais atuaram monitorando os idosos por meio de ligações telefônicas. O propósito foi questionar sobre possíveis sintomas de abstinência, reinício de algum medicamento e/ou novas prescrições; além de prestarem esclarecimentos, quando solicitados (ANDERSON et al., 2019; GAZARIN et al., 2020).

De acordo com o exposto, as discussões e a estreita colaboração multidisciplinar podem facilitar as decisões sobre a desprescrição. Por este motivo, a recomendação é que os serviços de saúde disponibilizem tempo para que sejam realizados encontros multidisciplinares (DOHERTY et al., 2020).

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os fatores que influenciam na implementação da desprescrição para pacientes idosos no contexto da Atenção Primária à Saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Compreender como o gerenciamento da polifarmácia é realizado no âmbito da APS;
- Identificar as barreiras para a promoção do Uso Racional de Medicamentos;
- Caracterizar as barreiras e os desafios para tornar a desprescrição uma prática da rotina diária de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- AGS. American Geriatrics Society 2023 Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 71, n. 7, p. 2052-2081, 2023.
- ALRASHEED, M. M. et al. Knowledge and willingness of physicians about deprescribing among older patients: a qualitative study. **Clinical Interventions in Aging**. n. 13, p. 1401-1408, 2018.
- ANDERSON, K. et al. GP-Led Deprescribing in community-living older australians: an exploratory controlled trial. **Journal of the American Geriatrics Society**. v. 68, n. 2, p. 403-410, 2019.
- ANDERSON, K. et al. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. **BMJ Open**. v. 4, n. 12, p. e006544, 2014.
- ARAÚJO, L. U. A. Avaliação da qualidade da Atenção Primária sob a perspectiva do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 19, n. 8, p. 3521-3522, 2014.
- ATAÍDE, I. S. C.; SOUZA, P. R. F. B. A assistência do enfermeiro em saúde do idoso nas Unidades Básicas de Saúde: uma revisão da literatura. **Brazilian Journal of Health Review**. v. 6, n.4, p.14380-14391, 2023.
- AUSTIN, N. et al. Team-based primary care reforms and older adults: a descriptive assessment of sociodemographic trends and prescribing endpoints in two Canadian provinces. **BMC Primary Care**. v. 24, n. 1, p. 7, 2023.
- BARLEM, J. G. T. et al. Advocacia do paciente na enfermagem: barreiras, facilitadores e possíveis implicações. **Texto & Contexto – Enfermagem**. v. 26, n. 3, p. e0100014, 2017.
- BARRETO, M. L. et al. Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Brazil. **PLoS Med**. v. 11, n 9, e1001692, 2014.
- BOKHOF, B.; JUNIUS-WALKER, U. Reducing polypharmacy from the perspectives of general practitioners and older patients: A synthesis of qualitative studies. **Drugs Aging**. v. 33, n. 4, p. 249-66, 2016.
- BRASIL, C. C. P. et al. Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 1, p. 109-118, 2021.
- Brasil. Ministério da Saúde (MS). Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, MS; 2012.
- BUSHARDT, R. L. et al. Polypharmacy: misleading, but manageable. **Clinical Intervention in Aging**. v. 3, n. 2, p. 383-389, 2008.

- CÂNDIDO, L. et al. Comportamento sedentário e associação com multimorbidade e padrões de multimorbidade em idosos brasileiros: dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2019. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 38, n. 1, :e00128221, 2022.
- CARTHERY-GOULART, M. T. et al. Performance of a Brazilian population on the test of functional health literacy in adults. **Revista Saúde Pública**. v. 43, n. 4, p. 631-638, 2009.
- CECCON, R. F. et al. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente ao seu cuidador. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 1, 99-108, 2021.
- COLOMBO, F. et al. Measures of Drug Prescribing at Care Transitions in an Internal Medicine Unit. **The Journal of Clinical Pharmacology**. v. 58, n. 9, p. 1171-1183, 2018.
- CONKLIN, J.; FARRELL, B.; SULEMAN, S. Implementing deprescribing guidelines into frontline practice: Barriers and Facilitators. **Research in Social and Administrative Pharmacy**. v. 15, n. 6, p. 796-800, 2019.
- CORRÊA, D. S. R. C. et al. Movimentos de reforma do sistema de saúde do Distrito Federal: a conversão do modelo assistencial da Atenção Primária à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24, n. 6, p. 2031-2041, 2019.
- COSTA, M. F. B. N. A.; CIOSAK, S. I. Atenção integral na saúde do idoso no Programa Saúde da Família: visão dos profissionais de saúde. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. v. 44, n. 2, p. 437-44, 2010.
- DAMACENO, M. J. C. F.; CHIRELLI, M. Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 24 n. 5, 1637-1646, 2019.
- DIRVEN, T. et al. Room for improvement in reporting of trials discontinuing long-term medication: a systematic review. **Journal of Clinical Epidemiology**. n. 119, p. 65-74, 2020.
- DJATCHE, L. et al. How confident are physicians in deprescribing for the elderly and what barriers prevent deprescribing? **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**. v. 43, n. 4, p. 550-555, 2018.
- DOHERTY, A. J. et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. **BJGP Open**. v. 4, n. 3, p. bjgpopen20X101096, 2020.
- DUNCAN, P.; DUERDEN, M.; PAYNE, R. A. Deprescribing: a primary care perspective. **European Journal of Hospital Pharmacy**. v. 24, n. 1, p. 37-42, 2017.
- ESCORSIM, S. M. O envelhecimento no Brasil: aspectos sociais, políticos e demográficos em análise. **Revista Serviço Social & Sociedade**. n. 142, v. 1, p. 427-446, 2021.

- FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.
- FRANK, C. Deprescribing: a new word to guide medication review. **Canadian Medical Association Medical**. v. 186, n. 6, p. 407-408, 2014.
- FRANK, C.; WEIR, E. Deprescribing for older patients. **Canadian Medical Association Journal**. v. 186, n. 18, p., 2014.
- GARCIA, T. S. et al. Rocha BS, Castro SMJ, Heineck I. Potentially inappropriate medications for older adults in a primary healthcare unit in southern Brazil. **International Journal of Clinical Pharmacy**. v. 42, n. 3, p.911-922, 2020.
- GAVASSO, W.C.; BELTRAME, V. Capacidade funcional e morbidades referidas: uma análise comparativa em idosos. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. v. 20, n. 3, p.399-409, 2017.
- GAZARIN, M. et al. Evaluating an inpatient deprescribing initiative at a rural community hospital in Ontario. **Canadian Pharmacists Journal**. v. 153, n. 4, p. 224-231, 2020.
- GILLESPIE, R.; HARRISON, L.; MULLAN, J. Deprescribing medications for older adults in the primary care context: A mixed studies review. **Health Science Reports**. v. 1, n. 7, p. e45, 2018.
- GIOVANELLA, L. et al. De Alma-Ata a Astana. Atenção primária à saúde e sistemas universais de saúde: compromisso indissociável e direito humano fundamental. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 35, n. 3, p. e00012219, 2019.
- HOEL, R. W.; CONNOLLY, R. M. G.; TAKAHASHI, P. Y. Polypharmacy management in older patients. **Mayo Clinical Proceedings**. v. 96, n. 1, p. 242-256, 2021.
- HOLMES, H. M.; TODD, A. The role of patient preferences in deprescribing. **Clinics in Geriatric Medicine**. v. 33, n. 2, p. 165-175, 2017.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021 [Internet]. 2022. [acesso 2022 fev 20]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>
- Institute for Healthcare Improvement. Medication Reconciliation to Prevent Adverse Drug Events [Internet]. 2023. [acesso 2023 ago 23]. Disponível em: <https://www.ihl.org/Topics/ADEsMedicationReconciliation/Pages/default.aspx>
- JANSEN, J. et al. Too much medicine in older people? Deprescribing through shared decision making. **BMJ**. n. 353, p. i2893, 2016.

- JUBRAJ, B. et al. A pilot survey of junior doctors' attitudes and awareness around medication review: time to change our educational approach? **European Journal of Hospital Pharmacy**. v. 22, n. 4, 243-248, 2015.
- JUNGO, K. T. General practitioners' deprescribing decisions in older adults with polypharmacy: a case vignette study in 31 countries. **BMC Geriatrics**. V. 21, n. 1, p. 19, 2021.
- KUCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Revista Sociedade e Estado**. v. 27, n. 1, p. 165-180, 2012.
- LE COUTEUR, D. et al. Deprescribing. **Australian Prescriber**. v. 34, n. 6, p. 182-185, 2011.
- LIMA, A. O. L. et al. Evidence for deprescription in primary care through an umbrella review. **BMC Family Practice**. v. 21, n. 1, p. 100, 2020.
- MACINKO, J. et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). **Revista Saúde Pública**. v. 52 n. 2, p. 6s, 2018.
- MACINKO, J.; HARRIS, M. Brazil's Family Health Strategy — Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. **The New England Journal of Medicine**. v. 372, n. 23, 2177-2181, 2015.
- MANNA, R. E.; LEITE, J. C. A.; AIELLO-VAISBERG, T. M. J. Imaginário coletivo de idosos participantes da Rede de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa. **Revista Saúde e Sociedade**. v. 27, n. 4, p. 987-996, 2018.
- MARENGONI, A.; ONDER, G. Guidelines, polypharmacy, and drug-drug interactions in patients with multimorbidity. **BMJ**. v. 350, p. h1059, 2015.
- MARTIN, P.; TANNENBAUM, C. A realist evaluation of patients' decisions to deprescribe in the EMPOWER trial. **BMJ Open**. v. 7, n. 4, p. e015959, 2017.
- MASNOON, N. et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. **BMC Geriatrics**. v. 17, n. 1: 230, 2017.
- MENDITTO, E. et al. Patient centric pharmaceutical drug product design—The impact on medication adherence. **Pharmaceutics**. v. 12, n. 1, p. 44, 2020.
- Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção a hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: manual de hipertensão arterial e diabetes. Brasília, DF; 2002.
- MORAES, E. N.; MORAES, F. L.; LIMA, S. P. P. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Revista Médica de Minas Gerais**. v. 20, n. 1, p. 67-73, 2010.

- MOTTER, F. R.; CANTUARIA, M. N.; LOPES, L. C. Healthcare professionals' knowledge, attitudes and practices toward deprescribing: a protocol of cross-sectional study (Desmedica Study-Brazil). **BMJ Open**. v. 11, n. 8, p. e044312, 2021.
- NAUGHTON, C.; HAYES, N. Deprescribing in older adults: a new concept for nurses in administering medicines and as prescribers of medicine. **European Journal of Hospital Pharmacy**. v. 24, n. 1, p. 47-50, 2017.
- NOVAES, P. H. et al. The “iatrogenic triad”: polypharmacy, drug–drug interactions, and potentially inappropriate medications in older adults. **International Journal Clinical Pharmacy**. v. 39, n. 4, p. 818-825, 2017.
- NUTBEAM, D.; BRONWYN, M.; PREMKUMAR, P. Improving health literacy in Community populations: a review of progress. **Health Promotion International**. v. 33, n. 5, p. 901-911, 2018.
- OLIVEIRA, M. R.; VERAS, R. P.; CORDEIRO, H. A. A importância da porta de entrada no sistema: o modelo integral de cuidado para o idoso. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 28, n. 4, e280411, 2018.
- OLIVEIRA, P. C. et al. Prevalência e Fatores Associados à Polifarmácia em Idosos Atendidos na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte-MG, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 26, n. 4, p.1553-1564, 2021.
- OPAS. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
- MAZUCHELLI, L. P. et al. Discursos sobre os idosos, desigualdade social e os efeitos das medidas de distanciamento social em tempos de Covid-19. **Revista Saúde & Sociedade**. v. 30, n. 3, p. 1-12, 2021.
- OPONDO, D. et al. Inappropriateness of medication prescriptions to elderly patients in the primary care setting: a systematic review. **PLoS One**. v. 7. n. 8, e43617, 2012.
- PALAGYI, A. et al. Barricades and brickwalls – a qualitative study exploring perceptions of medication use and deprescribing in long-term care. **BMC Geriatrics**. n. 16, p. 15, 2016.
- PASINA L. et al. Drug-drug interactions in a cohort of hospitalized elderly patients. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**. v. 22, n.10, p.1054-1060, 2013.
- PAZAN, F.; WHELINH, M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. **European Geriatric Medicine**. v. 12, n. 3, p. 443–452, 2021.

- PEREIRA, K. C. R.; LACERDA, J. T.; NATAL, S. Avaliação da gestão municipal para as ações da atenção à saúde do idoso. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 33, n. 4, p. 3-16, 2017.
- PLACIDELI, N. et al. Avaliação da atenção integral ao idoso em serviços de atenção primária. **Revista Saúde Pública**. v. 54, n. 6, p. 1-14, 2020.
- PLACIDELI, N.; CASTANHEIRA, E. R. L. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós Gerontologia**. v. 20, n. 2, p. 247-269, 2017.
- REEVE, E. et al. A narrative review of the safety concerns of deprescribing in older adults and strategies to mitigate potential harms. **Expert Opinion on Drug Safety**. v. 17, n. 1, p. 39-49, 2017.
- REEVE, E. et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice. **British Journal of Clinical Pharmacology**. v. 80, n. 6, p. 1254-1268, 2015.
- REEVE, E.; THOMPSON, W.; FARRELL, B. Deprescribing: A narrative review of the evidence and practical recommendations for recognizing opportunities and taking action. **European Journal of Internal Medicine**. v. 38, p. 3-11, 2017.
- REEVE, E.; WIESE, M. D.; MANGONI, A. A. Alterations in drug disposition in older adults. **Expert Opinion on Drug Metabolism & Toxicology**. v. 11, n. 4, p. 491-508, 2015.
- SANTOS, L. et al. Erros de medicação e medicamentos potencialmente perigosos em hospital. In: Medicamentos na prática da farmácia clínica. Porto Alegre: Artmed, 2013, cap. 13, p. 184-196.
- SANTOS, S. S. C. et al. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**. v. 21, n. 4, p. 649-653, 2008.
- SAWYER, D. O.; LEITE I. D. C.; ALEXANDRINO R. Perfis de utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 7, n. 4, p. 757-776, 2002.
- SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Revista Estudos de Psicologia**. v. 25, n. 4, p. 585-593, 2008.
- SCHULING, J. et al. Deprescribing medication in very elderly patients with multimorbidity: the view of Dutch GPs. A qualitative study. **BMC Practice Family**. n. 13, p. 56, 2012.
- SCOTT, I. A. et al. Reducing inappropriate polypharmacy: the process of deprescribing. **JAMA Internal Medicine**. v. 175, n. 5, p. 827-834, 2015.

