



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ESTÊVÃO CUBAS ROLIM

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE MODELO VISUAL DE RECEITUÁRIO
ADAPTADO ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS -
RECEITA SIMPLES**

Brasília, Brasil

2019



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA

ESTÊVÃO CUBAS ROLIM

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE MODELO VISUAL DE RECEITUÁRIO
ADAPTADO ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS -
RECEITA SIMPLES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

**Orientadora: Prof. Dra. Dayde Lane
Mendonça da Silva**

Brasília, Brasil.

2019

ESTÊVÃO CUBAS ROLIM

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE MODELO VISUAL DE RECEITUÁRIO
ADAPTADO ÀS NECESSIDADES DA POPULAÇÃO COM DOENÇAS CRÔNICAS -
RECEITA SIMPLES

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília.

Aprovada em 01 de Março de 2019

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Dayde Lane Mendonça, Presidente

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Prof. Dra. Noêmia Urruth Leão Tavares,

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília

Prof. Dra. Katia Crestine Poças,

Faculdade de Medicina, área de Medicina Social, Universidade de Brasília

Dedico essa dissertação ao Amor-Tempo, ao Deus desconhecido e à Incerteza.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer imensamente à minha família, à saúde para realização dos projetos da vida, aos professores que o caminho trouxe, incluindo a paz e o tempo.

Agradeço profundamente a Cristina Rolim, querida colaboradora de tantos projetos, de deveres de casa a congressos, artigos, mestrado e queira a vida doutorado e pós-doutorado.

Agradeço profundamente a Carolina Pontes Silva, minha esposa, que tantas vezes tem aberto mão do que imagino que seria uma vida normal de casal.

Agradeço humildemente a sabedoria e amores intensos de meu pai José Vanderlei, acredito que ainda levarei muito tempo para apreender o que gostaria dos seus exemplos de vida.

Agradeço cumplicemente a meus irmãos Gabriel, Rafael e Hay, que me apoiaram e ensinaram no amor fraterno como são bonitas e valiosas as semelhanças e as diferenças, e que menos pode ser mais.

Agradeço a meu bisavô Vô Rocha, um homem prevenido que vale por dois, de certa forma meu passado, presente e futuro.

Agradeço a querida orientadora, professora e conselheira Dayde, parte tão marcante dessa conquista e de próximas que virão.

Agradeço ombro-a-ombro aos colegas-alunos que tanto contribuíram na construção desses sonhos.

Agradeço a cada incentivo de todos que marcaram essa caminhada da vida, **MUITO OBRIGADO!**

RESUMO

Dentre as variadas demandas na Atenção Primária à Saúde, cuidados para condições crônicas exigem ferramentas para aumento de efetividade do tratamento e maior segurança do usuário e da equipe de saúde. Um dos pilares do tratamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, a adesão à farmacoterapia sofre influência de inúmeros fatores: escolaridade, idade, sexo, sintomatologia, efeitos adversos, esquemas complexos de administração, não reconhecimento do agravo e relação médico paciente. Envolvendo a temática está o conceito de letramento funcional em saúde, entendido como competências cognitivas e sociais que permitam ler, entender e agir sobre a informação de saúde ensejando acesso, compreensão e utilização dessas informações para boa saúde. Nesse sentido, procedeu-se ao desenvolvimento e a validação de um modelo visual de receituário para usuários com comorbidades crônicas, em especial hipertensão e diabetes, com baixo letramento e/ou dificuldades visuais. O modelo visual de receituário proposto possui um componente escrito - tabela de horários de medicamentos, associado a uma estratégia para organização dos medicamentos em domicílio de acordo com os horários de administração. Para tal, recorreu-se a organização e agrupamento das embalagens primárias dos medicamentos por meio de ligas elásticas coloridas em paralelo com os períodos das três principais refeições do dia (café da manhã, almoço e jantar). A partir da adaptação do método Delphi, o modelo visual de receituário foi validado por um painel de especialistas, formado por 42 profissionais da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal, que julgou 8 categorias do instrumento quanto a clareza e pertinência das informações e viabilidade de execução do modelo proposto. Após duas rodadas de validação, todos os 36 itens julgados obtiveram Índice de Validação de Conteúdo acima de 0,8 e coeficiente alfa de Cronbach de 0,9876, indicando adequada precisão na medida das respostas dos avaliadores. Em decorrência da avaliação e validação pelos especialistas foi possível aprimorar o modelo visual de receituário e disponibilizá-lo para aplicação em outros serviços e para mais usuários a fim de aumentar a capilaridade da ferramenta em nível nacional.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Populações vulneráveis; Doenças crônicas não transmissíveis; Estudos de validação.

ABSTRACT

Among the several demands in Primary Care, healthcare for chronic conditions demands tools for boosting treatment efficiency and greater safety for user and health team. One of the treatment pillars for Non-Communicable Chronic Diseases, adherence to pharmacotherapy is under influence of several factors: education, age, sex, symptoms, adverse effects, complex posology, non-recognition of the disease and patient-physician relation. Surrounding the theme is the concept of Functional Health Literacy, understood as the social and cognitive competences that enable reading, understanding, and acting upon health information, promoting access, comprehension and use of such information for the good of health. We performed the development and validation research by the Delphi method of a visual model of prescription for patients with chronic diseases, specially hypertension and diabetes with low health literacy and-or visual impairment. The suggested visual model is composed of a written component – a printed time table for medications, associated with a strategy for domiciliary organization of pills according to hours of posology. In order to achieve this goal, we chose to organize the blisters of each medication by using colored elastic bands related to the period of main meals (breakfast, lunch and dinner). After adaptations of the Delphi method, the visual model of prescription was validated by an expert panel, composed of 42 Primary Health Care professionals from Federal District - Brazil, who judged the instrument's 8 categories in relation to clarity and pertinence of information and viability of execution. After two rounds of validation, all 36 validated items achieved a Validation Content Index higher than 0,8 and a Cronbach's alfa coefficient of 0,9876, thus indicating adequate precision on the measure of judges' responses. As a result of experts' evaluation and validation it was possible to improve the visual model of prescription and to make it available for use in other health services and for a larger number of patients in order to enhance the tool's capillarity in national level.

Keywords: *Primary Health Care; Vulnerable populations, health of; Non-communicable diseases; Validation studies.*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização dos especialistas que participaram da Rodada 1 (n = 42) e Rodada 2 (n = 21) de validação <i>Delphi</i> do modelo visual de receituário (Receita Simples), entre novembro e dezembro de 2018:	50
Tabela 2. Índice de Validação de Conteúdo (IVC) das rodadas do método <i>Delphi</i> para cada afirmação do questionário em relação à concordância total.	57

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Diferentes Modelos Visuais de Receituário (Receita Simples), desenvolvidos para uso de uma Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal, entre 2016 a 2018.	45
Figura 2. Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Tabela de horários dos medicamentos de uso contínuo submetida à primeira rodada de validação pela Técnica Delphi.....	47
Figura 3. Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Organização das cartelas dos medicamentos de uso contínuo com ligas elásticas coloridas conforme horário de administração	48
Figura 4: Fluxograma das etapas de elaboração e validação do instrumento Modelo Visual de Receituário (Receita Simples), pelo método <i>Delphi</i>.	55
Figura 5: Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Tabela de horários dos medicamentos de uso contínuo submetida à segunda rodada de validação pelo método de <i>Delphi</i>.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA: “American Medical Association”

APS: Atenção Primária à Saúde

Abrasco: Associação Brasileira de Saúde Coletiva

Anvisa: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ANS: Agência Nacional de Saúde Suplementar

CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS: Cartão Nacional de Saúde

CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde

DCNTs: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DF: Distrito Federal

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia Saúde da Família

E-SUS-AB: prontuário Eletrônico - Sistema Único de Saúde - Atenção Básica

LFS: Letramento Funcional em Saúde

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

IVC: Índice de Validação de Conteúdo

MS: Ministério da Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PDAD: Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios

PSF: Programa de Saúde da Família

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

Pró-Saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

REME: Movimento de Renovação Médica

RSB: Reforma Sanitária Brasileira

SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES: Secretaria de Estado de Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidade Básica de Saúde

UnB: Universidade de Brasília

UNESCO: “United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization”

WHCA: “World Health Communication Associates”

