

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JOÃO ELITON BONIN

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE O USO INADEQUADO DE
MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO IDOSA NA EQUIPE I EM
TEIXEIRAS-MG.**

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG
2014

JOÃO ELITON BONIN

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE O USO INADEQUADO DE
MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO IDOSA NA EQUIPE I EM
TEIXEIRAS-MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

CONSELHEIRO LAFAIETE – MG

2014

JOÃO ELITON BONIN

**PLANO DE INTERVENÇÃO SOBRE O USO INADEQUADO DE
MEDICAMENTOS PELA POPULAÇÃO IDOSA NA EQUIPE I EM
TEIXEIRAS-MG.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima

Banca Examinadora

Prof.^a Virgiane Barbosa de Lima - Orientadora

Prof.^a Dr.^a Matilde Meire Miranda Cadete - Examinadora

Aprovado em Belo Horizonte, 15/02/2014.

DEDICATÓRIA

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos integrantes da Equipe I e, principalmente, aos usuários da área adscrita à unidade.

Saibam que, vistos sob a minha ótica e meus códigos de valor, vocês não serão como páginas da vida que vão passando umas sobre as outras, esquecidas, apenas lidas, e sim, ficarão em minhas lembranças como peças importantes neste encaixe perfeito capaz de formar seres humanos, médicos e cidadãos melhores.

AGRADECIMENTOS

Hoje, quero agradecer aos que fazem de modo singular, parte do meu livro de lembranças:

À mãe por cosermos histórias saborosas repletas de alusões éticas; ao pai (que partiu antes do combinado) pela honestidade e discrição;

À tia Luzia pelo timbre da graça inteligente e crítica; à avó Lília: uma mulher valente, SAUDADES;

Às irmãs: Eliane deu-me chão e pão quando precisei; Jane ajudou-me a arrumar a má cabeça, tomar juízo;

Às sobrinhas: foi um mergulho profundo na psicologia infantil/adolescente;

À Kelen por aguentar a minha inconstância e querer-me tão bem;

À minha orientadora Profa. Virgiane pelo empenho na construção conjunta de um trabalho que fosse significativo e de qualidade;

A Deus, por estar em meus coração e mente e não fazer de mim o mais comum, o menos surpreendente em ideias e práticas.

RESUMO

O processo de envelhecer é dinâmico e variável, por isso, impede estabelecer parâmetros. A estrutura etária da população mudou significativamente nas últimas décadas e trouxe modificações epidemiológicas, como por exemplo, a substituição do perfil das causas de mortes: no passado eram por doenças infecto-parasitárias (doenças agudas) para doenças do aparelho circulatório (doenças crônico-degenerativas). Este fenômeno implicou em maior utilização dos serviços de saúde e apresentou um padrão que proporcionou um aumento importante no consumo de medicamentos entre os idosos. Nos países desenvolvidos, idosos do sexo feminino, mais velhos, viúvos e com pior situação socioeconômica consomem mais medicamentos e de maneira equivocada em grande parte das vezes. Este trabalho objetivou elaborar um Plano de Intervenção (PI) para reduzir o alto número de usuários idosos que fazem uso inadequado de medicamentos, ampliar o vínculo e melhorar o cuidado com a comunidade e tentar transformar a realidade da população adscrita à Unidade Básica de Saúde denominada Equipe 1 no tocante ao uso de medicamentos. Na construção deste PI, fez-se revisão de literatura tipo narrativa com a utilização de trabalhos científicos disponíveis em base de dados para subsidiar a elaboração do plano de ação como parte do PI proposto. O PI compreendeu os seguintes passos: definição do problema; priorização do problema; descrição do problema priorizado; explicação do problema; seleção dos nós críticos; desenho das operações; identificação dos recursos necessários; análise de viabilidade do plano de intervenção; elaboração do plano operativo e gestão do plano.

Palavras-chave: Idosos; Uso de Medicamentos; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Saúde do Idoso; Adesão à medicação.

ABSTRACT

The aging process is dynamic and variable, therefore, prevents establishing parameters. The age structure of the population has changed significantly in recent decades and brought epidemiological changes, such as replacing the profile of the causes of deaths: who in the past were due to infectious and parasitic diseases (acute disease) for circulatory diseases (chronic diseases degenerative). This phenomenon resulted in increased use of health services and presented a pattern that provided a significant increase in drug use among the elderly. In developed countries, older women, older, widowed and with lower socioeconomic status consume more medication and wrong way most of the time. This work aims to develop a Plan of Intervention (PI) to reduce the high number of elderly users who misuse medications, increase the bond and improve the care of the community and try to change the reality of the enrolled population Basic Unit Health named Team 1 regarding the use of medicines. In building this PI scientific papers available were used in the database as: literature narrative type in order to find specific theoretical frameworks to support the development of an action plan as part of the proposed PI. The PI comprised of the following steps: defining the problem; prioritization of the problem; prioritized description of the problem; explanation of the problem; selection of critical nodes; drawing operations, identification of resources; feasibility analysis of the contingency plan, development of the operating plan and management plan.

Keywords: Elderly; Drug Utilization; Primary Health Care; Family Health Program; Health of the Elderly; Adherence to Treatment.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEABSF	Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CIS-MIV	Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DOU	Diário Oficial da União
ECG	Eletrocardiograma
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
MBE	Medicina Baseada em Evidências
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio em Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios
PNDU	Programa das Nações Unidas Para o Desenvolvimento
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional em Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNA-SUS	Universidade Aberta do SUS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 JUSTIFICATIVA	14
3 OBJETIVO	15
4 METODOLOGIA	16
5 REVISÃO DE LITERATURA	17
5.1 O idoso	17
5.2 Mudança no perfil demográfico da população	17
5.3 O Uso incorreto de medicamentos	19
5.4 Uso racional de medicamentos	23
6 PLANO DE AÇÃO	25
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
REFERÊNCIAS	39

1 INTRODUÇÃO

Teixeiras é um município que fica na Zona da Mata mineira e integra a microrregião de Viçosa. Sua população é de 12.190 habitantes distribuídos em 3.427 domicílios/famílias. Destes, 73,34% dos habitantes vivem na zona urbana e 27,66% na zona rural, de acordo com o Caderno de Informações de Saúde, confeccionado pela Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (BRASIL, 2010).

O Índice de desenvolvimento Humano (IDH) do município, segundo o Programa das Nações Unidas (PNDU, 2010) para o Desenvolvimento em 2010 é 0,675, sua taxa de urbanização é 62,33%. As principais atividades econômicas relacionam-se à agricultura (café, arroz, feijão, mandioca, milho, abacaxi, tomate, cana de açúcar, batata doce), pecuária (bovinocultura e suinocultura), silvicultura e exploração florestal.

As condições socioeconômicas neste município são baixas, pois, dos 3.643 domicílios cadastrados em 2010, 1.167 domicílios possuem entre um e dois salários mínimos de renda familiar, conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), sendo o índice de desemprego bastante significativo (DATASUS, 2012).

