

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

BÁCIMA ZOGHAIB

ORIENTAÇÕES SOBRE O USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS DE
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE, UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

SANTA HELENA

2021

BÁCIMA ZOGHAIB

ORIENTAÇÕES SOBRE O USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS DE
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE, UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Especialização em Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista Atenção Básica.

Orientadora: Profa. Ms. Michele Straub.

SANTA HELENA

2021

TERMO DE APROVAÇÃO

BÁCIMA ZOGHAIB

ORIENTAÇÕES SOBRE O USO INADEQUADO DE MEDICAMENTOS DE
PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS
POR PROFISSIONAIS DA SAÚDE, UM PROJETO DE INTERVENÇÃO

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em Especialização em
Atenção Básica, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná,
como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Medicina da Família e
Comunidade.

Prof(a).Ms(a). Michele Straub

Orientador(a) – Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Prof(a). Dr(a)./Msc. _____

Departamento _____, INSTITUIÇÃO

Cidade, __ de _____ de 201__.

A Deus, pela minha vida e por me ajudar a ultrapassar todos os obstáculos que surgiram durante este projeto de intervenção e que, através das minhas orações, me manteve firme no propósito de aprender e deu-me a capacidade da criatividade e do amor pela minha profissão.

Aos meus filhos Antony e Iran Gael que do jeitinho deles entenderam quando mamãe precisava se ausentar para se dedicar aos estudos. A eles que são minha maior inspiração de vida e os que me fazem crer que cada sacrifício vale a pena por eles e com eles.

Deus, Antony e Iran Gael minha eterna gratidão!

AGRADECIMENTOS

A equipe de saúde da ESF Maria Alegretti que sempre estiveram disponíveis e colaborativos às minhas abordagens durante a realização deste projeto de intervenção.

Aos meus pacientes tão solícitos e adoráveis e que são a principal razão da minha dedicação e estudo incansável dia após dia.

A equipe de saúde e de imprensa do município de Santa Helena, que abraçaram comigo este projeto na esperança de que haja continuidade do trabalho e resultados, sempre visando benefício aos usuários da saúde.

A toda equipe da UFPR pelo apoio.

"Tudo posso naquele que me fortalece"

Filipenses 4:13

RESUMO

Trata-se de um plano de intervenção sobre o uso inadequado de medicamentos de pacientes portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis por profissionais da saúde, resultado do Curso de Especialização em Atenção Básica da UFPR, financiado pelo UNA-SUS. Com o processo de mudança do perfil de adoecimento e morte da população brasileira, ocorreu o aumento acentuado das DCNT como diabetes mellitus, doenças cardiovasculares, neoplasias, transtornos mentais, dentre outros. O uso correto de medicamentos para tratar estas doenças, tem sido negligenciado e tem como causas a polifarmácia (principalmente aos idosos), prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente. O uso abusivo, insuficiente ou inadequado de medicamentos afeta a população e desperdiça recursos públicos. O conhecimento situacional de cada realidade, torna-se fundamental para apoio a tomada de decisões e o desenvolvimento de ações em saúde, além disso uma equipe de profissionais bem orientados e conhecedores dessas patologias e seus tratamentos é de grande relevância. Desta forma, o objetivo do projeto foi modificar a realidade na ESF Maria Alegretti do Bairro São Luiz situada no município de Santa Helena/ Paraná a respeito do uso inadequado de medicação em pacientes portadores de DCNT. Além disso, objetivamos promover atividades educativas para profissionais de saúde, com foco nos Agentes Comunitários de Saúde, tendo em vista que estes profissionais representam importante elemento na gestão de informações sobre o uso de medicamentos na Atenção Primária, melhorando a interação da equipe de saúde com a comunidade. A pesquisa ação foi o método utilizado neste plano, começando por uma roda de conversa envolvendo os ACS e a profissional responsável pela entrega de medicamentos afim de medir o conhecimento sobre o assunto e realizar algumas orientações. Em seguida aplicamos um questionário semiestruturado aos ACS sobre as patologias e o uso correto das medicações. Após, foram realizadas orientações aos ACS, que relataram maior confiança em orientar os pacientes. Outra etapa do projeto de intervenção foi a confecção de materiais informativos para serem entregues na entrada da US, adesivos ilustrativos para ajudar os pacientes que recebem as medicações a se orientarem quanto ao horário e doses do medicamento e um vídeo multimídia com explicações sobre a importância do uso adequado dos medicamentos que será apresentado na sala de espera da US; esta etapa ainda está em fase de implementação e execução. Os resultados esperados deverão impactar o cuidado prestado aos usuários do território, bem como a extensão do projeto para outras Unidades de Saúde do município.

Palavras chave: Atenção Primária à Saúde; Doenças Crônicas; Medicamentos; Autoadministração; Adesão à medicação

RESUMEN

Se trata de un plan de intervención sobre el uso inadecuado de medicamentos por parte de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles por los profesionales de la salud, resultado del Curso de Especialización en Atención Básica de la UFPR, financiado por el UNA-SUS. Con el proceso de cambios en el perfil de enfermedad y muerte de la población brasileña, hubo un fuerte aumento de las ECNT como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, neoplasias, trastornos mentales, entre otros. El uso correcto de medicamentos para tratar estas enfermedades, ha sido descuidado y tiene como causas la polifarmacia (principalmente para los ancianos), prescripción no guiada por pautas, automedicación inadecuada y armamento terapéutico excesivo disponible comercialmente. El uso abusivo, insuficiente o inadecuado de medicamentos afecta a la población y derrocha recursos públicos. El conocimiento situacional de cada realidad se vuelve fundamental para apoyar la toma de decisiones y el desarrollo de las acciones de salud, además de un equipo de profesionales bien orientados y conocedores de estas patologías y sus tratamientos es de gran relevancia. Así, el objetivo del proyecto era cambiar la realidad en la ESF Maria Alegretti del Bairro São Luiz, ubicada en la ciudad de Santa Helena / Paraná, con respecto al uso inadecuado de medicamentos en pacientes con ECNT. Además, pretendemos promover actividades formativas para los profesionales de la salud, con foco en los Agentes Comunitarios de Salud (ACS), considerando que estos profesionales representan un elemento importante en la gestión de la información sobre el uso de medicamentos en Atención Primaria, mejorando la interacción del equipo de salud con la comunidad. La investigación-acción fue el método utilizado en este plan, comenzando con una ronda de conversación que involucró a los Agentes Comunitarios de Salud y al profesional responsable de la entrega de medicamentos para medir el conocimiento sobre el tema y brindar alguna orientación. Luego, aplicamos un cuestionario semi estructurado a los ACS sobre las patologías y el correcto uso de medicamentos. Posteriormente, se dieron orientaciones a los ACS, quienes reportaron mayor confianza en la orientación a los pacientes. Otra etapa del proyecto de intervención fue la elaboración de materiales informativos que se entregarán en la entrada de la US, adhesivos ilustrativos para ayudar a los pacientes que reciben los medicamentos a orientarse en el horario y dosis del medicamento, y un video multimedia con explicaciones sobre la importancia del uso adecuado de los medicamentos que se presentarán en la sala de espera de la US. Este paso aún se encuentra en la fase de implementación y ejecución. Los resultados esperados deben impactar la atención brindada a los usuarios en el territorio, así como la extensión del proyecto a otras Unidades de Salud del municipio.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud; Enfermedades crónicas; Medicamentos; Autoadministración; Adherencia a la medicación;

ABSTRACT

Designated as an intervention plan about the inadequate use of medication in patients with non-communicable diseases (NCD) by healthcare professionals, a result from UFPR's Specialization Course in Primary Care, sponsored by UNA-SUS. Because of the changing process in illness profile and death in Brazilian population, NCD have increased significantly, such as diabetes mellitus, cardiovascular diseases, neoplasm, mental disorders, among others. The correct use of medications to treat these diseases has been neglected and is caused by polypharmacy (especially for the elderly), prescription not guided by guidelines, inappropriate self-medication and excessive therapeutic armament available commercially. The abusive, insufficient or inappropriate use of medicines affects the population and wastes public resources. The situational knowledge of each reality becomes essential to support decision-making and the development of health actions, in addition to a team of well trained professionals and with good knowledge about these pathologies and their treatments is essential. Thus, the objective of the project was to change the reality in the ESF Maria Alegretti of Bairro São Luiz, located in the city of Santa Helena/Paraná, regarding the inappropriate use of medication in patients with NCD. In addition, we aim to promote educational activities for health professionals, focusing on Community Health Worker (CHW) considering that these professionals represent an important element in the management of information on the use of medicines in Primary Care, improving the interaction of the health team with the community. Action research was the method used in this plan, starting with a round of conversation involving the CHW and the professional responsible for delivering medication in order to measure knowledge on the subject and provide some guidance. Then, we applied a semi-structured questionnaire to the CHW about the pathologies and the correct use of medications. After this questionnaire, orientations were given to the CHW, who reported more confidence in guiding the patients. Another stage of the intervention project was the preparation of informational materials to be delivered at the entrance to the Health Units (HU), illustrative stickers to help patients who receive the medications to be more oriented about the time and doses of the medication, and a multimedia video with explanations about the importance of proper use of medications that will be presented in the waiting room of the HU; This step is still in the implementation process and execution phase. The expected results should impact the care provided to users in the region, as well as the extension of the project to other Health Units in the town.

Keywords: Primary Health Care; Chronic diseases; Medicines; Self-administration; medication compliance;

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: PLANO DE INTERVENÇÃO	32
QUADRO 2: OBJETIVOS E PLANEJAMENTO	33
QUADRO 3: PLANO DE INTERVENÇÃO RELACIONADO AO PROBLEMA “USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTE PORTADORES DE DCNT”, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA ALEGRETTI, BAIRRO SÃO LUIZ, MUNICÍPIO DE SANTA HELENA, PARANÁ.....	44
QUADRO 4: PLANO DE INTERVENÇÃO RELACIONADO AO PROBLEMA “USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTE PORTADORES DE DCNT”, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA ALEGRETTI, BAIRRO SÃO LUIZ, MUNICÍPIO DE SANTA HELENA, PARANÁ.....	44
QUADRO 5: PLANO DE INTERVENÇÃO RELACIONADO AO PROBLEMA “USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTE PORTADORES DE DCNT”, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA ALEGRETTI, BAIRRO SÃO LUIZ, MUNICÍPIO DE SANTA HELENA, PARANÁ.....	45

LISTA DESIGLAS

ACS	- Agente Comunitário de Saúde
APS	- Atenção Primária em Saúde
CAPS	- Centro de Atenção Psicossocial
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM II	- Diabetes Mellitus tipo II
ESF	- Estratégia Saúde da Família
HTA	- Hipertensão Arterial
IPM	- Software de Gestão Pública
US	- Unidade de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE MARIA ALEGRETTI	14
1.2	JUSTIFICATIVA	24
1.3	OBJETIVOS	25
1.3.1	Objetivo Geral	25
1.3.2	Objetivos Específicos	25
1.4	METODOLOGIA	26
1.4.1	Etapa 1- Análise situacional	26
1.4.2	Etapa 2 – Identificação dos problemas	26
1.4.3	Etapa 3 – Planejamento da intervenção	28
1.4.4	Etapa 4 – Implementação do projeto	29
1.4.5	Etapa 5 – Avaliação das ações	33
2	REVISÃO DE LITERATURA	33
3.	IMPLEMENTAÇÃO	43
4	RESULTADOS	45
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
	REFERÊNCIAS	52
	APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIOS VERBAL PARA OS PACIENTES EM SALA DE CONSULTA	55
	APÊNDICE 2: MATERIAL EXPLICATIVO OFERTADO AOS ACS	55
	APÊNDICE 3: QUESTIONÁRIO SEMI ESTRUTURADO DESTINADO AOS ACS DURANTE RODA DE CONVERSA	57

1 INTRODUÇÃO

Santa Helena é um município brasileiro situado na Costa Oeste do estado do Paraná, com distância de 630 km da capital Curitiba e teve origem em um projeto de apropriação, pela Colonizadora Madalozzo sediada no Município de Erechim-RS, às margens do Rio Paraná. As primeiras famílias desembarcaram no Porto Fluvial de Santa Helena por volta de 1920 e encontraram nesta região um contingente razoável de ingleses que exploravam madeira e erva mate (PORTAL DA CIDADE, 2021).