- SCOTT, S. et al. Attitudinal predictors of older peoples' and caregivers' desire to deprescribe in hospital. **BMC Geriatrics**. v. 19, n. 1, p. 108, 2019.
- SEIXAS, B. V.; FREITAS, G. R. Polypharmacy among older Brazilians: prevalence, factors associated, and sociodemographic disparities (ELSI-Brazil). **Pharmacy Practice (Granada)**. v. 19, 1, p. 2168, 2021.
- SERBIM, A.; PASKULIN, L.; NUTBEAM, D. Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study. **Health Promotion International**. v. 35, n. 6, p. 1256-1266, 2019.
- SILVA, L. B. Avaliação do cuidado primário à pessoa idosa segundo o Chronic Care Model. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 26, p. e2987, 2018.
- SILVA, L. G. R. et al. Deprescribing clonazepam in primary care older patients: a feasibility study. **International Journal of Clinical Pharmacy**. v. 44, n. 2, p. 489-498, 2022.
- SOTO-PEREZ-DE-CELIS, E. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. **Lancet Oncology**. v. 19, n. 6, p. e305-e316, 2018.
- STEINMAN, M. A.; HANLON, J. T. Managing medications in clinically complex elders: "There's got to be a happy medium". **JAMA**. v. 304, n. 14, p. 1592-15601, 2010.
- TODD, A. et al. The deprescribing rainbow: a conceptual framework highlighting the importance of patient context when stopping medication in older people. **BMC Geriatrics**. v. 18, n. 1, p. 295, 2018.
- ULLEY, J. et al. Deprescribing interventions and their impact on medication adherence in community-dwelling older adults with polypharmacy: a systematic review. **BMC Geriatrics**. v. 19, n. 1, p. 15, 2019.
- UN. World Population Prospects 2022: Summary of Results. United Nations, 2022.
- VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; CORDEIRO, H. A. Modelos de atenção á saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Physis**. v. 23, n. 4, p. 1189-1213, 2013.
- WALLIS, K. A.; ANDREWS, A.; HENDERSON, M. Swimming against the tide: primary Care physicians' Views on deprescribing in everyday practice. **Annals of Family Medicine**. v. 15, n. 4, p. 341-346, 2017.
- WHO. Envelhecimento ativo: uma política de saúde/ World Health Organization. Trad. de S Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS); 2005.
- YARNALL, A. J. et al. New horizons in multimorbidity in older adults. **Age and Aging**. v. 46, n. 6, p. 882-888, 2017.

4. RESULTADOS

MANUSCRITO 1: Barreiras para a promoção do uso racional de medicamentos em idosos na Atenção Primária à Saúde: percepção dos profissionais de saúde.

Submissão prevista à Revista Ciência & Saúde Coletiva

Barreiras para a promoção do uso racional de medicamentos em idosos na Atenção Primária à Saúde: percepção dos profissionais de saúde.

Vanessa Radin (<https://orcid.org/0000-0002-5390-3823>)[1]

Ângelo José Gonçalves Bós (<https://orcid.org/0000-0003-4901-3155>)[2]

Edison Luiz Devos Barlem (<https://orcid.org/0000-0001-6239-8657>)[1]

[1] Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, RS, Brasil. [2] Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Autor correspondente: Vanessa Radin

E-mail: nesaradin@gmail.com

Barreiras para a promoção do uso racional de medicamentos em idosos na Atenção

Primária à Saúde: percepção dos profissionais de saúde

Barriers to promoting the rational use of medication in the elderly in Primary Health

Care: perception of health professionals

Resumo: objetivou-se descrever as barreiras para a promoção do uso racional de medicamentos em idosos sob a percepção de profissionais de saúde atuantes no contexto da Atenção Primária à Saúde. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em sete Unidades Básicas de Saúde em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram realizadas entrevistas individuais com profissionais de saúde, a fim de elucidar as barreiras para a promoção do uso racional de medicamentos na rotina de trabalho diária. O *corpus* foi composto por 26 textos que foram submetidos à Classificação Hierárquica Descendente, com auxílio do Interface de *R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) e da análise de conteúdo temática. Foram observadas três classes, a saber: “Características dos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde”, “Desafios enfrentados pelos idosos no uso dos medicamentos” e “Barreiras para a promoção do Uso Racional de Medicamentos em Idosos no contexto da equipe multidisciplinar”. Conclui-se que há necessidade de organizar os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde de modo a ampliar incluindo apoio social, literacia para saúde, capacitação profissional, organização e estruturação do serviço de Assistência Farmacêutica.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Uso de medicamentos, Envelhecimento, Pesquisa qualitativa.

Barreiras para a promoção do uso racional de medicamentos em idosos na Atenção

Primária à Saúde: percepção dos profissionais de saúde

Barriers to promoting the rational use of medication in the elderly in Primary Health

Care: perception of health professionals

Abstract: The article aims to describe barriers to promoting the rational use of medicines in older adults from the perspective of health professionals working in the Primary Health Care. This is qualitative research, carried out with seven Basic Health Units in the Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. Individual interviews were carried out with health professionals in order to elucidate the barriers to promoting rational use of medicines in the daily work routine. The corpus was composed of 26 texts that were submitted to Descending Hierarchical Classification, with the aid of the Interface de R pour les Analyzes Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) and thematic content analysis. Three classes were observed, namely: “Characteristics of the older adults assisted in Primary Health Care”, “Challenges faced by the older adults in the use of medicines” and “Barriers to the promotion of the Rational Use of Medicines in the older adults in the context of the multidisciplinary team”. It is concluded that there is a need to organize work processes in Primary Health Care in order to expand their inclusion of social support, health literacy, professional training, organization and structuring of the Pharmaceutical Assistance service.

Keywords: Primary health care; Drug utilization, Aging, Qualitative research

Introdução

O aumento do número e a proporção de idosos (pessoas com 60 anos ou mais) é uma realidade atual¹. Prevê-se que até 2050, a população mundial de idosos atingirá a marca de 2,1 bilhões de pessoas, sendo que, no Brasil, esse grupo etário representa 14,7% da população^{1,2}. Desta forma, o país passou a apresentar um perfil populacional caracterizado por doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) e multimorbidade, característico das faixas etárias mais avançadas³.

O tratamento da multimorbidade (co-ocorrência de, pelo menos, duas doenças crônicas) cursa com o consumo elevado de medicamentos entre os idosos que vivem na comunidade⁴. Uma publicação com os dados do Estudo Longitudinal da Saúde do Idoso identificou que a prevalência de polifarmácia (uso contínuo e concomitante de ≥ 5 medicamentos) foi de 13,5%⁵. Soma-se às estatísticas, o risco de problemas relacionados aos medicamentos devido às alterações psicossociais e fisiológicas do envelhecimento que modificam a farmacocinética e farmacodinâmica⁶.

Mesmo sendo uma realidade, a polifarmácia entre os idosos pode ser problemática devido ao maior risco de iatrogenia, comprometimento da qualidade do cuidado, redução da adesão ao tratamento e aumento do risco de prescrições de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos (MPIs). Como consequência, existe prejuízo à saúde dessa população, bem como aumento dos gastos em saúde pública⁷.

Este panorama reforça a importância da promoção do uso racional de medicamentos (URM) em idosos. No entanto, o conjunto de ações para a promoção do URM torna-se complexo à medida que não depende somente do insumo, mas, também, de diferentes sujeitos como idosos, cuidadores, profissionais e serviços de saúde⁸.

Neste íterim, a Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde, sendo responsável pelo desenvolvimento de ações

estratégicas acerca do acesso, qualificação da dispensação e monitoramento do uso de medicamentos pela população idosa⁹. Porém, já foram identificados problemas no acesso ao serviço, na atenção domiciliar, na rede de atenção à saúde e no trabalho multidisciplinar¹⁰. Este fato traz à baila a complexidade do cuidado ao idoso na APS e os desafios que ainda precisam ser enfrentados para a promoção do URM nessa população.

No Brasil, os estudos que abordam a promoção do URM aos idosos são, em sua maioria, propondo estratégias¹¹, sendo escassos aqueles que destacam o cenário atual, bem como as barreiras. Assim, diante da importância do URM no cotidiano dos idosos e considerando que a APS tem grande importância no cuidado à saúde dessa população, o presente estudo teve como objetivo analisar as barreiras para a promoção do URM em idosos atendidos na APS, sob a perspectiva dos profissionais de saúde.

Método

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, realizado nos meses de fevereiro a junho de 2022, em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) onde atuam Equipes de Saúde da Família (eSF), no município de Pelotas, Rio Grande do Sul. A elaboração do estudo procurou atender aos passos recomendados pelos Critérios Consolidados para Relatar uma Pesquisa Qualitativa (COREQ)¹².

O recrutamento dos participantes do estudo ocorreu nas UBS. Foram excluídos os profissionais com experiência inferior a 6 meses e aqueles ausentes no período de coleta de dados por motivo de férias ou doença. Quando se dispôs a participar, cada profissional de saúde foi convidado a participar de uma entrevista individual a ser conduzida pela pesquisadora principal. Dos 30 profissionais de saúde abordados, 26 (86,6%) aceitaram participar. Após o aceite, obteve-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e preenchimento do questionário contendo informações demográficas e trabalhistas por meio de formulário disponível na plataforma Google®. Em seguida,

procedeu-se o agendamento da entrevista. Os profissionais de saúde puderam escolher entre entrevistas presenciais ou online realizadas na língua portuguesa.

Utilizou-se um roteiro de entrevista que contemplou aspectos como: atividades desenvolvidas de forma rotineira, como os cuidados primários são prestados ao idoso em cada categoria profissional e no contexto interdisciplinar da eSF. As entrevistas foram realizadas após o recrutamento nas UBSs e explicação das etapas aos participantes. As coletas ocorreram nas UBS ou na plataforma online Google Meet, em sala privativa, com aplicação individual e com duração média de 60 minutos. Utilizou-se gravador de voz de uso exclusivo na pesquisa, para evitar risco de compartilhamento das informações. A saturação dos dados foi discutida dentro da equipe de pesquisa após 26 entrevistas.

As entrevistas foram transcritas e codificadas para um arquivo no LibreOffice® versão 7.1. Cada corpus textual foi originado e submetido à classificação hierárquica descendente (CHD) no *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ) versão 0.7, alpha 2. Esse programa ancora-se ao software R e na linguagem de programação Python para viabilizar uma análise lexicográfica do corpus textual¹³.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (5.019.796) e foi inicialmente efetivada após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Todos os participantes concordaram e assinaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização das entrevistas.

Resultados e discussão

Foram entrevistados 26 profissionais de saúde, dentre estes 10 enfermeiros, 7 farmacêuticos e 9 médicos, que eram predominantemente mulheres (n=21), com idade entre 29 e 56 anos. A maioria (n=12) trabalhava entre 1 a 4 anos nas UBSs e tinham especialização em saúde coletiva (n=13).

O corpus textual foi constituído por 26 textos que, ao serem processados pelo IRaMuTeQ, identificaram 4028 segmentos de texto (ST) e aproveitaram desse conjunto, 3329, o que representa um total de 82,75% do conteúdo pesquisado. Os idealizadores do IRaMuTeQ no Brasil sugerem a retenção mínima de 75% dos segmentos de texto para que a classificação hierárquica descendente seja eficiente¹³, o que conseguimos em nosso estudo. Por meio da CHD, identificaram-se 3 classes.

A Figura 1 mostra um dendrograma no modo vertical, no qual são indicadas as formas ativas contidas nos ST associados a cada classe, bem como as suas denominações. Assim, nessa figura, observa-se as classes: 2 (31,7% - 1055 ST) “Barreiras para a promoção do Uso Racional de medicamentos em idosos no contexto da equipe multidisciplinar”, 1 (40,5% - 1349 ST) “Desafios enfrentados pelos idosos no uso dos medicamentos” e 3 (27,8% - 925 ST) “Características dos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde”.

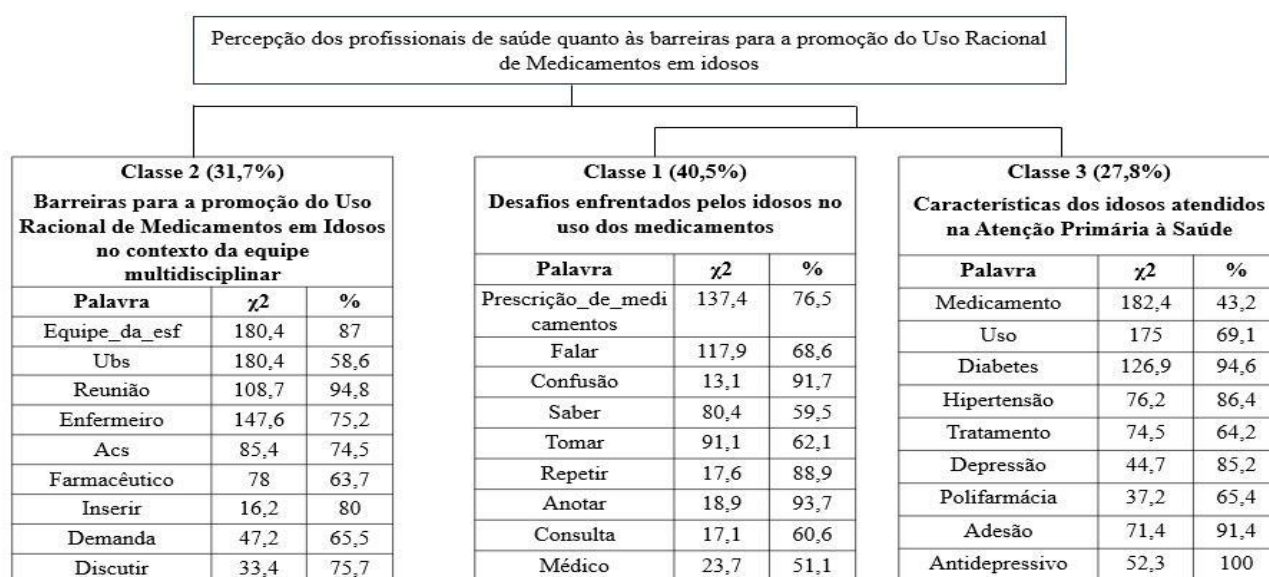


Figura 1: Dendrograma da classificação hierárquica descendente do *corpus* barreiras para promoção do Uso Racional de Medicamentos em idosos na perspectiva dos profissionais de saúde. Brasil, 2023. Fonte: os autores.