SUMÁRIO

1.	APRESENTAÇÃO	14
2.	INTRODUÇÃO	16
3.	OBJETIVOS	18
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	19
4.1.	O Sistema Único de Saúde	19
4.2.	Atenção Primária à Saúde	22
4.3.	Doenças crônicas não transmissíveis e uso contínuo de medicamentos	23
4.4.	Letramento Funcional em Saúde	26
4.5.	Métodos de Validação	30
5.	MÉTODOS	33
5.1.	1ª Etapa: Elaboração do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples	33
5.1.1.	Cenário do Estudo	33
5.1.2.	Elaboração do Instrumento	34
5.2.	2ª Etapa: Validação do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples	35
5.2.1.	Técnica Delphi	35
5.2.2.	Crterios de Seleção e Composição do Painel de Especialistas	35
5.2.3.	Primeira Rodada da Técnica Delphi	36
5.2.4.	Segunda Rodada da Técnica Delphi	37
5.3.	Aspectos éticos	38
6.	RESULTADOS	39
6.1.	1ª Etapa: Elaboração do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples	39
6.2.	2ª Etapa: Validação do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples	49
6.2.1.	Descrição do perfil dos especialistas	49
6.2.2.	Validação – Primeira e segunda rodadas Delphi	54
7.	DISCUSSÃO	62
8.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
9.	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICES	84
I.	Receita Simples – Versão final validada – Modelo em branco	84
II.	Carte convite	88
V.	Formulário de validação	89
VI.	Links - Trabalhos e reportagens	91

VII.	<i>RODADA 1 - Frequência de respostas às questões de validação.....</i>	92
VIII.	<i>RODADA 1 - Frequência de respostas às questões de validação.....</i>	97
IX.	<i>Evolução cronológica dos Modelos Visuais de Receituário – Receita Simples – Tabela de Horário de Medicamentos</i>	102
X.	<i>Evolução cronológica - Ajustes para uso cotidiano</i>	105
	<i>ANEXOS</i>	109
I.	<i>Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa</i>	109
II.	<i>Comprovante de submissão do artigo</i>	110

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Validação de modelo visual de receituário adaptado às necessidades da população com doenças crônicas - Receita Simples”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em 01 de março de 2019.

A caminhada emocional deste projeto foi longa, e abordar pontos dos bastidores e das vivências de conexão tem misturas de desafio, desgaste e reconforto. Cada etapa descortina conexões com projetos do passado e do futuro, parcerias de caminhada conjunta na assistência e na pesquisa, com os mais diferentes profissionais, nos mais variados cenários. Como são importantes os espaços e tempos de compartilhamento e troca! E como são importantes os espaços e tempos de isolamento e reflexão!

Em meio ao mar de números, projetos e etapas, houve os cenários e atores de cada passo, os tempos e agentes envolvidos nas curvas do caminho. Em meio às anotações agrupadas para uma das disciplinas do mestrado - etnografia, resgate de memórias quase perdidas:

3h da manhã, 12 de maio de 2017. Acordo pela quarta vez, cochilos de quinze minutos entre os grandes tópicos de inclusão no formulário online. Último dia de inscrição de projetos, dia que só volto pra casa tarde, dia cheio do começo ao fim – ou submeto agora, ou perco o prazo.

Mais uma inscrição, mais uma mostra, mais um congresso. Dezenas de estudos subindo um em cima do outro junto das linhas de serviço entre inúmeras turmas de internato e centenas de atendimentos por mês. Pra quê? Por quê? De onde e quem? Eu, Estêvão Cubas e a Receita Simples.

E dessas emoções registradas também para os bastidores, mas principalmente para prática do dia a dia, a gentileza dos usuários da unidade básica, a gratidão por algo que era minha obrigação e obrigação do sistema, tão caro e tão ineficiente... uma injusta gratidão, mas em um contexto compreensível de muito sofrimento e muito abandono.

Em meio a dezenas de fotos e projetos, em centenas de dias e registros, tudo junto, misturado e ao mesmo tempo, uma parte já passou e continua passando, e parte nunca passará... até por esse registro, de aqui e agora, que finca um marco de reconexão emocional entre vivências como médico e como pessoa.

Com tanta coisa acontecendo, de conquistas que já foram e conquistas que virão, as vezes mal dá para parar, sentir e aproveitar o gosto. Viver o momento: difícil no meio das milhares de oportunidades que a vida traz.

E a presença sempre marcante da Universidade, como casa formadora e apoiadora, graduação e pós-graduação, a sorte de estar em um meio que protege as ideias e os projetos.

Porque o tempo é tão ligeiro... passa rápido. Momentos bons, momentos ruins. Momentos de conversa, momentos de silêncio. Passam. Passam, e, se não bem vividos, imagino que deixem marcas e saudades a mais. Porque em breve, muito em breve, os cabelos estarão pintados de branco, os olhos vividos e os pés andados, e as tardes serão longas e talvez vazias, e a cabeça talvez já não pense como antes, e o coração talvez já não bata nem apanhe como antes... Alegrias e agonias misturadas ;)

Sem mais delongas, entrego num parto um filho ao mundo. Boa sorte Receita Simples!
Boa sorte mundo.

Em relação à organização dos capítulos, o trabalho é apresentado em quatro partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Referencial Teórico e Objetivos
2. Resultados
3. Discussão
4. Considerações finais.

Documentos de apoio estão apresentados nos apêndices e anexos.

2. INTRODUÇÃO

O Distrito Federal é composto por 31 Regiões Administrativas - RAs com grau variado de situação socioeconômica. O Itapoã (RA XXVIII), entre as RAs mais recentes, não conta com delineamento urbano preciso e tem perfil sociodemográfico característico, com menor IDH que a média do DF e com desigualdade pelo menor valor médio de rendimento domiciliar (PDAD, 2014). As regiões de Saúde se dividem em 7, sendo o Itapoã, Paranoá e São Sebastião pertencentes à Região Leste de Saúde (GDF, 2017).

Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde – SUS no DF apresenta particularidades quanto a atuação do ente federado ora como Estado ora como Município (BRASIL, 1988). Além dessa característica *sui generis*, houve por longo período de tempo perfil misto de Atenção Primária por modelo tradicional e ESF, com baixos níveis de cobertura populacional (GDF, 2017).

A conversão da assistência para 100% ESF aliada ao aumento da cobertura favorecem a coordenação de cuidado dos serviços especialmente frente à crescente transição demográfica, envelhecimento populacional e carga de DCNTs (GDF, 2017). Considerando os fenômenos de medicalização e polifarmácia, chama atenção o risco de áreas vulneráveis com baixo LFS e dificuldade de adesão, com impacto no controle das DCNTs (ALMEIDA, 2014).

O modelo visual de receituário – Receita Simples teve sua elaboração iniciada em 2016 no serviço de Atenção Primária à Saúde - APS da equipe de Estratégia Saúde da Família – ESF 3 da Unidade Básica de Saúde – UBS 2 do Itapoã, cidade da Região Leste de Saúde do Distrito Federal - DF.

Dentre as DCNTs mais frequentes estão incluídas hipertensão arterial sistêmica - HAS e diabetes mellitus - DM. Tais doenças são especialmente prevalentes em idosos, o que se alia à preocupação do risco de dificuldade de leitura (OMS, 2016).

Na região de início do projeto, 62,03% da população é maior de 18 anos, e considerando os dados do Ministério da Saúde - MS (VIGITEL, 2015), 20% e 6,7% desses teriam HAS e DM, respectivamente.

Considerando a dificuldade de leitura e compreensão de terapia de parte importante da população, especialmente em idosos, propôs-se uma otimização e simplificação do processo de prescrição adicionando-se ao receituário convencional 2 elementos: (1) tabela de horário

de medicamentos separada por períodos do dia identificados por cores e (2) ligas elásticas coloridas envolvendo as cartelas de comprimidos. Esse projeto foi denominado “Receita Simples”, tendo como objetivo principal aumentar a segurança dos pacientes no uso de medicações, além de buscar aumentar a adesão de terapia medicamentosa, vínculo com a equipe de saúde e fortalecimento da rede de apoio.

Como objetivos específicos da Receita Simples estão (1) diminuir erros medicamentosos, principalmente para usuários com DCNTs; (2) aumentar adesão em terapia medicamentosa, especialmente para HAS e DM; (3) facilitar administração supervisionada de medicamentos para pacientes com e sem cuidadores. No planejamento estratégico do serviço de origem, a Receita Simples é uma das ferramentas em desenvolvimento contínuo de material para a coordenação de cuidado e longitudinalidade (CUBAS-ROLIM, 2018).

Os primeiros modelos foram elaborados para pacientes de demanda programada ou espontânea que apresentassem necessidade referida ou percebida de simplificação visual da posologia das medicações prescritas. A elaboração desses receituários ocorreu durante atendimentos presenciais ou durante revisões de prescrição e relatórios (CUBAS-ROLIM, 2017).