Em 1924 o município foi palco de algumas ações da legendária Coluna Prestes que, em sua passagem pela região expulsou os ingleses deste território. Após esse início de ocupação, através da Lei Estadual nº 5.497, de 03 de fevereiro de 1967, foi criado o Município de Santa Helena. O mesmo foi instalado em 29 de dezembro de 1968, sendo nesta data desmembrado dos municípios de Medianeira e Marechal Cândido Rondon, Paraná (PORTAL DA CIDADE, 2021).

Santa Helena possui uma área de 758,23 km² e conta com uma população estimada para o ano de 2020 de 26.767 habitantes. Pelo censo de 2010, as pessoas que residiam em área rural somavam 10.827 e 12.586 residiam em área urbana. A densidade populacional é de 36 habitantes/km². Atualmente os dados referentes a essa ocupação não estão disponíveis (IBGE, 2019).

O município está a uma altitude de 258 metros e fica às margens do lago de Itaipu. A cidade foi tomada pela Usina de Itaipu que ocupou um terço das terras e, por isso, é conhecida como Terra das águas. Anualmente recebe recursos provenientes de royalties pagos pela Itaipu Binacional que até novembro do ano de 2020 chegou ao valor de R\$ 143.104.000 milhões de reais.

O município conta com um grande potencial turístico com o Lago de Itaipu, onde foi construída uma praia artificial, que recebe durante a temporada de verão aproximadamente 10 mil pessoas, grande parte proveniente das cidades próximas e dos países vizinhos como Argentina e Paraguai. Conta também com a Base Náutica, o Refúgio Biológico, a Pesca Esportiva, o encontro de Motociclistas que acontece anualmente e o Cristo Esplendor, o único monumento do Brasil feito em Bronze. Outro potencial do município é a agricultura e a atividade industrial. Todos esses setores compõem o PIB da cidade.

A população geral do município de Santa Helena é, em sua grande maioria, de idosos, principalmente nas áreas rurais. E se observa uma importante migração

dos mais jovens para os centros maiores em busca de trabalho e melhoria de vida. Ainda que a cidade seja economicamente rica, não gera tantos empregos.

A área comercial é pequena, e por conta do limite territorial da ocupação do lago, a expansão do setor é reduzida e limitada. As maiores indústrias que existem na cidade e geram um número expressivo de empregos são a Fábrica de biscoitos NAGA, Cooperativa LAR (rações, aviários, redes de supermercados e produtos agropecuários) e a Fatiota confecções de ternos e roupas sociais. A prefeitura também é o órgão responsável por gerar grande parte das contratações.

Quanto à educação básica o município conta com vinte e quatro escolas de educação infantil e básica. São quatro escolas do ensino médio e vinte escolas do ensino fundamental. A taxa de escolarização de seis a quatorze anos de idade é de 99,4% (IBGE, 2018).

Quanto aos serviços de educação no município, contamos com doze escolas municipais, oito escolas estaduais, seis Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI), uma escola privada, uma escola de educação especial, uma escola da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) e uma Faculdade Técnica.

Há apenas uma Faculdade técnica com os cursos de Agronomia, Ciências da Computação e Licenciatura em Ciências Biológicas, o que gera um movimento de migração dos jovens para outros centros em busca de formação.

A taxa de escolarização de seis a quatorze anos de idade é de 99,4% (IBGE, 2018).

Segundo IBGE de 2018, o salário médio mensal do morador Santa Helenense era de 2,4 salários mínimos. A proporção de pessoas trabalhando em relação à população total era de 22,1%. Ao se analisar, considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, o município possuía 31,2% da população nessas condições (IBGE, 2018).

Dentre as entidades representativas que realizam a estruturação em termos políticos e sociais estão o Conselho Municipal de Saúde, Conselho Municipal da Criança e Adolescente, Conselho Municipal de assistência Social, Associações de Moradores, Igreja Católica, Igreja Evangélica e Pastoral da Criança.

1.1 O SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE E A UNIDADE DE SAÚDE MARIA ALEGRETTI

Segundo fontes do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) do ano de 2020, o município recebeu nesse ano o total de R\$ 42.264.572,04 para a saúde em geral. Este valor conta com recursos ordinários de fonte livre, receitas de impostos de transferências de impostos, transferências de fundo a fundo de recursos do SUS provenientes do Governo Federal, do Governo Estadual e outros recursos não especificados em quadro segundo fonte adquirida.

Não há no território um Hospital Regional ou Municipal para atendimentos de maior complexidade, mas sim uma Unidade de Pronto Atendimento Médico (PAM). O município possuía convênio com um hospital particular onde eram realizados exames de imagem como radiografias, eletrocardiogramas e ultrassonografias e algumas consultas com poucos especialistas, mas o contrato foi encerrado, pois o município pretende construir um Centro de Saúde que tenha atendimento de algumas especialidades. Desta forma, os pacientes que necessitam de atendimento com especialistas para agravos ou condições de maior complexidade são encaminhados para os grandes centros como Cascavel/PR e Toledo/PR, próximos à Santa Helena, através do convênio com o município pelo Consórcio Intermunicipal de Saúde Costa Oeste do Paraná (CISCOPAR).

A Secretaria Municipal de Saúde coordena os seguintes setores: as Unidades de Saúde (cinco ESF e três UBS), um Pronto atendimento, um Regulação de exames de alta complexidade, um setor de regulação para Tratamento Fora do Domicilio (TFD), uma Vigilância Sanitária, um Setor de Epidemiologia, um Setor de Endemias, um Centro de Atenção Psicossocial CAPS, um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), uma Farmácia Central Municipal, e no momento, temos um Pronto Atendimento Covid (PMC) específico para pacientes que apresentem sintomas respiratórios (em funcionamento enquanto durar a pandemia pelo Coronavírus). Não há NASF como apoio no município.

A gestão municipal contribui, significativamente, para a melhoria nos serviços prestados à Comunidade. Isso quer dizer que quando solicitado algum serviço ou apoio para a solução de algum problema diagnosticado tanto na comunidade quanto no serviço de saúde, a gestão municipal prontamente atende, vem ao nosso encontro, mas nem sempre fornece a solução ou o requerido para o enfrentamento do problema. Em outros momentos, essa ajuda tende a demorar. Isso ocorre, entre outros motivos, pelos processos administrativos e burocráticos dos serviços públicos, como exemplo, os processos licitatórios.

A comunidade que será objeto de pesquisa, análise e atuação deste trabalho é a que está adscrita na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Maria Alegretti, situada no Bairro São Luiz no centro do município. É a maior Unidade de Saúde (US) da cidade. Nela são assistidas 8.558 pessoas, dentre elas 4.578 do sexo feminino, 3.980 do sexo masculino onde 753 são crianças do sexo feminino, 765 crianças do sexo masculino, 542 adolescentes do sexo feminino, 516 adolescentes do sexo masculino, 2.520 adultos do sexo feminino, 2.109 adultos do sexo masculino, e 763 idosos do sexo feminino e 590 idosos do sexo masculino.

A equipe da ESF Maria Alegretti está composta por três médicos clínico geral, um médico pediatra, um médico ginecologista/obstetra, um psicólogo, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, uma auxiliar de enfermagem, seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma dentista, uma estagiária de dentista, uma auxiliar de dentista, uma vacinadora, três auxiliares administrativas/recepcionistas, uma farmacêutica, uma zeladora e um motorista.

Em relação a estrutura física da US, contamos com três salas com lavabos para atendimento médico, sendo que apenas uma delas tem banheiro próprio. Conta-se também com uma sala de dentista com todos os equipamentos pertinentes para o trabalho; uma sala destinada à vacinação; uma sala de procedimentos e uma para observação dos pacientes; uma farmácia pequena onde se armazenam medicamentos; uma sala para as ACS; uma cozinha; uma lavanderia e outro espaço para esterilização de materiais.

As pré-consultas são realizadas nos fundos da Unidade e a recepção aos pacientes fica na entrada da US. Os usuários só possuem um acesso para entrar na US. O corredor para espera dos pacientes e acompanhantes fica logo após a recepção e farmácia. Temos banheiro masculino e feminino separados para os usuários, mas apenas um banheiro para todos os profissionais da Unidade, o que gera grande desconforto, pois somos em muitos profissionais.

Em relação as dificuldades encontradas na Unidade podemos listar as que se relacionam aos equipamentos e materiais permanentes que apresentam desgaste ou estão estragados. Um exemplo são as impressoras que acabam por acarretar em demora na finalização do atendimento, principalmente, médico e odontológico. Já foi solicitada a troca desses materiais, sem retorno da gestão. Conseguem-se apenas suporte técnico para o conserto desses equipamentos, não a troca. Na sala de consultas médicas, o profissional faz uso do próprio estetoscópio,

pois não foi fornecido nenhum, bem como o otoscópio que apresenta falhas dificultando o bom exame físico de alguns pacientes.

Além disso, existem as dificuldades que se relacionam com a estrutura da US, que é antiga e necessita reparos. Uma das dificuldades encontradas é a falta de salas para atendimento. Como exemplo, é o de interrupção dos atendimentos com o psicólogo há mais de dois meses por falta de sala. Bem como as dificuldades para atendimento do ginecologista e do pediatra, que precisam contar com a cessão de um dos médicos para conseguir realizar suas consultas.

Em relação ao processo de trabalho da equipe, a percepção pessoal é de uma equipe de pessoas comprometidas, empenhadas e o ambiente de trabalho desta US é de união, alegria e respeito, o que resulta em um trabalho agradável e tranquilo. Cabe ainda frisar, que todas essas qualidades são reconhecidas pela comunidade que tem total confiança na equipe de saúde e, assim, nos tornamos um só, equipe de saúde e comunidade totalmente em sintonia.

Por conta da Pandemia da COVID 19, alguns processos foram alterados e alguns serviços tiveram sua interrupção ou modificação. As visitas domiciliares são um exemplo, pois foram suspensas, podendo ser feitas somente em pouquíssimos casos. Essas visitas são solicitadas pelos familiares do paciente ou pelo próprio ACS responsável quando percebe a necessidade. Dentre os profissionais que realizam as visitas domiciliares estão um médico, um ACS e uma técnica de enfermagem. Em alguns casos, a enfermeira realiza as visitas acompanhada de um ACS.

São ofertados, aproximadamente 58 consultas por dia, sendo os atendimentos realizados por 3 clínicos gerais. Quando os especialistas como pediatra e ginecologista/obstetra estão em atendimento, esse número passa para 70 atendimentos por dia, aproximadamente.

A área de abrangência da ESF Maria Alegretti pertence ao Bairro São Luiz e seus sub-bairros: Baixada Amarela, Linha Progresso, Vila Nova, Jardim Floresta, Loteamento Aliança, Centro- desde a Avenida Curitiba até Bairro Vila Nova.

Estão presentes nestes territórios algumas instituições de ensino: três escolas municipais, uma escola privada, dois Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) e uma escola da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Contudo, nenhum desses centros educacionais realizam trabalhos conjuntos com a ESF Maria Alegretti. O mesmo não podemos falar sobre o CRAS, que é um grande aliado à nossa ESF. O mesmo tem como objetivo fortalecer a

convivência com a família e com a comunidade, proporcionando o resgate da cidadania, prevenção e superação das desigualdades sociais.

Os pacientes em situação de vulnerabilidade social, decorrente da pobreza ou do precário acesso aos serviços públicos, podem ser atendidos por esta instituição através de busca ativa da equipe de saúde, por demanda espontânea, por encaminhamentos de profissionais da saúde ou pela rede sócio-assistencial e de proteção.

Dentre os serviços oferecidos pelo CRAS estão o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) que promove o acesso aos direitos de melhoria de vida, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) que visa o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários sendo desenvolvido de acordo com as faixas etárias, desde a infância até idade senil. Além deste, o Programa Estadual Leite das Crianças, o Programa Passe Livre e o Benefício de Prestação Continuada- BCP- para idosos maiores de 65 anos de idade e pessoa com deficiência de qualquer idade que comprovem não possuir meios de sustento próprio ou pela família. E ainda, outros benefícios eventuais que visam atendimento imediato de necessidades humanas básicas decorrentes de situações inesperadas.

A comunidade adscrita na ESF possui como característica já anteriormente apresentada, faixas etárias heterogêneas, o que acaba apresentando um quadro de saúde também diverso. Como o tempo de atuação nessa área é recente, ainda não foi possível construir e analisar o perfil desses usuários. Com a pandemia do Coronavírus, ainda em curso, há limitação para consultas e para as visitas domiciliares e, desta forma, fica limitado conhecer a realidade de vida e moradia dessas pessoas.