Classe 2 - Barreiras para a promoção do Uso Racional de Medicamentos no contexto da equipe multidisciplinar

Nesta categoria, identificou-se questões relacionadas à falta de reconhecimento do papel assistencial do farmacêutico, a fragmentação da comunicação entre a equipe multidisciplinar e a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros.

O desconhecimento do papel assistencial do farmacêutico em outras atribuições além da farmácia, distorcido pela demanda dos demais profissionais da saúde e da comunidade como sendo somente aquele que garante a dispensação dos medicamentos, reflete-se na seguinte fala:

“Existe a equipe_da_esf da ubs e equipe_da_farmácia, não é misturado e a gente não participa das reuniões. É como se a farmácia fosse outro estabelecimento dentro da ubs.”

(Farm_03)

“Com exceção de alguma dúvida em relação a medicamentos, o restante qualquer pessoa poderia fazer o que eu faço.” (Farm_03)

Estes trechos trazem demonstram as fragilidades na descentralização e gestão da assistência farmacêutica (AF) no município do presente estudo. De fato, essas atividades deveriam envolver o ciclo da assistência farmacêutica, porém, observa-se que o monitoramento do uso desses insumos pela comunidade não é executado. Essa realidade demonstra que a AF ainda está engessada na gestão do medicamento e não na abordagem do cuidado farmacêutico⁴⁴.

A falta de conhecimento sobre as contribuições dos farmacêuticos pode ser o motivo pelo qual os profissionais médicos não tenham uma comunicação estreita com os farmacêuticos quanto com a equipe da enfermagem.

“Nós discutimos casos mais informalmente. Atualmente, eu tenho mais contato com a enfermeira e menos contato é com a farmacêutica” (Md_05)

“O meu maior contato é com as acs e com a enfermagem. A função da acs é de suma importância, como já mencionei. As enfermeiras também desempenham uma função crucial porquê de tudo que chega na uba, por exemplo, 15 por cento chega aqui em mim”. (Md_07)

A Organização Mundial da Saúde pauta que uma equipe multidisciplinar eficaz é aquela em que os profissionais e pacientes se comunicam uns com os outros, assim como compartilham as suas observações, conhecimentos e responsabilidades na tomada de decisão para otimizar o atendimento aos pacientes⁴⁵. Pela fala dos médicos, constata-se que existe uma fragmentação da comunicação entre a equipe multidisciplinar. Também, houve destaque para as funções dos agentes comunitários de saúde (acs) e enfermeiros, sem alusão a importância do farmacêutico no URM em idosos. Anteriormente, um estudo revelou que profissionais de saúde integrantes da eSF realizam atividades de competência dos farmacêuticos. Além disso, foi evidenciado que a comunidade desconhece os serviços clínicos farmacêuticos e, por este motivo, esses profissionais não são requisitados. Os autores ainda sugeriram uma ação educativa aos profissionais de saúde para que os mesmos possam conhecer e indicar o cuidado farmacêutico no contexto da eSF⁴⁶.

Por ser verdade, os enfermeiros emergiram como sendo os profissionais amplamente requisitados gerando uma sobrecarga de responsabilidades que perpassam às suas competências. Além do acolhimento à demanda espontânea, classificação de risco e realização de consultas de enfermagem, os enfermeiros da eSF ficaram responsáveis pela prescrição de algumas classes de medicamentos, encaminhamentos para especialidades médicas/profissionais de saúde e solicitação de exames de rotina, conforme os protocolos⁴⁷.

“Dentro da mesma uba são 4 equipes e cada uma funciona dependendo do enfermeiro que está ali com a conduta, com tudo.” (Enf_08)

“Na ubs nós trabalhamos com demanda espontânea, nem tudo tem que ser só o enfermeiro, não preciso me cobrar de ser boa em tudo, ser melhor em tudo ou fazer tudo.” (Enf_01).

O excesso de demanda nas UBSs, aliada à complexidade das necessidades em saúde causa uma sobrecarga de atividades nesses profissionais. Neste sentido, a equipe de enfermagem não atua apenas dentro do espaço físico da UBS, mas, também no âmbito da comunidade, por meio da visita domiciliar (VD) de forma a atender uma das prerrogativas da eSF48.

Entretanto, nos discursos dos participantes emergiu a oportunidade de auxílio aos enfermeiros por meio da inserção do farmacêutico no contexto da eSF, especialmente na atenção domiciliar no cuidado ao idoso. Neste íterim, a VD apareceu como uma estratégia de fortalecimento do vínculo entre o idoso e o serviço de saúde, bem como uma forma de percebê-lo nas suas especificidades e contexto social8.

“Os farmacêuticos poderiam estar fazendo vd conosco, acho que os farmacêuticos ajudariam ao participar das nossas reuniões da equipe_da_esf.” (Enf_08)

Como forma de incentivar a atuação do farmacêutico na atenção domiciliar, Santos et al. (2020) desenvolveram um instrumento de VD farmacêutica. O formulário foi estruturado para coletar informações sobre o perfil do idoso, história social, acesso aos medicamentos, farmacoterapia e terapias complementares, identificação de problemas relacionados a medicamentos e intervenções farmacêuticas. Essa ferramenta demonstrou-se eficaz e pode ser usada no cuidado farmacêutico na atenção domiciliar.

Classe 1 - Desafios enfrentados pelos idosos no uso dos medicamentos

A presente categoria analisa questões relacionadas às dificuldades dos idosos em manejar o tratamento. As falas dos participantes concentram-se nos seguintes aspectos (1)

difficultades provenientes das mudanças fisiológicas do envelhecimento; (2) analfabetismo; (3) alfabetização em saúde; (4) ausência de práticas relacionadas ao cuidado farmacêutico.

Pesquisas anteriores sobre alfabetização em saúde e idosos demonstraram que essa população possui dificuldades que afetam sua capacidade de autocuidado, além de suas complexas condições de saúde²⁹. As dificuldades auditivas e deficiência visual são comuns entre os idosos e já foram demonstradas como obstáculos para a comunicação efetiva³⁰.

“Então em outro dia ele trouxe a caixa do medicamento e disse assim: Ah, eu tomo esse mesmo. Mas ele não tinha a prescrição_de_medicamentos, não tinha nada. Então, eles perdem muito, não enxergam e ele disse que não sabia ler.” (Enf_09)

A escolaridade demonstrou-se como um dos fatores que impactam a alfabetização em saúde entre pacientes idosos³¹. Além disso, o baixo nível de alfabetização em saúde foi associado ao agravamento e gerenciamento de doenças crônicas, uso inadequado de medicamentos e maior risco de morte prematura^{32,33}.

No Brasil, a alfabetização em saúde ainda é incipiente tanto na pesquisa quanto na prática. Esse dado é preocupante, visto que o Brasil tem a menor prevalência de alfabetização em saúde quando comparado aos demais países em desenvolvimento^{34,35}.

“Todos os meses quando eles vêm pegar a prescrição_de_medicamentos, nunca sabem o que tomam e não são tão idosos, eles têm quase 70 anos e fazem uma confusão enorme. Acho que é porque eles consultam com muitos médicos e fazem aquela miscelânia.” (Enf_04)

Idosos com multimorbidade costumam consultar e ter medicamentos prescritos por médicos da APS e especialistas. Além disso, há uma percepção da falta de comunicação entre todos os médicos envolvidos no cuidado ao idoso, principalmente, em relação à prescrição dos medicamentos³⁶. Como consequência, existe a incerteza de quais medicamentos o idoso está efetivamente utilizando³⁷. Múltiplas prescrições favorecem a

polifarmácia, duplicidade terapêutica e o uso de MPIs, além de causar confusão e esquecimento de quais os medicamentos estão sendo utilizados continuamente^{28,38}.

Esses problemas relacionados aos medicamentos podem ser atenuados devido à falta de estratégias relacionadas ao cuidado farmacêutico que consiste na *“ação integrada do farmacêutico com a equipe de saúde, centrada no usuário, para promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos”*³⁹. No presente estudo, os farmacêuticos entrevistados trabalhavam nas farmácias distritais do município que, concidentemente, estavam alocadas nas UBSs com eSF. Em suma, o contato desses profissionais com os idosos era restrito ao momento da dispensação.

No entanto, os mesmos contribuíram com as suas percepções e estratégias utilizadas para tentar melhorar o entendimento dos idosos quanto ao uso dos medicamentos.

“Acho que dar tudo anotado para eles é melhor porque eles não têm uma memória muito boa, têm alguns que falam que não sabem ler e entregam todas a receitas juntas”.
(Farm_06)

Cross et al⁴⁰ realizaram uma revisão de meta-análises sobre estratégias para melhorar a adesão dos pacientes idosos à farmacoterapia. Os autores identificaram que as intervenções educacionais (verbais ou por escrito) tem pouco ou nenhum impacto sobre a adesão contínua ao tratamento. Ademais, destacou-se que a heterogeneidade de profissionais que conduziram as intervenções (médicos, farmacêuticos e enfermeiros) dificultou a análise para saber se a categoria profissional impacta no sucesso da estratégia.

“A gente fala, mas ele vai chegar em casa e não vai saber mais de novo. Eu acho que essa estratégia de pedir para o idoso repetir não é efetiva porque eles irão perguntar novamente.” (Farm_02)

Na percepção do(a) participante, a estratégia de pedir para o idoso repetir a orientação não se demonstrou eficiente. Entretanto, um estudo que avaliou o conteúdo de consultas

farmacêuticas audiogravadas, identificou que a ativação dos pacientes idosos (disposição do mesmo em autogerenciar a sua saúde)⁴¹ foi constituída pela paráfrase e repetição da orientação, bem como a solicitação da compreensão. Esses fatores são considerados indicadores de interesse, escuta atenta e encorajamento emitido pelo farmacêutico⁴².

Orientar idosos com multimorbidade e polifarmácia é uma tarefa complexa, visto que esse grupo etário precisa compreender e absorver extensas e complexas orientações para manter sua saúde³⁰. Essas informações de saúde geralmente são transmitidas pelos profissionais de saúde, porém, de acordo com a fala de outro farmacêutico, observa-se que a comunicação dos profissionais com os idosos parece não estar sendo efetiva.

“Quando o idoso utiliza muitos medicamentos ele até vem perguntar: Esse aqui que horas eu tenho que tomar. Aí a gente dá uma breve explicação, mas não vai adiantar porque o médico já deve ter falado no consultório.” (Farm_02)

Ativar pacientes com doenças crônicas é essencial para a melhoria da saúde geral e qualidade de vida⁴³. Uma das formas de promover essa ativação é mediante a comunicação entre o idoso e os profissionais de saúde³⁰.

Classe 3 - Características dos idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde

A partir da análise das percepções dos profissionais de saúde, identificou-se que o idoso atendido no contexto da eSF possui as seguintes características: multimorbidade de difícil controle, polifarmácia e pouco suporte social.

“A maioria dos medicamentos que eles utilizam são para hipertensão, diabetes e depressão. Os medicamentos_controlados para dormir, eles utilizam muito” (Enf_09)

“Paciente idoso com pouco suporte_da_família, pouco contato com os filhos ou pouca rede_de_apoio, multi_medicamentos prescritos, às vezes, com mais de 10 medicamentos prescritos. E, normalmente, descompensados tanto para o diabetes quanto para hipertensão.” (Farm_07)

Estudos anteriores relataram que o *Diabetes mellitus* e a hipertensão são caracterizadas por um curso clínico que pode se modificar ao longo do tempo gerando incapacidades. Portanto, estas condições reduzem continuamente a qualidade de vida do idoso, levando a distúrbios emocionais, como a depressão¹⁴. Com vistas a controlar essas condições clínicas, os idosos recebem a prescrição de múltiplos medicamentos (polifarmácia) que tem consequências adversas como a não adesão¹⁵.

De forma geral, os idosos com multimorbidade têm dificuldades de seguir o tratamento, por diversos fatores intrínsecos e extrínsecos¹⁶. Assim, a não adesão torna-se um problema tanto para a saúde dos idosos quanto para os sistemas de saúde¹⁶. Portanto, as estratégias para driblar esse obstáculo focam na tríade medicamento-idoso-médico, incluindo a complexidade do tratamento, tipo de orientação, alfabetização em saúde e relação médico-paciente¹⁷. No entanto, o suporte social e sua relação com multimorbidade e polifarmácia não é amplamente abordado na literatura científica, dificultando a síntese de evidências entre a relação desses fatores com a não adesão ao tratamento^{18,19}. Além disso, as evidências existentes utilizam metodologias distintas (questionários e modelos teóricos) dificultando a comparabilidade^{20,21,22}.

Mondesir et al²⁰ identificaram que ter apoio social e suporte funcional (auxílio de cuidador) aumentaram a adesão aos medicamentos em idosos com multimorbidade. Por outro lado, pesquisadores da Arábia Saudita não encontraram a mesma associação. Este fato foi atribuído à cultura do país, caracterizada pelos fortes laços familiares e vínculo com a comunidade²².

“Acredito que os pacientes que mais estão em polifarmácia são aqueles com hipertensão de difícil controle porque só para essa doença ele precisa fazer uso de 4

fármacos e esses pacientes ainda são diabéticos ou tem mais algum problema e fazem uso de vários medicamentos.” (Md_05)

Em Belo Horizonte, Minas Gerais, identificou-se uma associação positiva entre a presença dos medicamentos na REMUME e acesso do usuário²⁴. Em contrapartida, outro estudo analisou os medicamentos utilizados por idosos que não constavam na REMUME e, portanto, na perspectiva do cuidado ao idoso, existiam lacunas terapêuticas. Os medicamentos não disponíveis no município em questão incluíram: cianocobalamina, citalopram, clopidogrel, sertralina e escitalopram²⁵.

É fundamental considerar os aspectos da população idosa na seleção dos medicamentos tanto da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais quanto nas REMUME^{9,26}. Esse processo deve ser meticuloso, visto que alguns medicamentos são conhecidos por causar mais risco do que benefício nessa população e por isso são conhecidos como MPIs²⁷.

A problemática da prescrição de MPIs em UBS aparece em diferentes cidades brasileiras. Portanto, destacou-se a importância de disponibilizar medicamentos apropriados para idosos na REMUME como alternativa para minimizar a prescrição dos MPIs^{9,28}. Os autores ainda identificaram a falta dessas opções para o tratamento de ansiedade e depressão, o que explica o amplo uso de MPIs da classe dos benzodiazepínicos e antidepressivos⁹.