Em particular, essa linha de pesquisa no serviço de origem foi a que contou com maior participação dos residentes multiprofissionais com graduação em farmácia, além da participação regular dos alunos do último semestre de medicina da UnB (GDF, 2018). O contexto profissional e acadêmico de criação e desenvolvimento da ferramenta reforça o foco da atenção no usuário e no fortalecimento do autocuidado, nesse sentido atuando como estímulo também para os profissionais de saúde em formação. O corpo de conhecimento e prática agregado à Receita Simples contribui para outras tecnologias em saúde na Estratégia de pesquisa e educação popular em saúde coordenada pelo mestrando (Estratégia Escola de Pacientes).

Nesse cenário, foi objeto dos estudos do mestrado profissional em saúde coletiva pela Universidade de Brasília - UnB o desenvolvimento e a validação do modelo visual de receituário junto a profissionais da APS no DF. O produto técnico do mestrado profissional é devolutiva para a Secretaria de Saúde do DF.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Elaborar e validar modelo visual de receituário - Receita Simples - para usuários com Doenças Crônicas Não Transmissíveis acompanhados na Atenção Primária à Saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Desenvolver modelo visual de receituário – Receita Simples - para pessoas com baixo letramento e/ou com dificuldades visuais;
- Validar modelo visual de receituário - Receita Simples.
- Recomendar incorporação da versão validada da Receita Simples no sistema de prescrição nacional da Atenção Básica – ESUS-AB

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. O Sistema Único de Saúde

O surgimento do SUS está intimamente relacionado à Reforma Sanitária Brasileira – RSB, tendo conexões com fortalecimento social e constituição de consciência cidadã (PAIM, 2012). A RSB trazia um novo paradigma de saúde com grande arsenal teórico e social (CORDEIRO, 2004), e alcançou amplos segmentos sociais ao unir-se à questão democrática, aos anseios de garantia de direitos sociais e ao ideal de projeto inovador de sociedade para o Brasil (PAIM, 2010).

O sistema de saúde no período de 1964 a 1985 foi marcado por insuficiência de ações, má distribuição, descoordenação, inadequação, ineficiência, ineficácia, autoritarismo, centralidade, corrupção e injustiça (PAIM, 2010). Houve articulação progressiva de diversos atores, fortalecida por crise no sistema previdenciário, destacando-se entre eles o movimento estudantil, professores e pesquisadores da medicina social e saúde pública, além de profissionais de saúde do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde - CEBES e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco, Movimento de Renovação Médica (REME) e sociedade civil (SCOREL, 1998; CORDEIRO, 2004, FALEIROS, 2006).

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde foi reconhecida como direito social, e claramente delineada como direito de todos e dever do Estado:

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Entre os princípios norteadores do SUS estão a dignidade da pessoa humana e a saúde como direito social, com diretrizes de universalidade; igualdade – assistência sem preconceitos ou privilégios; equidade – de acordo com as necessidades individuais, “discriminação positiva”; integralidade; preservação da autonomia e direito à informação. Ademais, também são relevantes as políticas econômicas, sociais, ambientais e culturais que incidem sobre determinantes e condicionantes em saúde (BARATA, 2009). Sua natureza constitucional traduz textualmente a saúde como direito de todos (BRASIL, 2006).

Os direitos relacionados à Saúde como prestação positiva podem ser agrupados em (BRASIL, 1990; LEI 8080, de 1990; BRASIL, 2006):

- acesso a ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde;
- acesso a medicamentos;
- acesso a atendimento ambulatorial com mecanismos facilitadores de marcação;
- centrais de regulação para internação hospitalar;
- transporte ou transferência em caso de lesões graves ou de risco à vida;
- atendimento humanizado;
- direito à identificação dos responsáveis por prestação de assistência;
- autonomia e liberdade de decisão;
- participação em conselhos de saúde;
- transparência de dados públicos;
- proteção de informações pessoais;
- legibilidade de informações de saúde ou prescrições de tratamento;
- não discriminação;
- acesso a mecanismos de controle de qualidade de serviços prestados.

Em cenários políticos e econômicos desafiadores, o modelo universal sofre impacto direto de políticas de ajuste macroeconômico, clientelismo político, desrespeito à Constituição Federal e à Lei Orgânica da Saúde. Assim, há decisões de redução de gastos públicos da área econômica desde 1988 (PAIM & TEIXEIRA, 2007), conforme evidenciado em análise sequencial de principais marcos governamentais desde 1990 (CARVALHO, 2013; SOARES, 2014).

No governo Fernando Collor de Mello (1990-1992) houve pronunciada crise da economia e redução dos recursos federais para a saúde, embora tenha-se criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS, promulgado a Lei Orgânica e implementado a Norma Operacional Básica 1991.

Em sequência, no período de Itamar Franco (1992-1995) pode-se destacar a busca em atender a diretriz de descentralização de financiamento, previamente regulamentada pela Lei

8142/90, a partir da Norma Operacional Básica 1993 a criação do Programa de Saúde da Família - PSF em 1994.

Já no governo de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002), houve avanços de financiamento com Emenda Constitucional 29, que ampliou o financiamento da saúde, na medida em que trouxe maior participação dos Estados e do DF. Nesse mesmo período houve crise de financiamento setorial com resultado de criação da Contribuição Provisória de Movimentação Financeira para busca de aumento de arrecadação (IPEA, 2013). Implementou-se a Norma Operacional Básica 1996, que caminhou na ampliação da participação de transferência de recursos financeiros do fundo federal para Estados, Municípios e o DF. A estratégia do repasse na ocasião passou a ser pelos PSF, PACS, Piso da Atenção Básica e a Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001, voltada para gestão. Houve regulação da chamada “saúde suplementar” e a instalação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (BARRETO; SILVA, 2004).

Durante o período de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011), embora não tenham sido equacionadas questões de financiamento e força de trabalho do SUS, foi mantida a expansão do PSF, já transformado em Estratégia Saúde da Família - ESF. Ainda foi criado o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU e desenvolvida a Reforma Psiquiátrica. Foram também formuladas políticas nacionais de saúde bucal, atenção básica, promoção da saúde, entre outras, além de lançado o Pacto da Saúde (PAIM; TEIXEIRA, 2007; BRASIL, 2006A; PAIM, 2007).

O governo Dilma Rousseff foi especialmente marcado pelo lançamento do Programa Mais Médicos - Medida Provisória 621/2013. Foi acentuada a tendência já presente em governos anteriores de crescimento do Sistema de Saúde Suplementar, mantido cenário de subfinanciamento do SUS também no âmbito do governo federal (CARVALHO, 2013).

Alvo de fortes críticas de diversos segmentos, o governo Temer acentuou o cenário de subfinanciamento do sistema público de saúde, especialmente com o estabelecimento de teto para os gastos públicos (BRAVO, 2018).

A garantia de atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade é desafiadora. O exercício desse direito está condicionado à capacidade que os serviços de saúde possuem de assegurar acesso, qualidade de atendimento e satisfação aos usuários (FLEURY, 2011).

Nesse cenário de princípios do SUS, a APS é estratégica. Palco de oportunidade para exercício de princípios norteadores como dignidade da pessoa humana, saúde como direito social, universalidade, igualdade, equidade, integralidade, preservação da autonomia e direito à informação (BRASIL, 1990; VILAÇA, 2012).

4.2. Atenção Primária à Saúde

O termo “Atenção Primária à Saúde” foi discutido pela primeira vez na Conferência de Alma-Ata, em 1978, e seus resultados obtiveram significância ao entrar como uma prioridade na agenda política desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), dentro do plano “Saúde para Todos no Ano 2000”. Nele a APS é caracterizada por ser o centro do cuidado, acessível e promotora de participação social por meio de tecnologias apropriadas ao desenvolvimento econômico e social. Apesar de quase 2 décadas passadas desde o ano 2000, avanços substanciais na oferta de saúde ainda são necessários. Assim, o destaque de tais metas ainda se faz necessário, o que está em conformidade com a incorporação de cobertura universal de saúde na Agenda 2030 - Meta de Desenvolvimento Sustentável (meta 3.8, “Saúde e Bem-estar”) (GIOVANELLA, 2018).

Tanto internacional quanto nacionalmente, a APS traz o potencial de estimular o desenvolvimento de competência cultural, vínculo, coordenação de cuidado e longitudinalidade (VILAÇA, 2012).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada em 1994, inicialmente como Programa de Saúde da Família, tendo o trabalho multiprofissional como uma das principais vertentes estruturantes das ações. Visa à implantação de Atenção Básica com facilidade de acesso, estruturada e com fluxos claros, desenvolvendo o cuidado equitativo, universal e integral de todos os indivíduos (BRASIL, 2012).

