

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA FAMÍLIA

AVA CRISTINA VIEGAS DE ALMEIDA

ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA O AUTOCUIDADO

UBERABA/MG

2014

AVA CRISTINA VIEGAS DE ALMEIDA

ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA O AUTOCUIDADO DO PACIENTE

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

Orientador: Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim

UBERABA/MG

2014

AVA CRISTINA VIEGAS DE ALMEIDA

ESTRATÉGIAS VOLTADAS PARA O AUTOCUIDADO DO PACIENTE

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

Banca Examinadora:

Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim (orientador)

Profa. Ms. Nathália Silva Gomes

Aprovado em Uberaba, 28 / 02 / 2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho de conclusão de curso a todos pacientes da Unidade Básica de Saúde São Cristóvão/Pará de Minas - MG; pois a experiência de assisti-los me acrescentou muito como pessoa e como profissional médica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela oportunidade de realizar este trabalho; à minha família e ao meu namorado pelo incentivo e pela colaboração.

Agradeço ao meu orientador Prof. Me. Mário Antônio de Moura Simim que dedicou seu tempo me orientado e realizando as correções necessárias para a conclusão deste trabalho.

RESUMO

Erros na prescrição da medicação têm sido considerados problema mundial para administração de fármacos, principalmente em pessoas com baixo nível de escolaridade. Dessa maneira, o objetivo do presente trabalho propor plano de intervenção para elaborar manual de orientações aos usuários, além de planejar modelo ilustrativo de receita voltado para pacientes analfabetos. Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. O projeto de intervenção foi elaborado com base em duas vertentes: 1) elaboração de grupos de orientação para conscientização dos usuários sobre a importância do autocuidado, do conhecimento de sua própria condição de saúde e compreensão do tratamento proposto e 2) medidas profissionais que viabilizem a intervenção médica, com elaboração de receitas ilustrativas visando evitar erros em relação a utilização do medicamento. Observou-se durante o atendimento aos pacientes analfabetos uma melhor adesão ao tratamento medicamentoso proposto para controle de morbidades crônicas como diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica e também uma maior compreensão sobre o seu estado de saúde. Em síntese, o projeto de intervenção baseou-se em medidas simples, viáveis e de fácil aplicabilidade. Estas medidas contribuíram para conscientizar os pacientes sobre a importância do autocuidado, aumentando a eficácia dos tratamentos propostos.

Palavras chave: Erros de Medicação; Prescrição de Medicamentos; Analfabetismo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo de receita ilustrativa para paciente segundo prescrição médica (metformina 500mg, 02 comprimidos no almoço)Erro! Indicador não definido.

Figura 2: Modelo de receita ilustrativa para paciente segundo prescrição médica (metformina 850mg, no café, almoço e jantar)Erro! Indicador não definido.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Objetivo	9
2 JUSTIFICATIVA	10
3 METODOLOGIA.....	11
4 REFERENCIAL TEÓRICO	13
5 PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	16
5.1 Problema Priorizado	16
5.2 Nó crítico 1: baixo nível de informação da população sobre sua condição de saúde. 16	
5.3 Nó crítico 2: deficiência de ações profissionais para melhorar a adesão ao tratamento de pacientes com baixo nível de escolaridade	17
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	20
REFERÊNCIAS	21

1 INTRODUÇÃO

O sistema de saúde brasileiro hoje vive um período de transição entre o Sistema de Saúde Fragmentado e o Modelo em Rede de Atenção à Saúde. Este último é um modelo de atenção integrado e que tem por objetivo a melhoria da saúde de uma população com resultados clínicos e econômicos satisfatórios. A forma de ação desse sistema em rede é baseada em planos de cuidado de cada usuário realizado conjuntamente pelos profissionais e pelos pacientes, com ênfase no cuidado voltado para a relação entre as equipes multiprofissionais, os usuários e suas famílias (FARIA et al., 2010).