Em nosso estudo, emergiu o tema relacionado ao uso demasiado de antidepressivos e benzodiazepínicos pelos idosos, que foi intensificado pela pandemia da Covid-19.

Além do aspecto relacionado aos fatores que interferem no controle da multimorbidade, emergiu o tema relacionado ao acesso aos medicamentos.

Devido às condições financeiras dos idosos, os médicos da eSF procuram prescrever medicamentos que constam na relação municipal de medicamentos essenciais (REMUME)²³. Entretanto, a fala a seguir lança luz para a seguinte reflexão: Os

medicamentos considerados essenciais atendem as necessidades dos idosos ou contribuem para a polifarmácia inapropriada e dificuldade de manejo da multimorbidade?

Conclusão

O presente estudo demonstrou que ainda há um longo caminho a ser percorrido para promover o URM aos idosos atendidos na APS. Problemas sociais, na educação em saúde, no acesso aos medicamentos, na rede de atenção à saúde e na integralidade do atendimento multidisciplinar na APS foram observados. Além disso, constatou-se que ações para a promoção do URM são incipientes, embora tenha sido identificado que os profissionais possuem a intenção de melhorar as estratégias de manejo da farmacoterapia dos idosos. Além disso, os mesmos percebem quais as ações são ineficazes.

Portanto, há necessidade de qualificar a APS e ampliar o escopo de práticas em AF, incorporando saberes que não estão tradicionalmente inseridos na rotina da equipe multidisciplinar. Também, é imperativo ressaltar a urgência da criação de políticas públicas específicas para o cuidado ao idoso.

Colaboradores

Todos os autores participaram direta ou indiretamente de todas as etapas do processo de elaboração do estudo.

Agradecimentos

Aos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde, pela disponibilidade em participar deste estudo.

Financiamento

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) – Código de Financiamento 001.

Referências

Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Decade of Health Ageing 2020-2030. OPAS; 2020.

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). População cresce, mas número de pessoas com menos de 30 anos cai 5,4% de 2012 a 2021 [Internet]. 2022. [acesso 2022 fev 20]. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/34438-populacao-cresce-mas-numero-de-pessoas-com-menos-de-30-anos-cai-5-4-de-2012-a-2021>.
2. Francisco PMSB, Assumpção D, Bacurau AGM, Silva DSM, Malta DC, Borim FSA. Multimorbidade e uso de serviços de saúde em idosos muito idosos no Brasil. *Rev Bras Epidemiol* 2021; 24(2): e210014.
3. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. *Eur Geriatr Med* 2021;12(3):443-452.
4. Seixas BV, Freitas GR. Polypharmacy among older Brazilians: prevalence, factors associated, and sociodemographic disparities (ELSI-Brazil). *Pharm Pract (Granada)*. 2021;19(1):2168.
5. Soto-Perez-de-Celis E, Li D, Yuan Y, Lau YM, Hurria A. Functional versus chronological age: geriatric assessments to guide decision making in older patients with cancer. *Lancet Oncol* 2018;19(6):e305-e316.
6. Taghy N, Ramel V, Rivadeneyra A, Carrouel F, Cambon L, Sussart C. Exploring the Determinants of Polypharmacy Prescribing and Dispensing Behaviors in Primary Care for the Elderly—Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(2):1389.

7. Brasil CCP, Silva RM, Bezerra IC, Vieira LJES, Figueiredo MLF, Castro FRVF. et al. Percepções de profissionais sobre o agente comunitário de saúde no cuidado ao idoso dependente. *Cien Saude Colet* 2021;26(1):109-118.
8. Almeida TA, Reis EA, Pinto IV, Ceccato MGB, Silveira MR, Lima MG. et al. Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by older adults in primary health care: An analysis comparing AGS Beers, EU(7)-PIM List, and Brazilian Consensus PIM criteria. *Res Social Adm Pharm* 2019;15(4):370-377.
9. Ceccon RF, Soares KG, Vieira LJES, Júnior CASG, Matos CCSA, Pascoal MDHA. Atenção Primária em Saúde no cuidado ao idoso dependente ao seu cuidador. *Cien Saude Colet* 2021;26(1):99-108.
10. Medeiros EFF, Moraes CF, Karnikowski M, Nóbrega OT, Karnikowski MGO. Intervenção interdisciplinar enquanto estratégia para o Uso Racional de Medicamentos em idosos. *Cien Saude Colet* 2011;16(7):3139-3149.
11. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, Nascimento PL. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631.
12. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol* 2013; 21(2):513-518.
13. Lino VTS, Portela MC, Camacho LAB, Atie S, Lima MJB. Assessment of Social Support and Its Association to Depression, Self-Perceived Health and Chronic Diseases in Elderly Individuals Residing in an Area of Poverty and Social Vulnerability in Rio de Janeiro City, Brazil. *PLoS One* 2013;8(8):e71712.
14. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, Caughey GE. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. *BMC Geriatr.* 2017;17:230.

15. Menditto E, Orlando V, Rosa G, Minghetti P, Musazzi UM, Cahir C. et al. Patient centric pharmaceutical drug product design—The impact on medication adherence. *Pharmaceutics*. 2020;12(1): 44.
16. Fernandez-Lazaro CI, García-González JM, Adams DP, Fernandez-Lazaro D, Mielgo-Ayuso J, Caballero-Garcia A. *BMC Fam Pract*. 2019;20(1):132.
17. DiMatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. *Health Psychol* 2004;23(2):207-18.
18. Johnson VR, Jacobson KL, Gazmararian JA, Blake SC. Does social support help limited-literacy patients with medication adherence? A mixed methods study of patients in the Pharmacy Intervention for Limited Literacy (PILL) Study. *Patient Educ Couns* 2010;79(1):14-24.
19. Mondesir FL, Carson AP, Durant RW, Lewis MW, Safford MM. Association of functional and structural social support with medication adherence among individuals treated for coronary heart disease risk factors: Findings from the Reasons for Geographic and Racial Differences in Stroke (REGARDS) study. *PLoS One* 2018;13(6):e0198578.
20. Lozano-Hernández CM, López-Rodríguez JA, Leiva-Fernandéz F, Calderón-Larrañaga A, Barrio-Cortes J, Gimeno-Feliu LA. et al. Social support, social context and nonadherence to treatment in young senior patients with multimorbidity and polypharmacy followed-up in primary care. MULTIPAP Study. *PLoS One* 2020;15(6):e0235148.
21. Almutairi AS, Alhazmi TM, Alotaibi YH , Alfraidi AA, Alsaad AM , Matrood RA. Medication Adherence Among Multimorbid Patients With Polypharmacy and Its

- Relation to Social Support at National Guard Primary Health Care Centers, Riyadh. *Cureus* 2022;14(10):e30679.
22. Bertoldi AD, Barros AJD, Vagner A, Ross-Degnan D, Hallal PC. Medicine access and utilization in a population covered by primary health care in Brazil. *Health Policy* 2009;89(3):295-302.
 23. Pinto IVL, Lima MG, Pantuzza LLN, Ceccato MDGB, Silveira MR, Reis AMM. Free access to medicines among older adults in primary care: a cross-sectional study. *Sao Paulo Med J* 2020;138(3):235-243.
 24. Dutra KR, Martins UCM, Lima MG. Availability and accessibility to medicines in Primary Health Care in a Brazilian Region. *J Young Pharm.* 2016;8(3):255-258.
 25. Lutz BH, Miranda VIA, Bertoldi AD. Inadequação do uso de medicamentos entre idosos em Pelotas, RS. *Rev Saude Publica* 2017;51:52.
 26. American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2023;71(7):2052-2081.
 27. Garcia TS, Rocha BS, Castro SMJ, Heineck I. Potentially inappropriate medications for older adults in a primary healthcare unit in southern Brazil. *Int J Clin Pharm* 2020;42(3):911-922.
 28. Coleman EA, Chugh A, Williams MV, Grigsby J, Glasheen JJ, McKenzie M. et al. Understanding and execution of discharge instructions. *Am J Med Qual.* 2013 Sep-Oct;28(5):383-91.
 29. Kim MY, Oh S. Nurses' Perspectives on Health Education and Health Literacy of Older Patients. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(18):6455.

30. Chesser AK, Keene Woods N, Smothers K, Rogers N. Health Literacy and Older Adults: A Systematic Review. *Gerontol Geriatr Med*. 2016;2:2333721416630492.
31. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med*. 2011;155(2):97-107.
32. Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. [Internet]. 2014. [acesso 2022 jul 15]. Disponível em: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Health-Literacy-National-Statement.pdf>
33. Kutner M, Greenberg E, Jin Y, Paulsen C. (2006) The Health Literacy of America's Adults: Results From the 2003 National Assessment of Adult Literacy. U.S. Department of Education. National Center for Education Statistics, Washington, DC.
34. Sorensen K, Pelikan JM., Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G. et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015;25(6):1053–1058.
35. AlRasheed MM, Alhawassi TM, Alanazi A, Aloudah N, Khurshid F, Alsultan M. Knowledge and willingness of physicians about deprescribing among older patients: a qualitative study. *Clin Interv Aging*. 2018;13:1401-1408.
36. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming against the tide: primary Care physicians' Views on deprescribing in everyday practice. *Ann Fam Med* 2017;15(4):341-346.

37. Guttier MC, Silveira MPT, Tavares NUL, Krause MC, Bielemann RM, Gonzalez MC. et al. Difficulties in the use of medications by elderly people followed up in a cohort study in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol* 2023;26:e230020.
38. Destro DR, Vale SA, Brito MJM, Chemello C. Desafios para o cuidado farmacêutico na Atenção Primária à Saúde. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2021;31(3), e310323.
39. Cross AJ, Elliott RA, Petrie K, Kuruvilla L, George J. Interventions for improving medication-taking ability and adherence in older adults prescribed multiple medications. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;5(5):CD012419.
40. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the Patient Activation Measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv Res* 2004;39(4 Pt 1):1005-26.
41. Pelicano-Romano J, Neves MR, Amado A, Cavaco AM. Do community pharmacists actively engage elderly patients in the dialogue? Results from pharmaceutical care consultations. *Health Expect* 2015;18(5):1721-34.
42. Newland P, Lorenz R, Oliver BJ. Patient activation in adults with chronic conditions: A systematic review. *J Health Psychol* 2021;26(1):103-114.
43. Gerlack LF, Karnikowski MGO, Areda CA, Galato D, Oliveira AG, Álvares J. Gestão da assistência farmacêutica na atenção primária no Brasil. *Rev Saude Publica* 2017;51(2):15s.
44. World Health Organization (WHO). To Err is Human. Being an effective team player. Doc 1.5. 2012.
45. Loch-Neckel G, Crepaldi MA. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. *Brazilian J Pharm Sci* 2009;45(2):263-272.

46. Secretaria Municipal de Saúde (SMS). Portaria n° 02, de 14 de julho de 2021. Diário Oficial da União dos Municípios do Estado do Rio Grande do Sul 2021; jul 14.
47. Barreto ACO, Rebouças CBA, Aguiar MIF, Barbosa RB, Rocha SR, Cordeiro LM. Percepção da equipe multiprofissional da Atenção Primária sobre educação em saúde. *Rev Bras Enferm* 2019;72(1):278-285.
- 48.49. Santos JB, Luquetti TM, Castilho SR, Calil-Elias S. Cuidado Farmacêutico domiciliar na Estratégia Saúde da Família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* 2020;30(2): e300229.

MANUSCRITO 2 - Barriers and challenges in implementing deprescribing in Brazilian Primary Health Care: a qualitative exploration of health professional's perceptions.

Submissão prevista para a revista International Journal of Clinical Pharmacy

Barriers and challenges in implementing deprescribing in Brazilian Primary Health Care: a qualitative exploration of health professional's perceptions.

Vanessa Radin, MSa (0000-0002-5390-3823); Ângelo José G Bós, PhD^{b,c} (0000-0003-4901-3155); Edison Luiz D Barlem, PhD^{a,d} (0000-0001-6239-8657)

^a Graduate Program in Health Science, School of Medicine, Federal University of Rio Grande (FAMED-FURG), Rio Grande, RS, Brazil.

^b School of Medicine, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

^c Graduate Program in Biomedical Gerontology, Pontifical Catholic University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brazil.

^d School of Nursing, Federal University of Rio Grande (FURG), Rio Grande, RS, Brazil.

Running title: Primary Health Care, and deprescribing in older adults

Correspondence

Vanessa Radin, Universidade Federal do Rio Grande, Campus Saúde. Visconde de Paranaguá 102, Centro, 96201-900, Rio Grande, RS, Brasil. Email: nesaradin@gmail.com

ABSTRACT:

Background Deprescribing is a programmed and supervised withdrawal of an inappropriate medication to improve outcomes or reduce the risk of adverse side effects. Although that should be a normal part of the prescribing steps is still difficult to implement in the primary health care routine. *Aim* To identify barriers and challenges for implementing deprescribing in Brazilian Primary Health Care. *Methods* Semi-structured interviews were conducted face-to-face or online with health professionals (physicians, nurses, and pharmacists) using a topic guide based on the Normalization Process Theory. The interviews were audio-recorded and transcribed verbatim. The transcripts were analyzed using the IRAMUTEQ® (Interface of R for the Multidimensional Analyses of Texts and Questionnaire) barriers and challenges for implementing deprescribing under the perception of health professionals. COREQ guidelines were followed. Results Twenty-six health professionals met inclusion and were therefore interviewed. The main results indicated that the interviewed participants agree that deprescribing is a vital process in the context of Primary Health Care. They also reported barriers and challenges in implementing deprescribing due to factors related to human, organizational, and system resources, and lack of training on the theme. *Conclusion* Interventions to implement deprescribing in daily practice routines should consider the sociocultural, relational, and organizational constraints on deprescribing. Regulations and policies should be designed to support health professionals in this process.

Keywords: Deprescriptions; Aging; Primary Health Care.

Impacts on practice

- It is important to understand how deprescribing is perceived by the Family Health team and in the daily routine in order to identify barriers, and challenges, helping in the development and opportunities of interventions to promote the proactive deprescribing.
- This is the first study in Brazil to assess Family Healthcare team knowledge and perceptions to implement deprescribing in the Brazilian Primary Health Care daily routine.
- It is highlighted that the adequate management of polypharmacy in daily routine demonstrates important implications for public health because it prioritizes the prevention of adverse events and the future decrease in autonomy of older adults, benefiting these people, their families, caregivers, and the health system.