Fator fundamental para a equipe é o trabalho dos ACS, que se orienta através das demandas da comunidade, garantindo o vínculo dos usuários e famílias com o serviço, transmitindo informações sobre ações, programas, consultas, medicações, condições e agravos de saúde.

É de suma importância para os profissionais da saúde conhecerem sua clientela, a relação com o meio ambiente em que vivem, suas características sociais, culturais e econômicas, assim como conhecer o território de atuação. Sem essas informações fica difícil traçar um planejamento e ações para uma melhoria na saúde e qualidade de vida dessas pessoas.

Diante disso, e sabendo que para um melhor servir a esses usuários, é preciso diagnosticar as vulnerabilidades e potencialidades para direcionar as melhorias buscando atendimento adequado e qualificado. Para isto, em conjunto com os ACS que são conhecedores da área, realizamos uma reunião afim de desenhar uma análise do território. Dentre as vulnerabilidades diagnosticadas estão:

- Pacientes precisam ficar em fila de espera desde a madrugada para agendar uma consulta médica. As agendas abrem todas as sextas-feiras para a semana seguinte. Alguns pacientes não conseguem agendar uma consulta próxima.
- A demanda de procura por atendimento médico é maior que a oferta.
- Grande parte das consultas são para pacientes idosos que, no momento da pandemia, tem restrições e medo de sair de casa, deixando, muitas vezes, de consultar um problema de saúde importante ou renovar uma receita de medicamento, ficando sem o tratamento adequado.
- Aproximadamente 50% dos pacientes idosos vivem sozinhos ou apenas com seu companheiro também idoso e não conseguem dar seguimento ao tratamento medicamentoso prescrito por falta de compreensão de sua patologia ou por dificuldade de entender a forma de medicar-se.
- Grande parte da população jovem, deixa suas casas em busca de uma vida melhor ou para profissionalizar-se em outras cidades, deixando seus pais, as vezes idosos, sozinhos.
- Pelo menos 70% dos pacientes, jovens ou idosos, não aderem corretamente ao tratamento médico ou por falta de instrução adequada do médico, ou por não ter quem busque a medicação na farmácia, ou por não conseguir consulta para renovação de receita em tempo pertinente.
- Por conta da Pandemia causada pelo Coronavírus, muitos pacientes, de todas as idades, têm se automedicado na tentativa de prevenir a doença Covid19 gerando outros problemas de saúde.
- Há grande número de pessoas desempregadas no momento e outras com renda mensal baixa para seu próprio sustento.

- Há falta de saneamento básico em locais habitados por invasão de terras como Área Itaipu, Santa Rita de Cássia (Hípica), Curva Ogregon, Vila Nova, Algumas áreas da Linha Progresso, gerando doenças.
- No Bairro de atuação da ESF há muitos pontos de venda de drogas.
- Número grande de idosos que tem frequentado os bares do bairro, alegando solidão nesse período de pandemia, sujeitando-se à contaminação pelo coronavírus.
- Número de pacientes psiquiátricos tem aumento de forma acelerada no último ano.

Já em relação as potencialidades identificadas pelo grupo estão:

- O bairro conta com pontos de entretenimento como academias ao ar livre, parques infantis, praças, praia artificial à beira do Lago Itaipú, Shows organizados pela prefeitura, ginásio de esportes. Mas nada tem sido liberado para uso da população, haja vista a perduração da Pandemia.
- Há diversas igrejas de diferentes religiões.
- Temos um clube recreativo, lanchonetes, mercados e sorveterias para entretenimento. Coisas que, por exemplo, no interior do município, ou seja, em seus distritos, não existem.
- Existe um projeto de caminhada com idosos 3 vezes na semana.
- Encontro de pacientes diabéticos e hipertensos*, uma vez ao mês para que possam ter conhecimento de suas condições de saúde, aprender sobre prevenção e outros temas que envolvem as patologias em questão.
- As gestantes têm acesso ao pré-natal e reuniões mensais para tirar dúvidas sobre a gestação, puerpério e cuidados com o recém nascido.
- Pacientes tabagistas têm acesso ao Programa antitabagismo realizado uma vez ao mês com os profissionais da Unidade de Saúde e profissionais do CAPS.
- Muitas famílias com baixa renda recebem auxílios do governo e município.
- Os indicadores de mortalidade para esta comunidade estão abaixo do esperado para o número de habitantes¹.

1 Ações não liberadas enquanto perdurar a pandemia pelo Coronavírus.

Afim de compreender, ainda melhor as condições da localidade, buscamos levantar e analisar os indicadores de saúde. Estes são usados como ferramenta para identificar, monitorar, avaliar ações e subsidiar as decisões do gestor.

Através deles é possível identificar áreas de risco e evidenciar tendências. Além destes aspectos, é importante salientar que o acompanhamento dos resultados obtidos fortalece a equipe e auxilia no direcionamento das atividades, evitando assim o desperdício de tempo e esforços em ações não efetivas. A informação é subsídio para o planejamento de uma equipe de trabalho (FRANCO, 2018).

Os dados de indicadores de mortalidade do município de Santa Helena, foram encontrados no documento Relatório Anual de Gestão (RAG), dos anos de 2018 a 2020.

No ano de 2018, 2019 e 2020 o número de óbitos por doenças em todo o município foi de 185, 199 e 216 óbitos respectivamente. Dentre as causas mais prevalentes estão, em ordem decrescente: doenças do aparelho circulatório; neoplasias; doenças do aparelho respiratório; causas externas de morbidade e mortalidade; doenças do aparelho digestivo; doenças do sistema endócrino, nutricionais e metabólicas.

A taxa de mortalidade infantil em todo o município de Santa Helena no ano de 2019 soma dez óbitos e as causas mais prevalentes são doenças do sistema nervoso (duas mortes); malformações congênitas/deformidades/anomalias cromossômicas (seis mortes) e achados anormais de exames clínicos e laboratoriais (duas mortes) (IPARDES, 2021, p. 15).

A taxa de mortalidade infantil calculada pelo número de óbitos de menores de um ano dos nascidos vivos e que compreende a soma dos óbitos nos períodos neonatal precoce (0-6 dias de vida), neonatal tardio (7-27 dias) e pós-natal (28 dias) apresenta um coeficiente geral de mortalidade por mil nascidos vivos no município de 7% em 2018, 7,5% em 2019 e 8,1% em 2020 (BRASIL, 2020).

Dentre as causas de morte mais prevalentes na comunidade do bairro São Luiz estão as doenças do aparelho circulatório em maior proporção, seguido das neoplasias, mas não há números para que possam ser inseridos aqui. A mortalidade infantil e materna é inexistente nesta comunidade.

Em relação as queixas principais apresentadas pela população, e que mais as levam a buscar a US desta comunidade são as Doenças Crônicas não

Transmissíveis como a elevação da Pressão arterial, tendo cadastrados 662 hipertensos, a Diabetes Mellitus com 67 cadastros e Hipertensão arterial com diabetes sendo 176 cadastros. Também há um alto índice de consultas por dores articulares crônicas, pedido de renovação de medicamento de uso contínuo, afecções da tireoide e por sintomas depressivos. Não temos um número exato, mas estima-se que mais de 1500 pessoas com doenças crônicas são acompanhadas constantemente nesta Unidade de Saúde. Além dos agravos mencionados acima, estão outras situações que merecem uma atenção especial.

Como já destacado, por ser uma comunidade nova, onde pouco foi a minha atuação, conto com a ajuda dos ACS para maiores informações. Segundo eles, os agravos que mais precisam de atenção da gestão municipal são os pontos de drogas na região, locais sem saneamento básico, famílias com moradia provisória em terras invadidas, locais com esgoto aberto sujeitando as famílias a contaminação e doenças. A violência na comunidade não é preocupante como em outros bairros. No geral, é um lugar seguro de se viver, sem alto índice de assaltos, violência familiar ou homicídios.

As Doença Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são a grande causa de consultas devendo a equipe estar capacitada para orientar os portadores dessas patologias e assim ajudá-los a ter um controle mais efetivo de sua condição de saúde para uma melhor qualidade de vida.

Falta conhecimento adequado sobre as DCNT, tanto para a população que faz uso de medicamentos de uso contínuo para essas doenças como para a equipe de ACS, sobre como manter adesão ao tratamento medicamentoso ou não medicamentoso, sobre as orientações pertinentes para cada tipo de doença crônica e sobre o prognóstico delas, mas com muito boa vontade e interesse em fazer o melhor pela população, isso será possível. Conhecendo a comunidade, desde as doenças mais prevalentes e dos fatores que podem estar ocasionando essas doenças como agravos sócio-econômicos, demográficos, ocupacionais, poderemos atuar com efetividade rumo à prevenção e restauração da saúde fazendo um bom planejamento e criando ações efetivas.

A falta de informações da equipe é um problema ao qual devemos direcionar nosso trabalho, pois tudo começa pela Unidade de Saúde (US). Para isso será necessário um planejamento para solucionar essa falha, definir objetivos, traçar metas e criar ações dentro da própria US.

Nota-se nesta comunidade uma incapacidade de adesão ao tratamento medicamentoso, claramente ocasionado pela falta de orientação adequada dos profissionais de saúde. No caso dos ACS, a grande maioria não tem conhecimento do curso fisiopatológico da doença e não manejam as classes de medicações que esses pacientes fazem uso. Como são estes profissionais os que tem maior contato com a população no dia a dia, entendemos ser de grande importância a realização das capacitações educativas para estes profissionais serem capazes de responder, pelo menos, a alguns questionamentos feitos a eles, principalmente durante as visitas domiciliares sobre os medicamentos que foram prescritos e que os pacientes têm dúvidas de como utilizar.

Diante da realidade encontrada no cotidiano dos atendimentos em consultório médico, assombrosamente, cerca de 70% dos pacientes relatam ter abandonado a medicação das suas condições crônicas por “achar que não precisavam mais tomar”; ou porque “o médico nunca falou até quando deveria tomar, então abandonou por já se sentir melhor” ou também porque achou que “o remédio não fazia mais efeito”. Nessas conversas alguns pacientes, ao ser questionados se usam mais alguma medicação além da prescrita em prontuário, relatam estar fazendo uso de alguma medicação sem prescrição médica porque “ouviu falar que era bom”.

Os pacientes se mostram conhecedores de que há perigo em automedicar-se, mas mesmo assim o fazem e outros não parecem estar convencidos de que abandonar um tratamento prescrito por um médico, acarretaria em problemas sérios para sua saúde já que se sentem melhor.

Há uma preocupação de toda a equipe com este problema apresentado. Desta forma, nos parece conveniente abordá-lo, desenvolver um plano de intervenção para prevenção, instrução, atuação e ação em saúde.

As ESF são a porta de entrada para uma determinada população previamente delimitada. As equipes de saúde trabalham a promoção, prevenção da saúde, recuperação e reabilitação das doenças, além dos agravos de saúde frequentes ou comuns naquele território. Elas são responsáveis pelo acompanhamento e manutenção da saúde da população (BRASIL, 2020).

Ao iniciar as atividades nesta ESF e realizar a análise situacional, observou-se que existem fatores que facilitam o processo de trabalho em equipe, pois estão todos engajados com o bem estar dos pacientes adscritos nesta US e consegue-se

resolver grande parte dos problemas de saúde desses clientes, pois a oferta de atenção à eles é integral.

A intervenção para este problema de falta de conhecimento dos ACS sobre as DCNT e do uso inadequado de medicamentos por parte dos pacientes portadores dessas doenças é passível de ser realizado, já que a equipe não precisará mudar sua rotina de trabalho, apenas iniciar um processo de capacitação e logo de melhor instruir os pacientes. Demanda pouco tempo a mais do contato com os usuários da unidade que utilizam medicações de uso contínuo.

Já tenho aplicado em minhas consultas as orientações minuciosas a todos os pacientes que fazem uso de medicação para tratamento de DCNT, e o resultado tem sido satisfatório. Os pacientes dizem que não recebiam orientações adequadamente e que, a partir de agora, irão aderir ao que foi instituído como tratamento medicamentoso. Esses pacientes serão acompanhados até o final deste trabalho.

Assim, identificada essa lacuna e problema, e diante desta breve contextualização do município, bairro e Unidade de Saúde, este projeto de intervenção será desenvolvido com a equipe de saúde, primeiramente com foco nos ACS afim de melhorar as condições de acompanhamento e orientação aos usuários com DCNT, intervindo especificamente na problemática do uso incorreto de medicamentos por estes pacientes.