O município de Pará de Minas apresenta população total de 89.418 habitantes, sendo 95% vivendo em zona urbana. A cidade é composta por 20 Unidades Básicas de Saúde (UBS), com cobertura assistencial maior que 80%. A equipe de saúde que compoñho, UBS São Cristóvão, é de fácil acesso ao centro da cidade, abrange cerca de 3.100 pessoas e funciona das 07:00 hs às 16:00 hs. Esta unidade é composta por duas equipes de Programa de Saúde da Família (PSF) O estabelecimento físico é uma casa improvisada, pois a sede principal está em reforma. Dessa forma, as instalações não são adequadas para o perfeito funcionamento de uma UBS pois não há número de consultórios suficientes e não há sala reservada para vacinas e para curativos.

Após realizar o diagnóstico situacional priorizamos como problema principal a má adesão ao tratamento por pacientes com baixo nível de escolaridade. Os "nós críticos" deste problema são o nível de informação da população e a falta de orientação adequada dos membros da equipe de saúde. Empiricamente, em minha experiência como médica do PSF, percebi a deficiência de muitos pacientes em compreender a receita prescrita pelo médico. Muitos não conseguem fazer uso da medicação em horário correto, ou trocam os remédios por não saberem ler o conteúdo da receita, ou não sabem nem o nome da medicação que usam. Diante desta situação, percebi a importância da instalação de medidas educativas voltadas para o autocuidado.

1.1 OBJETIVO

As medidas educativas voltadas para o autocuidado devem ser simples e de fácil aplicabilidade e têm por objetivo geral elaborar um grupo de orientações aos usuário e por objetivo específico planejar modelo ilustrativo de receita voltado para pacientes analfabetos.

2 JUSTIFICATIVA

Acredita-se que todos os problemas da saúde de um indivíduo convergem em um denominador comum: a conscientização de sua condição de saúde. A prescrição médica não é eficaz se não nos certificamos que o paciente faz uso correto da medicação, o médico não consegue orientá-lo se não se preocupar com a possibilidade deste ser analfabeto ou ter baixa capacidade de compreensão e não conseguir entender o que está redigido na receita. Ademais, não é resolutivo o paciente tomar uma medicação que ele não tenha uma mínima noção de sua função; é importante que saiba se o remédio é para o coração, para o estômago ou simplesmente para dor.

Recentemente, erros na prescrição da medicação, assim como na legibilidade do medicamento, têm sido considerados problema mundial para administração de fármacos. Estudos sobre a incidência de erros de medicação e a busca por maior segurança no processo de distribuição e administração dos mesmos, nos Estados Unidos da América (EUA) tiveram início na década de 50. Entretanto, no Brasil, somente na década de 90 é que proliferaram estudos sobre o tema. Estudo publicado na revista brasileira de enfermagem que os tipos de erros mais frequentes estão relacionados à fase de prescrição da medicação. A definição de erro de medicação é qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente. (SILVA; CASSIANI, 2004). Levando este conceito em consideração, além de erros óbvios como erro de dose, ilegibilidade da letra, erro de horário; podemos considerar a insuficiente orientação ao paciente também como um erro de prescrição, pois acarretará em prejuízo à saúde do usuário. Portanto, o profissional de saúde além de se preocupar com os erros técnicos na prescrição da medicação (dose correta, via de administração, horário) deve estar cada vez mais atento ao ato de fazer o paciente realmente compreender o que está escrito no receituário e promover condições que auxiliem na minimização dos erros de medicação.

3 METODOLOGIA

Para elaboração da proposta de intervenção foram realizadas ações em três etapas: diagnóstico situacional, revisão bibliográfica e elaboração do plano de ação. A busca dos artigos científicos para revisão bibliográfica aconteceu a partir da biblioteca virtual *Scientific Electronic Library Online (Scielo)* e da base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

O plano de ação é composto de operações relacionadas com recursos econômicos, recursos humanos, recursos políticos, estrutura física e recursos cognitivos. O projeto de intervenção foi elaborado com base em duas vertentes: 1) elaboração de grupos de orientação e 2) medidas profissionais que viabilizem a intervenção médica.