Os avanços representados pela ESF dentro da atenção básica são marcantes. Reorientam um novo paradigma de saúde, mas por si só são ainda insuficientes para uma atenção à saúde abrangente e efetiva para as necessidades da população (SORATTO, 2015).

A APS se mostra, assim, pilar na estruturação do SUS, especialmente como porta de entrada prioritária, sendo descentralizada e realizando atividades de referência e contra referência, organizando o fluxo do cuidado em saúde. No formato de ESF, cada equipe de

saúde pode ser formada por 1 ou 2 médicos generalistas ou especialistas em saúde da família ou médicos de família e comunidade, 2 enfermeiros generalistas ou especialistas em saúde da família, 2 auxiliares ou técnicos em enfermagem e até 12 agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012).

Em 2018, dados do MS - Departamento de Atenção Básica - traziam os seguintes números das equipes de saúde: 263.630 Agentes Comunitários de Saúde, 43.217 Equipes de Saúde da Família, 26.807 Equipes de Saúde Bucal, 152 Consultórios na Rua, 250 Equipes prisionais, 1.355 Academias da Saúde, 5.515 Núcleos Ampliados da Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) (MS, 2018). Ainda que apresentando números continentais, restam problemas significativos no cenário da APS. A ESF se mostra como um resgate de tentativa de abordagem integral, com defesa do usuário em qualquer contexto social ou econômico em suas diversas fases de vida; porém, há uma crise no sistema de saúde por descompasso entre fatores contingenciais (como transição demografia, epidemiológica e inovações tecnológicas) e velocidade de adaptação por reformas internas do sistema (VILAÇA, 2012).

O enfrentamento nos cenários da APS de tripla carga de doença agrava as dificuldades. Embora haja enfrentamento de doenças infecto-parasitárias, causas externas e doenças crônicas, a maior parte dos anos de vida perdidos por incapacidade advém de comorbidades crônicas (66,2%). Contudo, a estruturação do sistema de saúde ainda é voltada para atendimento de condições agudas ou crônicas agudizadas, sendo necessários investimentos e esforços para adequação do serviço. Nessa linha, a APS volta a estrelar como estratégica (VILAÇA, 2012).

4.3. Doenças crônicas não transmissíveis e uso contínuo de medicamentos

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS, DCNTs tendem a ser de longa duração e resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais. No Brasil, as DCNTs estão entre os principais fatores de risco para morbimortalidade (OMS, 2017).

A OMS define como DCNTs as cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e DM (OMS, 2003). Em conjunto elas são a principal causa de morte mundialmente, respondendo por mais de 70% dos óbitos (OMS, 2017).

Segundo o relatório do Monitoramento de Progresso da OMS sobre DCNTs (OMS,

2017), no Brasil o percentual de mortes por DCNTs foi de 73%, que em números absolutos representou cerca de 1 milhão de mortes no ano de 2017 no SUS.

Em relação a carga de doença, DM isoladamente ocupou a oitava posição em relação a anos de vida perdidos ajustados por incapacidade por meio do *Disability Adjusted Life of Years*. A prevalência da doença ainda é afetada pela escolaridade, ocorrendo em 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo e em 7,5% daquelas com até 8 anos de estudo, portanto uma diferença maior que 50% (BRASIL, 2013).

Na população adulta brasileira, a prevalência de DM é 6,2% e de HAS é 32%, em concordância com dados mundiais e apresentando aumento importante da prevalência com o avançar da idade (OMS, 2016; LIM, 2012). No DF, a prevalência auto referida em inquérito telefônico pela população acima de 18 anos, em 2015, foi de 20,4% para HAS e 7% para DM (VIGITEL, 2015).

Destaca-se o desafio econômico de DM frente aos diferentes sistemas de saúde e à própria economia, com impacto em custos médicos diretos e indiretos, sendo a estimativa de custo direto mundial na ordem de US\$ 827 bilhões/ano. Os gastos com cuidados de saúde globais em DM mais do que triplicou no período de 2003 a 2013 - resultado de aumentos no número de pessoas diabéticas e aumentos das despesas *per capita* com DM (OMS, 2016).

Em estudo coordenado pela escola de saúde pública de Harvard, estimou-se que as perdas no PIB em todo o mundo entre 2011 e 2030, incluindo os custos diretos e indiretos de DM, totalizarão US\$ 1,7 trilhão, compreendendo US\$ 900 bilhões para países de alta renda e US\$ 800 bilhões para países de baixa e média renda (BLOOM, 2011).

A APS, em especial pela ESF, é cenário estratégico para enfrentamento das DCNTs, ganhando destaque as abordagens que englobam os diversos atores de saúde, dentre os diferentes níveis de gestão pública, municipal, estadual, distrital e nacional (BRASIL, 2013). Nesse cenário, e levando-se em conta os impactos individuais e coletivos supracitados, a adesão ao tratamento medicamentoso deve ser especialmente considerada.

A adesão se mostra influenciada por diversos fatores, entre eles escolaridade, idade, sexo, sintomatologia, efeitos colaterais, esquemas de administração complexos, não reconhecimento do agravo e qualidade da relação médico-paciente (ARAÚJO, 2010). A participação ativa do usuário se mostra importante não só para aderir ao tratamento medicamentoso, mas também para evitar erros medicamentosos - por exemplo, informando de alergias medicamentosas após prescrição inadvertida de medicamentos com histórico pessoal

prévio (KUO, 2007). Em especial para indivíduos vulneráveis, a baixa adesão se soma à diminuição da autonomia na participação de prevenção contra acidentes (MARCHON, 2015).

A quantidade de medicamentos prescritos também tem relação com a adesão, efeitos colaterais e cascatas de prescrição, sendo a polifarmácia um risco adicional especialmente para usuários idosos. Assim, o uso racional de medicamentos é um elemento fundamental de segurança clínica (BARROS, 2016).

O estímulo ao empoderamento do usuário com aumento do autocuidado é dificultado por questões estruturais no cenário da APS no Brasil - aproximadamente 41% dos usuários relatam dificuldades para tirar dúvidas com seus profissionais de saúde. Estratégias importantes de fortalecimento de trabalho em equipe incluem presença de farmacêutico, apoio de tecnologia da informação, educação profissional e envolvimento do usuário (MARCHON, 2015).

Não só as DCNTs têm efeito deletério no sistema, como também há riscos no tratamento medicamentoso, em especial erros medicamentosos. Erro medicamentoso é qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o usuário (SILVA; CASSIANI, 2004).

Anualmente, 7000 mortes por erro medicamentoso ocorrem considerando estimativas somente dos Estados Unidos. Impactos incluem aumento de mortalidade e também estresse emocional, diminuição da confiança e satisfação dos usuários com o sistema, menor produtividade e custos aumentados (KUO, 2007).

Em estudo sobre erros medicamentosos notificados por médicos de família americanos, 70% envolveu inadequação em prescrição. Do total de erros relatados, 16% resultaram em dano temporário. Estimativas indicaram que 57% dos erros poderiam ter sido evitados com medidas de segurança clínica, como fluxo padronizados e prontuários eletrônicos. Os fármacos mais frequentemente prescritos foram analgésicos, antibióticos, medicamentos para HAS, dislipidemia e distúrbios endócrinos, como DM e hipotireoidismo (KUO, 2007).

Acompanhamento ambulatorial de 661 usuários na APS revelou eventos adversos em 25% dos casos, dos quais 13% classificados como sérios e 39% evitáveis (GANDHI-LEE 2010). Em estudo no Reino Unido e na Suíça, eventos adversos relacionados a medicamentos foram responsáveis por 6,8 e 7,2% das hospitalizações, respectivamente (PIRMOHAMED 2004), com elevação de gastos sanitários em até 6,7% (GUERRA-GARCIA, 2017).

Em estudo nacional, realizado na APS, a maioria de tais incidentes foi relacionada a falha de comunicação entre os membros da equipe de saúde, sendo que dos usuários afetados quase metade era socialmente vulnerável (47%), especialmente por baixa renda (40%) ou analfabetismo/baixa-escolaridade (27,1%), sendo relatados danos permanentes (26%), moderados (21%) e mínimos (15%). Usuários acima de 40 anos (83%) e com DCNTs (68%) foram os mais afetados, sendo que em 17% dos relatos o próprio usuário foi apontado como sendo o responsável pelo erro. Em estudo de 8 óbitos registrados por erro medicamentoso na APS, foram referidos 50% por falha de comunicação na rede de atenção, 25% por falha na comunicação com o usuário, 12,5% por falha na comunicação interprofissional e 12,5% por falha no cuidado (MARCHON, 2015).