1.2 JUSTIFICATIVA

Nota-se nestes meses de atuação na comunidade que, pelo menos, 70% dos pacientes que frequentam a sala de consulta já abandonaram tratamento por conta própria, já deixaram de fazer uso da medicação como fora prescrito ou que se automedicam, até por conta da atual pandemia pelo SARS Cov 2, onde há muitas informações de que o tratamento precoce contra o coronavírus deve ser praticado.

A escolha do tema deste trabalho, justifica-se pelo elevado número de pacientes com DCNT que fazem uso inadequado de medicamentos, na tentativa de garantir melhorias em relação ao atendimento e acompanhamento destes pacientes, evitando piora dos problemas de saúde já instalados ou aparição de alguma patologia pela automedicação, muito oportuno neste momento de pandemia onde as pessoas estão sendo bombardeadas com orientações de uso de medicamentos sem

embasamento científico quanto à sua eficácia. Pretende-se modificar esta realidade na ESF Maria Alegretti.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Orientar e instrumentalizar ACS e equipe de saúde da ESF Maria Alegretti sobre a temática Uso Inadequado de Medicação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT);

1.3.2 Objetivos Específicos

- Promover atividades educativas para profissionais da Unidade de Saúde, com foco em ACS, afim de orientar sobre os tipos de DCNT e o uso correto e racional de medicações, cuidados e efeitos.
- Confeccionar e disponibilizar cartilhas informativas sobre uso de medicação, riscos de automedicação, abandono ou não adesão aos medicamentos.
- Apresentar vídeos em multimídia em sala de espera da US, sobre uso de medicação, riscos de automedicação, abandono ou não adesão aos medicamentos.
- Conscientizar o maior número de usuários portadores de DCNT, através de orientações da equipe de saúde em consultas médicas, de enfermagem, pré-consultas, atendimento administrativo, visitas domiciliares e acompanhamento dos ACS, sobre os riscos da prática de automedicação, da não adesão ou abandono do tratamento medicamentoso indicado.

1.4 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa-ação que para Kemmis e Mc Taggart (1998 apud OLIVEIRA, 2021),

“é uma forma de investigação baseada em uma autorreflexão coletiva empreendida pelos participantes de um grupo social de maneira a melhorar a racionalidade e a justiça de suas próprias práticas sociais e educacionais, como também o seu entendimento dessas práticas e de situações onde essas práticas acontecem. A abordagem é de uma pesquisa-ação apenas quando ela é colaborativa”.

Este tipo de pesquisa utilizada para este trabalho em equipe, “... visa investigar e intervir favoravelmente frente ao equacionamento de determinado problema, ao longo do seu desenvolvimento e, como resultado desse processo, produzir novos conhecimentos” (THIOLLENT, 2012 apud TOLEDO, GIATTI, JACOBI, 2014).

A pesquisa foi organizada em etapas, sendo: a de análise situacional, a de levantamento dos problemas, a de planejamento, as etapas de implementação do projeto e a última, a de avaliação.

1.4.1 Etapa 1- Análise situacional

Buscando compreender a realidade do município, e da comunidade na qual a ESF Maria Alegretti se insere, realizamos a primeira etapa. Nela levantamos dados gerais do município, que englobavam aspectos econômicos, sociais, culturais e os epidemiológicos, bem como os de estrutura dos serviços de saúde.

Neste momento, buscando a identificação de fragilidades e potencialidades do serviço realizamos reuniões com a equipe e nos utilizamos de dados de prontuários e de queixas relatadas em consultório, para escolha do nó crítico a ser desenvolvido.

1.4.2 Etapa 2 – Identificação dos problemas

Frente a análise situacional e buscando desenvolver a segunda etapa, após a observação dada na prática profissional, houveram encontros com a equipe nos

intervalos de atendimentos para a identificação dos problemas. A abordagem com a equipe foi realizada na própria Unidade de Saúde em 3 oportunidades. A primeira abordagem foi feita juntamente com os ACS. Nem todos puderam participar, pois com o aumento de casos da Covid19 havia um rodízio dos profissionais.

Afim de levantar o número de Doentes Crônicos do território, solicitamos aos ACS qual era o número de pacientes com as patologias em nossa área de abrangência. Contudo, os ACS não conseguiram informar, pois não havia um número definido de todos os portadores de doenças crônicas, visto que trata-se de inúmeras patologias e o sistema de informação usado em nosso município para coleta de dados e estratificação de pacientes (IPM) só o faz para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Desta forma, apenas em caráter inicial, foi verbalizado que aproximadamente, 60% da população adulta adscrita na ESF Maria Alegretti tinha, pelo menos, uma DCNT instalada. Além disso, os ACS afirmavam que em visitas domiciliares era possível constatar que em torno de 50% desses pacientes não aderem corretamente ao tratamento e apresentam descompensação de suas patologias. Afirmando que o projeto de intervenção nesta problemática era de extrema urgência.

Ainda na etapa de identificação e análise situacional, ocorreu uma reunião com a profissional responsável pela farmácia da Unidade de Saúde. Foi questionado quanto à percepção que tem ao entregar os medicamentos para os pacientes portadores de DCNT, ou seja, se ela percebe que o paciente entendeu as orientações sobre o modo de uso da medicação, horários e doses a tomar. Segundo ela, os pacientes idosos são os que mais sentem dificuldade de compreensão quanto ao uso correto da medicação. Muitas vezes por diminuição da acuidade visual ou auditiva, esses pacientes não entendem as orientações e saem da unidade sem o devido conhecimento dos medicamentos que estão levando para casa. Isso, claramente, impossibilita a melhora de saúde desses pacientes.

Também, os dois médicos atuantes na ESF foram abordados para dar início a esta pesquisa. Ambos, referem que mais de 50% dos pacientes atendidos diariamente, têm dificuldades quanto ao uso dos medicamentos. Em sua grande maioria, percebem a não adesão ao tratamento como, abandonar medicamento prescrito a consequência de alguma reação adversa ou por entender que não precisa mais da medicação por se sentir melhor quanto aos sintomas que

apresentava. Não sabem referir qual a porcentagem aproximada de pacientes que se automedicam. Todos concordavam com a necessidade de ampliar estas orientações.

Os portadores de doenças crônicas também participaram da decisão de intervenção deste projeto. Foram escolhidos a partir da análise de seu prontuário durante consulta. Ao verificar que o paciente era portador de doença crônica e com inúmeras medicações em prescrição (polimedicado), a eles foi direcionado os questionamentos (Apêndice 1).

Em sua grande maioria, os pacientes tinham sinais de descompensação da doença. As perguntas foram realizadas em sala de consulta, e o foco era saber o porquê de não aderirem adequadamente aos medicamentos prescritos, sabendo que a patologia que os acomete é crônica e que, geralmente, a medicação prescrita deve ter uso contínuo, sem interrupção ou intervalo de uso.

1.4.3 Etapa 3 – Planejamento da intervenção

Com a escolha do nó crítico a ser desenvolvido, a primeira ação foi buscar o apoio da gestão de saúde do município. Entendendo que era preciso autorização da secretária de saúde para liberar as ações de intervenção, assim como para disponibilizar recursos com materiais necessários.

Foi feita uma reunião com a Secretária de Saúde e a coordenadora das Unidades de Saúde onde foi exposta a problemática mediante os dados coletados e demonstrado a importância de uma intervenção imediata, tanto para evitar maiores danos à saúde dos pacientes por uso inadequado dos medicamentos prescritos, quanto ao fato de poder evitar gastos gerados pelo descompensar dessas patologias.

A proposta foi bem recebida pela gestão. A verba necessária para produzir os materiais para intervenção do problema foi solicitada ao departamento financeiro da prefeitura municipal. Foi dado um prazo de 60 a 90 dias para resposta dessa solicitação. A gestão mostrou interesse em aproveitar essas ações em todas as Unidades de Saúde do Município a longo prazo.

1.4.4 Etapa 4 – Implementação do projeto

Nesta etapa, a primeira atividade foi buscar na literatura as referências para embasar de maneira científica e baseada em evidências as ações do projeto de intervenção. Assim, na revisão de literatura sobre o tema, utilizou-se de referências de até treze anos de publicação, quando não houvesse uma nova atualização. Foi consultada a Biblioteca Virtual em Saúde (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2013), Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) e documentos de órgãos públicos, Ministérios, e outras fontes de busca para revisão bibliográfica como as linhas guia do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, política nacional, protocolos, módulos de Cursos de Especialização em Saúde da Família, além de artigos científicos, teses de mestrado e especialização, pertencentes a base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), livros, periódicos e Descritores em Ciência de Saúde (DeCS).

As estratégias utilizadas para resolver a problemática do uso inadequado de medicamentos aos portadores de DCNT podem também ser estendidas a portadores de outras classes de patologia, desde que sabemos que usar adequadamente qualquer classe de medicação ou não automedicar-se traz benefícios à saúde de todos.

Descrevemos a seguir quais as estratégias encontradas para intervir no problema “uso inadequado de medicamentos em pacientes portadores de DCNT”:

- Confeccionar e disponibilizar cartilhas informativas sobre os malefícios para a saúde com o uso inadequado dos medicamentos logo que o paciente entra na US. Provavelmente o paciente irá levar essa cartilha para casa dando acesso para que outras pessoas também tenham essas informações, expandindo assim os conhecimentos. Estas cartilhas serão entregues pelas recepcionistas da US. O objetivo desta ação é atingir a meta de 100% dos pacientes que frequentam a US a cada dia, pois só há uma porta de acesso à unidade e todos devem passar pelas atendentes primeiro.
- Capacitação dos ACS através de roda de conversa para terem conhecimento de quais são as DCNT, como abordar esses pacientes em suas residências, como controlar o uso das medicações prescritas à eles

e como orientá-los a utilizar adequadamente as medicações. O conteúdo trabalhado pode ser encontrado no Apêndice 2.

- Reunião com os médicos que atendem na ESF para instruir e orientar quanto à necessidade de uma completa informação ao paciente sobre a patologia que o afeta, sobre a medicação prescrita, ou seja, para que serve, seu mecanismo de ação, as doses necessárias, em quais horários do dia e por quanto tempo deve seguir tratamento medicamentoso. Se possível, fazer o paciente repetir as orientações sobre cada medicamento prescrito.
- Conversa com o profissional responsável pela entrega de medicamentos quanto às orientações pertinentes que devem ser dadas aos pacientes que retiram as drogas e incentivá-la a ter certeza de que o paciente entendeu todas as orientações dadas. Será entregue adesivos que indicam a hora exata e o período do dia que determinado medicamento deverá ser tomado. Esses adesivos estarão na farmácia e deverão ser colados em cada caixa de medicamento fornecido aos pacientes portadores de DCNT. Os adesivos terão o desenho de um relógio analógico com um sol para indicar tomada da medicação no período da manhã e o número que indica a hora de tomar seja circulado; Outro adesivo com um prato de comida ao centro do relógio e uma flecha (←) indicando que deve ser tomado antes do almoço ou uma flecha (→) indicando tomar depois do almoço, sempre circulando o número que indica o horário. Igualmente seria para a tomada a noite no jantar, mas com um desenho de meia lua no centro do relógio. A proposta é feita com o intuito de ajudar aos pacientes que tem dificuldade em lembrar ou ler a instrução médica. Esperamos que os indicadores para esta ação estejam em torno de 80% dos pacientes que recebem estas instruções serem beneficiados.
- Gravar um vídeo multimídia com orientações sobre os riscos de se usar medicamentos de forma inadequada e os perigos da automedicação. Esse material será exposto continuamente em sala de espera dos pacientes da ESF através de aparelho de TV.

O paciente aguarda em média 15 a 30 minutos para ser atendido pelo médico desde que entra na US. Nesse meio tempo ele passa para pré consulta e

após o controle dos sinais vitais, aguarda em corredor na US até ser chamado pelo médico. A estratégia é que, enquanto o paciente espera, já está lendo ou olhando a cartilha informativa e assistindo ao vídeo com orientações sobre o uso adequado das medicações assim como as consequências que leva automedicar-se, abandonar o tratamento medicamentoso ou não tomar os remédios como indicado. O objetivo desta ação é que 100% dos pacientes que aguardam a consulta médica recebam as informações por vídeo multimídia.

Nosso objetivo para todas essas ações propostas acima de orientações persistentes é que, no mínimo, 80% dos pacientes com DCNT possam estabilizar o quadro da doença ou melhorar mais ainda sua condição de saúde e autonomia.