A Unidade de Saúde São Cristóvão é composta por duas equipes do Programa de Saúde da Família. A equipe a qual faço parte abrange uma população de aproximadamente 3.000 usuários, dentre estes um número significativo são analfabetos. Na maioria hipertensos e diabéticos, esses usuários fazem uso no mínimo de 03 medicamentos, o que torna o autocontrole do uso correto da medicação uma tarefa difícil. Para os analfabetos essa situação apresenta um agravante, pois estes apresentam uma grande dependência de um auxílio de terceiros para o uso da medicação.

Neste estudo realizaremos uma busca no sistema informatizado da farmácia da unidade para compreensão do perfil dos usuários e identificação daqueles em uso de polifarmácia ou que apresentam classificação de alto risco, como os analfabetos.

A construção de grupos educativos tendo como público alvo os usuários será uma ação de fácil aplicabilidade e que terá por objetivo:

- orientar os pacientes sobre as principais medicações usados na hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, explicando o porque da necessidade de tomar os remédios nos horários corretos, e porque alguns devem ser tomados junto com as refeições, como Metformina

- orientar os paciente que no dia da consulta médica também devem fazer uso da medicação anti-hipertensiva e que esta deve ter seu uso regular, e não somente quanto a pressão arterial estiver elevada

- orientar os pacientes a organizarem todos os remédios dentro de um mesmo recipiente (por ex. uma caixa) de modo a facilitar a visualização e não perder nenhuma medicação

- orientar os pacientes a perguntar, tirar suas dúvidas com qualquer profissional da equipe de saúde

- formular receita diferenciadas para pacientes analfabetos de forma a melhorar seu entendimento

- orientar os pacientes que eles devem ser levar ao médico a cópia da receita da medicação de uso regular, não só ao médico de saúde da família, mas inclusive aos especialistas. Esta medida facilita a compreensão, por parte do profissional, da condição clínica do paciente e otimiza o tratamento.

No contexto dos analfabetos é importante o trabalho de vigilância das agentes comunitárias de saúde, pois através da visita domiciliar estas certificaram as reais condições do usuário.

Para os usuários de polifarmácia Serpa elaborada uma folha controle em duas vias, uma ficará com o paciente e outra anexada ao prontuário. Nesta folha conterá as medicações de uso regular do paciente com as datas das renovações, desta forma a equipe terá um maior controle de quantas vezes aquele paciente está renovando a medicação e o usuário poderá se programar para não ficar sem a medicação.

Acredito que as medidas citadas acima são aparentemente simples, mas de grande eficácia para a melhoria da condição de saúde dos usuários da atenção básica, além de otimizarem o trabalho da equipe de saúde.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

A criação do SUS determinou a concepção da Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica, que na prática é representada pelas Estratégias de Saúde da Família e UBS. Medidas que aumentem a resolutividade a nível da atenção primária deve ser o objetivo dos profissionais que constituem essa equipe. Uma forma de aumentar em números a efetividade da atenção básica é a maior adesão do paciente ao tratamento proposto. Inúmeros fatores influenciam esta adesão, como hábitos de vida, relação médico-paciente bem estabelecida e também a compreensão do usuário sobre sua condição de saúde e o tratamento proposto. Dentro deste contexto, o cumprimento da prescrição de medicamentos é parte integrante da assistência clínica de qualidade e objeto para avaliação e melhora. Esse cumprimento está relacionado ao nível de informação do paciente em relação à sua terapêutica (Higashi et al., 2004). O conhecimento da população sobre a prescrição pode refletir a comunicação entre médico-paciente, as diferenças culturais e de linguagem existentes entre eles.

Dúvidas em relação à prescrição podem fazer com que o usuário da UBS sinta-se desmotivado, altere-a segundo seus critérios ou deixe de realizá-la. Além do diagnóstico correto e da prescrição adequada, o paciente deve possuir informações necessárias para utilizar os medicamentos conforme a intenção do profissional, operacionalizada por meio de receita médica (HOGERZEIL et al., 2001). Recomenda-se que o paciente receba informações sobre a identidade do medicamento (nome genérico e fantasia), a indicação terapêutica, a administração (dose, horários de administração, modo de administração), a duração do tratamento, os efeitos adversos importantes e precauções, entre outros (AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, 1986).