Quanto aos recursos de saúde, a cidade dispõe de um hospital com 20 leitos (caso o paciente não possa ser tratado neste hospital por motivo de complexidade do caso, este é transferido para os hospitais São João Batista ou São Sebastião – ambos no município de Viçosa); quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), cada uma com uma equipe de Programa de Saúde da Família (PSF), um hospital de baixa complexidade, um centro de vacinação, um centro de controle epidemiológico e a vigilância sanitária municipal (RELATÓRIO DE GESTÃO ANUAL, 2012).

Os demais recursos constantes em Teixeira são: ambulatórios de especialidade como ginecologia e obstetrícia, dermatologia, cardiologia, ortopedia e um ultrassonografista (que realiza exames de ultrassonografia uma vez por semana) oferecidos à população, mas não constam no citado relatório. Os outros atendimentos em especialidades médicas são feitos no Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião de Viçosa (CIS-MIV), distante 10 km de Teixeira. O município conta também com os Centros Hiperdia e Viva-Vida em Viçosa, que disponibiliza referência multidisciplinar em cardiologia, endocrinologia, nefrologia, feridas crônicas, gestação de alto risco, mastologia, urologia e pediatria.

A unidade em que a Equipe I realiza suas atividades é chamada de Centro de Saúde, e no local também funciona a sala de vacinas onde trabalham duas técnicas de enfermagem que atendem todo o município.

A Equipe I é composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, um dentista, sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma secretária, uma técnica em saúde bucal, um assistente em saúde bucal e uma auxiliar de limpeza.

A parte física da unidade possui um consultório médico, um consultório de enfermagem, um consultório odontológico, uma sala de curativos, uma sala de vacinas, uma sala para os ACSs (que também funciona como sala de reuniões), recepção e sala de espera.

Iniciei meu trabalho como médico na Equipe I em Teixeira, no dia 03 de março de 2013, sob edital 03/2013 da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fui selecionado para trabalhar no município como médico bolsista do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB). A segunda edição do PROVAB foi lançada pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2012, cujo objetivo é estimular a formação médica e levar esses profissionais para áreas de maior carência e vulnerabilidade, como, por exemplo, as áreas de extrema pobreza e periferias das regiões metropolitanas, populações ribeirinhas e indígenas. São profissionais contratados que devem trabalhar pelo período de 12 meses em equipes de estratégia em saúde da família, integrando as equipes e fortalecendo a universalização do acesso aos serviços de saúde.

Para participar do PROVAB, segundo Edital nº 03/2013, de 09 de janeiro de 2013 – Diário Oficial da União (DOU) nº 7 – 10/01/2013, o médico bolsista fica obrigado a realizar pós-graduação em saúde da família. Fui selecionado para realizar o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (CEABSF) pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), em parceria com a Universidade Aberta do SUS, a UNA-SUS. O pólo de apoio fica no município de Conselheiro Lafaiete, em Minas Gerais, e as atividades do CEABSF iniciaram-se no mês de março de 2013.

As UBSs são a porta de entrada para uma determinada população previamente delimitada. As equipes de saúde trabalham a promoção, prevenção da saúde recuperação e reabilitação de doenças, além dos agravos de saúde frequentes ou comuns naquele território. Elas são responsáveis pelo

acompanhamento e manutenção da saúde da população, sendo que cada equipe deve acompanhar uma população de até quatro mil pessoas. O trabalho deve ser realizado em equipe, inclusive com a equipe multiprofissional permitindo a troca de conhecimentos e experiências entre os profissionais de saúde. A estratégia de Saúde da família é um projeto do Sistema Único de Saúde (SUS), suas atividades iniciaram em 1994 e desde sua criação tem mostrado resultados positivos nos indicadores de saúde e de qualidade de vida da população que recebe a assistência (BRASIL, 2000).

Ao iniciar as atividades como médico da Equipe I e realizar análise situacional, observei alguns fatores facilitadores do processo de trabalho da equipe, e em Teixeira a atenção primária consegue resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população adscrita. Além disso, a equipe oferece atenção integral àquela população, no sentido promover ações de promoção, prevenção e reabilitação.

Já em relação aos fatores dificultadores para a organização e funcionamento em rede do sistema de saúde do município, percebeu-se que há hierarquia entre os diferentes níveis de atenção à saúde e que não há nenhuma integração entre esses níveis de atenção. Assim, não existe contra referência e ao referenciar um paciente para consulta ambulatorial em alguma especialidade o mesmo se perde na rede, pois, além da demora na realização da consulta, quando esta acontece não há nenhum tipo de retorno para que o indivíduo continue a ser acompanhado na sua unidade da ESF. Tempos depois o mesmo paciente volta para nova consulta com o médico da equipe e não sabe dizer o que foi estabelecido para abordar sua enfermidade, iniciando-se um novo processo.

Outro fator dificultador é que a cidade não dispõe de laboratório de análises clínicas público, e para qualquer tipo de exame é necessário recorrer ao consórcio intermunicipal, gerando atrasos em alguns diagnósticos. Por outro lado, o nível secundário de atenção está sendo reativado e já dispõe de especialidades como pediatria, ortopedia, ginecologia e obstetrícia. Já as demais especialidades necessitam ser alocadas no consórcio intermunicipal. Ainda como fator dificultador, o hospital da cidade está com a estrutura de saúde comprometida e no momento, somente são atendidas consultas ambulatoriais, tendo em vista que centro-cirúrgico, sala de RX e laboratório estão interditados pela Vigilância Sanitária. Assim, quando

há necessidade de acionamento do nível terciário de atenção tem-se que recorrer à cidade de referência.

Os problemas de saúde observados na Equipe I, levantados por ocasião da atividade do Módulo de Planejamento e avaliação das ações em saúde (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010), isto é, o diagnóstico situacional do território, foram o uso incorreto de medicamentos por parte dos usuários idosos, a dificuldade e irregularidade de adesão ao tratamento por parte significativa de pacientes hipertensos e ou diabéticos, a alta incidência de parasitoses e a baixa adesão da população aos grupos educativos propostos pela equipe de saúde.

Para efeito deste trabalho, foi escolhido o uso incorreto de medicamentos por parte dos usuários idosos como problema de saúde relevante na Equipe I. Através da consulta médica, observou-se que parte significativa destes pacientes encontrava-se sem assistência e cuidados adequados quanto à forma de utilizar medicamentos ou sem orientação adequada. Um exemplo são as constantes descompensações de idosos que fazem uso de medicamentos anti-hipertensivos, e que se apresentaram na UBS em uso de três anti-hipertensivos em doses máximas que chegam para consulta médica com pressões arteriais sistólicas acima de 170 mmHg. A equipe então optou por investigar melhor as causas e encontrou diferentes situações que contribuem para o uso irregular como: esquecimentos das tomadas dos medicamentos; analfabetismo; falta de explicação por parte dos médicos; dificuldade de entendimento da letra do médico inclusive pelo farmacêutico do município, entre outros.