As intervenções propostas para solução do problema de uso inadequado de medicamentos em pacientes portadores de DCNT tem a possibilidade de nos dar resultados a médio e longo prazo. Estima-se que, em até 60 dias após início da intervenção, seja possível ver bons resultados.

Segue abaixo, no Quadro 1, um quadro explicativo descrevendo, objetivamente, o plano de intervenção:

QUADRO 1 - PLANO DE INTERVENÇÃO

Objetivo	Estratégia	Duração	Envolvidos	População alvo	Recursos educacionais utilizados	Ata	Locais de divulgação dos recursos educacionais
Conscientizar 80% dos portadores de DCNT quanto aos riscos para a saúde com a prática de automedicação, da não adesão ou abandono do tratamento indicado	Entrega de cartilhas informativas na US e apresentação de vídeo multimídia em sala de espera sobre os malefícios do uso incorreto de medicação	Adotar a prática por tempo indeterminado	Médicos, enfermeira, ACS, profissional responsável pela entrega das medicações e gestão municipal	Pacientes portadores de Doença Crônica Não Transmissível	Revisão de literatura, ou seja, revisão teórica	Junho de 2021	ESF, Secretaria de Saúde e outras US
Ser possível que 100% dos pacientes com DCNT sejam bem orientados quando aos perigos do uso inadequado de medicamentos	Profissionais da saúde se dediquem a orientar os pacientes com DCNT sempre que estiverem em contato com eles	Adotar a prática por tempo indeterminado	Médicos, enfermeiros, ACS, profissional responsável pela entrega de medicamentos	Pacientes portadores de Doença Crônica Não Transmissível	Revisão de literatura, ou seja, revisão teórica	Maio de 2021	ESF, Secretaria de Saúde e outras US

FONTE: O autor (2021).

Também, foi construído um plano para enfrentamento do problema e propostas algumas abordagens como exposto em quadro (Quadro 2) a seguir:

QUADRO 2 - OBJETIVOS E PLANEJAMENTO

PROBLEMA	OBJETIVO GERAL
Automedicação, não adesão e abandono ao tratamento medicamentoso por portadores de Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT)	Orientar e instrumentalizar os profissionais de saúde e usuários da ESF Maria Alegretti sobre a temática Uso Inadequado de Medicação em Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)
CAUSAS	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Pouca orientação dos profissionais de saúde aos pacientes, quanto a importância de um tratamento medicamentoso contínuo e adequado	Promover atividades educativas para profissionais da Unidade de Saúde, a fim de orientar sobre o uso correto e racional de medicações, cuidados e efeitos
Muitas informações equivocadas através da mídia e redes sociais sobre tratamentos preventivos, principalmente contra o coronavírus nesta época de pandemia pelo Sars-Cov2	Confeccionar e disponibilizar cartilhas informativas sobre uso de medicação, riscos de automedicação, abandono ou não adesão aos medicamentos
Pacientes com doenças crônicas que não sabem exatamente como devem tomar suas medicações, ou por serem analfabetos e não saber ler as indicações prescritas ou por apresentar algum déficit cognitivo, problemas de visão, dificuldade de atenção, problemas de memória, dentre outros	Orientar e instrumentalizar o profissional responsável pelas entregas de medicamentos para que oriente cuidadosamente o usuário ou pessoa que retira a medicação com o objetivo de reforçar a prevenção de agravos e descompensação das condições crônicas

FONTE: O autor (2021).

1.4.5 Etapa 5 – Avaliação das ações

Nesta etapa, espera-se avaliar de que maneira o conteúdo trabalhado em atividades educativas com a equipe, em especial os ACS, foi eficaz. Assim, pretendemos por meio de questionário semiestruturado (Apêndice 3), avaliar os resultados e a partir deles planejar novas atividades educativas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

O Brasil tem vivenciado nas últimas décadas um processo de mudança do perfil de adoecimento e morte da população, com queda acentuada da mortalidade

por doenças transmissíveis, da mortalidade de menores de cinco anos e redução significativa das causas evitáveis de morte, o que impactou positivamente no aumento da expectativa de vida. Em compensação, observa-se um aumento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, entre outras, e das mortes por violência, como os acidentes de trânsito (BRASIL, 2020).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), o processo de envelhecimento da população brasileira traz mudanças no perfil demográfico e epidemiológico em todo o país o que demanda uma resposta eficiente das políticas sociais assim como da sociedade para criar novas formas de cuidado em saúde.

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Apresentam curso clínico que muda ao longo do tempo, com possíveis períodos de agudização, podendo gerar incapacidades. Requerem intervenções com o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras, associadas a mudanças de estilo de vida, em um processo de cuidado contínuo que nem sempre leva à cura (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como doenças crônicas as doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus. A OMS também inclui nesse rol aquelas doenças que contribuem para o sofrimento dos indivíduos, das famílias e da sociedade, tais como as desordens mentais e neurológicas, as doenças bucais, ósseas e articulares, as desordens genéticas e as patologias oculares e auditivas. Considera-se que todas elas requerem contínua atenção e esforços de um grande conjunto de equipamentos de políticas públicas e das pessoas em geral (BRASIL, 2008).

Dados do Global Burden of Disease (GBD) para o Brasil mostram que, enquanto em 2010 a mortalidade proporcional por DCNT correspondeu a 73% (852 mil mortes), em 2017 este valor passou para 76% (1,03 milhão de óbitos), o que demonstra que as DCNT tiveram um notável crescimento no período (GBD, 2017). Ao se considerar a carga total de morbidade, ou seja, o período total decorrente de viver com a doença, as DCNT representaram em 2017 cerca de 85% do total de anos vividos com incapacidade (BRASIL, 2020).

A OMS previu que no ano de 2020, seriam responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento. Atualmente, nesses países, a aderência aos tratamentos chega a ser apenas de 20% (BRASIL, 2020).

Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbidades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolve também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (BRASIL, 2013).

Os determinantes sociais também impactam fortemente na prevalência das doenças crônicas. As desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, de modo geral, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças (BRASIL, 2013).

Além dos determinantes sociais, é importante lembrar, por outro lado, o impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País. Este está principalmente relacionado, não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Segundo estimativas, em 2025, o Brasil terá mais de 30 milhões de indivíduos com 60 anos ou mais, e a maioria deles, cerca de 85%, apresentará pelo menos uma doença (IBGE, 2010 apud Brasil, 2013).

Segundo a Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA, 2019), os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, a urbanização e o crescimento econômico e social contribuem para o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas na população. As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são, globalmente, as principais causas de mortalidade. No Paraná, considerando os últimos dez anos, esse conjunto de doenças correspondeu a 59% de todas as mortes e 43% desses óbitos ocorreram na faixa etária de 30 a 69 anos de idade.

Nos últimos cinquenta anos houveram mudanças importantes na forma de viver e no perfil epidemiológico da maioria das populações. O controle das doenças infecciosas, pela antibioticoterapia e imunização, o provimento de água potável e os avanços na conservação e distribuição de alimentos permitiram forte redução da mortalidade e aumento da vida média. A urbanização no período levou a um

importante impacto na redução da natalidade, resultando deste quadro a transição demográfica, pano de fundo para as modificações epidemiológicas que se seguem (SESA, 2009).

Ao lado destas condições uma nova ordem de comportamento é ditada através de avanços em tecnologia, comunicação e transportes e na industrialização de alimentos e de um enorme número de produtos de uso diário, colocando a maioria da população expostas ao consumo de substâncias nem sempre saudáveis (SESA, 2009).

A partir dos anos 60 a prevalência das DCNT se tornaram as mais frequentes causas de morte, além disso respondem por mais de 70% dos gastos assistenciais com a saúde no país e no Estado do Paraná (SESA, 2009).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2005), as DCNT e a pobreza criam um círculo vicioso nos países de renda média e baixa, uma vez que impactam negativamente em seu desenvolvimento macroeconômico. As DCNT são responsáveis pelo maior custo econômico para as famílias, o sistema de saúde e a sociedade. Tais custos ocorrem tanto de forma direta (custos relacionados a internações, medicamentos, tratamentos ambulatoriais) como indireta (perda de produção associada a essas doenças, aposentadorias precoces, entre outras questões). Esses custos serão aumentados na próxima década se não forem implementadas intervenções efetivas (SESA, 2012).

A OMS (2005) já havia divulgado que eram necessárias intervenções para a redução do crescimento das DCNT e essas ações trariam benefícios econômicos. As estimativas da OMS apontavam para uma redução entre 0,5% e 1% do produto interno bruto de países como Brasil, Índia, Canadá, China, Inglaterra, Paquistão e Nigéria, entre 2005 e 2015, se não fossem adotadas medidas de cuidado integral dessas doenças.

A análise da situação de saúde mundial e nacional revela que são enormes os desafios colocados aos governos e aos gestores de saúde para garantir direitos de cidadania e de melhor qualidade de vida às suas populações. Contudo, as investigações e as pesquisas realizadas também apontam direções para a redução dos impactos negativos das condições de vida da sociedade atual na saúde das populações (SESA, 2012).

Parece consenso na produção técnico-científica atual a recomendação de que melhorar a saúde de sujeitos e coletividades não conforma um gasto nem é tão

dispendioso quanto alguns setores da sociedade fazem crer. Ao contrário, garantir a qualidade de vida da população é investir no desenvolvimento do país e fazê-lo por intermédio de políticas públicas integradas é custo-efetivo (SESA, 2012).

Uma atenção básica fortalecida e resolutive, a qual opere como parte de uma política e de um sistema de saúde públicos, integrados e integrais, pode responder efetivamente pela dupla carga de adoecimento dos países em desenvolvimento (SESA, 2012).

Nessa mesma direção, a experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública, no que se refere à redução dos fatores de risco e da prevalência das DCNT, é maior à medida que sejam realizadas de maneira integrada e abrangente as ações de promoção da saúde e de prevenção de DCNT e seus fatores de risco. Trabalha-se, portanto, com a produção de informações e análises da situação de saúde, com o planejamento de ações vinculadas a determinado cenário e específica população, com a implementação de estratégias setoriais e intersetoriais e com a sua avaliação, operando um cuidado integral das DCNT e seus fatores de risco (SESA, 2012).

O cenário demográfico e epidemiológico do Brasil, caracterizado pelo aumento progressivo da expectativa de vida e pela alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) muitas delas concomitantes tem como consequência a utilização de vários medicamentos (SILVEIRA, DA LASTRA, PAGOTTO, 2014).

As doenças crônicas são as que apresentam maior relevância e associação. Embora o tratamento farmacológico seja importante para o controle das doenças crônicas, o tratamento não farmacológico, como mudanças no estilo de vida, com destaque para a dietoterapia, é fundamental no tratamento de adultos e idosos com tais doenças (apud SILVEIRA, DA LASTRA, PAGOTTO, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), mais de 50% de todos os medicamentos são incorretamente prescritos, dispensados e vendidos; e mais de 50% dos pacientes os usam incorretamente. Mais de 50% de todos os países não implementam políticas básicas para promover uso racional de medicamentos. A situação é pior em países em desenvolvimento, com menos de 40% dos pacientes no setor público e menos de 30% no privado sendo tratados de acordo com diretrizes clínicas (BRASIL, 2012).

No Brasil, o uso incorreto de medicamentos deve-se comumente a: polifarmácia, uso indiscriminado de antibióticos, prescrição não orientada por diretrizes, automedicação inapropriada e desmedido armamentário terapêutico disponibilizado comercialmente. O uso abusivo, insuficiente ou inadequado de medicamentos lesa a população e desperdiça os recursos públicos (BRASIL, 2012).

A OMS propõe que para o uso racional de medicamentos, é preciso, em primeiro lugar estabelecer necessidade do uso do medicamento; a seguir, que se receite o medicamento apropriado, a melhor escolha, de acordo com os ditames de eficácia e segurança comprovados e aceitáveis. Além disso, é necessário que o medicamento seja prescrito adequadamente, na forma farmacêutica, doses e período de duração do tratamento; que esteja disponível de modo oportuno, a um preço acessível, e que responda sempre aos critérios de qualidade exigidos; que se dispense em condições adequadas, com a necessária orientação e responsabilidade, e, finalmente, que se cumpra o regime terapêutico já prescrito, da melhor maneira possível. Conceito semelhante também é proposto pela Política Nacional de Medicamentos (AQUINO, 2008).