Estudo realizado na cidade de Santa Cruz do Sul, RS (Rio Grande do Sul), Brasil, testou um instrumento para avaliação do nível de conhecimento do paciente sobre a prescrição de medicamentos (FROHLICH, 2010). O estudo foi realizado com usuários cadastrados nas unidades de Estratégia de Saúde da Família. Foram considerados nome do medicamento, indicação terapêutica, dose, horários de administração, forma de utilização, duração do tratamento, atitude no caso de esquecimento de doses, possíveis efeitos adversos e interações. O questionário era aplicado por estudantes de farmácia e foi testado por meio de entrevistas com os usuários em 2006 e pela análise de 320 prescrições. O nível socioeconômico da amostra era baixo, representado pela baixa escolaridades e renda. Os resultados mostraram que o nível de conhecimento da terapia medicamentosa foi considerado bom para 11,3% dos

entrevistados, regular para 42,5% e insuficiente para 46,3%. Os maiores níveis de conhecimento foram observados nos horários de administração, na indicação terapêutica e na duração do tratamento. Os menores níveis ocorreram em dose, efeitos adversos e o que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses do medicamento. Segundo os parâmetros estudados, praticamente metade da amostra estudada não tem condições de realizar a terapia medicamentosa com segurança e apenas um em cada dez entrevistados apresenta condições de fazê-lo. Os horários de administração, indicação terapêutica e duração do tratamento foram considerados pouco deficientes de informação. Mais da metade da população apresentava dúvidas sobre o nome do medicamento e a forma de utilizá-lo. O instrumento proposto permitiu examinar a magnitude da lacuna existente entre o que o paciente deve saber e o que ele realmente sabe sobre seus medicamentos. Assim, é possível detectar focos de prevenção, educação e acompanhamento para evitar problemas relacionados à utilização não segura dos medicamentos (FROHLICH, 2010).

Em um estudo semelhante realizado por Silva et al. (2000), 31% dos entrevistados não acertaram o nome do medicamento prescrito; 19% erraram a indicação; 19% a dose; e 31% a frequência de administração prescrita.

É notório que os pacientes que possuem no mínimo o ensino fundamental completo apresentam níveis de conhecimento mais alto do que indivíduos com escolaridade menor. Quanto maior a escolaridade, mais fácil a compreensão das instruções orais e escritas dos aspectos relacionados com o medicamento (OLIVARES, 1996). Além disso, a grande diferença entre a escolaridade do paciente e a do médico pode desestimular questionamentos ao médico sobre o tratamento. É neste ponto que o profissional de saúde deve ter sensibilidade para identificar aqueles pacientes que não compreendem a prescrição, principalmente os analfabetos; pois assim o médico terá condições de dedicar maior tempo para explicar detalhadamente o uso correto dos fármacos.

Na prática do trabalho a pressão sofrida pelos médicos para atender maior número de pacientes em curto período podem contribuir para os baixos resultados no nível de informação sobre a prescrição e por erros de prescrição.

A prescrição medicamentosa tem papel ímpar na prevenção de eventos adversos relacionados aos medicamentos e, atualmente, sabe-se que prescrições ambíguas, ilegíveis ou incompletas podem contribuir para esse eventos. Estudo publicado por GIMENES et al, 2009, teve o propósito de analisar a influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito, ocorridas em unidades de clínica médica de cinco hospitais brasileiros. Nas 1.084 prescrições analisadas, houve presença de siglas e/ou

abreviaturas em 96,2%; em 7,8%, os registros dos horários de administração estavam incompletos, em 4,8% os registros estavam rasurados e em 2,1% os registros encontravam-se ilegíveis. Ainda, faltou o horário de administração em 1,9% prescrições; houve alterações nas informações em 1,7%; e omitiu-se a data em 0,9% prescrições. Estudos têm demonstrado que a presença de siglas e/ou abreviaturas nas prescrições é considerada um problema para a administração segura de medicamentos, uma vez que podem causar dificuldades na leitura e na compreensão de seus significados, especialmente se associado a uma caligrafia ilegível (FREIRE, 2004). Este estudo mostrou que os erros ocorriam mais em prescrições manuais em comparação às prescrições eletrônicas. Diante desta situação, fica claro que a implementação do sistema computadorizado de prescrições poderá contribuir para a redução de eventos adversos relacionados à administração de medicamentos, uma vez que as informações são mais completas e legíveis.