Ganha destaque novamente a importância de segurança clínica no cenário altamente complexo da APS, assim como do processo de trabalho - principalmente identificação, interpretação, comunicação e protocolos clínicos, com até 96,4% de eventos sendo potencialmente evitáveis (GUERRA-GARCIA, 2017).

4.4. Letramento Funcional em Saúde

A ESF é estratégia socialmente sensível de cuidado em saúde, cujo objetivo é de identificar os principais problemas e agravos em saúde que podem acometer as famílias, visando alcançar melhorias na qualidade de vida da população assistida. Assim, é natural concluir que as equipes de Saúde da Família devem determinar e preconizar ações ligadas à enfermidade, à terapêutica, assim como aos sentimentos e às expectativas dos indivíduos (FERNANDES, 2011). Como cenário de base familiar e comunitária, a ESF tem potencial especial para práticas de educação em saúde, conforme definição do MS:

(...), aos trabalhadores da saúde impõe-se a necessidade de um comprometimento ético, diante do qual cada um deles revela-se como detentor da função de sistematizador da situação de saúde em favor de grupos sociais específicos, supondo-se nessa relação o estabelecimento de vínculos de identidade, pertinência ou de solidariedade (...) (BRASIL, 2007).

Letramento Funcional em Saúde - LFS, do inglês “literacy”, se traduz como a

capacidade cognitiva de entender, interpretar e aplicar informações sobre saúde, tanto escritas quanto faladas; de forma prática, quanto maior o letramento maior o potencial de cuidado em saúde (ADAMS 2009; ALMEIDA, 2014).

A definição da “United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization” - UNESCO da conferência geral de 1978 é adotada até hoje:

Uma pessoa é funcionalmente letrada quando pode participar de todas aquelas atividades nas quais a alfabetização é necessária para o efetivo funcionamento de seu grupo e comunidade e, também, para capacitá-la a continuar usando a leitura, a escrita e o cálculo para seu próprio desenvolvimento e o de sua comunidade. (UNESCO, 2005)

A OMS também define o conceito: “competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde” (OMS, 1998), assim como a Associação Médica Americana - AMA:

[...] uma constelação de habilidades, incluindo a capacidade de realizar leitura básica e as tarefas necessárias para a função numérica no ambiente de saúde. Os pacientes com o letramento adequado em saúde podem ler, entender e agir sobre a informação de saúde [...] (AMA, 1999).

As variadas definições evidenciam a complexidade do fenômeno, que é mutável e com evolução constante em diferentes níveis de complexidade (PASSAMAI, 2011). De fato, demandas do Letramento Funcional em Saúde exigem habilidades além da leitura, incluindo (IOM, 2004): competência na escrita; numeramento; habilidade de fala e audição e uso de tecnologias.

Tais habilidades visam ao entendimento, interpretação, análise e aplicação das informações de saúde em variados eventos e situações de vida. Em sentido similar, a “World Health Communication Associates” - WHCA remete a questões de cidadania pelas reivindicações a favor de políticas governamentais e sistemas de saúde adequados às necessidades de letramento, promovendo além dos supracitados o reconhecimento de risco e senso crítico para tomada de decisões (WCHA, 2010).

Mesmo em países como Estados Unidos, Austrália, Canadá e Reino Unido, 20 a 50% da população têm pouca competência em LFS, com estudos sugerindo até 90% das pessoas sem competência necessária para prevenir doenças e gerir a própria saúde. Impactos incluem

menor adesão às estratégias de promoção e prevenção, menor adesão ao uso de medicamentos, menor conhecimento sobre os serviços de saúde e saúde global (PASSAMAI, 2011).

No Brasil, estudo em 2 hospitais públicos na cidade de São Paulo evidenciou 32,4% dos usuários com LFS inadequado, havendo impacto significativo dos anos de escolaridade no desempenho (CARTHERY-GOULART, 2009).

Fatores externos influenciam fortemente a mediação do LFS: enquanto educação, cultura, linguagem e crenças fazem menção a sentidos amplos de “capacidade-competência”, fatores como relação usuário-equipe, influência da mídia, mercado e políticas de governo impactam nas “tomadas de decisão” (PASSAMAI, 2011).

Conteúdos relacionados à saúde podem ser mais complexos que leituras básicas, havendo demanda para avaliação do grau de LFS das pessoas, avaliando tanto características individuais (cognitivas como raciocínio e memória, físicas como visão e audição) quanto socio-demográficas (emprego, suporte social, cultura), sendo influenciadas pela capacidade de autocuidado e vínculo com o serviço de saúde (PASSAMAI, 2011).

O tema ganha especial relevância considerando que diversas informações relacionadas a atendimentos são passadas por escrito (RUDD, 2005), com potencial constrangimento para usuários com LFS limitado, afetando diretamente entendimento sobre os medicamentos, dosagem adequada, prevenção de doenças e preenchimento de informações como formulários (DAVIS-WOLFF, 2004).

Queixas de usuários com LFS limitado incluem que médicos muitas vezes usam palavras incompreensíveis, falando rápido demais e sem fornecer informações suficientes sobre o estado de saúde ou se certificarem de que houve compreensão do problema por parte do usuário. Destaca-se a importância da clareza e simplicidade de comunicação na assistência à saúde (RUDD, 2005), em especial considerando o potencial de prejuízo ao usuário, relação com equipe e condições de cuidado através do sistema (USDHHS, 2000).

De acordo com a OMS (OMS, 2000), estratégias de comunicação que aumentem o acesso e capacidade de uso podem ser usadas para melhorar o LFS. Os serviços de saúde devem atender a necessidades individuais e comunitárias, com postura abrangente e que envolva o setor saúde aliado a setores sociais, políticos, econômicos e ambientais (BRASIL, 2002).

As intervenções do sistema de saúde nesse sentido podem ser divididas em 4

categorias (WHCA, 2010):

- materiais escritos mais simplificados e atrativos (linguagem simplificada, gráficos, espaçamento, facilitando busca de acordo com interesse);
- comunicação, especialmente com apoio tecnológico (possibilidade de escolha de informação);
- navegação no sistema (possibilidade de escolha, com atenção aos riscos de segregação por tecnologia digital);
- formação de profissionais de saúde e educadores (especialmente com sensibilização e capacitação para técnicas de comunicação).

Modelos visuais de receituário são opção no tratamento de DCNTs, especialmente HAS e DM, incluindo formatos para aplicação direta sobre recipientes de medicamentos a serem utilizadas. Estratégias nesse sentido visam ao aumento de segurança e efetividade do tratamento objetivando maior capacidade de autocuidado (HOGERZEIL, 2001; ALMEIDA, 2014).

Os ajustes para aumento do LFS ganham importância no cenário da APS brasileira, com estudos evidenciando níveis precários de conhecimento de prescrições na APS por parte dos usuários: considerado bom para 11,3%, regular para 42,5% e insuficiente para 46,3% (FROHLICH, 2010) e 31% não acertando nome, 19% indicação, 19% dose e 31% frequência do medicamento prescrito (SILVA, 2000). As maiores dificuldades de conhecimento foram em relação a dose, efeitos adversos e o que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses do medicamento.

Apesar do potencial, modelos alternativos de prescrição encontram dificuldades operacionais importantes, desde recursos humanos (agentes de saúde, farmácia, enfermagem e medicina) até recursos financeiros e de tempo para operacionalização (ALMEIDA, 2014).

Nesse conjunto, tecnologias de trabalho em saúde devem ser articuladas para permitir alcance de objetos prioritários do SUS dentro dos princípios norteadores. Tecnologias de trabalho em saúde se dividem em três categorias: tecnologias leves, leve-duras e duras. As tecnologias leves dizem respeito às relações que se estabelecem entre sujeitos no momento em que o trabalho é realizado. Já as tecnologias leve-duras são aquelas em que cada profissional aplica conhecimentos e saberes de modo individualizado ao prestar assistência à saúde. Por fim, as tecnologias duras são aquelas inscritas nos instrumentos, estruturadas a fim de criar

produtos em saúde (MERHY, 2002; FERNANDES, 2011).

No processo de adoecimento, é comum que o ser humano se depare com várias mudanças de hábitos de vida, levando ao comprometimento de sua segurança emocional. Com o intuito de promover qualidade ao cuidado na ESF torna-se essencial a integração e a conformação das três tecnologias supracitadas, leves, leve-duras e duras, proporcionando aos indivíduos algo muito além da conceituação física de sua enfermidade: aprender e praticar o autocuidado (MERHY, 2002; FERNANDES, 2011).