Para o usuário, a escolha racional proporciona mais garantia de benefício terapêutico (eficácia e segurança) a menor custo, contribuindo para a integralidade do cuidado à saúde. Institucionalmente, há melhoria do padrão de atendimento, maior resolubilidade do sistema e significativa redução de gastos. Em plano nacional, condutas racionais acarretam consequências positivas sobre mortalidade, morbidade e qualidade de vida da população, aumentando a confiança do usuário na atenção pública à saúde (BRASIL, 2012).

Todavia, o que tem sido observado no Brasil se contrapõe à proposta da OMS, de modo que pelo menos 35% dos medicamentos adquiridos no Brasil são feitos através de automedicação. Entretanto, se o brasileiro tende a se automedicar é também porque não encontra disponibilidade dos serviços de saúde mais acessíveis, precisa ficar horas em uma fila e, às vezes, esperar dias e até meses para ser atendido por um médico. O baixo poder aquisitivo da população e a precariedade dos serviços de saúde contrastam com a facilidade de se obter medicamentos, sem pagamento de consulta e sem receita médica em qualquer farmácia, onde, não raro, se encontra o estímulo do balconista interessado em ganhar uma comissão pela venda (BARROS, 1995 apud AQUINO 2008).

Embora, o alto consumo e o consumo de medicamentos de forma inadequada têm sido observados também entre as camadas mais privilegiadas da sociedade, uma vez que essa prática se dá pela herança cultural, de forma instintiva sem qualquer base racional, pela facilidade de acesso, dentre outros (BARROS, 1995 apud AQUINO 2008).

Além disso, os médicos, muitas vezes, não têm acesso a informações completas a respeito da segurança dos fármacos. Parte deles sequer conhece o conjunto dos possíveis efeitos nocivos do que prescreve, ou não sabe identificar nem prevenir corretamente combinações perigosas entre as substâncias farmacológicas. Por outro lado, alguns pacientes ignoram os perigos de se misturar medicamentos e não declaram se já estão usando outros. Há também aqueles acompanhados por vários médicos, sem que haja intercomunicações entre eles (NASCIMENTO, 2003 apud AQUINO, 2008).

O sucesso terapêutico no tratamento de doenças depende de bases que permitam a escolha do tratamento, medicamentoso e/ou não medicamentoso, a seleção do medicamento de forma científica e racional, considerando sua efetividade, segurança e custo, bem como a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna, a dispensação em condições adequadas e a utilização pelo usuário de forma adequada. Dessa forma, as decisões clínicas e as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários são determinantes para a efetividade terapêutica (BRASIL, 2012).

Os medicamentos são substâncias que devem agir em benefício da saúde do indivíduo. Em sua abrangência, possuem função de recuperar a saúde, reduzir riscos de doenças crônicas, promover alívio de sintomas, contribuir para o diagnóstico e realizar a prevenção de doenças. A utilização indiscriminada, inapropriada, inadequada ou irracional dos medicamentos gera sérias e graves consequências na saúde dos indivíduos, é considerada a maior causa de intoxicação e a segunda maior de óbito por agentes tóxicos em todo país (NARANJO, 2018).

A automedicação é o uso de medicamentos que acontece por conta própria, ou por indicações de pessoas não qualificadas para o tratamento de doenças, cujos sintomas são notados pelo indivíduo sem avaliação do profissional de saúde, médico, e ainda conforme o Instituto Virtual de Fármacos do Rio de Janeiro (IVFRJ)

suplementa-se a definição de automedicação introduzindo o uso de medicamentos isentos de receitas médica e sem tarja (DUTRA, 2014 apud NARANJO, 2018).

A automedicação pode possuir como consequências eventos indesejáveis, enfermidades iatrogênicas e a camuflagem de doenças evolutivas. Dentre os meios de se pôr em prática a automedicação pode se citar: a obtenção de medicamentos sem receita médica, compartilhamento de medicamentos que restaram de tratamentos anteriores e o uso de prescrições antigas. Outra forma é o descumprimento da prescrição, seja por interrupção precoce ou por prolongamento do tratamento (NARANJO, 2018).

Segundo NASCIMENTO, VALADÃO (2012), a Utilização racional de medicamentos é fundamental numa sociedade em que os fármacos se configuram no arsenal terapêutico mais utilizado. No Brasil, além de assegurar o acesso aos serviços de saúde e medicamentos de qualidade, é preciso a inserção de práticas assistenciais que proporcione e conscientizem a população para o uso racional de medicamentos promovendo resultados que exercem diretamente influência nos indicadores sanitários (apud NARANJO, 2018).

O gasto do SUS com medicamentos passou de R\$ 14,3 bilhões em 2010 para quase R\$ 20 bilhões em 2015 (crescimento de 40%), caindo para R\$ 18,6 bilhões em 2016 (-7% nos últimos dois anos), em termos reais, como provável consequência da crise econômica sobre a capacidade de gasto dos entes subnacionais e do maior protagonismo do Ministério da Saúde na aquisição de medicamentos e no financiamento da oferta de produtos farmacêuticos por meio do programa Farmácia Popular do Brasil (VIEIRA, 2018)

Segundo Hensher, Tisdell e Zimitat (2017), a importância dos medicamentos para os cuidados de saúde e como bens de consumo impõe muitos desafios aos governos. De maneira geral, tem-se a necessidade, por um lado, de regular um mercado nacional bilionário, bastante lucrativo, relevante para a inovação em saúde, mas pouco transparente, e, por outro, de aprimorar a gestão tecnológica, não só para garantir o acesso a produtos farmacêuticos seguros, eficazes e efetivos, mas também a sustentabilidade do sistema, em um contexto complexo, caracterizado, entre outros aspectos, pelo uso excessivo de cuidados de saúde por parte da população que tem acesso a eles, especialmente no caso do Brasil (apud VIEIRA, 2018).

Para a OMS, a forma mais efetiva de melhorar o uso de medicamentos na atenção primária em países em desenvolvimento é a combinação de educação e supervisão dos profissionais de saúde, educação do consumidor e garantia de adequado acesso a medicamentos apropriados. Todavia qualquer uma dessas estratégias, isoladamente, logra impacto limitado (BRASIL, 2012).

A prevenção e controle das DCNT e seus fatores de risco são fundamentais para evitar um crescimento epidêmico dessas doenças e suas consequências nefastas para a qualidade de vida e o sistema de saúde no país. A experiência de outros países mostra que o sucesso das intervenções de saúde pública no que se refere aos fatores de risco e à redução da prevalência das doenças e agravos não transmissíveis tem sido atribuído ao enfoque na vigilância de fatores comuns de risco e na promoção de modos de viver favoráveis à saúde e à qualidade de vida, tendo um custo menor do que as abordagens para as doenças específicas (BRASIL, 2005).

Diante dessa realidade, o Brasil elaborou, em 2011, o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT, que tem como objetivo promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção, o controle e o cuidado das DCNT e seus fatores de risco. Nesse sentido, a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) propõe, em 2012, a construção da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, (BRASIL, 2013).

A organização da atenção e da gestão do SUS ainda hoje se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de práticas clínicas, existindo incoerência entre a oferta de serviços e as necessidades de atenção. O modelo de atenção não tem acompanhado a mudança no perfil epidemiológico da população, na qual há ascensão das doenças crônicas, mostrando-se inadequado para enfrentar os desafios postos por essa situação de saúde (BRASIL, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde (2013), a organização da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas tem por objetivos gerais:

- Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas.
- Garantir o cuidado integral às pessoas com doenças crônicas.
- Impactar positivamente nos indicadores relacionados às doenças crônicas.

- Contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.

As ações para a qualificação da ABS, sejam relacionadas à infraestrutura dos serviços, à oferta diagnóstica e terapêutica, ao processo de trabalho dos profissionais e outras, precisam ser desenvolvidas de forma coerente com a atuação em rede, respondendo de forma efetiva às necessidades de saúde da população adscrita (BRASIL, 2013).

Uma atenção primária com qualidade e efetiva deve ser caracterizada como nível de assistência primordial para a resolução da maioria dos problemas de saúde na comunidade, em tempo conveniente, com acessibilidade e garantia da continuidade do cuidado (ALMEIDA, FAUSTO; GIOVANELLA, 2011 apud SOUSA, DOS SANTOS, MENDONÇA, 2018).

Para que o atendimento ao usuário seja efetivo, deve-se ressaltar a importância do diálogo e do acolhimento às demandas e necessidades da população atendida. Além disso, os resultados positivos de uma intervenção dependem dos conhecimentos técnicos dos profissionais de saúde, da capacidade de escuta e do estabelecimento de confiança com a população, essenciais para o desempenho de suas atribuições com qualidade e efetividade (ALMEIDA, FAUSTO; GIOVANELLA, 2011 apud SOUSA, DOS SANTOS, MENDONÇA, 2018).

O agente comunitário de saúde (ACS) fortalece a integração entre os serviços de atenção primária à saúde (APS) e a comunidade. Constitui-se elo entre equipe de saúde e usuários, relacionando o saber popular e o conhecimento técnico-científico (MARODIN, 2011 apud SOUSA, DOS SANTOS, MENDONÇA, 2018).

Por ter amplo contato com a comunidade, conhecer e compartilhar a mesma cultura e, ao mesmo tempo, estar integrado à equipe de saúde, suas ações apresentam grande potencial para melhorar a qualidade de vida de indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2006 apud SOUSA, DOS SANTOS, MENDONÇA, 2018).

O ACS permite o elo entre o usuário dos serviços de saúde e a equipe, a partir do que vê e ouve da população é que as ações de saúde serão planejadas pela equipe. O Agente passa a atuar como mediador social, aquele que traduz para a equipe de saúde as necessidades da comunidade, e garante a vinculação e a identidade cultural de grupo com as pessoas sob sua responsabilidade em relação

às ações oferecidas no serviço público de saúde (FIGUEIRAS; SILVA, 2011 apud COSTA, ARAUJO, MARTINS, NOBRE, RODRIGUES, 2013).

Vários estudos apontam para a relevância do trabalho dos ACSs quando integrados com as equipes multiprofissionais, auxiliando na melhoria do bem-estar da comunidade e na consolidação de mudanças nos sistemas de saúde. Balcazar e colaboradores (2011) destacam a efetividade da atuação dos ACS por meio da gestão de doenças crônicas, uma vez que ele contribui para o empoderamento e o autocuidado do usuário (apud SOUSA, DOS SANTOS, MENDONÇA, 2018).

Ao se considerar o grande número de usuários crônicos de medicamentos na APS, o agente comunitário pode ser um elemento fundamental na gestão de informações seguras e na educação dos usuários sobre o uso correto de medicamentos (GOULART et al., 2014; MASTROIANNI et al., 2011; MEDEIROS et al., 2014 apud SOUSA, DOS SANTOS, MENDONÇA, 2018).

As ações dos ACSs podem minimizar os problemas advindos da dificuldade na troca de conhecimentos sobre o uso de medicamentos entre usuários e profissionais de saúde. Para tanto, é necessário que estejam preparados para auxiliar o usuário a romper as barreiras que possam surgir quando as orientações recebidas forem insuficientes ou não realizadas pelos prescritores e farmacêuticos, assim destacam-se que são essenciais a formação e a educação permanente dos ACSs no campo da utilização de medicamentos (MARODIN et al., 2011 apud SOUSA, DOS SANTOS, MENDONÇA, 2018).

3. IMPLEMENTAÇÃO

A equipe estabeleceu coletivamente as prioridades, sabendo-se que a resolução deste problema demanda bastante tempo para um resultado satisfatório, mas é possível minimizar o problema a médio prazo.

Na Equipe da ESF Maria Alegretti, o problema: uso Indiscriminado de medicamentos pelos pacientes portadores de DCNT foi selecionado como prioridade principal dentre os demais problemas definidos para intervenção pela equipe.

Os procedimentos, estratégias, instrumentos de intervenção utilizados, recursos necessários para desenvolver o plano assim como fontes de financiamento

e as características do público alvo foram minuciosamente expostos no capítulo metodologia deste trabalho.

Para esta fase de implementação, o plano de intervenção será organizado através de quadros expondo os problemas selecionados, a estratégia utilizada para amenização ou resolução do problema, os objetivos da intervenção, o local e hora a ser realizada a intervenção, os profissionais que participarão e os recursos utilizados para atingir nossos objetivos.

QUADRO 3 - PLANO DE INTERVENÇÃO RELACIONADO AO PROBLEMA “USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTE PORTADORES DE DCNT”, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA ALEGRETTI, BAIRRO SÃO LUIZ, MUNICÍPIO DE SANTA HELENA, PARANÁ.