Assim, foi construído um plano de intervenção para enfrentamento do problema e foram propostas novas abordagens, como abrir agenda específica para atendimento de pacientes idosos e com dificuldades de leitura, inclusão desses pacientes em grupos a fim de melhorar a comunicação com a equipe, equipe multidisciplinar e usuários para proporcionar a readequação da forma de utilização de medicamentos, estimulando a prevenção dos problemas e a promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários.

2 JUSTIFICATIVA

Justifica-se a escolha do tema deste trabalho pelo elevado número de pacientes idosos que fazem uso inadequado de medicamentos na tentativa de garantir melhorias em relação ao atendimento e acompanhamento desses pacientes e modificar esta realidade na Equipe I em Teixeira - MG

3 OBJETIVO

Elaborar um plano de intervenção para reduzir o uso inadequado de medicamentos pelos usuários idosos na Equipe I em Teixeira - MG.

4 METODOLOGIA

Para a construção deste plano de intervenção fez-se, primeiramente, revisão de literatura do tipo narrativo com vistas à utilização de trabalhos científicos disponíveis em base de dados informatizados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), tais como a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO) e Biblioteca Cochrane além da Biblioteca Virtual da Universidade Federal de Minas Gerais, dentre outros, com o objetivo de encontrar referenciais teóricos específicos para subsidiar a elaboração do plano de ação como parte do plano de intervenção proposto. O estudo foi realizado no ano de 2013 na cidade de Teixeira/MG.

Após realizar o diagnóstico situacional e conhecer o território estudado, incluindo os principais problemas enfrentados pela UBS, foram planejadas intervenções que possam garantir melhorias no atendimento de pacientes idosos e sua respectiva medicalização, seguindo o método de Planejamento Estratégico Situacional (PES).

As informações coletadas foram obtidas por meio de leitura de prontuários, contato diário com os pacientes, reuniões com pacientes em grupos operativos, reuniões com profissionais de saúde da unidade e contato direto com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Teixeira e na observação dos dados disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB).

Para a seleção das publicações alguns critérios de inclusão foram seguidos: o período de publicação de 1980 a 2013; idioma português e inglês; os tipos (livros, teses, artigos e dissertações).

Para elaboração deste estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre o assunto nos bancos de.

Os artigos disponíveis nas bases de dados, bem como publicações em livros e revistas médicas foram selecionados conforme sua relevância. Os descritores utilizados foram: uso inadequado de medicamentos; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Saúde do idoso; Adesão à terapia medicamentosa.

5 REVISÃO DE LITERATURA

5.1 O Idoso

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera como idoso o indivíduo que alcançou, em países em desenvolvimento, a idade de 60 anos ou mais, ou, em países desenvolvidos, 65 anos ou mais, se falamos em idade cronológica (OMS/OPAS, 1998). Assim, também está definido na Política Nacional do Idoso, lei nº 8.842 promulgada em 4 de janeiro de 1994 e regulamentada em 1996, onde fica assegurado os direitos sociais à pessoa idosa, propiciando condições ideais para promover sua autonomia, a integração e a participação efetiva na sociedade, assegurando o direito à saúde deste grupo etário em todos os níveis de atendimento do SUS (BRASIL, 1996).

O idoso é um cidadão com direitos, necessidades e potencialidades próprias que acumulou experiências, sabedorias e vivências contribuindo para a construção dos ideais dos indivíduos que convivem com ele.

O Brasil ocupa um dos primeiros lugares do mundo quanto à desigualdade social. Desta maneira, “pode-se afirmar que grande parte do contingente idoso é pobre” (NERI, 2001, p.55).

5.2 Mudança no perfil demográfico da população

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012), cerca de 5,0% da população brasileira eram de idosos na década de 1970, sendo que este percentual pulou para 8,5% na década de 1990, e as estimativas, para 2010, giram em torno de 9,2%. Ainda de acordo com o IBGE, tem havido aumento sistemático na expectativa de vida do brasileiro, como por exemplo, a expectativa de vida dos brasileiros de ambos os sexos ao nascer passou de 74,1 em 2011 para 74,6 anos em 2012, com um acréscimo de cinco meses e 12 dias. Para a população masculina o aumento foi de 4 meses e 10 dias, passando de 70,6 anos para 71,0 anos. Já para as mulheres o ganho foi maior. Em 2011, a esperança de vida ao nascer delas era de 77,7 anos, elevando-se para 78,3 anos em 2012, 6 meses e 25 dias maior.

O envelhecimento da população mundial é um fato recente e implacável. No entanto, até o ano de 2050 estima-se que a expectativa em todo o mundo, inclusive

no Brasil, é que na população existirão mais idosos que crianças abaixo de 15 anos, sendo um fenômeno jamais observado. Esta mudança é uma resposta à mudança de indicadores de saúde, como a queda da fecundidade e da mortalidade e o aumento da esperança de vida (BRASIL, 2007).

Segundo Schneider e Irigaray (2008, p.592):

[...] o envelhecimento é um processo complexo e multifatorial. A variabilidade de cada pessoa (genética e ambiental) acaba impedindo o estabelecimento de parâmetros. Por isso, o uso somente do tempo (idade cronológica) como medida esconde um amplo conjunto de variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo.

No Caderno de Atenção Básica que trata do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007, p.8) ressalta-se que:

[...] o processo de envelhecimento não é homogêneo para todos os seres humanos, sofrendo influência dos processos de discriminação e exclusão associados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições sociais e econômicas, à região geográfica de origem e à localização de moradia.

É necessário evidenciar que juntamente com as modificações da faixa etária da população, estão as mudanças epidemiológicas, sendo comum a substituição das causas principais de morte por doenças parasitárias, e as de caráter agudo, pelas doenças crônico-degenerativas (diabetes, acidente vascular cerebral, neoplasias, hipertensão arterial, demência senil e outras), que são doenças que requerem maiores cuidados além de ser de longa duração. Nesse caso, o atendimento deverá ser adequado às necessidades do público alvo envolvendo maior quantidade de recursos materiais e humanos, além do maior consumo de medicamentos. Apesar de necessários para a terapêutica, a má utilização dos produtos farmacêuticos pode desencadear complicações para a saúde do usuário. Finalmente pelo fato dos medicamentos proporcionarem benefícios, também passaram a ser utilizados de forma irracional e indiscriminada decorrente do curso do mercado farmacêutico (MARIN *et al.*, 2008).

5.3 O uso incorreto de medicamentos

A atenção à saúde do idoso tem como um dos pilares os medicamentos como complemento do cuidado e pela sua importância este público tende a fazer uso de cada vez mais produtos farmacêuticos e acabam apresentando características e

particularidades em relação à farmacocinética e farmacodinâmica aumentando a vulnerabilidade a efeitos adversos. Com a mudança de padrão na estrutura etária da população, proporcionou-se um elevado consumo de medicamentos entre idosos e isto tem sido descrito em estudo no Brasil e no mundo (COELHO FILHO, MARCOPITO, CASTELO, 2004).