4.5. Métodos de Validação

No século XX houve desenvolvimento de diversas técnicas para avaliação de testes, incluindo versões com grande variação em extensão e número de itens. A avaliação objetiva por meio de escalas permitiu estabelecer um referencial que reduzisse vieses subjetivos de percepção e de julgamento (SARTES, 2013).

Entre os modos de avaliação estão os métodos de consenso, tais como a “Nominal Group Technique” e a técnica Delphi. Normalmente usados para pesquisas de resolução de problemas, geração de ideias ou definição de prioridades, tais métodos são superficialmente semelhantes a grupos focais, com modos próprios de obtenção de consenso. Por meio de interação equilibrada entre os participantes de um grupo, são levantadas soluções para possíveis problemas (MCMILLAN, 2016).

Entre as opções de validação de tecnologias na validação de conteúdo se incluem critérios psicométricos como confiabilidade, validade, poder de resposta, poder de interpretação, adaptação cultural dos instrumentos e critérios práticos de peso e formas alternativas de questões de validação (FERREIRA, 1998).

Utilizado pela primeira vez na década de 1950 no meio empresarial militar, a técnica Delphi objetiva reunir o nível possível de consenso entre especialistas (“juízes”) sobre determinado tema por meio de questionário estruturado em avaliações de “rodadas” de validação (HASSON, 2000). As características de questionários de autopreenchimento, enviados até mesmo por correio eletrônico, permitiram uso progressivamente maior na área da saúde nos últimos 10 anos, especialmente em enfermagem e medicina, mas com destaque para a composição multiprofissional - englobadas ainda áreas de tecnologia e educação

(REWORÊDO, 2015). Assim, a sistematização da técnica permite o refinamento de opiniões do grupo de especialistas, mesmo que fisicamente não reunidos, e sem suas identidades reveladas nem ao público nem entre si (CASTRO, 2009).

Na primeira rodada há a seleção dos especialistas com base em conhecimento e experiência com elaboração de questionário avaliador sobre o tema em estudo, passando por agrupamento em novo questionário consolidado do total de informações e reenvio para os avaliadores. Os resultados são então resumidos com avaliação quanto ao grau de consenso com vistas a obtenção de nível previamente estabelecido por meio de quantas etapas de avaliação, consolidação e reenvio de questionários forem necessárias - variações usuais são de 50 a 80% de concordância. (REWORÊDO, 2015). Há recomendações de se levar em conta o número de especialistas para definição do nível de concordância mínimo, sendo maior para grupos de cinco ou menos avaliadores ou para definir aceitação de um novo instrumento (ALEXANDRE, 2011). De toda forma, uma vez que os resultados não dependem da extensão das fontes de dados, não há consenso quanto ao número de especialistas para composição do grupo (CASTRO, 2009).

Vantagens do método incluem ser acessível, requerer poucos gastos, permitir número flexível de especialistas de diferentes setores acadêmicos ou técnicos e de localidades geográficas variadas e flexibilidade no número de etapas até obtenção de consenso pela boa relação custo-benefício do processo, além de atenuar viés referente a encontros presenciais. Limitações incluem possível dificuldade para seleção de especialistas na temática de estudo, falta de disponibilidade de especialistas selecionados e tempo prolongado no retorno de questionários (BELLUCI, 2012; REWORÊDO, 2015).

Ressalta-se que um número variado de especialistas costuma desistir a cada ciclo, havendo normalmente uma abstenção de 30 a 50% no primeiro ciclo e de 20 a 30% no segundo (CASTRO, 2009).

A análise do consenso pode ser puramente descritiva ou estatística descritiva, como com o uso do Índice de Validação de Conteúdo – IVC, calculado como a soma do total de itens indicando relevância ou concordância dividido pelo total de respostas (REWORÊDO, 2015; HASSON, 2000; POLIT 2007). Entre os escalonamentos mais comuns estão a escala Likert com pontuação 4 pontos, indicando concordância a pontuação “3” e “4”, podendo o cálculo do IVC ser expresso conforme a fórmula (CASTRO, 2009; ALEXANDRE, 2011).

número de respostas “3” ou “4”

$$\text{IVC} = \frac{\text{coeficiente alfa de Cronbach}}{\text{número total de respostas}}$$

A validade interna é um dos aspectos da confiabilidade, que pode ser medida pelo coeficiente alfa de Cronbach. O cálculo do coeficiente permite avaliar a correlação entre conjuntos de itens dentro de um teste (FERREIRA, 1998). Embora haja variadas técnicas de aplicação de coeficientes, a avaliação dos itens de cada teste é feita individualmente somente para aquela aplicação. Assim, há uma estimativa de precisão ao se analisar a covariância dos itens, variando de 0 a 1: quanto mais próximo de 1, maior a consistência interna (PASQUALI, 2009).

5. MÉTODOS

O presente estudo foi dividido em duas etapas: (1) elaboração do modelo visual de receituário – Receita Simples, e (2) validação de conteúdo por profissionais da APS, por meio da técnica Delphi.

5.1. 1ª Etapa: Elaboração do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples

5.1.1. Cenário do Estudo

Em 2016, no Distrito Federal, foi iniciado projeto de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e padronização dos atendimentos para DCNTs com risco cardiovascular aumentado, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, por meio do projeto “Brasília Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária” (GDF 2016). Duas UBS da Região de Saúde Leste do DF, localizadas no Itapoã, foram escolhidas como unidades “Laboratórios” para desenvolvimento da Planificação da APS, organizado pelo CONASS.

A Região de Saúde Leste do DF é composta por 4 Regiões Administrativas: Itapoã, Paranoá, Jardim Botânico e São Sebastião. A população total das 4 regiões estimada para 2018 era de 241.594 habitantes – quase 13% da população de 3.101.220 do DF (GDF, 2017).

De acordo com os dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio - PDAD, o Itapoã é uma das regiões de mais baixa renda do DF, oriunda de invasão iniciada no final da década de 1990. A população residente na cidade se caracteriza por um elevado grau de carência, sendo estimada em 2013 como de 60.324 habitantes e com o dobro da taxa de analfabetismo média do DF. Dados do PDAD para o Itapoã apontam que 47,58% de maiores de 25 anos apresentam ensino fundamental incompleto, configurando cenário de vulnerabilidade especialmente em relação a informações escritas (PDAD, 2014).

Nesse contexto há diversas necessidades acentuadas, decorrentes de fatores como dificuldade financeira e baixo grau de escolaridade. Tais fatores contribuem para a presença de numerosos pacientes acometidos por uma ou mais Doenças Crônicas Não Transmissíveis - DCNTs, em polifarmácia, com má adesão ao tratamento e, conseqüentemente, com baixo grau de controle de suas doenças (ALMEIDA, 2014).

Embora acentuadas no território de início do projeto, essas dificuldades se alastram pelo país em maior ou menor grau – frequentemente maior do que o minimamente aceitável em termos de cidadania, educação e saúde (FLEURY, 2011).

Tal cenário reforça a vulnerabilidade em relação a informações escritas. (PDAD, 2014).

Assim, existem diversas necessidades destacadas no cenário de prática do serviço, em especial dificuldade financeira e baixo grau de escolaridade. Tais fatores são riscos especiais para a população em tratamento para DCNT, em especial para os que estejam em polifarmácia, tenham má adesão ao tratamento e tenham também baixo grau de controle de suas doenças (ALMEIDA, 2014).

As duas Unidades de Saúde também oferecem cenários de prática para atividades de ensino e extensão da UnB, com presença intermitente de residentes de medicina de família e comunidade, profissionais da residência multiprofissional em Atenção Básica e alunos de graduação de medicina, farmácia e saúde coletiva.

Neste contexto, o projeto de pesquisa “Receita Simples” contou com a participação marcante de farmacêuticos da residência multiprofissional na Atenção Básica e alunos do último semestre do curso de medicina da UnB.

Inicialmente, o desenvolvimento do modelo visual de receituário - Receita Simples ocorreu na UBS2 do Itapoã, na área de atuação da Equipe de Saúde da Família 7. Posteriormente, devido à mudança de lotação do pesquisador principal para a UBS3, os estudos continuaram nas equipes 3 e 5 da UBS3 Itapoã.

5.1.2. Elaboração do Instrumento

Com o cuidado coordenado na Planificação da APS houve progressiva integração dos pacientes de risco cardiovascular aumentado com grupos de promoção de autocuidado desenvolvidos nas UBS “Laboratório”. Considerando a vulnerabilidade da população atendida, buscou-se desenvolver estratégias e instrumentos de fortalecimento do autocuidado e do LFS.