A prescrição é sim uma fase muito importante no tratamento do paciente, porém é necessário resgatar o conceito de autocuidado do paciente, pois o fato do usuário compreender sua condição de saúde é que vai levá-lo a ter compromisso e responsabilidade sobre seu tratamento.

Estudo bibliográfico identificou a forma como o autocuidado do hipertenso tem sido abordado na literatura nacional. Os artigos destacaram que o déficit de autocuidado refere-se, principalmente, ao desconhecimento e não adesão às formas de tratamento, sendo que a participação familiar é importante para auxiliar na solução desta dificuldade. Os estudos valorizaram a abordagem da equipe interdisciplinar para observar e compreender a visão do indivíduo sobre a hipertensão arterial e atuar no suporte educacional da pessoa com hipertensão arterial para a realização do autocuidado. Considera-se a família um agente de suporte para o cuidado a essas pessoas. Profissionais precisam modificar suas condutas, principalmente para o aconselhamento em saúde, repensando sua prática enquanto instrumento responsável pelo controle da doença (LOPES, 2008.)

5 PROJETO DE INTERVENÇÃO

5.1 PROBLEMA PRIORIZADO

A Unidade de Saúde São Cristóvão é composta por duas equipes do ESF. A equipe a qual faço parte abrange população de aproximadamente 3.000 usuários, muitos utilizam polifarmácia e grande parte são analfabetos. Além disso, a maioria dos usuários são hipertensos e diabéticos que fazem uso de no mínimo três medicamentos, o que torna o autocontrole do uso correto da medicação uma tarefa difícil. Para os analfabetos essa situação apresenta um agravante, pois estes apresentam dependência de auxílio de terceiros para o uso da medicação.

O problema priorizado é a má adesão ao tratamento por pacientes com baixo nível de escolaridade e/ou analfabetos. Para esses, a noção de autocuidado é prejudicada e a equipe de saúde necessita de treinamento para conseguir ter maior acesso a eles. A partir do exposto acima, segue abaixo as informações necessárias para estruturação do plano de intervenção.

5.2 NÓ CRÍTICO 1: BAIXO NÍVEL DE INFORMAÇÃO DA POPULAÇÃO SOBRE SUA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Ação/operação/projeto proposto para superá-lo: elaboração de grupos de orientação.

Objetivo: conscientizar os usuários sobre a importância do autocuidado e que devem conhecer sobre sua condição de saúde e entender o tratamento proposto.

Produto esperado: grupos informativos.

Resultado esperado: aumentar a adesão ao tratamento proposto e estimular atitudes básicas sobre autocuidado do paciente para um melhor controle de sua morbidade.

Atores sociais/ responsabilidades: os grupos de orientação serão voltados para os usuários da UBS. É importante que a família esteja presente e não apenas o paciente de forma isolada, pois orientando toda a família estaremos amplificando e fortalecendo nossa ação. O grupo será formado por uma equipe com os seguintes profissionais: 01 médico, 01 enfermeiro, 01 agente de saúde.

Recursos necessários: recursos humanos (utilizaremos os profissionais da equipe de saúde para ministrar as palestras), recursos materiais (cartazes ilustrativos, lanche para o público), recurso cognitivo.

Recursos críticos: recursos financeiros (verba para financiar os lanches, cartazes ilustrativos), recurso político (motivar os usuários a comparecerem).

Viabilidade: este é um projeto de viável e de fácil aplicabilidade. A autoridade local, o coordenador da atenção básica disponibilizou o recurso financeiro. As agentes de saúde são as principais responsáveis por convocar os usuários a comparecerem ao grupo.