Na Equipe I, foi observado que parte significativa dos idosos que fazem uso incorreto de medicamentos é do sexo feminino, sexo masculino e sozinho, viúvos e com baixa situação socioeconômica. Quando questionados na anamnese sobre o uso de vários medicamentos simultaneamente, a resposta em sua maioria foram queixas sobre seu estado de saúde que classificam como ruim e a grande maioria portando doenças crônicas. Outra possibilidade de se justificar os desarranjos é a falta da atenção farmacêutica adequada que permite o uso indiscriminado e este fato se agrava porque não existe sintonia entre equipe de saúde e os responsáveis pelos idosos.

Conforme citado anteriormente, o uso dos os produtos farmacêuticos é responsável por excelentes resultados terapêuticos, e este é um dos motivos viabilizou a utilização de forma indiscriminada e irracional, inclusive pelo assédio do mercado. Por outro lado, devemos considerar a baixa disponibilidade de medicamentos essenciais nas UBS, prejudicando os tratamentos de indivíduos mais vulneráveis, os de menor renda, que geralmente dependem da obtenção gratuita de medicamentos pelo setor público, sendo esta a única alternativa de tratamento (GUERRA JÚNIOR *et al.*, 2004).

Assim, o gasto médio com medicamentos pelos idosos na área adscrita à Equipe I, também compromete a renda. Este fato é citado num estudo baseado na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) onde “aponta que 50% dos idosos têm renda pessoal menor que um salário mínimo e o gasto médio mensal com medicamentos comprometem aproximadamente um quarto da renda” (LIMA-COSTA, BARRETO, GIATTI, 2003, p.742).

De acordo com Barros e Joany (2002, p.892):

[...] Esse uso indiscriminado, obviamente, termina por acarretar conseqüências negativas importantes, tanto nos custos de ordem econômica que governos e indivíduos passaram a fazer de forma crescente, como nos malefícios no âmbito sanitário, traduzidos, particularmente, pelo aumento de efeitos colaterais ou reações adversas, por vezes bastante graves. Tais fenômenos, ao se intensificarem, provocaram, em diferentes países, em especial nos mais desenvolvidos, o estabelecimento de políticas de controles sobre os diferentes elos que integram a cadeia que vai da

produção ao consumo, passando pela prescrição, dispensação, comercialização e uso final dos insumos farmacêuticos. Destacam-se tanto os controles sobre preços e margem de lucros, como sobre a busca do máximo de evidências da eficácia terapêutica e segurança, neste último caso, não só quando do registro e autorização iniciais (papel dos órgãos de vigilância sanitária), mas igualmente pelos sistemas de monitorização após a comercialização, de que se encarrega a farmacovigilância.

No Brasil, a vigilância sanitária (órgão de regulamentação) é responsável pela autorização da comercialização de diversos produtos farmacêuticos, dentre eles, existem os insuficientemente testados que por vezes não tem comprovação satisfatória de eficácia e de segurança, nem monitorização após a comercialização, mas que prometem efeitos similares aos registrados corretamente. Além disso, são comuns as distorções nas prescrições para este grupo etário, onde os medicamentos são indicados pelo seu valor simbólico e sem haver clara correspondência entre a doença e a ação farmacológica. Eles são, equivocadamente, empregados como uma substância que pode substituir outra por apresentar aproximadamente as mesmas propriedades para promover mudanças para um estilo de vida mais saudável (ROZENFELD, 2003).

Segundo a OMS mais de 50% dos medicamentos são prescritos ou dispensados inadequadamente e cerca de 50% dos usuários tomam medicamentos de forma incorreta motivando o alto índice de morbidade e mortalidade (WHO, 2006).

Os riscos envolvidos no consumo de medicamentos são maiores na população idosa, quando comparados aos demais pacientes da população. Isto ocorre pelas alterações na farmacodinâmica e farmacocinética dos medicamentos, decorrentes do processo de envelhecimento, aumentando a vulnerabilidade às interações medicamentosas, reações adversas e efeitos colaterais produzidos pelos medicamentos (LOYOLA-FILHO, UCHOA, LIMA-COSTA, 2006).

Embora as equipes de saúde procurem fornecer os medicamentos prescritos, devem ser considerados alguns fatores, que estão relacionados ao uso de medicamentos pelos idosos (complexidade dos esquemas medicamentosos, falta do reconhecimento e da memorização da prescrição, esquecimento das tomadas, diminuição da acuidade visual e a destreza manual) que contribuem potencialmente para os erros na administração de medicamentos (MARIN *et al.*, 2008). Além disso, o alto índice de analfabetismo pode comprometer o entendimento e levar ao uso incorreto das drogas medicamentosas (BERTOLDI *et al.*, 2004).

Pode-se somar a todas estas dificuldades a baixa adesão aos tratamentos propostos. Silveira e Ribeiro (2004, p.94) apontam:

[...] Adesão ao tratamento é um processo multifatorial que se estrutura em uma parceria entre quem cuida e quem é cuidado; diz respeito, à frequência, à constância e à perseverança na relação com o cuidado em busca da saúde. Portanto, o vínculo entre profissional e paciente é fator estruturante e de consolidação do processo, razão pela qual deve ser considerado para que se efetive. Sob este ponto de vista, adesão ao tratamento inclui fatores terapêuticos e educativos relacionados aos pacientes, envolvendo aspectos ligados ao reconhecimento e à aceitação de suas condições de saúde, a uma adaptação ativa a estas condições, à identificação de fatores de risco no estilo de vida, ao cultivo de hábitos e atitudes promotores de qualidade de vida e ao desenvolvimento da consciência para o autocuidado. Considera, também, fatores relacionados ao(s) profissional(is), comportando ações de saúde centradas na pessoa e não exclusivamente nos procedimentos, que aliam orientação, informação, adequação dos esquemas terapêuticos ao estilo de vida do paciente, esclarecimentos, suporte social e emocional. Nesta perspectiva de ação, a atitude acolhedora do profissional que cuida respalda o paciente para novas atitudes perante o adoecimento, e o medicamento é mais um recurso terapêutico na promoção da saúde. Há também fatores ligados à instituição de saúde, cuja finalidade é promover e estimular ações que contribuam para que os indivíduos envolvidos possam caminhar em direção à eficácia e à qualidade do tratamento.

Nesse sentido, como pode ser notado no Caderno de Atenção Básica que trata do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (BRASIL, 2007, p.7):

[...] É função das políticas de saúde contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com o melhor estado de saúde possível. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada, torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para a população idosa.

Segundo a Portaria nº 648/GM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a atenção básica se caracteriza como:

[...] Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

5.4 Uso racional de medicamentos

Para produzir este texto bibliográfico foi necessário conceituar uso irracional de medicamentos por ser de grande necessidade na compreensão dos riscos decorrentes do uso inadequado das drogas medicamentosas.

A Conferência Mundial sobre Uso Racional de Medicamentos ocorrida em Nairobi, no Quênia, em 1985, definiu sobre o uso racional de medicamentos. Nesta Conferência, determinou-se que há uso racional de medicamentos quando os usuários recebem prescrições apropriadas às suas necessidades patológicas, em posologias coerentes às condições individuais, por período de tempo necessário e com custo acessível para eles e para sua comunidade (WHO, 1987).