INTRODUCTION

Polypharmacy (use of five or more medicines at the same time) is common in older adults and is frequently associated with the increased use of potentially inappropriate medicines, falls, hospitalizations, and cognitive impairment. This harms patient safety and rational use of medications, leading to adverse outcomes, and increased health costs [1]. That way, worldwide efforts have targeted interventions to manage polypharmacy, including deprescribing that may contribute to addressing these issues [2].

This process is defined as the process planned and supervised by healthcare professionals to manage polypharmacy and improve outcomes, with the aim of a critical review of medications to stop or reduce doses of those that lost their original indication, have no apparent efficacy, or do not fit with the patient's goals of care [3,4]. However, to be efficient depends on multiple factors, like patients, family/caregives, healthcare professional teams, and the healthcare system [5].

Currently, the evidence demonstrates that deprescribing in primary care focuses on the process of stopping a medicine, barriers, and enablers for the deprescribing implementation [6,7]. However, few studies have been carried out on which factors in the daily work routine impact the implementation of deprescribing. This is important as poor implementation planning has led to previous complex interventions failing to be established in primary care and could lead to the benefits of deprescribing not being realized [8].

Despite a growing evidence base of deprescribing, studies are scarce in Brazil [7,9,10]. To the best of our knowledge, no studies were found that sought to understand barriers and challenges from the perspective of the healthcare team, conducted in Brazilian Primary Health Care (PHC). In this sense, it's imperative to assess the knowledge and perspectives of these professionals about the implementation of deprescribing in Brazilian PHC.

Aim of the study

To identify the barriers and challenges for implementing deprescribing in Brazilian Primary Health Care.

Ethics approval

Approval of the ethical committee of the Federal University of Rio Grande was obtained (5.019.796). Organizational consent was obtained first from the Municipal Education Center in Collective Health of the Municipal Health Department of Pelotas. Participants' names were replaced by codes in the transcripts to ensure anonymity.

Method

Study design and procedure

In this qualitative study, semi-structured interviews were conducted in the Basic Health Units units (BHUs) with health professionals (physicians, nurses) who work in the Family Health team (FHT), and pharmacists who work in municipality pharmacies to explore their perceptions of the implementation of deprescribing in the BHUs routine. The "Normalization

Process Theory” (NPT) is a theory and conceptual framework used to understand the factors needed for the successful implementation of interventions in healthcare into the work routine. For this, NPT comprises four constructs: coherence – sense-making of the intervention; cognitive participation – commitment and engagement to the intervention; collective action – the work needed to enable the intervention to happen; and reflexive monitoring – how participants reflect and appraise an intervention [11]. COREQ guidelines were followed [12].

Topic guide development

Interviews were guided by a pre-designed semi-structured interview guide. A detailed literature review was carried out on deprescribing in older adults at the primary care level worldwide. After this, the interview guide was developed according to the NPT constructs with open-ended questions to allow for more in-depth probing of the participants’ experiences and perspectives. Specific interview questions were designed for different professionals. Key areas covered in the interviews were:

- Understanding of the routine activities;
- Daily practice (delivery of primary care to older adults);
- Multidisciplinary team on practice (delivery of primary care to older adults);
- Implementation (importance, critical appraisal, views on deprescribing process on job routine).

Settings

The study was conducted in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil. This city has an estimated population is 343.826, with a human development index of 0.739, a gross domestic product per capita of BRL 27.671,06, and 55 health establishments, of which 50 are BHUs; and 40 BHUs are in the Family Health Strategy, comprising approximately 84,11% of the population [13]. The FHT include physicians, nurses, dentists, nursing technicians, and community health workers.

Study participants

The recruitment of study participants was in the BHUs. Professionals with an experience of fewer than 6 months and those absent during the data collection period due to vacation or sickness were excluded. When willing to participate, each health professional was invited to participate in an individual interview. Of the 30 health professionals approached, 26 (86,6%) agreed to participate. After acceptance, the signing of the Free and Informed Consent Form and questionnaire containing demographic and labor information was requested from a form on the Google® platform. Thereafter, the interview was scheduled. The health professionals could choose between face-to-face or online video interviews and these were conducted in the Portuguese language. Data saturation was discussed within the research team after 26 interviews.

Data Collection

Interviews were conducted from February to June 2022. Eighteen interviews appeared face-to-face at BHUs. The remaining interviews were conducted online using a meeting tool, Google Meet® (<https://meet.google.com>). All the interviews were conducted by the lead author, audio recorded using an MP3 voice recorder, transcribed verbatim in Microsoft Word®, coded in LibreOffice®, and entered into the qualitative analysis software.

Data analysis

Data were analyzed using the free software called Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ), version 0.7, alpha 2. An advantage of using this software is that it allows to apply statistical calculations on qualitative data, thus increasing the rigor and reliability of the qualitative analysis. From anchoring to the R software, then fragmented the transcribed text into segments and words, to analyze them with multivariate lexicography by Descending Hierarchical Classification (DHC), in which the text segments (TS) were grouped into classes, which IRaMuTeQ visually presents in a dendrogram type illustration [14].

Results

The participants were predominantly women (n=21) and aged ≥ 40 years (n=13). Most (n=12) had worked for between 1 and 4 years in BHUs and had a specialization in collective health (n=13).

The corpus of analysis consisted of 26 texts that, when processed by IRaMuTeQ, identified 4028 TS and took advantage of this set, 3329, which represents a total of 82.75% of the researched content. Authors have suggested minimal retention of 75% of the text segments for descending hierarchical classification be efficient [14], which we achieved in our study.

Through DHC, three classes were identified. Figure 1 shows a dendrogram, in which the active forms contained in the TS associated with each class are indicated. The first partition originated class II (challenges in the deprescribing implementation), which was with 1055 TS (31.7%). The second partition was divided into two branches: class I (health literacy among older adults) with 1349 TS (40.5%) and class III (inertia in the work daily routine) with 925 TS (27.8%).

Class II - Challenges in the deprescribing implementation

Two subthemes influenced the implementation of deprescribing according to the perceptions of the participants (a) lack of understanding/knowledge about the concept of deprescribing and (b) Primary Health Care challenges.

Lack of understanding/knowledge about the concept of deprescribing

Both nurses, physicians, and pharmacists were unfamiliar with the term “deprescribing”.

“I understand that deprescribing_of_medications is not having the prescription_for_medications.”

“The deprescribing_of_medications I will owe you this concept because I don't know.” (Md_08)

“The term deprescribing_of_medications I can't tell you”. (Farm_03)

However, when this term was explained as “the process of withdrawal or [reduction] of an inappropriate medication, supervised by a healthcare professional with the goal of managing polypharmacy and improving outcomes” [4, adapted by 9], most health professionals understood what deprescribing meant, and were receptive to the idea.

“It’s very necessary to implement deprescribing_of_medications in the BHU routine, especially because of these prescription drugs.” (Enf_03)

Primary Health Care challenges

The challenges identified that make implementation of deprescribing in BHU routine were (a) time constraints, (b) unavailability of medications, (C) lack of direct contact with pharmacists, (d) healthcare workforce shortages, and (e) lack of training in older people care.

Time constraints

Doctors reported that time was limited during consultations. A busy BHU environment has not conducive to deprescribing.

“We have a lack of time to promote the deprescribing_of_medicines, this needs to improve because we are very overloaded. Currently, it isn't easy to free up space to be able to do these activities.” (Md_07)

At the same time, nurses and pharmacists share the same point of view.

“On a day_to_day basis, it is more dispensing, and some guidance to a patient. But, as the demand is great, it is not possible to guide much, it's just the basics because there's a queue and that's it.” (Farm_06)

“We nurses provide care as a whole, we provide care together to meet the demand and this BHUs has a lot of demand.” (Enf_05)

Unavailability of medications

Doctors expressed that it was challenging to deprescribe or switch to a better medication if it was unavailable at PHC.

“A first step to being able to implement deprescribing in the BHUs would be to improve our arsenal_of_medicines so that we could make substitutions, it would be fundamental.” (Md_07)

Lack of direct contact with pharmacists

The role of the clinical pharmacist in multidisciplinary teams is neglected in this regard. Pharmacist interventions and clinical medication reviews can effectively reduce medication errors and adverse events. These strategies stimulate deprescribing but don't occur in BHU routine. These health professionals felt excluded and unmotivated in their work:

“There is a meeting now and the pharmacy is working here, but recently we are trying to conquer our space because there wasn't even a pharmacist in the BHUs. We are wanting to be valued, we are not inserted in the fhs_team.” (Farm_05)

“In all the meetings I said that what I'm doing anyone can do. Anyone can come here and dispense medicine.” (Farm_03)

Healthcare workforce shortages

Generally, deprescribing studies include perceptions of physicians, nurses, and pharmacists. However, other professional categories that can contribute to deprescribing were suggested:

“I think it would be necessary to include more health professionals in the fhs_team to improve the elderly's quality of life, especially a psychologist. It would be very important to have this professional at the UBS, even if it were to provide group care to relieve everyone's stress.” (Enf_04)

“There was a technician_in_enfermagem who was also a nurse who gathered a group and promoted physical activity 4 times a week with the guidance of the physical_educator.” (Enf_01)

“I think it would be important to add a nutritionist and a physiotherapist to this multidisciplinary_team, as we have a lot of older adults, it would be good.” (Enf_06)

Lack of training in older people's care

Health professionals mentioned that no training to care for the older adults in PHC, and then knowledge about this subject is acquired in other ways.

“Regarding training, there was no training for the health of the older people in the network. We did one at the University because I worked in the family health specialization. So that was it. This was based on this specialization, I never had training from the city hall or the Ministry of Health. I believe that we need an indication for these psychotropic drugs.” (Md_03)

“I didn't take any specific course for the elderly and there were no courses offered, as far as I remember. There was only one course on medication for smoking cessation”. (Enf_04)

“My pharmacy_staff and I received no training on older people care or other populations. Now, we did a course on chronic obstructive pulmonary disease due to the pharmaceutical_office but, as a multidisciplinary_team, we didn't.” (Farm_02)

Class I - Health Literacy among older adults

Health professionals recognize that older adults have poor health literacy, thereby affecting the efficacy of self-care practices. This has a negative impact on the health of older people because multimorbidity is increasingly present among older populations that use more healthcare services, and are more likely to require polypharmacy or complex pharmacotherapy:

“Sometimes, patients come to the pharmacy wanting the antibiotic again. So, I say: no, this is to be taken only for 5 days, it is not to be taken all the time. They don't know, they think it's for life.” (Farm_06)

“Someone got it wrong and prescribed amitriptyline medicines and our doctor replied. But he said it wasn't that medicine. When I asked him about the anamnesis, he didn't know how to tell me anything because he only had that prescription of medicines.” (Enf_09)

“It also happens that the older adult arrives with a pillbox wanting the medicine that the so-and-so took and did well.” (Md_06)

Class III - Inertia in the daily work routine

Inertia is defined as the failure to act, despite awareness that prescribing is potentially harmful [15]. Both nurses and physicians mentioned the risks of medication management at home, inappropriate use of medicines, and situations that may be an adverse effect of a medicine. These “situational triggers” are clues that reactive deprescribing needs to occur:

“We cannot say that it was specifically because of this, but an older adult used diazepam for a long time and continuously and he had 3 falls and it took a while for him to associate with this medicine” (Enf_08)

“I remember a case where an older adult had an overdose of insulin, he injected the entire insulin pen into his leg. He is an older person just because he is over 65 years old, but he is a very enlightened person and he misused the medicine.” (Md_08)

“It is relatively common for elderly patients to report that they are using diazepam and complain of nocturnal agitation even when using a high dose of this medication.” (Md_05)

Discussion

Statement of key findings

To our knowledge, ours is the first study on the implementation challenges of deprescribing in Brazilian Primary Health Care. Important subjects that emerged from the data were frequently mentioned as inertia (failure to act despite awareness of harms of therapy), older adult's characteristics (lack of health literacy, and overuse of medications), the context and resources (scarce knowledge in deprescribing, time constraints, unavailability of medications, workload, lack of training in older people's care) and, health workforce (lack of direct contact with pharmacists, need for other professional categories). In general, physicians and nurses' perceptions and experiences of challenges were aligned. On the other hand, pharmacists didn't fully contribute because they were not included in the FHS team and their contact with older adults occurs only in dispensing.

Strengths and weaknesses

A significant strength of this study is that it explores physicians, nurses, and pharmacists' perspectives on deprescribing in the context of Brazilian primary health care. Although the groups are not homogeneous, sufficient health professionals from various backgrounds (e.g. BHUs location, pharmacist position, and years of experience) were interviewed to allow for

different local situations and diversity in the responses. In general, the health professionals' perceptions of challenges align, adding to data effectiveness.

The health professionals could choose between face-to-face or online video interviews. Since a qualitative study aims to collect as many perspectives and experiences as possible, and interviewees can elaborate differently online and face-to-face, two different interview methods could be interesting. Although face-to-face interviews enable the interviewer to observe the daily routine of professionals, perspectives and daily experiences were expressed in both online and face-to-face interviews.

The most significant study weakness is that the structured questionnaires were not piloted with physicians, nurses, and pharmacists. The first seven interviews were considered pilot interviews. Since these interviews only led to changes in the order of the opening questions, they were also included in the analysis.

Interpretation

Both physicians and nurses were aware of the harms of therapy, but could not efficiently recognize adverse drug events. In this case, inertia can be linked to being unaware of the evidence or clinical tools to demonstrate adverse events and guide tapering, deprescribing, and substitution with non-pharmacological therapy [16,17]. Previously, research has demonstrated that physicians recommended a number of organizational changes to support safe prescribing in BHUs routine. These included medication review, computer support systems, access to non-pharmaceutical therapies, updating guidelines to include advice on when to consider stopping medicines, training, and engaging older adults in medication management [18].

In this sense, although access to basic healthcare among older Brazilians is relatively high, this population often struggles to make appropriate use of the common medications free of charge that are available [19,20]. According to the study participants, health literacy in older adults is insufficient, and

this was reported in another region in Brazil [21]. An interesting intervention to improve health literacy among older people is an educational program established BHUs [21]. It can better patient engagement enabling patients to feel heard and seen and empowering them to make self-efficacy in medication management [22].