Responsáveis: toda equipe de saúde é responsável pela execução do projeto. Contudo, cada membro terá função definida pré definida, conforme descrito abaixo. Médico: iniciar o grupo, fornecendo informações básicas aos usuários.

- ✓ Enfermeiro: averiguar com os usuários sobre a utilização e administração dos medicamentos, além de conferir o relatado pelos usuários com a prescrição médica. Observa-se na prática que muitos pacientes acreditam fazer uso correto da medicação, mas estão equivocados (apresentam erros em relação horário e dose, principalmente).
- ✓ Agente de saúde: compartilhar experiências com o grupo, exemplificando casos de pacientes que faziam uso incorreto da prescrição.

Cronograma: será realizado um grupo por semana, no turno da noite, das 18:00 hs às 20:30hs. O público será organizado por área de abrangência, sendo que cada semana uma agente de saúde participará com os usuários de sua área.

Gestão, acompanhamento e avaliação: a avaliação da intervenção se dará de forma continuada e por todos os membros da equipe de saúde, por exemplo: o agente de saúde irá conversar com o paciente de sua área e interrogá-lo de houve melhoras no manejo do tratamento; o médico irá abordar o paciente durante a consulta, e assim todos os membros da equipe participarão do processo de avaliação.

5.3 NÓ CRÍTICO 2: DEFICIÊNCIA DE AÇÕES PROFISSIONAIS PARA MELHORAR A ADESÃO AO TRATAMENTO DE PACIENTES COM BAIXO NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Ação/operação/projeto proposto para superá-lo: projeto para criar receitas ilustrativas e não oficiais para aumentar a compreensão do paciente sobre a prescrição de medicamentos.

Objetivo: evitar erros em relação ao uso de medicação.

Produto esperado: As receitas serão ilustrativas e individualizadas de acordo com cada tipo de medicamento, de modo que o paciente analfabeto consiga entender o horário correto do uso da medicação. As receitas serão impressas como adesivos e coladas na caixa do medicamento no momento da distribuição. AS figuras 1 e 2 exemplificam como seria a

utilização das receitas ilustrativas.

Figura 1: Modelo de receita ilustrativa para paciente segundo prescrição médica (metformina 500mg, 02 comprimidos no almoço)







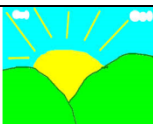





METFORMINA 500 mg			
<input type="checkbox"/>			CAFÉ DA MANHÃ _____
<input checked="" type="checkbox"/>			ALMOÇO 02
<input type="checkbox"/>			JANTAR _____

Figura 2: Modelo de receita ilustrativa para paciente segundo prescrição médica (metformina 850mg, no café, almoço e jantar)

METFORMINA 850 mg			
<input checked="" type="checkbox"/>			CAFÉ DA MANHÃ 01
<input checked="" type="checkbox"/>			ALMOÇO 01
<input checked="" type="checkbox"/>			JANTAR 01

Resultado esperado: melhorar a adesão ao tratamento e controle das doenças crônicas.

Atores sociais/ responsabilidades: o médico da equipe é o responsável por prescrever a medicação, com doses e horários adequados. Os agentes de saúde são os responsáveis por orientar de forma individual cada paciente com baixo nível de escolaridade, averiguar se o está utilizando os medicamentos de maneira correta. A recepcionista da unidade é a responsável por distribuir as receitas ilustrativas aos usuários selecionados, pois a receita

deverá ser colada à caixa do medicamento prescrito no momento na dispensa dos mesmos.

Recursos necessários: recursos humanos (agentes de saúde são muito importantes nesta etapa para supervisionar de perto o usuário), recursos cognitivos a prescrição do receituário.

Recursos críticos: recurso financeiro será necessário para a compra do material; recurso político (contrato firmado com gráfica local para impressão das receitas em formato adesivo).

Viabilidade: este projeto apresenta grande viabilidade; é uma medida simples, mas de grande eficácia para a melhoria da condição de saúde dos usuários da atenção básica, além de otimizar o trabalho da equipe de saúde.