Ao iniciar a discussão sobre o estabelecimento dos diferentes tipos de intervenções para promoção ou avaliação do uso racional de medicamentos foram identificados os possíveis problemas derivados do irracional. Exemplos comuns foram a prescrição excessiva ou sobreuso de medicamentos e a prescrição de um medicamento errado para uma situação específica ou uso incorreto (FRANCESCHET-DE-SOUSA *et al.*, 2010). Outro problema identificado foi a polifarmácia ou polimedicação (nesse caso a OMS considera que 1 ou 2 medicamentos na receita da atenção básica costumam ser suficientes). Observou-se então que o uso inapropriado de medicamentos pode resultar em consequências perigosas como surgimento de eventos adversos e ou letais; com eficácia limitada; resistência a antibacterianos; farmacodependência e risco de infecção (MARIN *et al.*, 2003).

Outro importante instrumento que vem demonstrado eficácia é a chamada Medicina Baseada em Evidências (MBE), que surgiu em meados da década de 1990, que visa aplicar na prática clínica a melhor informação científica disponível, na tentativa de valorizar as particularidades e anseios do usuário propondo assim um atendimento mais ético e pautado pela ciência. Nesta proposta, a pesquisa é aliada à prática clínica diária e se pode sistematizar um processo de autoavaliação/autoaprendizado dinâmico e se torna possível alcançar condutas atualizadas e racionais (FUCHS e WANNMACHER, 2000).

Franceschet-de-Sousa *et al.*, (2010, p.439) acrescentam que:

[...] Parte integrante da MBE, a Conduta Baseada em Evidências, ainda é desconhecida da grande parte dos prescritores. Os profissionais e acadêmicos da área da saúde, sobretudo da área médica e farmacêutica,

devem conhecer os princípios que regem esta prática para aperfeiçoar os benefícios e minimizar os riscos na utilização de medicamentos pela população.

Por isso, é necessário apropriar-se de uma abordagem global e interdisciplinar que dê conta de questões complexas como presença de estigmas do envelhecimento; apresentação atípica das doenças, o que retarda o diagnóstico preciso e a implementação de ações terapêuticas adequadas; ocorrência de sintomas não relatados pela pessoa idosa, que são equivocadamente atribuídos ao envelhecimento; presença de múltiplas doenças e a concomitância das grandes síndromes geriátricas; maior risco de polimedicação; existência de dificuldades de comunicação; influência da precariedade psicossocial. Tudo isso de maneira a respeitar os princípios e diretrizes do SUS na atenção à população idosa, de modo a construir na sociedade a ideia de solidariedade para com este grupo etário; propiciar um envelhecimento ativo, preservando a autonomia do sujeito; fomentar uma rede estruturada de apoio social (BRASIL, 1990, 2003 e 2006).

Além disso, a OMS, em seu Relatório Healthy People de 2000, destaca como objetivos o aumento de anos de vida saudáveis, a redução das diferenças no cuidado em saúde entre os diversos grupos populacionais e a garantia do acesso aos serviços de prevenção da saúde. Relata ainda a necessidade em se dar apoio estimular a responsabilidade individual, os ambientes devem ser seguros e compatíveis com a faixa etária e solidariedade entre as gerações. As famílias devem se preparar para a chegada da velhice, estimulando uma postura que seja permeada por práticas saudáveis em todas as fases da vida (WHO, 2002).

Nesta linha, devem ser levados em consideração os condicionantes de um envelhecimento saudável, destacado por Celich e Spadari (2008), a saber: 1) componente nutrição: refeições variadas, menor ingestão de alimentos gordurosos e consumo de frutas e hortaliças; 2) componente atividade física: atividade física, força e alongamento muscular, além de caminhadas; 3) componente comportamento preventivo: controle da pressão arterial, uso adequado das medicações necessárias, tabagismo e etilismo; 4) componente relacionamento: cultivar amigos, participação social, comunidade; 5) componente controle do *stress*: relaxamento, discussão, trabalho e lazer.

Faz-se indispensável que o usuário idoso esteja orientado quanto à patologia que o acomete, e que seu tratamento é contínuo, deste modo, o alcance dos

objetivos esperados é atingido. Neste cenário, a responsabilidade pelo processo educativo é da equipe de saúde, pois precisará modificar a rotina do usuário tanto no que se relaciona a sua doença como nos fatores de risco relacionados à patologia (PINHEIRO, 2009).

Outro ponto de destaque é o conhecimento da realidade do paciente e, neste sentido, a ESF, a partir da mudança de modelo de atenção à saúde percebida após sua implantação, pode nortear este processo educativo. A este respeito, Bonin *et al.*, (2011, p.51) consideram que:

[...] conhecimento da realidade do paciente é enfatizado na Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual foi conhecida, desde 1994 (quando de sua implantação) até 2005, como Programa de Saúde da Família (PSF) e que proporcionou a reorganização dos serviços e a reorientação das práticas profissionais no nível de atenção básica, favorecendo e valorizando as ações de promoção da saúde, a prevenção de doenças, a reabilitação e a atenção integral às pessoas. Dessa forma, a ESF contempla a atuação do médico de família e comunidade, destacando sua importância dentro do contexto sanitário brasileiro. No âmbito da reorganização dos serviços de saúde, a ESF vai ao encontro dos debates e análises referentes ao processo de mudança do paradigma que dita o modelo de atenção à saúde vigente e que vem sendo enfrentada, desde a década de 1970, pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo de atenção à saúde. Tais pressupostos são tidos como capazes de produzir um impacto positivo na orientação desse novo modelo e buscam superar o vigente até então, calcado na supervalorização das práticas da medicina curativa, especializada e hospitalocêntrica, e que induzia ao excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e na fragmentação do cuidado.

No entanto, em condições em que se tem um número elevado de atendimentos, como no caso da atenção primária à saúde, não se deve utilizar a prescrição como forma mais simples de encerrar uma consulta (BERIA, 2004).

6 PLANO DE AÇÃO

O plano de ação a ser implantado deve alcançar dos seguintes objetivos:

- Reduzir o número de pacientes idosos que fazem uso irregular de medicamentos e que estão sem acompanhamento da equipe.
- Proporcionar um espaço na agenda para atendimento específico aos idosos e discutir sua relação com os medicamentos.
- Garantir atendimento de qualidade para melhorar a orientação sobre como utilizar medicamentos aos pacientes idosos.
- Manter o público-alvo informado sobre a doença.

1º Passo – Definição do problema

Durante o trabalho na Equipe I, foi possível reconhecer os principais problemas enfrentados pela população adscrita. Assim, foram utilizadas as orientações obtidas nos módulos do CEABSF e com o reconhecimento do território realizou-se o diagnóstico situacional da área de abrangência e os maiores problemas enfrentados pelos usuários foram o uso incorreto de medicamentos pelos idosos; baixa adesão ao tratamento por parte dos usuários hipertensos/diabéticos; alcoolismo; alto índice de parasitose e baixa adesão da população aos grupos operativos, sendo o primeiro o que mais chamou a atenção da equipe, pela vulnerabilidade daqueles usuários e a governabilidade da mesma sobre o problema levantado.