It is highlighted that the participants don't have a good understanding of the deprescribing concept and process. However, when this term was explained they believed this is a relevant process. In 2018, an international deprescribing educational symposium was conducted. In this opportunity, healthcare providers and others discussed and shared experiences and knowledge about deprescribing [23]. Our results indicate that, given the lack of continuing education in BHUs, Brazilian Primary Health Care professionals could benefit from a similar event in order to learn how to insert deprescription into their daily routine.

One of the ways to practice deprescribe is by changing to a safer medication [23]. However, physicians mentioned the unavailability of medications in the primary health care setting. Likewise, we identified that Brazilian studies make us aware of the lack of adequate therapeutic alternatives in the municipal essential drug list, mainly for the treatment of neuropsychiatric disorders, there are no safe alternatives for older people in these drug lists [24,25].

Another strategy to promote deprescribe is to use non-pharmacological methods [23]. As identified in our study, the collaboration of other professionals as psychologists and nutritionists can be interesting in the deprescribing process. In support of this data, the previous studies demonstrated that a multifaceted intervention of deprescribing including behavioral therapy for insomnia, physical exercise, and increased caloric intake can improve the general mental health of older patients and prevent frailty advancement [26,27].

Responsibility for deprescribing has not yet been assigned to a specific healthcare professional [28]. In our study physicians and nurses mentioned lack of time, fragmentation in care due to inadequate communication between health professionals, healthcare workforce shortage, and lack of training. So far, nurses [29], physicians [30], and pharmacists [31] have been studied as potential leaders for deprescribing in PHC [28]. Within multidisciplinary primary care teams, pharmacists bring their knowledge of medications to optimize the management of chronic diseases and prevent drug harm. However, our results demonstrated that pharmacists' work is poorly explored in the BHUs.

Given their medication expertise, the pharmacists can be utilized in the healthcare team to investigate the safety, efficacy, and appropriateness of each medication prescribed to older adults. These health professionals conducting medication reviews can identify drug interactions, and other pharmacokinetic/pharmacodynamics concerns which are especially relevant to the care of older people. Studies have repeatedly shown that involving pharmacists in quality improvement activities can yield substantial benefits, yet historically these professionals have not been used to their fullest potential [32].

As well as in other countries, this challenge needs to be overcome in Brazilian primary healthcare [33].

Our findings are consistent with those in the literature, suggesting that pharmacological considerations are not the only factors impacting implementation deprescribing in the BHUs routine [6]. Interacting clinical, social, cultural, and organizational factors relating to healthcare professionals, older adults, and the system influence this process [15,34]

Further research

Future research will also be needed to assess deprescribing opportunities for older adults in the Brazilian PHC.

Conclusion

The factors that influence the implementation of deprescribing in the daily practice routine are sociocultural influences, the lack of communication between health professionals, the demotivation of pharmacists and their contributions, and the

myriad of the organizational system factors. Given these barriers and challenges, it would be logical to design regulations and policies that support deprescribing in daily practice according to professional attributions.

Acknowledgments

We would like to thank all health professionals who participated in this study.

Funding

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Finance Code 001.

Conflicts of Interests

The authors have no relevant financial or non-financial interests to disclose.

References

1. Dovjak P. Polypharmacy in elderly people. *Wien Med Wochenschr.* 2022; 172:109–113.
2. O'Donnell LK, Ibrahim K. Polypharmacy and deprescribing: challenging the old and embracing the new. *BMC Geriatr.* 2022; 22:734.
3. Frank C. Deprescribing: a new word to guide medication review. *CMAJ.* 2014;186: 407–408.
4. Reeve E. et al. A systematic review of the emerging definition of 'deprescribing' with network analysis: implications for future research and clinical practice *Br J Clin Pharmacol.* 2015; 80:1254-1268.
5. Bužančić I, Hadžiabdić MO. Differences in Factors Influencing Deprescribing between Primary Care Providers: Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2023; 20:4957.
6. Doherty AJ, Boland P, Reed J, et al. Barriers and facilitators to deprescribing in primary care: a systematic review. *BJGP Open.* 2020; 4: bjgpopen20X101096.
7. Silva LGR, Pinto AWS, Queiroz WE, et al. Deprescribing clonazepam in primary care older patients: a feasibility study. *Int J Clin Pharm.* 2022;44:489-498.
8. Okeowo DA, Zaidi STR, Fylan B. Barriers and facilitators of implementing proactive deprescribing within primary care: a systematic review. *Int J Pharm Pract.* 2023; 31:126-152.
9. Jungo KT, Mantelli S, Rozsnyai Z, et al. General practitioners' deprescribing decisions in older adults with polypharmacy: a case vignette study in 31 countries. *BMC Geriatr.* 2021;21:19.
10. Motter FR, Cantuaria NM, Lopes LC. Healthcare professionals' knowledge, attitudes and practices toward deprescribing: a protocol of cross-sectional study (Desmedica Study—Brazil). *BMJ Open.* 2021;11:e044312.
11. May C, Finch T. Implementing, Embedding, and Integrating Practices: An Outline of Normalization Process Theory. 2009;43:535-554.

12. Souza VR, Marziale MH, Silva GT, et al. Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631.
13. Pelotas. Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. Pelotas, 2022.
14. Camargo BV, Justo AM. Iramuteq: um software gratuito para análise de dados textuais. *Temas Psicol.* 2013; 21:513-518.
15. ANDERSON K, Stowasser D, Freeman C. Prescriber barriers and enablers to minimising potentially inappropriate medications in adults: a systematic review and thematic synthesis. *BMJ Open.* 2014;4: e006544.
16. Burry L, Turner J, Morgenthaler T, et al. Addressing Barriers to Reducing Prescribing and Implementing Deprescribing of Sedative-Hypnotics in Primary Care. *Ann Pharmacother.* 2022; 56:463-474.
17. The 2023 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated AGS beers criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc.* 2023;71:2052-2081.
18. Wallis KA, Andrews A, Henderson M. Swimming against the tide: primary Care physicians' Views on deprescribing in everyday practice. *Ann Fam Med* 2017;15:341-346.
19. Macinko J, Andrade FB, Junior PRBS, et al. Primary care and healthcare utilization among older Brazilians (ELSI-Brazil). *Rev Saúde Pública.* 2018;52,6s, 2018.
20. Guttier MC, Silveira MPT, Tavares NUL, et al. Difficulties in the use of medications by elderly people followed up in a cohort study in Southern Brazil. *Rev Bras Epidemiol.* 2023;26:e230020.
21. Serbim A, Paskulin L, Nutbeam D. Improving health literacy among older people through primary health care units in Brazil: feasibility study. *Health Promot Int.* 2019;35:1256-1266.
22. Náfradi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS One.* 2017;12:e0186458.
23. Farrell B, Conklin J, Dolovich L, et al. Deprescribing guidelines: An international symposium on development, implementation, research and health professional education. *Res Social Adm Pharm.* 2019;15:780-789.
24. Almeida TA, Reis EA, Pinto IV, et al. Factors associated with the use of potentially inappropriate medications by older adults in primary health care: An analysis comparing AGS Beers, EU(7)-PIM List, and Brazilian Consensus PIM criteria. *Res Social Adm Pharm* 2019;15:370-377.
25. Garcia TS, Rocha BS, Castro SMJ, et al. Potentially inappropriate medications for older adults in a primary healthcare unit in southern Brazil. *Int J Clin Pharm* 2020;42(3):911-922.
26. Inskip M, Mavros Y, Sachdev PS. Interrupting the trajectory of frailty in dementia with Lewy bodies with anabolic exercise, dietary intervention and deprescribing of hazardous medications. *BMJ Case Rep.* 2020;13:e231336.

27. Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, et al. Deprescribing antipsychotics for behavioural and psychological symptoms of dementia and insomnia. *Can Fam Physician*. 2018; 64: 17-27.
28. Trenaman SC, Kennie-Kaulbach N, d'Entremont-MacVicar E, et al. Implementation of pharmacist-led deprescribing in collaborative primary care settings. *Int J Clin Pharm*. 2022; 44: 1216–1221.
29. Wright DJ, Scott S, Buck J, et al. Role of nurses in supporting proactive deprescribing. *Nurs Stand*. 2019; 34:44–50.
30. Anderson K, Freeman C, Foster M, et al. GP-Led deprescribing in community-living older Australians: an exploratory controlled trial. *J Am Geriatr Soc*. 2020; 68:403–10.
31. Cross AJ, George J, Woodward MC, et al. Deprescribing potentially inappropriate medications in memory clinic patients (DePIMM): a feasibility study. *Res Soc Adm Pharm*. 2020; 16:1392–1397.
32. Steinman MA, Landefeld CS. Overcoming Inertia to Improve Medication Use and Deprescribing: Patients, Pharmacists, and Physicians. *JAMA*. 2018; 320:1867-1869.
33. Loch-Neckel N, Crepaldi MA. Pharmacist contributions for basic care from the perspective of professionals of familial health care teams. *Braz. J. Pharm. Sci*. 2009; 45:263-272.
34. AlRasheed MM, Alhawassi TM, Alanazi A, et al. Knowledge and willingness of physicians about deprescribing among older patients: a qualitative study. *Clin Interv Aging*. 2018; 13:1401-1408.

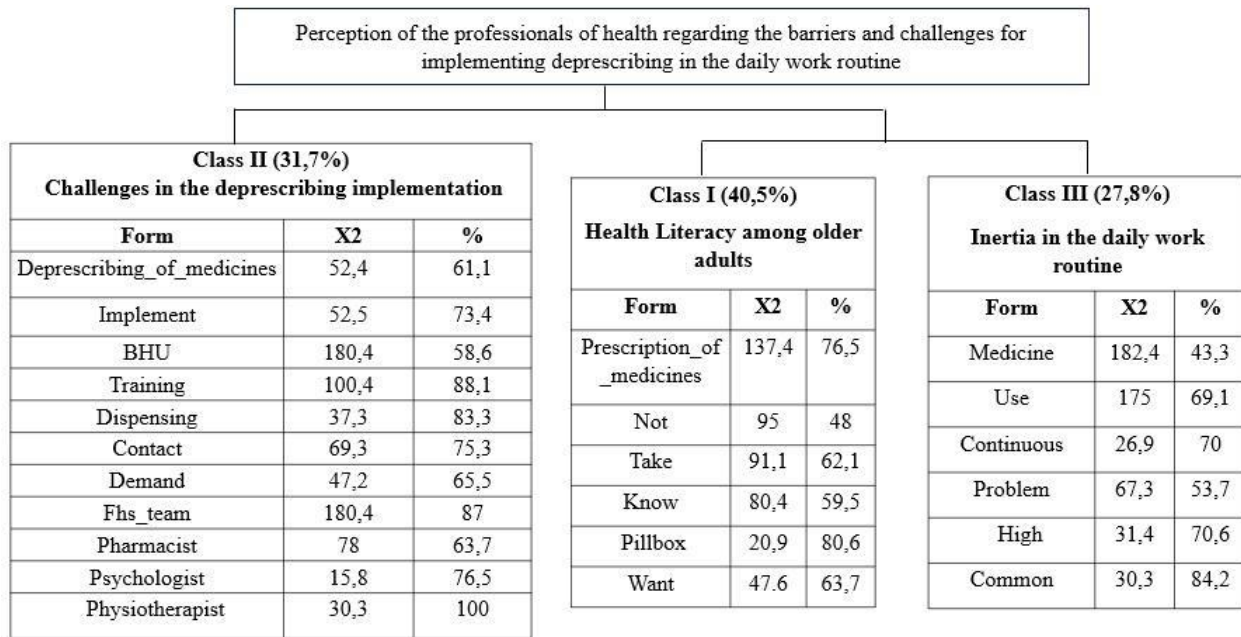


Figure 1: Dendrogram of the descending hierarchical classification of the corpus barriers and challenges for implementing deprescribing in the daily work routine. Brazil, 2023. Source: the authors.

5. CONCLUSÕES

Mesmo com o potencial da APS de garantir um tratamento adequado ao idoso e utilizar de forma racional os recursos terapêuticos da saúde pública, identificou-se que o URM não é uma prática rotineira no contexto da ESF. Nesta direção, sabe-se que as UBSs com eSF são locais propícios para desenvolver o vínculo, ações de alfabetização em saúde e promoção do autocuidado. Entretanto, essas ações não são desenvolvidas de forma eficiente. Portanto, é necessário o desenvolvimento de estratégias que priorizem o atendimento holístico ao idoso, com a oferta de opções não-farmacológicas e, quando os medicamentos forem indispensáveis, é imperativo garantir o acesso seguro e eficaz.

Insta destacar que o presente estudo também identificou que o conhecimento dos profissionais de saúde quanto à desprescrição, polifarmácia e MPIs foi incipiente e isso demonstra que os idosos não recebem o atendimento conforme a sua individualidade e peculiaridades. Dessa forma, é necessário que a capacitação no cuidado ao idoso seja fomentada no ambiente da APS.

ANEXOS

ANEXO A: Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande.

Portal do Governo Brasileiro

  principal  sair

Público Pesquisador Alterar Meus Dados

Cadastros Vanessa Radin - Pesquisador | V3.8.2
Sua sessão expira em: 37min 16

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fatores relacionados à implementação da desprescrição na Atenção Primária à Saúde.
Pesquisador Responsável: Vanessa Radin
Área Temática:
Versão: 3
CAAE: 48929921.1.0000.5324
Submetido em: 11/10/2021
Instituição Proponente: Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



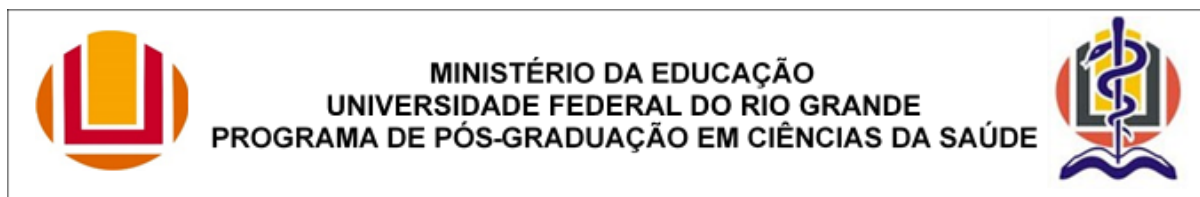
Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1783546

ANEXO B: Autorização de Projeto de Pesquisa – Secretaria Municipal de Pelotas

	
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PELOTAS NÚCLEO DE EDUCAÇÃO E SAÚDE COLETIVA	
AUTORIZAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA	
Autorizo a realização da pesquisa intitulada "FATORES RELACIONADOS À IMPLEMENTAÇÃO DA DESPRESCRIÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE", a ser realizada pela pesquisadora Vanessa Radin. Solicito que após a conclusão do trabalho, seja realizada a devolutiva à secretaria de saúde para conhecimento dos resultados.	
Pelotas, 06 de dezembro de 2021.	
 Caroline Vasconcellos Lopes COREN-RS 164 187 Integrante NUMESC	

APÊNDICES

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Título da pesquisa: “Fatores relacionados à implementação da desprescrição na Atenção Primária à Saúde.”