Responsáveis: toda equipe de saúde é responsável pela execução do projeto. Contudo, cada membro terá função definida conforme descrito abaixo. Para cada medicação de uso crônico haverá modelo de receita ilustrativo individualizado, variando conforme horário e prescrições. O médico da equipe é o responsável pela prescrição do medicamento, com as doses e horários adequados. Os agentes de saúde são os responsáveis por orientar de forma individual cada paciente com baixo nível de escolaridade, averiguar se o paciente está usando os remédios de forma correta. A recepcionista da unidade é a responsável por distribuir as receitas ilustrativas aos usuários selecionados, pois a receita deverá ser colada à caixa do medicamento prescrito no momento na dispensa dos medicamentos.

Cronograma: foram realizados modelos de receitas primeiramente para os medicamentos mais comuns no tratamento da diabetes e hipertensão arterial, sendo eles: metformina, losartana e hidroclorotiazida.

Gestão, acompanhamento e avaliação: nesta etapa a avaliação também será feita de forma continuada, durante as consultas médicas e visitas domiciliares.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Investir em estratégias voltadas para o autocuidado do paciente é uma medida que tende a aumentar a resolutividade na atenção básica, diminuindo assim os custos voltados para a atenção secundária. Isso ocorre porque o plano intervenção objetiva que o paciente tenha uma maior consciência sobre seu estado de saúde, seja co-responsável pelo seu tratamento, e, conseqüentemente, tenha melhor controle de sua morbidade. Os pacientes com baixo nível de escolaridade merecem especial orientação e medidas de prevenção específicas voltadas a esta parcela dos usuários da unidade básica de saúde. Para mudar esta realidade é preciso colaboração, comunicação e profissionais com postura pedagógica para formar um construto coletivo que incorpore a atenção e o desejo de compartilhar. O monitoramento da prescrição e a educação necessária aos usuários previnem problemas relacionados aos medicamentos, além de realçarem resultados terapêuticos e econômicos para o usuário e para a sociedade.

REFERÊNCIAS

FARIA, H. P. de. et al. *Modelo assistencial e atenção básica em saúde*. 2ª ed. Belo horizonte: NESCON/UFMG/COOPMED. 2010. 68 p.

ROSA, Mário Borges et al. *Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos*. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.3, pp. 490-498.

SILVA, A. E. B. C.; CASSIANI, S. H. B. *Erros de medicação em hospital universitário: tipos, causas, sugestões e providências*. Brasília (DF): Revista Brasileira Enfermagem. 2004 nov/dez:57(6):671-4.

Higashi T. et al. The quality of pharmacologic care for vulnerable older patients. Ann Intern Med. 2004; 140 (9):714-20.

Hogerzeil HV. et al. *Guia do instrutor em práticas de boa prescrição médica*. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2001.

AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS. *Drug informations for patients*. Ann Intern Med. 1986; 104(1):121.

Frohlich S. E.; Pizzol T. S. D.; Mengue S. S. *Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária*. Rev Saúde Pública 2010; 44(6):1046-54.

Silva T; Schenkel EP; Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. Cad Saude Publica. 2000; 16(2):449-55.

Olivares J; Espinoza Y. Determinación Del nivel de información sobre El uso de antiinflamatorios no esteroides em pacientes ambulatorios de um hospital general. Medicamentos Salud Popular. 1996;33:19-28.

Gimenes F. R. E. et al. Influência da redação da prescrição médica na administração de medicamentos em horários diferentes do prescrito. Acta Paul. enferm. vol.22 no.4 São Paulo 2009.

Freire CC; Gimenes FRE; Cassiani SHB. Análise da prescrição médica informatizada, em duas clínicas de um hospital universitário. Medicina (Ribeirão Preto). 2004;37(1/2):91-6.

Lopes M. C. L. et al. O autocuidado em indivíduos com hipertensão arterial: um estudo bibliográfico. Revista eletrônica de enfermagem. 2008. v.10, n. 1.