Na tentativa de enfrentar o problema, foi proposto um plano de intervenção para garantir o uso racional de medicamentos, acompanhar e orientar o usuário a respeito dos mesmos e propor medidas para reduzir sua utilização irregular especialmente os pacientes idosos.

Como citado anteriormente, o módulo de Planejamento e Avaliação das Ações em Saúde, disciplina obrigatória do CEABSF, serviu de suporte na elaboração dos passos para elaboração do plano de ação.

O plano de ação é o produto de um conjunto de projetos de intervenção de acordo com os problemas levantados após o diagnóstico situacional de uma área de abrangência. Para o problema considerado prioritário é proposto um plano de ação específico (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

Para criação do plano de ação primeiramente deve-se conhecer o território onde as ações serão desenvolvidas, os maiores problemas de saúde prevalentes em determinada área de abrangência, suas causas e impactos que estes provocam na população adscrita. Como foram muitos os problemas encontrados naquele território, fez-se necessário priorizá-los porque seria difícil que se resolvessem todos ao mesmo tempo. Foi necessário verificar a capacidade de enfrentamento do problema pela equipe, a importância e a urgência em resolver o problema considerado, para que se proponham formas de enfrentamento para o que foi considerado como prioritário (CAMPOS; FARIA ; SANTOS, 2010).

Os problemas são conhecidos pela equipe a partir da análise situacional do território em que os profissionais estão responsáveis. No módulo de Planejamento o aluno aprende que a forma de se obter informações do território é o método da Estimativa Rápida, onde a equipe envolvida observa as condições, estilos e forma de vida da comunidade alvo do trabalho e coleta os dados existentes em registros, além disso, propõe-se de entrevistas com sujeitos importantes que estão envolvidos no território. Assim torna-se possível elaborar o diagnóstico de saúde daquele determinado lugar (CAMPOS; FARIA; SANTOS; 2010).

2º Passo – Priorização dos problemas

Após a análise situacional observou-se problemas relevantes na área adscrita e que de acordo com os dados observados na unidade representam maior risco de adoecer. Os 03 problemas de maior incidência encontrados no território são de alta importância e com capacidade de enfrentamento. São eles:

- Baixa adesão da população aos grupos operativos: Observou-se que parte significativa dos usuários procura a unidade apenas para renovação de receitas e quando convidados não participam das reuniões periódicas dos grupos operativos, não se informam sobre o uso correto dos medicamentos prescritos e dos fatores importantes que cercam as patologias.
- Alto índice de parasitoses: este problema foi notado com o trabalho do dia-a-dia no consultório. Era bastante frequente a queixa de mães cujos filhos haviam expelido vermes vivos juntamente com as fezes. Atrelado a esta queixa, outra também que

ajuda a dar suporte a este problema de maneira significativa eram as dores abdominais inespecíficas.

- Uso incorreto de medicamentos pelos usuários idosos sem assistência e cuidados adequados em relação à forma de utilizar medicamentos ou sem orientação adequada: O problema foi percebido principalmente quando os pacientes que procuravam a unidade se encontravam descompensados em relação à pressão arterial e ou solicitando renovações de receita. Esta prática além de colocar a vida em risco, tem modificado a agenda e contribuindo para a demanda espontânea na UBS. As situações que mais contribuem para o uso irregular de medicamentos pelos idosos adscritos na Equipe I são: esquecimentos das tomadas dos medicamentos; analfabetismo; falta de explicação por parte dos médicos; dificuldade de entendimento da letra do médico pelos demais profissionais. Assim, o problema foi considerado como sendo de alta importância e com urgência em ser solucionado, pois conta com grande capacidade de enfrentamento e o primeiro em nível de prioridade para melhorar a qualidade de vida daqueles usuários.

PSF Equipe 1 – Priorização dos Problemas				
Principais Problemas	Importância	Urgência	Capacidade de enfrentamento	Seleção
Uso incorreto de medicamentos pelos usuários idosos	Alta	7	Parcial	1
Baixa adesão da população aos grupos operativos	Alta	5	Parcial	2
Alto índice de parasitose	Alta	5	Parcial	3

3º Passo – Descrição do problema selecionado

O problema a ser utilizado neste plano de intervenção foi observado principalmente durante as consultas realizadas durante o trabalho na Equipe I,

sendo que foi possível perceber seu impacto na população, principalmente entre pacientes adultos e idosos. Para descrição do problema priorizado foram utilizados dados disponíveis na UBS e na Secretaria Municipal de Saúde de Teixeira. Os usuários estavam sem a atenção adequada, sendo os casos conduzidos até o momento de forma incorreta na sua maioria, e a abordagem inadequada fez com que houvesse certo descontrole na utilização de medicamentos por parte dos idosos adscritos no território da Equipe I. Os dados disponíveis no SIAB em relação a esse problema praticamente não existem e a causa pode ser a inadequada alimentação dos dados do sistema de informação havendo necessidade de produzir novas informações que permitam auxiliar o processo de planejamento (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

4º Passo – Explicação do problema

O uso inadequado de medicamentos pela população idosa na área adscrita à Equipe 1 está relacionado a uma cadeia de eventos que contribuem direta ou indiretamente para seu agravamento. Parte significativa da população idosa é analfabeta e o entendimento e a adesão ao tratamento proposto pela equipe de saúde acabam ficando comprometidos. Por outro lado, o usuário enfrenta a falta de informação pela abordagem inadequada da equipe de saúde a respeito da forma de administrar os medicamentos, sendo comum o usuário e demais profissionais de saúde apresentar dificuldades de leitura da letra do médico. Outro fator a considerar é que a equipe de saúde encontra dificuldades de promover o uso racional do medicamento devido à falta de interesse dos usuários que não procuram informações acerca dos seus problemas em função da fragilidade causada pela idade, fatores culturais ou outros. Além disso, são comuns os esquecimentos das tomadas ou administração irregular das drogas contribuindo para utilização incorreta da medicação comprometendo a resposta farmacológica esperada.