A partir de abril de 2016 iniciou-se a sistematização e a elaboração de receituários simplificados para orientação do uso adequado e contínuo dos medicamentos, sobretudo para usuários analfabetos, analfabetos funcionais e/ou com limitações visuais.

No final do primeiro semestre de 2016, com a colaboração dos residentes e graduandos, foram sistematizados diferentes modelos de receituário que passaram por ajustes progressivos ao serem utilizados para orientação dos usuários em atendimentos individuais, visitas domiciliares e grupos de autocuidado.

Em Novembro de 2018, após diversas adaptações e ajustes, considerando os *feedbacks* dos residentes, graduandos e usuários, o modelo visual do receituário – Receita Simples, ficou composto por um elemento escrito correspondente a tabela de horários dos medicamentos e por uma estratégia de organização das embalagens primárias dos medicamentos com utilização de ligas elásticas coloridas.

Considerando o fato de que a Receita Simples encontrou apoio não só na aceitação percebida dos usuários como também em suas redes de apoio e de cuidadores, especialmente em âmbito familiar, optou-se pela realização da validação do modelo visual de receituário com especialistas visando a implementação ampliada do instrumento na APS.

5.2. 2ª Etapa: Validação do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples

5.2.1. Técnica Delphi

Para validação do conteúdo e da apresentação do modelo visual de receituário foi utilizada a Técnica Delphi, que consiste em método sistematizado de julgamento de informações por um grupo de especialistas, localizados em áreas geograficamente distintas, para obtenção de confiável consenso em determinado tema.

Para assegurar a heterogeneidade do grupo de especialistas, buscou-se convidar para participar do estudo profissionais de diferentes Regiões de Saúde do Distrito Federal com atuação na APS.

5.2.2. Critérios de Seleção e Composição do Painel de Especialistas

Para compor o painel de especialistas foram convidados enfermeiros, farmacêuticos e médicos com atuação na APS, uma vez que esses profissionais estão envolvidos na prescrição e orientação do uso de medicamentos pelos usuários do SUS.

Inicialmente não foi estipulado o número máximo de especialistas e os potenciais participantes foram convidados por meio de mensagens enviadas por email e telefone. Os contatos dos profissionais de saúde foram obtidos na SES/DF, bem como repassados por

outros profissionais da APS.

A carta-convite foi encaminhada eletronicamente junto com o Formulário Google (*Google Inc, Mountain View, CA, USA*) contendo o objetivo da pesquisa, instruções para preenchimento do questionário de validação e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os parâmetros de caracterização dos especialistas foram: idade, sexo, curso de graduação, ano de formação, natureza pública ou privada de instituição formadora, maior título acadêmico, área da maior titulação, atividades profissionais, tempo de atuação em atendimento clínico, atividades atuais na APS, carga horária de trabalho e realização de disciplinas de segurança do paciente.

5.2.3. Primeira Rodada da Técnica Delphi

A primeira rodada ocorreu entre 13 de novembro e 29 de novembro de 2018, com envio do formulário de avaliação para os especialistas.

O formulário de avaliação foi organizado com os seguintes itens: (1) cabeçalho de identificação da instituição; (2) cabeçalho de identificação do usuário; (3) coluna do período do dia - pictogramas; (4) coluna medicamento, concentração e horário; (5) coluna da quantidade de comprimidos; (6) símbolos para quantidade de comprimidos; (7) cor da liga; (8) organização das ligas nas cartelas de medicamentos.

Com o objetivo de avaliar o entendimento, a linguagem, a clareza, o conteúdo e a lógica do modelo visual do receituário – Receita Simples, os especialistas foram convidados a julgarem cada item quanto: (1) clareza (se as informações estavam expressas de forma clara, simples e inequívoca); (2) pertinência (se as informações não insinuavam atributos divergentes do definido, isto é, se as informações estavam fidedignas aos receituário convencional); (3) viabilidade da execução na APS pelo tempo necessário; (4) viabilidade da execução na APS pelos materiais necessários.

Cada item apresentado para julgamento estava acompanhado por uma escala numérica tipo *Likert* que deveria ser assinalada pelo avaliador de acordo com seu grau de concordância: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Concordo parcialmente e 4 Concordo totalmente (ALEXANDRE, 2011; REVORÊDO, 2015; CASTRO, 2009).

Para cada item avaliado foram disponibilizados espaços para que os especialistas pudessem expressar suas opiniões, bem como sugerir alterações e adaptações no instrumento.

Todos os campos de resposta foram marcados como obrigatórios, com exceção dos comentários. Dessa forma, para finalizar a avaliação foi obrigatório o preenchimento de todos os itens *Likert* do formulário.

Após a primeira rodada de validação, fez-se uma análise quantitativa do percentual de concordância para cada afirmação do questionário. Adotou-se o IVC como indicativo de consenso. Esse índice é calculado pela comparação entre o número de especialistas concordantes com a afirmação em relação ao número total de especialistas participantes. Desta forma, o cálculo do IVC se deu pela soma dos itens 3 (“concordo”) e 4 (“concordo totalmente) dividido pelo total de especialistas participantes.

A afirmação foi considerada validada e em consenso quando o $IVC \geq 0,8$ (80%) (PASQUALI, 1998; ALEXANDRE, 2011). Para as afirmações com $IVC < 0,8$, as sugestões de modificações foram acatadas ou devidamente justificadas.

Vale ressaltar que todos os itens, inclusive os validados ($IVC \geq 0,8$), tiveram os comentários e argumentações dos especialistas analisados e organizados nas categorias: Sugestão, Elogio, Limitação e Neutro.

Em seguida, os comentários foram disponibilizados aos especialistas para reavaliação do modelo visual adaptado segundo sugestões e questionamentos realizados na primeira rodada.

As respostas aos 32 itens foram tabeladas em Excel e contabilizadas para cálculo do alfa de Cronbach de forma a confirmar a validade interna do teste (FERREIRA, 1998; PASQUALI, 2009).

5.2.4. Segunda Rodada da Técnica Delphi

A segunda rodada de validação ocorreu no período de 30 de novembro a 30 de dezembro de 2018. Como na etapa anterior, o formulário e o modelo visual de receituário com as alterações sugeridas pelos especialistas foram enviados aos participantes da primeira rodada por email e por telefone.

O formulário da segunda rodada continha apenas os itens que demandaram novo julgamento, acompanhados das considerações e argumentações dos especialistas, bem como de alguns esclarecimentos do pesquisador principal sobre pontos críticos observados na

primeira rodada. Desta forma, os especialistas puderam fazer suas reavaliações com base nas argumentações dos demais participantes e na tendência de concordância do grupo de especialistas.

Os dados quantitativos da segunda rodada, bem como as avaliações qualitativas dos participantes, foram tabelados e analisados como na rodada anterior. Por ausência de itens com IVC menor que 80%, as rodadas Delphi foram encerradas na segunda edição.

As respostas aos 36 itens foram tabeladas em Excel e contabilizadas para cálculo do alfa de Cronbach de forma a confirmar a validade interna do teste (FERREIRA, 1998; PASQUALI, 2009).

5.3. Aspectos éticos

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (FEPECS) e autorizado por meio do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 95482818.6.0000.5553, Número do Parecer 2.885.856. Os princípios éticos foram assegurados e os participantes assinaram, após a concordância em participar da pesquisa, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice 1.

6. RESULTADOS

Em conjunto com o desenvolvimento acadêmico e uso em serviço, houve resultado de impacto comunitário com divulgação em mídia local (6 emissoras de TV e 2 de rádio) e em congressos nacionais e internacionais. Parte da experiência foi registrada visando sua difusão, documentada por meio de vídeo padronizado no Youtube (gravação de tela, roteiro de tópicos principais, fotos de desenvolvimento dos rascunhos e abordagens em visitas domiciliares) (Canal Youtube ESCOLA DE PACIENTES – Estêvão Rolim https://www.youtube.com/channel/UCMiHRdmhduWggK_c-UYEbLQ).

Também foram conquistadas as seguintes premiações:

- **Prêmio INOVA Brasília 2017** - 1º lugar – Atendimento ao Cidadão, Moção de Louvor publicada no Diário Oficial do Distrito Federal – Receita Simples
- **Prêmio Mostra SUS DF Experiências Inovadores 2017** –1º lugar, – “Pasta da Saúde, Receita Simples, Prontuário por Idade, Pré-Estruturados e Planos de Cuidado: Ferramentas de gestão clínica na UBS2 Itapoã-Unidade Laboratório da Planificação SES-DF”
- **Finalista – Laboratório de Educação 2017 – Organização Pan-Americana de Saúde – OPS – Organização Mundial da Saúde – OMS – Receita Simples**

6.1. 1ª Etapa: Elaboração do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples

Desde a primeira versão do modelo visual da Receita Simples buscou-se utilizar elementos visuais, como pictogramas, símbolos e cores, para organizar as informações e orientações sobre medicamentos de uso contínuo para usuários com baixo letramento. O percurso incluiu etapas de desenvolvimento de protótipo inicial e de brainstorming de integração ensino-serviço.