Pesquisadores responsáveis:

Prof. Dr. Edison Luiz Devos Barlem – ebarlem@gmail.com

Endereço: Rua General Osório, SN 96.201-900 / Rio Grande, RS, Brasil

Telefone: (53) 99143-0648

Prof. Dr. Ângelo José Gonçalves Bós - angelo.bos@pucrs.br

Endereço: Avenida Ipiranga 6681, prédio 40, sala 806m (UNATI)/ Porto Alegre, RS, Brasil.

Telefone: (51) 3353-6229

Doutoranda Vanessa Radin – nesaradin@gmail.com

Endereço: Rua General Osório, SN 96.201-900 / Rio Grande, RS, Brasil.

Telefone: (53) 98110-2633

Prezado (a) profissional de saúde,

Gostaríamos de convidá-lo (a) para participar da pesquisa: “Fatores relacionados à implementação da desprescrição na Atenção Primária à Saúde”. Esse estudo tem como objetivo geral identificar fatores que

influenciam na implementação da desprescrição para pacientes idosos em polifarmácia entre os diferentes modelos organizacionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

A sua participação é muito importante, visto que, a APS é o principal ambiente de monitoramento de doenças crônicas não transmissíveis e dispõe de diferentes categorias profissionais que podem contribuir no processo de desprescrição. Caso você aceite participar, este estudo se desenvolverá por meio de duas etapas. A primeira etapa será do preenchimento um questionário autoaplicável e confidencial; versão digital e estruturado em duas partes: a primeira contendo questões demográficas para caracterizar o perfil dos participantes, já a segunda contemplará questões elucidativas de situações que ocorrem na prática diária do profissional de saúde e que podem ou não influenciar na implementação da desprescrição. O questionário será desenvolvido através da tecnologia digital livre e gratuita do Google Forms. da Google Company Inc. A segunda etapa desta pesquisa consistirá em entrevistas semi-estruturadas e audiogravadas, que poderão ser conduzidas presencialmente ou através da plataforma gratuita de videochamadas Google Meet da Google Company Inc., conforme sua preferência. Nesta etapa serão realizados questionamentos sobre aspectos relacionados ao objetivo do estudo e ainda será concedida a livre expressão de suas opiniões e pensamentos sobre o tema.

O benefício esperado é a compreensão de como os profissionais de saúde podem atuar juntos de forma a consolidar o processo de desprescrição na APS. A percepção de diferentes categorias profissionais contribuirá para o conhecimento sobre as experiências na rotina diária e poderá esclarecer questões acerca da implementação do processo de desprescrição. Os riscos são considerados mínimos, sendo que você responderá ao questionário na modalidade online e poderá optar por ser entrevistado da mesma forma. Em caso de possível desconforto gerado por algumas das perguntas, você poderá entrar em contato com os pesquisadores responsáveis que lhe oferecerão assistência imediata, integral e gratuita. Você tem o direito de pedir uma indenização por qualquer dano que, comprovadamente, resulte da sua participação no estudo. Cabe ressaltar que, a sua privacidade será respeitada, sendo que a coleta de dados será conduzida em um ambiente adequado e reservado, conforme for conveniente para você.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá ter acesso aos dados parciais e também poderá solicitar esclarecimento sobre eventuais dúvidas, através dos contatos dos responsáveis pela pesquisa, fornecidos no presente termo. Recomenda-se que você faça download de uma cópia deste documento, o que pode ser feito através do link disponibilizado. Caso você tenha dificuldades em obter uma cópia, você também poderá solicitá-lo através dos e-mails disponibilizados nesta página. Gostaríamos

de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo.

As informações obtidas neste estudo, incluindo os dados do questionário e das entrevistas audiogravadas serão privadas, sigilosas e confidenciais, somente conhecidas pela equipe envolvida no estudo, de modo que a sua identidade será preservada. Todas informações obtidas serão baixadas para um computador e transferidas para um HD externo que será guardado e mantido sob a responsabilidade da pesquisadora responsável, por um período mínimo de 5 (cinco) anos após o término da pesquisa. Além disso, nenhum dado será mantido no sistema de armazenamento online. As informações obtidas serão utilizadas somente conforme os objetivos propostos pela pesquisa. Não haverá despesas pessoais em qualquer fase do estudo. Também não haverá compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEP-FURG) é um colegiado criado com o objetivo de defender os interesses dos participantes da pesquisa, em sua integridade e dignidade, contribuindo para o desenvolvimento de pesquisas dentro dos padrões éticos. Dados do CEP-FURG: Endereço: Av. Itália, km 8, segundo andar

do prédio das PRÓ-REITORIAS, Rio Grande, RS, Brasil | telefone: (53) 3237-3013 |email: cep@furg.br

Se você concorda em participar do estudo, por se tratar de uma pesquisa online, por favor, clique na opção “Li e concordo participar da pesquisa” preencha e assine o seguinte termo:

Declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre os objetivos e procedimentos desta pesquisa, concordando em participar voluntariamente. Tenho conhecimento que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, prejuízo ou perda de qualquer benefício. Compreendo que as informações fornecidas por mim serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, sendo garantido o anonimato da minha identidade, bem como o sigilo e a confidencialidade das informações por mim prestadas.

() Li e concordo em participar da pesquisa

APÊNDICE B: Questionário de características demográficas dos profissionais de saúde.

Nome completo:	
Sexo	☐ Feminino ☐ Masculino
Qual a sua idade? (em anos):	
Qual a sua nacionalidade?	☐ Brasileira ☐ Outro: _____
Se a resposta anterior foi “brasileira”, você é natural de qual região do país?	☐ Centro-oeste ☐ Norte ☐ Nordeste ☐ Sul ☐ Sudeste
Você possui formação em:	☐ Enfermagem ☐ Farmácia ☐ Medicina
Qual o ano da sua formação? _____	
Em qual Universidade você se formou? _____	
Qual é a sua titulação máxima?	☐ Graduação ☐ Especialização ☐ Mestrado ☐ Doutorado

Caso você tenha realizado especialização, mestrado, doutorado e/ou residência por favor, descreva a área dessa (s) titulação(s). _____	
Qual Unidade Básica de Saúde (UBS) você trabalha? _____	
Há quanto tempo você trabalha nessa UBS?	☐ 6 meses - < 1 ano ☐ 1 – 4 anos ☐ 5 – 9 anos ☐ 10 – 14 anos ☐ 15 – 19 anos ☐ ≥20 anos
Qual é o seu tipo de vínculo empregatício nessa UBS?	☐ Celetista ☐ Cargo comissionado ☐ Contrato temporário ☐ Emprego público ☐ Estatutário
Qual a sua carga horária semanal?	☐ 20 horas ☐ 30 horas ☐ 40 horas ☐ Outros: _____

Você trabalha em outra (s) instituição (ões) além da UBS?	☐ Sim ☐ Não
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, qual o seu cargo? Caso tenha respondido "não" avance para a próxima pergunta.	
Caso você queira receber uma cópia das publicações provenientes do presente estudo, por favor, escreva seu e-mail.	

APÊNDICE C: Questionário – profissionais enfermeiros

Nome completo:	UBS:		Código:
Profissão:	Início:	Fim:	Tempo total:
Modalidade:			
<u>Criação de sentido</u> Quais são as atividades que você realiza? - Qual(is) dessa(s) atividades demandam mais e menos tempo? - Qual(is) dessa(s) você tu acredita ser mais importante? - Qual atividade você mais gosta de desenvolver? - Você pode descrever como é a sua rotina padrão como enfermeira(o) na UBS? Você pode me dizer como conduz o atendimento ao paciente idoso (60 anos ou mais)? - No contexto da estratégia da saúde da família da UBS, quais são as principais características dos idosos? - Você poderia me trazer algo mais do seu cotidiano, como exemplo, algum idosos que você lembre que vem mais seguido à UBS? - Esses idosos utilizam muitos medicamentos? Você acredita que esse atendimento é semelhante aqueles prestados aos pacientes adultos? - Você pode citar um exemplo sobre algum atendimento ao idoso? - Você acha que esse usuário frequenta mais a UBS do que os demais? - Por que você acha que esse idoso frequenta mais? - Você acha que as questões de saúde desse idoso estão sendo resolvidas? Você troca informações com outros profissionais de saúde sobre o tratamento medicamentoso desses idosos? - Quais profissionais? - Em conjunto com a sua equipe, você acha que conseguem suprir as necessidades do idoso frente ao uso dos medicamentos, como exemplo, orientações e acompanhamento da adesão ao tratamento?			

- Em idosos que têm dificuldades de ouvir, ver, escutar; quais são as estratégias que você e a sua equipe tentam fazer para que esse idoso faça o uso correto dos medicamentos?

Participação cognitiva

Você consegue desenvolver ações de enfermagem conforme acredita ser necessário para esse grupo de usuários? Por que?

- Quais atividades relacionadas ao uso de medicamentos você faz hoje que acha mais importante?
- Você acha que seria importante uma atualização/capacitação sobre o uso de medicamentos nesses usuários?

Qual ação de enfermagem você acha essencial para esses idosos?

- Você acha que essa ação está sendo resolutive?
- Quais são as demandas que os idosos trazem no acolhimento?

Você lembra de alguma situação que o idoso relatou algo relacionado ao uso dos medicamentos. Exemplo, se ele usou de forma errada ou ele tem algum sintoma novo e ele estava com vergonha de falar para o médico. Ou seja, tem vergonha de relatar ao médico em consulta e vai falar para você?

Você pergunta aos pacientes idosos como eles tomam os medicamentos?

- Você lembra quais os medicamentos mais utilizados por esse público?
- Eles sempre conseguem acesso a esses medicamentos? (esse acesso é adequado ou aquém?)

Você acredita que os pacientes idosos têm dificuldades para tomar medicamentos?

- Você pode comentar alguma situação que lhe chamou a atenção?
- O que você procura fazer para ajudá-los?

Caso o idoso precise de um medicamento que não seja fornecido pela farmácia distrital, ou se está precisando de outro procedimento que não consegue de jeito nenhum. Como você auxilia esse idoso para que ele consiga esses recursos?

Como você se sente em situações que envolvem o tratamento medicamentoso desses usuários que você talvez não consiga resolver como enfermeiro (a)?

Ação coletiva

Você e sua equipe recebem algum tipo de treinamento e/ou atualização para prestar atendimento a esses usuários? Se não, recebe alguma instrução sobre algum público específico da unidade? - Existe ou já existiu algum curso <i>online</i>? - Você lembra o que era abordado no curso, em relação aos medicamentos? Você faz alguma dispensação de medicamentos?	Existe algum outro profissional que poderia fazer essa atividade de dispensação? Você conhece a função do farmacêutico na atenção primária? E a do médico? Você participa algum tipo de reunião ou alguma conversa informal sobre trabalho? Quais profissionais de saúde você tem menos contato? E quais você tem menos contato? Você já ouviu falar nos termos “polifarmácia”, “medicamentos potencialmente inapropriados para idosos” e “desprescrição”? Você poderia me dizer o que você entende por esses termos?
<u>Contextualização ao participante</u> Esclarecimento sobre o conceito de polifarmácia: não existe um consenso sobre definição de polifarmácia, mas o conceito mais utilizado na literatura científica é o uso concomitante e contínuo de 5 ou mais medicamentos. Porém, os estudos demonstram que uma quantificação numérica não mensura riscos e benefícios, por este motivo tem emergido os seguintes termos: polifarmácia apropriada que está relacionada ao uso de combinação de medicamentos para a melhora do desfecho clínico e; polifarmácia inapropriada que é quando a indicação de um ou mais medicamentos já expirou ou não tem indicação clínica para o uso desses medicamentos, ou o paciente não conseguiu aderir ao tratamento seja por custo ou por posologia complexa ou quando paciente está suscetível a um risco elevado advindo dessa combinação de medicamentos. Esclarecimento sobre o conceito de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: “Medicamentos inefetivos, desnecessários ou com	

que representam risco superior ao benefício em um indivíduo ou grupo de indivíduos” (AGS, 2019). Esclarecimento sobre o conceito de desprescrição: “Processo de retirada [ou redução] de um medicamento inapropriado, supervisionado por um profissional de saúde com o objetivo de gerenciar a polifarmácia e melhorar os resultados” (REEVE et al., 2015, adaptado por JUNGO et al., 2021).
<u>Explicação ao entrevistado</u> Nosso grupo de pesquisa está interessado em intervenções / abordagens para apoiar a desprescrição em pacientes idosos. A partir da revisão da literatura, descobrimos que esse processo é bastante complexo e muitas vezes envolve diversas etapas e diferentes profissionais de saúde. Isso torna difícil identificar quais componentes são os mais importantes em termos de melhoria dos resultados do paciente e da farmacoterapia adequada. Só para te dar uma ideia do que já foi feito em outros países... • Algumas intervenções tiveram um enfoque educacional, como fornecer aos prescritores informações baseadas em evidências ou educar os pacientes sobre seus medicamentos. • Em outros casos, os farmacêuticos realizaram análises de medicamentos independentes e fizeram recomendações aos prescritores dos pacientes como parte de uma equipe multidisciplinar. • Um estudo usou o que é conhecido como suporte de decisão computadorizado para alertar os prescritores sobre problemas de prescrição clinicamente relevantes nos registros dos pacientes; os alertas identificaram a natureza do problema, possível consequência e terapia alternativa sugerida.
<u>Monitoramento reflexivo</u> A partir dessa contextualização e na sua opinião... É necessário um treinamento sobre esses três termos que eu lhe perguntei? Por que? Você acha necessário implementar o processo de desprescrição na rotina da sua UBS? Por que? -Você acha que esse número de medicamentos utilizados aumentou depois da pandemia?

Se sim, você acha que é possível dentro da equipe multidisciplinar que existe na UBS atualmente?

- Qual seria a função do enfermeiro, farmacêutico e médico?

E relacionado aos recursos, você acredita ser suficiente? Recursos eu me refiro ao número de profissionais, a ferramentas e diretrizes clínicas fornecidas pela UBS.