Problema 1	Pouco incentivo aos profissionais de saúde e ausência de educação permanente quanto ao conhecimento das DCNT e a importância do uso adequado dos medicamentos prescritos
Estratégia	Realizar 1 dia de capacitação aos profissionais da US Maria Alegretti
Objetivo	Matriciar 100% da equipe da US
Local	Unidade de Saúde Maria Alegretti
Data e hora	18 de junho de 2021 às 10:00 hrs da manhã
Participantes	Médicos, ACS, enfermeira chefe, técnicas de enfermagem, recepcionistas, profissional responsável pela farmácia da US
Recursos necessários	Materiais impressos com conteúdos de estudos com evidências científicas que comprovem a importância de instruir os pacientes adequadamente quanto ao uso correto das medicações prescritas

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 4 - PLANO DE INTERVENÇÃO RELACIONADO AO PROBLEMA “USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTE PORTADORES DE DCNT”, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA ALEGRETTI, BAIRRO SÃO LUIZ, MUNICÍPIO DE SANTA HELENA, PARANÁ.

Problema 2	Usuários da US não recebem as orientações adequadas sobre a patologia que os acomete, nem sempre entendem as orientações de tratamento e, desta forma, não aderem corretamente ao tratamento ocasionando o não controle ou piora da patologia
Estratégia	Confeccionar e disponibilizar materiais informativos aos usuários desde a entrada na US e enquanto aguardam atendimento médico
Objetivo	100% dos usuários tenham acesso aos materiais informativos confeccionados
Local	Recepção e sala de espera da US
Data e hora	A partir do término das confecções do material, todos os dias e durante todo período de funcionamento da US, enquanto houver material informativo impresso disponível
Participantes	Usuários da US e recepcionistas
Recursos	Cartilhas informativas, vídeo multimídia, um aparelho de TV e um pendrive

FONTE: O autor (2021).

QUADRO 5 - PLANO DE INTERVENÇÃO RELACIONADO AO PROBLEMA “USO INDISCRIMINADO DE MEDICAMENTOS EM PACIENTE PORTADORES DE DCNT”, NA POPULAÇÃO SOB RESPONSABILIDADE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA MARIA ALEGRETTI, BAIRRO SÃO LUIZ, MUNICÍPIO DE SANTA HELENA, PARANÁ.

Problema 3	Pacientes saem das consultas sem entendimento adequado do modo correto de tomar as medicações prescritas
Estratégia	Profissional responsável pela entrega de medicamentos reforça a orientação quanto à forma de tomar a medicação, horário e tempo de uso. Inserir em caixa de medicamento adesivo ilustrativo indicando a hora correta de tomar a medicação
Objetivo	100% dos pacientes que recebem prescrição de medicamentos tenham certeza de como tomar corretamente o medicamento prescrito
Local	Farmácia da US
Data e hora	Todos os dias nos horários que houver retirada de medicamentos pelos usuários da US e enquanto houver material impresso disponível
Participantes	Profissional responsável pela entrega de medicamentos
Recursos	Confecção e disponibilização de adesivos para colar em caixa de medicamento indicando hora da tomada da medicação

FONTE: O autor (2021).

4 RESULTADOS

Com a aplicação do projeto de intervenção, foram realizadas algumas atividades, entre elas a roda de conversa com os seis ACS da ESF Maria Alegretti e com a profissional responsável pela entrega de medicamentos em junho de 2021, na própria US, onde lhes foi explicado sobre os tipos de DCNT, sobre como identificar estas patologias, como instruir os pacientes a aderir aos tratamentos não farmacológicos e farmacológicos, as consequências da má adesão ao tratamento e qual o prognóstico dessas doenças.

Através da entrega de material impresso em duas folhas demonstrou-se o quanto o papel desses profissionais é fundamental para um bom resultado no cuidado com a saúde dos pacientes portadores de DCNT. Oralmente lhes foi dado sugestões de como abordar esses pacientes na farmácia da US, em suas residências ou quando solicitados pelos pacientes para tirar dúvidas.

Não se pretendeu propor que os ACS sejam responsáveis pela orientação do uso correto de medicamentos, mas sim capacitá-los a identificar problemas decorrentes de sua utilização, dando orientações básicas e fazendo a conexão entre a necessidade do usuário e os profissionais capazes de atender adequadamente aos pacientes.

A profissional responsável pela entrega dos medicamentos relatou que, principalmente os idosos têm dificuldade em entender a prescrição de medicação ainda que repita a orientação várias vezes. Também, grande parte dos ACS relatam que os pacientes que visitavam, tinham dificuldades em entender a prescrição dos medicamentos e que nem sempre sabiam para que servia cada um deles.

Foi desenvolvido um questionário semiestruturado (Apêndice 3), e aplicado ao grupo de ACS totalizando 6 participantes. Os resultados revelaram que os agentes se relacionam constantemente com os usuários que vivenciam problemas com o uso de medicamentos e apresentam dúvidas sobre suas indicações, efeitos esperados, reações adversas, entre outras. Segundo os agentes de saúde, eles realizam algumas intervenções diretamente com o usuário, porém preferem encaminhar os casos à equipe de saúde, como enfermeira chefe e/ou médicos da US por não serem conhecedores natos das DCNT e das classes de medicamentos usadas para tratamento das mesmas.

Alguns ACS referem que é o farmacêutico o profissional de referência no tocante ao uso de medicamentos, mas a procura por esse profissional mostrou-se baixa pelos sujeitos do estudo. Geralmente quando há dúvidas, a busca é diretamente ao médico da US.

Dentre as maiores queixas dos pacientes apresentados pelos ACS nesta roda de conversa, a maioria dos relatos diziam respeito as dificuldades de renovação de receitas e ao entendimento dos horários indicados para cada medicamento prescrito, assim como incertezas quanto ao período de tratamento. Para estes profissionais, os pacientes não recebem orientações adequadas sobre o uso da medicação durante a consulta médica.

Dentre os seis participantes nenhum reconhece ter aptidão para orientar adequadamente aos pacientes quanto a patologia que os acomete, muito menos orientar sobre quais dos muitos medicamentos que têm em casa são de uso crônico. Referem apenas orientar quanto à dosagem e horários, visto que há uma prescrição impressa onde podem guiar-se.

Os ACS representam importante elemento na gestão de informações sobre o uso de medicamentos na Atenção Primária, melhorando a interação da equipe de saúde com a comunidade.

Existe um senso comum entre os Agentes Comunitários de Saúde quanto a necessidade de melhores capacitações sobre os temas de DCNT e uso correto dos medicamentos direcionados aos pacientes acometidos por essas patologias.

Após sete dias desta roda de conversa, três ACS foram novamente abordados para avaliar se fora aplicada as orientações sobre o uso adequado de medicamentos e, segundo eles, as orientações já estão sendo feitas, ou durante as visitas domiciliares ou na própria US quando percebem a necessidade.

Em algumas oportunidades observou-se esses profissionais conversando pelo corredor da US orientando sobre as doses corretas dos medicamentos de alguns pacientes, assim como os horários indicados e por quanto tempo devem seguir o tratamento indicado pelo médico, assim como lhes fora instruído. Alguns desses profissionais demonstram mais confiança para dar essas orientações após a roda de conversa realizada.

A profissional responsável pela entrega das medicações insiste em saber se o paciente entendeu todas as instruções e só libera a medicação quando tem certeza de que o paciente não sairá com dúvidas. À princípio, nos parece tangível a promoção do uso adequado do medicamento através da prática desse profissional.

Ainda não se obteve um retorno em números para avaliar a eficácia dos métodos, pois a prática é muito recente e a restrição para as visitas domiciliares ainda existe, mas estamos otimistas quanto aos resultados.

Quanto às orientações mais detalhadas que fora proposto aos médicos da US para os pacientes portadores de DCNT sobre sua condição de saúde, descrição da patologia e tempo de uso da medicação, percebe-se que, desde essa abordagem, uma boa porcentagem dos pacientes que frequentam meu consultório mostrou-se mais entendido sobre sua condição de saúde e entende a importância de usar adequadamente a medicação prescrita. Dentre os 18 pacientes que foram questionados quanto à qualidade das orientações sobre sua condição de saúde, sete relataram terem recebido orientações bastante significativas durante a última consulta. As perguntas a estes pacientes foram informais.

A verba para confecção das cartilhas informativas sobre a importância do uso correto dos medicamentos foi liberada e o material está em processo de construção, e a confecção dos adesivos para serem colados nas caixas de medicamentos pela profissional responsável pela farmácia da US não foi liberada. O vídeo multimídia sobre a mesma temática das cartilhas já está pronto, mas ainda

não foi possível expô-lo, pois, o aparelho de TV da Unidade está com defeito. Já foi solicitado manutenção, no momento, sem retorno da equipe técnica.

Desta forma, até o término deste projeto de intervenção, não foi possível a divulgação dos materiais informativos impressos e em vídeo impossibilitando avaliação de resultados quanto ao impacto dessas informações na vida dos pacientes que frequentam a Unidade de Saúde.

Apesar dos contratemplos, temos total governabilidade para atuar nesta intervenção. A Secretaria Municipal de Saúde apoia o trabalho, liberou a produção das cartilhas informativas e do vídeo multimídia. Os gestores de saúde mostraram interesse em aplicar a ideia desta intervenção em todas as US do município de Santa Helena, mas isso só será possível quando todo o material estiver disponível.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Atenção Primária em Saúde, representa o primeiro contato com serviços de saúde para importante parcela da população, e pode atender as demandas de 80% dos usuários do Sistema Único de Saúde. Isso é representativo e impactante.

Podemos perceber, na prática, que se faz necessária a organização dos processos de trabalho e da educação permanente dos trabalhadores destes serviços, assim como ofertar educação em saúde para os usuários.

O cenário demográfico e epidemiológico do Brasil, caracterizado pelo aumento progressivo da expectativa de vida e pela alta prevalência de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) muitas delas concomitantes, tem como consequência a utilização de vários medicamentos (SILVEIRA, DA LASTRA, PAGOTTO, 2014).

Muitas vezes, esse medicamentos são usados de forma inadequada, sem critério médico ou sem responsabilidade por parte do paciente.

Ao analisar essa situação, vemos ser importante propôr ações em saúde, definindo quais as necessidades de cada população e direcionando tais ações para resolução desses problemas encontrados.

Junto com a equipe de profissionais da ESF Maria Alegretti, pensou-se trabalhar na problemática do Uso inadequado de medicamentos por pacientes portadores de DCNT, mas para tanto, a equipe deve estar preparada e capacitada

para a resolução desse problema. Desta forma, tivemos como objetivo principal orientar e instrumentalizar ACS e equipe de saúde da ESF Maria Alegretti sobre a temática Uso Inadequado de Medicação em DCNT. A través de roda de conversa e material impresso fora explicado os tipos de DCNT mais comuns em nossa área de atuação e como a equipe de saúde abordaria e/ou orientaria esses pacientes quanto às dúvidas sobre o uso dos medicamentos prescritos. A meta foi atingida e os ACS têm demonstrado mais confiança em dar as orientações sobre medicamentos aos pacientes. Percebe-se maior interação entre ACS-pacientes, até mesmo dentro da US.

O profissional responsável pela entrega de medicamentos na US tem orientado o paciente sobre o uso correto da medicação que está adquirindo e, com muita paciência repete quantas vezes forem necessárias até que tenha certeza que o paciente compreendeu. Esses pacientes têm percebido uma melhoria no atendimento dentro da US e recebemos esse feedback quando retornam para consulta médica onde posso questioná-los.

A ação proposta de confeccionar cartilhas informativas e vídeo multimídia tiveram liberação da verba solicitada pela gestão de saúde ao setor financeiro da prefeitura, no entanto as cartilhas informativas até o dado momento não foram impressas. Infelizmente demanda tempo para todo o trâmite, desde aprovação da gestão, liberação de verba, aprovação da arte gráfica, confecção e envio. Os adesivos para serem colados nas caixas de medicamentos não foram liberados para confecção e o vídeo multimídia está pronto, aguardando apenas o conserto da TV da US para ser transmitido. Todo esse material informativo será aproveitado, mas não no momento de execução deste projeto.

Enquanto isso, essa gravação tem sido enviada aos pacientes mediante mensagem pelo aplicativo Whatsapp com um retorno, à princípio satisfatório, demonstrando interesse dos pacientes no tema onde, muitos deles, acabam confessando fazer uso de medicação sem prescrição médica ou não aderir adequadamente ao que foi prescrito pelo médico.