5º Passo: seleção dos “nós críticos”

Os “Nós críticos” selecionados pela Equipe 1, relacionados ao problema considerado neste projeto são :

- Falta de informação adequada sobre o uso de medicamentos por parte dos idosos;
- Esquecimentos ou irregularidade das tomadas de medicamentos;
- Dificuldade de entendimento da letra do médico.
- Equipe que não articula – falta de maior comunicação entre a equipe e o público alvo;

6º Passo: desenho das operações

Desenho das operações para o enfrentamento dos nós críticos				
Nó Crítico	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Falta de informação adequada sobre o uso de medicamentos por parte dos idosos	Sou informado	Usuários que reconhecem os riscos e os benefícios dos medicamentos	Usuário conscientizado sobre sua terapia medicamentosa	<u>Organizacional:</u> criação de espaço na agenda do médico, visita domiciliar e de ACS. <u>Cognitivo:</u> Interesse coletivo

Esquecimentos e/ou irregularidade das tomadas de medicamentos	Lembretes Estabelecer melhores horários para as tomadas dos medicamentos	Uso adequado dos medicamentos Usuário orientado quanto aos horários, qualidade e quantidade de medicamentos.	Pré e pós-consulta; com orientação adequada do médico, e equipe multidisciplinar; Sala de espera com orientação da equipe; Régua com dias da semana; Orientações no próprio domicílio do usuário; Vinculação de medicamentos mais comuns a cores; Horários vinculados às tomadas aos períodos do dia (sol e lua).	<u>Organizacional</u> : criação de espaço na agenda do médico, visita domiciliar e de ACS; <u>Cognitivo</u> : criação de régua com os dias da semana; <u>Político</u> : apoio da equipe de saúde <u>Econômico</u> : Investimentos
Dificuldade de entendimento da letra do médico no receituário	Receita ideal Impressão da receita ao final da consulta	Facilitar o entendimento do usuário e aumentar a adesão e acerto na utilização das medicações	Normatizar o receituário	<u>Organizacional</u> : Receitas impressas; <u>Cognitivo</u> : Profissionais e usuários da equipe mais seguros. <u>Político</u> : Articulação com o gestor; <u>Econômico</u> : Investimento para compra e manutenção de computador e impressora
Equipe que não articula – falta de comunicação	Articulação	Usuários que se comprometem com sua saúde e com a	Equipe que pratica educação permanente, visando diminuir erros de medicações.	<u>Organizacional</u> : criação de espaço na agenda de toda a equipe para acordar

entre a equipe e o público alvo.		equipe.		procedimentos; <u>Cognitivo</u> : Interesse coletivo
----------------------------------	--	---------	--	--

7º Passo: Identificação dos recursos críticos

Identificação dos recursos críticos	
Operação/Projeto	Recursos Críticos
Sou informado	<u>Cognitivo</u> : Usuários com melhor conhecimento e maior adesão sobre o tema.
Lembretes	<u>Organizacional</u> : criação de espaço na agenda do médico, visita domiciliar e de ACS. <u>Cognitivo</u> : Compreensão/colaboração do paciente.
Receita ideal	<u>Político</u> : Articulação com o gestor <u>Econômico</u> : Investimento para compra e manutenção de computador e impressora
Articulação	<u>Cognitivo</u> : Interesse coletivo

8º Passo: análise de viabilidade do plano

Análise da viabilidade do plano				
Operações/Projetos	Recursos Críticos	Controle dos Recursos Críticos		Operações Estratégicas
		Ator que Controla	Motivação	
Sou informado Abrir espaço para informar e tirar dúvidas dos usuários	<u>Cognitivo:</u> Usuários com melhor conhecimento e maior adesão sobre o tema.	Médico, equipe e usuários.	Favorável	Abordagem dos usuários: palestras e atendimento individual
Lembretes Estabelecer horários melhores para as tomadas dos medicamentos	<u>Organizacional:</u> criação de espaço na agenda do médico, visita domiciliar e de ACS. <u>Cognitivo:</u> Compreensão/colaboração do paciente	Equipe Saúde da Família Usuário	Favorável Favorável	Orientação sobre a dose e resposta das medicações prescritas
Receita ideal	<u>Político:</u> Articulação com o gestor <u>Econômico:</u> Investimento para compra e manutenção de computador e impressora	Equipe Secretaria Municipal de Saúde	Favorável	Apresentar o projeto ao gestor

Articulação Equipe que não tem comunicação efetiva com o público alvo	<u>Cognitivo</u> : Interesse coletivo	Equipe e público alvo	Favorável	Abordagem individual ao idoso sempre que o médico prescrever nova medicação
---	---------------------------------------	-----------------------	-----------	---

9º Passo: elaboração do plano operativo

Plano Operativo do Projeto de Intervenção					
Operações	Resultados	Produtos	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
Sou informado	Usuários bem orientados; Abrir espaço para informações e tirar dúvidas dos usuários.	Usuários bem orientados; Criação de espaço para informações e dúvidas dos usuários(Grupo Operativo) Palestras educativas	Não necessita	Médico Enfermeira Técnicos ACS	2 meses após a efetivação deste projeto
Lembretes	Uso adequado dos medicamentos	Melhorar a orientação ao usuário, negociando horários para se tomar medicamentos	Orientações individuais	Médico Enfermeira	1 mês após a efetivação deste projeto

		conforme a prescrição. Vincular horários das tomadas aos períodos do dia. Exemplo: “sol e lua” = “manhã e noite” Vinculação de medicamentos mais comuns a cores.		Técnicos ACS	
Receita ideal	Uso adequado dos medicamentos	Receita impressa para facilitar o entendimento da equipe e usuários com uso racional do medicamento	Não necessita	Enfermeira ACS e médico	1 mês para apresentar o projeto final ao gestor
Articulação	Utilizar linguagem apropriada para cada necessidade	Aumentar a comunicação da equipe com os idosos. Com o vínculo equipe/usuário formado, aumentar adesão e acerto na utilização das medicações	Não necessita	Médico Enfermeira ACS	Início imediato após a efetivação deste plano e reorganização da agenda da equipe

10º Passo: Gestão do plano

Planilha de acompanhamento das operações/projeto					
Operação 'Sou informado'					
Coordenação: Enfermeira e ACS– Avaliação após seis meses do início do projeto.					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Usuários bem orientados; Criação de espaço para informações e dúvidas dos usuários (Grupo Operativo)	Medico	3 meses	Programa a ser implantado	Equipe em fase de planejamento e construção da agenda	Mantido
Palestras educativas	Enfermeira	3 meses	Programa a ser implantado	Equipe em fase de planejamento e construção da agenda	Mantido
Operação 'Lembretes'					
Coordenação: Agentes Comunitários de Saúde – Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Melhorar a orientação ao usuário,	Farmacêutico	4 meses	Programa a	Equipe em fase de	Mantido

negociando horários para se tomar medicamentos conforme a prescrição.			ser implantado	planejamento e construção da agenda	
Vincular horários das tomadas aos períodos do dia. Exemplo: “sol e lua” = “manhã e noite” Vinculação de medicamentos mais comuns a cores.	ACS	6 meses	Programa a ser implantado	Equipe em fase de planejamento e construção da agenda	Mantido
Operação “Receita ideal”					
Coordenação: Médico– Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação atual	Justificativa	Novo prazo
Receita impressa para facilitar o entendimento da equipe e usuários com uso racional do medicamento	Médico	4 meses	Programa a ser implantado	Equipe em fase de planejamento e apresentação do projeto ao gestor	Mantido
Operação ‘Articulação’					
Coordenação: Enfermeira e ACS– Avaliação após 6 meses do início do projeto					
Produtos	Responsável	Prazo	Situação	Justificativa	Novo prazo

			atual		
Aumentar a comunicação da equipe com os idosos. Com o vínculo equipe/usuário formado, aumentar adesão e acerto na utilização das medicações.	Enfermeiro e ACS	6 meses	Programa a ser implantado	Equipe em fase de planejamento e construção da agenda	Mantido

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O plano de intervenção precisa ser realizado por equipe multidisciplinar, contando com todos os profissionais de saúde que trabalham na Unidade Básica de Saúde Equipe I. São necessárias atitudes mais consistentes da equipe I, parceria mais ativa do Núcleo de Apoio à saúde da família (NASF) e a Secretaria Municipal de Saúde de Teixeiras/MG.