Caso contrário, quais estratégias você sugere para começar a inserir o processo na unidade?

APÊNDICE D: Questionário – profissionais farmacêuticos

Nome completo:	UBS:		Código:
Profissão:	Início:	Fim:	Tempo total:
Modalidade:			
<u>Criação de sentido</u> Quais são as atividades que você realiza? - Qual(is) dessa(s) atividades demandam mais e menos tempo? - Qual(is) dessa(s) você tu acredita ser mais importante? - Qual atividade você mais gosta de desenvolver? - Você pode descrever como é a sua rotina padrão como farmacêutica(o) na UBS? Você pode me dizer como conduz a dispensação ao paciente idoso (60 anos ou mais)? - No contexto da estratégia da saúde da família da UBS, quais são as principais características dos idosos? - Você poderia me trazer algo mais do seu cotidiano, como exemplo, algum idosos que você lembre que vem mais seguido à UBS? - Esses idosos utilizam muitos medicamentos? Essa forma de dispensação é a mesma para os demais adultos? - Você pode citar um exemplo sobre algum atendimento ao idoso? - Você acha que esse usuário frequenta mais a UBS do que os demais? - Por que você acha que esse idoso frequenta mais? - Você acha que as questões de saúde desse idoso estão sendo resolvidas? Como você descreveria as atividades dos médicos e enfermeiros no cuidado a esses usuários? Existe algum outro profissional que você acha importante destacar atividades no cuidado ao idoso?			
<u>Participação cognitiva</u> Qual (is) atividade (s) de natureza clínica você realiza para esses usuários? (se o participante perguntar o que eu considero como atividade clínica: “toda atividade realizada diretamente com o usuário e que tenha a finalidade de atender as necessidades dos pacientes relacionadas ao uso de medicamentos”).			

- Por que?
- Quais atividades relacionadas ao uso de medicamentos que você faz hoje que você acha mais importante?
- Você acha que seria importante uma atualização/capacitação sobre o uso de medicamentos aos idosos?

Você faz a revisão dos medicamentos que o paciente idoso utiliza? Utiliza alguma ferramenta?

- Você acha que essa etapa de revisão é importante?
- Você que algum outro profissional de saúde da UBS faz essa revisão?
- O que você acha necessário para fazer essa revisão?

Você pergunta aos pacientes idosos como eles tomam os medicamentos?

- Você lembra quais os medicamentos mais utilizados por esse público?
- Eles sempre conseguem acesso a esses medicamentos? (esse acesso é adequado ou aquém?)

Você pede para o idoso repetir a orientação que você deu sobre como utilizar o medicamento?

- Você acha essa estratégia de repetição resolutiva? Por que?
- O que você sugere que seja mais efetivo para esses usuários entenderem a sua orientação?

Você já identificou algum problema de adesão ao tratamento? Pode me contar um pouco de como foi essa experiência?

Você acha que os idosos têm mais dificuldade de fazer o uso correto de medicamentos? Por que?

- Você pode comentar alguma situação que lhe chamou a atenção?
- O que você procura fazer para ajudá-los?

Você acredita que seu espaço físico e ferramentas clínicas disponíveis atendem às necessidades para a realização das atividades clínicas a esses usuários? Se não/se sim, por que?

- O que você acha necessário para fazer o atendimento clínico?

Como você se sente em situações que envolvem o tratamento medicamentoso desses usuários que você talvez não consiga resolver como farmacêutico (a)?

Ação coletiva

Você e sua equipe recebem algum tipo de treinamento e/ou atualização para prestar atendimento a esses usuários? Se não, recebe alguma instrução sobre algum público específico da unidade?

- Existe ou já existiu algum curso *online*?

- Você lembra o que era abordado no curso, em relação aos medicamentos?

Existe alguma atividade que atualmente você desempenha que poderia ser realizada por outro profissional (seja da área da saúde ou não)? Se sim, por que?

Existe alguma outra atividade que você gostaria de ter ajuda? Se sim, quem você acha que poderia lhe ajudar?

Você participa algum tipo de reunião ou alguma conversa informal sobre trabalho?

Quais profissionais de saúde você tem menos contato? E quais você tem menos contato?

Quais profissionais de saúde você tem menos contato? E quais você tem menos contato?

Você já ouviu falar nos termos “polifarmácia”, “medicamentos potencialmente inapropriados para idosos” e “desprescrição”? Você poderia me dizer o que você entende por esses termos?

Contextualização ao participante

Esclarecimento sobre o conceito de polifarmácia: não existe um consenso sobre definição de polifarmácia, mas o conceito mais utilizado na literatura científica é o uso concomitante e contínuo de 5 ou mais medicamentos. Porém, os estudos demonstram que uma quantificação numérica não mensura riscos e benefícios, por este motivo tem emergido os seguintes termos: polifarmácia apropriada que está relacionada ao uso de combinação de medicamentos para a melhora do desfecho clínico e; polifarmácia inapropriada que é quando a indicação de um ou mais medicamentos já expirou ou não tem indicação clínica para o uso desses medicamentos, ou o paciente não conseguiu aderir ao tratamento seja por custo ou por posologia complexa ou quando paciente está suscetível a um risco elevado advindo dessa combinação de medicamentos.

Esclarecimento sobre o conceito de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: “Medicamentos inefetivos, desnecessários ou com que representam risco superior ao benefício em um indivíduo ou grupo de indivíduos” (AGS, 2019).

Esclarecimento sobre o conceito de desprescrição: “Processo de retirada [ou redução] de um medicamento inapropriado, supervisionado por um profissional de saúde com o objetivo de gerenciar a polifarmácia e melhorar os resultados” (REEVE et al., 2015, adaptado por JUNGO et al., 2021).

Explicação ao entrevistado

Nosso grupo de pesquisa está interessado em intervenções / abordagens para apoiar a desprescrição em pacientes idosos. A partir da revisão da literatura, descobrimos que esse processo é bastante complexo e muitas vezes envolve diversas etapas e diferentes profissionais de saúde. Isso torna difícil identificar quais componentes são os mais importantes em termos de melhoria dos resultados do paciente e da farmacoterapia adequada.

Só para te dar uma ideia do que já foi feito em outros países...

- Algumas intervenções tiveram um enfoque educacional, como fornecer aos prescritores informações baseadas em evidências ou educar os pacientes sobre seus medicamentos.
- Em outros casos, os farmacêuticos realizaram análises de medicamentos independentes e fizeram recomendações aos prescritores dos pacientes como parte de uma equipe multidisciplinar.
- Um estudo usou o que é conhecido como suporte de decisão computadorizado para alertar os prescritores sobre problemas de prescrição clinicamente relevantes nos registros dos pacientes; os alertas identificaram a natureza do problema, possível consequência e terapia alternativa sugerida.

Monitoramento reflexivo

A partir dessa contextualização e na sua opinião...

É necessário um treinamento sobre esses três termos que eu lhe perguntei? Por que?

Você acha necessário implementar o processo de desprescrição na rotina da sua UBS? Por que?

-Você acha que esse número de medicamentos utilizados aumentou depois da pandemia?

Se sim, você acha que é possível dentro da equipe multidisciplinar que existe na UBS atualmente?

- Qual seria a função do enfermeiro, farmacêutico e médico?

E relacionado aos recursos, você acredita ser suficiente? Recursos eu me refiro ao número de profissionais, a ferramentas e diretrizes clínicas fornecidas pela UBS. Caso contrário, quais estratégias você sugere para começar a inserir o processo na unidade?

APÊNDICE E: Questionário – profissionais médicos

Nome completo:	UBS:		Código:
Profissão:	Início:	Fim:	Tempo total:
Modalidade:			
<u>Criação de sentido</u> Quais são as atividades que você realiza? - Qual(is) dessa(s) atividades demandam mais e menos tempo? - Qual(is) dessa(s) você tu acredita ser mais importante? - Qual atividade você mais gosta de desenvolver? - Você pode descrever como é a sua rotina padrão como médica(o) na UBS? Você pode me dizer como conduz o atendimento médico ao paciente idoso (60 anos ou mais)? - No contexto da estratégia da saúde da família da UBS, quais são as principais características dos idosos? - Você poderia me trazer algo mais do seu cotidiano, como exemplo, algum idosos que você lembre que vem mais seguido à UBS? - Esses idosos utilizam muitos medicamentos? Você troca informações com outros profissionais de saúde sobre esses pacientes? - Quais profissionais? Quais informações você acha que eles têm sobre os idosos que podem contribuir no atendimento médico? - Em conjunto com a sua equipe, você acha que vocês conseguem suprir as necessidades do idoso frente ao uso dos medicamentos, como exemplos, orientações e acompanhamento da adesão ao tratamento?			
<u>Participação cognitiva</u> Como você inicia a prescrição de um novo medicamento para uma pessoa idosa? Você utiliza alguma diretriz ou ferramenta para nortear essas prescrições? Você faz a coleta da lista dos medicamentos que o paciente faz uso? Você faz a revisão dos medicamentos que o paciente idoso utiliza? Utiliza alguma ferramenta?			

Você faz a revisão dessa lista de medicamentos? Como? Como você comunica ao idoso o motivo do uso desse novo medicamento? Como você engaja o paciente idoso a fazer o uso correto dos medicamentos? Você acha que os idosos têm mais dificuldade de tomar os medicamentos corretamente? Por que? Você pergunta aos pacientes idosos como eles tomam os medicamentos? Quanto tempo depois da prescrição do novo medicamento você solicita o retorno do paciente para monitoramento? Você solicita algum tipo de exame nesse retorno? Em idosos portadores de doenças crônicas, como funcionam as renovações de receitas? Já ocorreu alguma situação que algum novo sintoma que o idoso apresentou estava relacionado com o uso de algum medicamento? Você possui alguma dificuldade em como fazer a redução ou retirada de algum medicamento na prescrição do idoso? Qual o tipo de informações você busca nesses casos? Em casos que seja necessário fazer essas alterações na prescrição, você já encontrou alguma resistência por parte dos mesmos ou de seus cuidadores/familiares? Qual classe de medicamento? Você pede para o idoso repetir a orientação que você deu sobre como utilizar o medicamento? Como você acompanha a redução de dose/retirada do medicamento? Você pede ajuda para outro profissional da UBS? Como você se sente em situações que envolvem o tratamento medicamentoso desses usuários que você talvez não consiga resolver como médico (a)?
<u>Ação coletiva</u>
Você e sua equipe recebem algum tipo de treinamento e/ou atualização para prestar atendimento a esses usuários? Se não, recebe alguma instrução sobre algum público específico da unidade? - Existe ou já existiu algum curso <i>online</i>? - Você lembra o que era abordado no curso, em relação aos medicamentos? - Se não, recebe alguma instrução sobre algum público específico atendido na unidade? Você faz alguma dispensação de medicamentos? Se sim, como você a conduz? Existe algum outro profissional que poderia fazer essa atividade de dispensação?

? Qual?

Você conhece a função do farmacêutico e do enfermeiro na Unidade Básica de Saúde?

Você participa de alguma reunião ou alguma conversa informal sobre os pacientes com a equipe da UBS?

Quais profissionais de saúde você tem menos contato? E quais você tem menos contato?

Você já ouviu falar nos termos “polifarmácia”, “medicamentos potencialmente inapropriados para idosos” e “desprescrição”? Você poderia me dizer o que você entende por esses termos?

Contextualização ao participante

Esclarecimento sobre o conceito de polifarmácia: não existe um consenso sobre definição de polifarmácia, mas o conceito mais utilizado na literatura científica é o uso concomitante e contínuo de 5 ou mais medicamentos. Porém, os estudos demonstram que uma quantificação numérica não mensura riscos e benefícios, por este motivo tem emergido os seguintes termos: polifarmácia apropriada que está relacionada ao uso de combinação de medicamentos para a melhora do desfecho clínico e; polifarmácia inapropriada que é quando a indicação de um ou mais medicamentos já expirou ou não tem indicação clínica para o uso desses medicamentos, ou o paciente não conseguiu aderir ao tratamento seja por custo ou por posologia complexa ou quando paciente está suscetível a um risco elevado advindo dessa combinação de medicamentos.

Esclarecimento sobre o conceito de medicamentos potencialmente inapropriados para idosos: “Medicamentos inefetivos, desnecessários ou com que representam risco superior ao benefício em um indivíduo ou grupo de indivíduos” (AGS, 2019).

Esclarecimento sobre o conceito de desprescrição: “Processo de retirada [ou redução] de um medicamento inapropriado, supervisionado por um profissional de saúde com o objetivo de gerenciar a polifarmácia e melhorar os resultados” (REEVE et al., 2015, adaptado por JUNGO et al., 2021).

Explicação ao entrevistado

Nosso grupo de pesquisa está interessado em intervenções / abordagens para apoiar a desprescrição em pacientes idosos. A partir da revisão da literatura, descobrimos que esse processo é bastante complexo e muitas vezes envolve diversas etapas e diferentes profissionais de saúde. Isso torna difícil identificar quais componentes são os mais

importantes em termos de melhoria dos resultados do paciente e da farmacoterapia adequada.

Só para te dar uma ideia do que já foi feito em outros países...

- Algumas intervenções tiveram um enfoque educacional, como fornecer aos prescritores informações baseadas em evidências ou educar os pacientes sobre seus medicamentos.
- Em outros casos, os farmacêuticos realizaram análises de medicamentos independentes e fizeram recomendações aos prescritores dos pacientes como parte de uma equipe multidisciplinar.
- Um estudo usou o que é conhecido como suporte de decisão computadorizado para alertar os prescritores sobre problemas de prescrição clinicamente relevantes nos registros dos pacientes; os alertas identificaram a natureza do problema, possível consequência e terapia alternativa sugerida.

Monitoramento reflexivo

A partir dessa contextualização e na sua opinião...

É necessário um treinamento sobre esses três termos que eu lhe perguntei? Por que?

Você acha necessário implementar o processo de desprescrição na rotina da sua UBS? Por que?

-Você acha que esse número de medicamentos utilizados aumentou depois da pandemia?

Se sim, você acha que é possível dentro da equipe multidisciplinar que existe na UBS atualmente?

- Qual seria a função do enfermeiro, farmacêutico e médico?

E relacionado aos recursos, você acredita ser suficiente? Recursos eu me refiro ao número de profissionais, a ferramentas e diretrizes clínicas fornecidas pela UBS.

Caso contrário, quais estratégias você sugere para começar a inserir o processo na unidade?