O mais interessante desse retorno dos pacientes é com relação a saber que “todo paciente tem direito à orientação detalhada”. Isso deveria ser algo natural, mas percebe-se como os pacientes se sentem retraídos em perguntar aos médicos detalhes sobre a patologia que os acomete e, segundo eles, porque os profissionais não têm paciência para explicar.

Não foi possível avaliar a conduta dos outros dois médicos atuantes na ESF Maria Alegretti. Noto certa resistência dos profissionais quanto a “mudar sua conduta de atendimento”. Além disso, há uma grande demanda de consultas todos os dias e não houve possibilidade de uma conversa sobre a prática de intervenção.

Acredita-se que parte dos objetivos foram alcançados com maestria. Temos ACS mais confiantes em orientar os pacientes, funcionária da farmácia empenhada em não deixar os pacientes com dúvidas sobre como tomar a medicação e, até o momento, alguns pacientes relatam entender melhor sua condição de saúde após essas orientações mais detalhadas, tanto em meu consultório, quanto ao retirar sua medicação na farmácia da US e ser orientado por alguma ACS.

A coleta das informações sobre o trabalho desses profissionais após a roda de conversa não foi efetiva como esperávamos. Acredita-se que se tivéssemos a possibilidade de realizar os grupos de HIPERDIA (reuniões com pacientes portadores de HTA e DM II) ou realizar as visitas domiciliares, poderíamos ter uma visão melhor do impacto das ações na vida dos pacientes portadores de DCNT. Nos vimos limitados para esses encontros em grupos com os pacientes em vista dos decretos estaduais que proíbem aglomerações de pessoas em vista da pandemia pelo coronavírus.

Acredita-se que este projeto de intervenção com o tema Uso Inadequado de medicamentos por pacientes portadores de DCNT, será o ponto de partida para realizar futuramente palestras com grupos de pacientes, capacitações de profissionais da saúde, pois a gestão municipal demonstrou interesse pelo tema e tipo de abordagem. Isso sendo possível, prevemos uma redução significativa de internações por intoxicação medicamentosa que poderiam ter sido evitadas, assim como por descompensação dos pacientes por não aderir adequadamente aos medicamentos prescritos gerando uma diminuição do uso de verba direcionada para a saúde no geral possibilitando, desta forma, uso dos recursos para outros investimentos em saúde. Este projeto alcança os principais objetivos de uma APS: divulgar orientações sobre prevenção de doenças e promoção de saúde, solucionando possíveis agravos e ofertando um cuidado integral aos usuários.

Após esta experiência, recomenda-se aos próximos pesquisadores do mesmo tema que o planejamento vise a prevenção sempre. Realizar palestras educativas e capacitação da equipe de saúde em tempo hábil para uma melhor coleta de resultados. E, se possível realizar questionários trimestrais aos pacientes

para que estes possam opinar sobre a qualidade dos atendimentos dos profissionais de saúde sem precisar se identificar. Os pacientes são nosso melhor parâmetro quanto à qualidade do serviço de saúde e todo trabalho é único e exclusivo para ofertar a eles saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS

AQUINO. D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. supl., p. 733-736. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZqY8ZMrdQnVZNtdLNjQsFvM/?lang=pt>>. Acesso em: 22 abr. 2021.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Dicas em Saúde**. 2013. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/260_qualidade_de_vida.html>. Acesso em: 05 ago. 2021.

BRASIL. **A Vigilância, o controle e a prevenção das Doenças Crônicas não Transmissíveis. DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Situação e desafios atuais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/DCNT.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2021.

_____. **Uso Racional de Medicamentos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/uso_racional_medicamentos_temas_elecionados.pdf>. Acesso em 12 abr. 2021.

_____. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência**. Brasília: Ministério da saúde, 2008. p. 13. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume8.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

_____. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília:

Ministério da saúde, 2013. p. 05. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

_____. **Diretrizes Para o Cuidado das Pessoas Com Doenças Crônicas Nas Redes de Atenção à Saúde e Nas Linhas de Cuidado Prioritárias**. Brasília:

Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_doenças_cronicas.pdf>. Acesso em: 10 maio 2021.

_____. Ministério da saúde. DigiSus Gestor. **Relatório Anual de Gestão, Santa Helena, 2020**. Módulo de Planejamento. Taxa de Mortalidade Infantil, p. 15, 2020. Disponível em: <<https://digisusgmp.saude.gov.br/>>. Acesso em: 12 fev. 2021.

_____. **Plano Nacional de Saúde, 2020-2023**. p. 34. Brasília: Ministério da saúde, 2020. Disponível em:
<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_nacional_saude_2020_2023.pdf>
. Acesso em: 10 maio 2021.

COSTA, S. M. et al. Agente comunitário de saúde: elemento nuclear das ações em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 2147-2156, 2013. Disponível em:
<<https://www.scielo.org/article/csc/2013.v18n7/2147-2156/>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

FRANCO, J. L. F. **Indicadores demográficos e de saúde: A importância dos sistemas de informação**. Especialização em saúde da família. Módulo Político Gestor, 2018. p.118. Disponível em:
<https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_8.pdf>. Acesso em: 03 maio 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Populacional, 2018**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/santa-helena/panorama>>. Acesso em: 06 jul. 2021.

_____. **Censo Populacional 2019**. Disponível em:
<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/santa-helena/panorama>>. Acesso em: 06 jul. 2020.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (IPARDES). **Caderno estatístico município de Santa Helena**. Santa Helena, 2021. p. 15. Disponível em:
<<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=85892&btOk=ok>>. Acesso: 06 jul. 2020.

NARANJO, E. M. Uso indiscriminado de medicamentos: Plano de ação para informar a população quanto aos perigos da automedicação na UBS Cruzeiro do Norte, Uraí, Paraná. 24f. Monografia (Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018. Disponível em:<https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13007/1/Ernesto_Millan_Naranjo.pdf>. Acesso em: 13 abr. 2021.

OLIVEIRA, J. Pesquisa ação, 2021 – Canal do Educador. Disponível em:
<<https://educador.brasilecola.uol.com.br/trabalho-docente/pesquisa-acao.htm>>. Acesso em: 04 maio 2021.

PORTAL DA CIDADE. História de Santa Helena-PR. Disponível em: <<https://santahelena.portaldacidade.com/historia-de-santa%20helena-pr>>. Acesso em: 01 jul. 2020.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ (SESA). **Doenças e Agravos não Transmissíveis**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2019. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Doencas-e-agravos-nao-transmissiveis>>. Acesso em: 11 maio 2021.

_____. **Morbi-mortalidade por doenças e agravos não transmissíveis no Paraná, 2004 a 2008**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2009. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/analisedaddoenaseafravisntrnas200408.pdf>. Acesso em: 10 abr. de 2021.

_____. **Plano de Ações Estratégicas Para o Enfrentamento Das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) No Paraná – 2012-2015**. Curitiba: Secretaria de Saúde, 2012. Disponível em: <https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/dcnt_enfrentamento_201122.pdf>. Acesso em: 13 maio 2021.

SILVEIRA, E. A.; DALASTRA, L. PAGOTTO, V. Polifarmácia, doenças crônicas e marcadores nutricionais em idosos. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, p. 818-829, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/GBNZRjzySql8bcP4f8VdtPt/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 08 maio 2021.

SOUSA, M. C. V. B.; DOS SANTOS, C. P.; MENDONÇA, S. A. P. Complexidade do trabalho do agente comunitário de saúde com pacientes em uso de medicamentos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 2, p. 605-619, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00115>>. Acesso em: 05 jul. 2021.

TOLEDO R.F; GIATTI L. L.; JACOBI P. R. A pesquisa-ação em estudos interdisciplinares: análise de critérios que só a prática pode revelar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, n. 51, p. 633-646, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/icse/v18n51/1807-5762-icse-1807-576220140026.pdf>>. Acesso em: 04 maio 2021.

VIEIRA, F. S. **Evolução do gasto com medicamentos do Sistema Único de Saúde no período de 2010 a 2016**. Rio de Janeiro: IPEA, 2018. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/8250/1/TD_2356.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2021.

APÊNDICE 1: QUESTIONÁRIOS VERBAL PARA OS PACIENTES EM SALA DE CONSULTA

1- Entende o que é a doença que o sr/sra tem? Algum médico explicou detalhadamente sobre a doença?

2- Sabe quais medicações o sr/sra toma?

3- Sabe exatamente os horários que deve tomar as medicações e a dose?

4- Por quanto tempo deve tomar esses medicamentos?

5- O sr/sra sabe o que é uma doença crônica?

6- Toma corretamente seus medicamentos exatamente como prescrito pelo médico?

7- Por que deixou de tomar o medicamento? (caso tenha dito que abandonou tratamento medicamentoso)

8- Sabe os malefícios em abandonar uma medicação prescrita para o tratamento de uma doença crônica? Já passou mal após ter abandonado um medicamento de uso contínuo?

9- Já tomou remédio por conta própria?

10- Sabe os malefícios em se automedicar?

11- Já passou mal por ter se automedicado? Já precisou internar por causa disso?

12- Como é sua relação com o médico desta US?

13- O que acha que precisa mudar nos atendimentos desta US?

APÊNDICE 2: MATERIAL EXPLICATIVO OFERTADO AOS ACS

- 1- Importância dos ACS na gestão de informações em uma APS.
- 2- Importância da atuação dos ACS no acompanhamento aos pacientes com DCNT.
- 3- Capacidade dos ACS em identificar possíveis problemas com o uso inadequado de medicamentos, justamente pela maior proximidade e interação com os usuários.
- 4- Orientações sobre a importância do diálogo e do acolhimento às demandas e necessidades da população atendida, assim como a capacidade de escuta e estabelecimento de confiança com a população.
- 5- Definição de DCNT
- 6- Tipos de DCNT mais comuns no dia a dia de atendimento em uma UBS e a importância de orientação de qualidade quanto ao uso correto dos medicamentos prescritos.

**APÊNDICE 3: QUESTIONÁRIO SEMI ESTRUTURADO DESTINADO AOS
ACS DURANTE RODA DE CONVERSA**

- 1- Quais são as funções dos ACS como parte integrante da ESF?
-
- 2- Você realizou curso de capacitação para atuar como ACS?
-
- 3- Quais critérios utilizam para realizar as visitas domiciliares?
-
- 4- Qual o número de visitas domiciliares semanais?
-
- 5- Qual a média de tempo para um atendimento domiciliar? O que você analisa nessas visitas?
-
- 6- Como e para quem leva as informações coletadas nessas visitas?
-
- 7- Vocês desenvolvem ações de educação e vigilância em saúde com ênfase na promoção de saúde e prevenção de doenças? Quais são essas ações?
-
- 8- Você cumpre com toda a cobertura de atendimento? Se não, quais os motivos?
-
- 9- Vocês reservam tempo para refletir os casos em equipe?
-
- 10- Você sabe o que são DCNT?
-
- 11- Como vocês fazem o levantamento de pacientes portadores de DCNT?
-
- 12- Você sabe o que significa fazer uso inadequado de medicamentos para pacientes portadores de DCNT?
-

13- Diante de um paciente portador de DCNT descompensado em seu estado de saúde, qual a sua atitude inicial ainda na casa desse paciente e a quem leva as informações sobre a descompensação desse paciente?

14- Quais as maiores dificuldades que os pacientes demonstram quanto ao uso de medicação prescrita?

15- Quando você detecta que o paciente portador de DCNT está fazendo uso inadequado do medicamento prescrito, o que você faz?

16- Você acha que existe falta de orientação adequada sobre o uso de medicação para esses pacientes? O que sugere que seja feito?

17- Você tem conhecimento das classes de medicamentos mais prescritos para pacientes com DCNT? Você acha importante que seja feita uma capacitação no sentido de uma melhor preparação para instruir aos pacientes quanto a como usar adequadamente as medicações e para que tipo de patologias elas servem ou você tem total segurança para fazer isso?

18- Durante as visitas domiciliares, os pacientes questionam sobre o uso dos medicamentos que lhes fora prescrito? Quais as maiores dúvidas que apresentam?

19- Ao realizar as visitas domiciliares onde você anota os dados coletados?

20- Se sente competente para exercer seu papel de promotor do uso correto de medicamentos, como está estabelecido nas diretrizes do Ministério da Saúde?