Espera-se com este plano de intervenção possa garantir melhor assistência medicamentosa aos usuários idosos que residem no território da Equipe I. Conseqüentemente, com esse plano de ação aplicado esperamos também reduzir o número de idosos que fazem uso inadequado de medicamentos e garantir fluxo adequado de atendimento para o centro de referência em saúde do idoso no município e por fim garantir atendimentos de qualidade para esse grupo de pacientes, que muitas vezes estão carentes de cuidado.

A elaboração do diagnóstico situacional, a identificação e priorização dos problemas e a construção do plano de ação foram etapas fundamentais do processo de planejamento e demandaram algum trabalho da equipe de saúde. Por outro lado, é uma forma de enfrentar os problemas de maneira sistematizada, menos improvisada e, por isso mesmo, com mais chances de sucesso.

Mas o sucesso pode ficar comprometido se não dispusermos dos instrumentos e mecanismos de monitoramento e avaliação de todas essas etapas. É fundamental que a equipe esteja atenta, acompanhando cada passo e os resultados das ações implementadas, para fazer as correções de rumo necessárias para garantir a qualidade do seu trabalho.

REFERÊNCIAS

- BARROS, J. A. C., JOANY, S. Anúncios de medicamentos em revistas médicas: ajudando a promover a boa prescrição? **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n.4, p. 892, 2002.
- BERIA, J.U. Prescrição de Medicamentos. In: DUNCAN, B.B., SCHMIDT, M.I., GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, p.143-9. , 2004.
- BERTOLDI, A. D., et al. Utilização de medicamentos em adultos: prevalência e determinantes individuais. **Rev Saúde Pública**. v.38, n.2, p. 228-238, 2004.
- BONIN, J.E., et al. Liga Acadêmica de Medicina de Família e Comunidade: instrumento de complementação curricular. **Revista de APS (Impresso)**, v. 14, p. 51, 2011.
- BRASIL. Decreto no 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei 8.842, sancionada em 4 de janeiro de 1994, a qual “dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências”. Brasília: **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, v. 134, n. 128, p. 12277-12279, 3 jul. Seção 1, 1996.
- BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 20 de setembro de 1990. Disponível em <www.saude.gov.br>; Acesso em: 13 jan. 2014.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Lei Nº 10.741 de 1º de outubro de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília (DF). 3 out, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. **Diário Oficial da União** 20 de outubro de 2006. Disponível em <www.senado.gov.br>; Acesso em: 13 jan. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família**. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, pp. 7-8, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, 2006. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 13 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. Sistema de Informação de Saúde**. 2012. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/censo/cnv/desemprmg.def>> Acesso em 14 dez. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Premio nacional de incentivo a promoção do uso racional de medicamentos. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/oque.php> 18:15 em 23/01/2014

CAMPOS, F. C. C.; FARIA H. P.; SANTOS. M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. NESCON/UFMG - Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 02 ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010

CELICH, K. L. S. e SPADARI, G. Estilo de vida e saúde: condicionantes de um envelhecimento saudável. **Cogitare Enferm.** Jan/Mar; 13(2):252-60, 2008.

COELHO FILHO, J. M., MARCOPITO, L. F., CASTELO, A. Perfil de utilização de medicamentos por idosos em área urbana do nordeste do Brasil. **Rev Saúde Pública.** vol.38, n.4, pp. 557-564, 2004.

FRANCESCHET-DE-SOUSA, Iane, BISCARO, Andressa, BISCARO, Fernanda and FERNANDES, Marcelo Soares. Uso racional de medicamentos: relato de experiência no ensino médico da Unesc, Criciúma/SC. **Rev. bras. educ. med.** [online]. v.34, n.3, p. 438-445, 2010.

FUCHS, F. D., WANNMACHER L. Conduta Terapêutica Embasada em Evidências. **Rev Ass Med** [periódico na internet]. v.46, n. 3, p. 237-241, 2000. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v46n3/3083.pdf>. Acesso em 13 jan. 2014.

GUERRA JUNIOR, A. A., et al. Disponibilidade de medicamentos essenciais em duas regiões de Minas Gerais, Brasil. **Rev Panam Salud Publica.** v.15, p.68-75, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010: famílias e domicílios: resultados da amostra**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LIMA-COSTA, M. F. F., BARRETO, S. M., GIATTI, L. Condições de saúde, capacidade funcional, uso de serviços de saúde e gastos com medicamentos da população idosa brasileira: um estudo descritivo baseado na *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. **Cad Saúde Pública.** 19:735-43, 2003.

LOYOLA-FILHO, A. I., UCHOA, E., LIMA-COSTA, M. F. F. Estudo epidemiológico de base populacional sobre uso de medicamentos entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte (MG). **Cad Saúde Pública.** v. 22, n. 12, p. 2657-67, 2006.

MARIN, N., LUIZA, V.L., OSÓRIO-DE-CASTRO, C.G.S., MACHADO-DOS-SANTOS, S. (orgs.). **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. Rio de Janeiro: OPAS/OMS; 2003.

MARIN, M. J. S., et al. Caracterização do uso de medicamentos entre idosos de uma unidade do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**. v. 24 n.7 Rio de Janeiro July 2008 <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102->>. Acesso em 22 de jan. 2014.

NERI, M. **Desigualdade, crescimento e combate à pobreza**. In: Conjuntura Econômica, Rio de Janeiro, v. 55, n.5, p. 55-56, maio 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE: **Resolução CE.122.R9**. Saúde das Pessoas Idosas, 1998.

PINHEIRO, M. B. G. **Dificuldade de adesão do idoso ao tratamento farmacológico para hipertensão arterial**. Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Campos Gerais, 2009. 25f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família), 2009.

ROZENFELD, S. Prevalência, fatores associados e mal uso de medicamentos entre idosos: uma revisão. **Cad Saúde Pública**. v.19, p. 717-24, 2003.

SCHNEIDER, R. H., IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. psicol. (Campinas)** [online]. v.25, n.4, p. 592, 2008.

SILVEIRA, L. M. C., RIBEIRO, V. M. B. Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. **Interface Comun Saúde Educ**. v.9, p. 94, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The safety of medicines in public health programmes**: pharmacovigilance an essential tool. Geneva: World Health Organization, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Rational use of drugs**: report of the conference of experts. Nairóbi, 25-29 november 1985. Geneva: WHO; 1987.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing**: a policy framework. WHO 7 NMH 7 NPH 7 02.8, 6, 2002.