Nesse contexto, considerou-se necessário estruturar o modelo de receituário em dois componentes: (1) tabela de horários dos medicamentos para registro e organização por escrito das informações sobre o tratamento medicamentoso; (2) estratégias e recursos físicos

para organização das embalagens primárias dos medicamentos conforme as orientações contidas na tabela de horários.

As propostas dos componentes do modelo visual da Receita Simples foram progressivamente ajustadas desde o início do uso da ferramenta. Tanto o componente escrito quanto os recursos físicos para organização dos medicamentos utilizados em domicílio foram ajustados de acordo com sugestões de colaboradores diretos (estudantes de medicina e residentes farmacêuticos) e dos próprios usuários, bem como por meio de pareceres e avaliações de trabalhos científicos apresentados ao longo desse processo.

Em relação ao modelo escrito, as principais evoluções foram em relação ao número de linhas e colunas da tabela de horário de medicamentos, tamanho das letras e dos espaços para anotações, além das cores e pictogramas utilizados para representar cada período do dia.

Inicialmente, os medicamentos eram agrupados em 3 períodos do dia – manhã, tarde e noite. Essa disposição ocupava metade de uma folha A4 na horizontal (formato paisagem) e ao lado do nome de cada medicamento era fixado o comprimido ou a cápsula para facilitar a identificação visual do medicamento. Na outra metade da folha A4 colocava-se o modelo convencional de receituário contendo os nomes dos medicamentos e as respectivas posologias por extenso (Figura 1a).

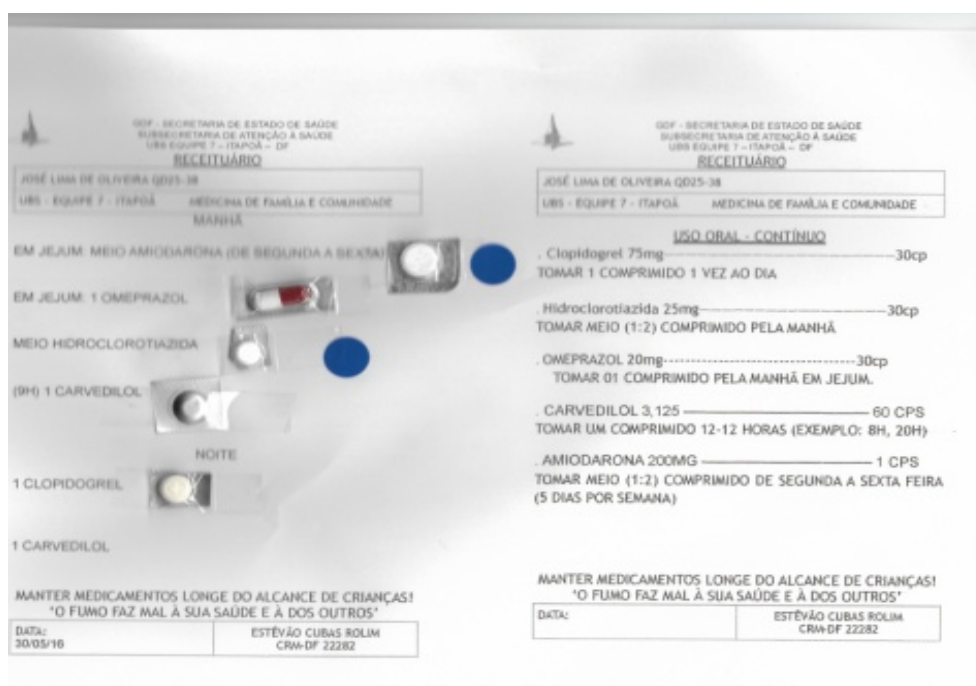


Figura 1a. Modelo Visual de Receituário (Receita Simples), versão desenvolvida para uso de

uma Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal, 2016.

Na primeira versão de 2016, disponibilizou-se espaço para que o próprio usuário ou cuidador pudesse descrever possíveis efeitos adversos ao tratamento medicamentoso prescrito, no entanto, os usuários não aderiram a essa estratégia e o espaço foi retirado para permitir outras adaptações sugeridas pelos colaboradores.








Em nova versão do modelo visual, a tabela de horário de medicamentos teve tamanho ajustado para posição vertical, ocupando a totalidade da folha A4. O horário de administração dos medicamentos passou a ser organizado levando em consideração as refeições principais (café da manhã, almoço e jantar), com presença também de períodos de intervalo entre as refeições. Passou-se a utilizar etiquetas coloridas para sinalizar os horários dos medicamentos, que eram afixadas nas embalagens primárias dos medicamentos conforme distribuições das cores na tabela de horários (Figura 1b).



Figura 1b. Modelo Visual de Receituário (Receita Simples), versão desenvolvida para uso de uma Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal.

Como aprimoramento visual e simplificação da tabela de horários, agrupou-se os medicamentos em dois horários distintos, dia e noite, representados pelos pictogramas sol e lua, respectivamente. No grupo dia, trabalhou-se com as subdivisões em café da manhã e almoço, enquanto no grupo noite, dividiu-se em antes e após o jantar (Figura 1c).

UF - ASSOCIAÇÃO DE DOUTORES DO BAIXO CARIÓTIPO DA CIDADE DE SÃO PAULO - ASSOCIADO 7 - (084) - 07
SIMPLES SOLANGE FRUTUOSO DA SILVA QD23-45 DATA: 13-9-16

	1 OMEPRAZOL 20 (NÃO FAZER USO CONTÍNUO)	
	 Café da Manhã	
	1 ENALAPRIL 20	
	2 FLUOXETINA 20	
	 Almoço	
	1 AAS 100	
1 FLUOXETINA 20		
	1 ENALAPRIL 20	
	 Janta	
	1 HALOPERIDOL 1	
	1 SINVASTATINA 20	

Anderson Farias Nogueira Jr. - Farmacêutico CRP - 07-8033
ESTEVÃO CUBAS ROLIM - MÉDICO CRM-DF 22392
UBS ITAPOÁ - EQUIPE 7

MEDICAÇÕES S.O.S (SE NECESSÁRIAS)

Figura 1c. Modelo Visual de Receituário (Receita Simples), versão desenvolvida para uso de uma Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal.

Associado ao desenvolvimento do componente escrito do modelo de receituário, foram testadas diferentes estratégias para organização dos medicamentos em ambiente domiciliar que assegurassem o uso destes conforme posologia indicada na tabela de horários.

Tentativas iniciais de estabelecimento de paralelo visual entre a tabela de horários e a organização dos medicamentos incluíram etiquetas e fitas adesivas coloridas. No entanto, essa estratégia foi considerada dispendiosa em tempo e em recursos financeiros. De fato, constatou-se a necessidade de muito tempo para proceder à colagem de adesivos em cada cartela de medicamentos, especialmente se considerada a escassez de recursos humanos na APS e a grande pressão assistencial em áreas vulneráveis. Além disso, o uso de adesivos e fitas coloridas trouxe custos com insumos desproporcionalmente elevados para cobertura de toda a população potencialmente beneficiada. Tais dificuldades eram agravadas pelo fato de que os adesivos e fitas coloridas não se mantinham fixados duradouramente ao material das cartelas de medicamentos.

Tentou-se criar um banco de imagens escaneadas com as embalagens primárias dos medicamentos disponibilizados pela SES/DF para que pudessem ser incluídas na tabela de horário de medicamentos (Figura 1b). Embora houvesse potencial benefício nessa estratégia, uma vez que o usuário teria acesso a imagem das embalagens dos medicamentos, algumas limitações significativas inviabilizaram seu uso, como: imagens escaneadas em preto e branco e exibidas com baixa qualidade de resolução devido aos espaços limitados para inclusão na tabela de horários; além de alterações frequentes das embalagens primárias de medicamentos devido mudanças de fornecedores e conseqüentemente de fabricantes devido ao processo de aquisição de medicamentos no serviço público ser realizado por meio de licitação.

Outras tentativas de indicação da posologia foram progressivamente testadas no cotidiano do serviço, tais como organização dos comprimidos ou cápsulas em caixas de ovos ou sacos plásticos (sacolas de “dindin”). Essas tentativas apresentaram dificuldades semelhantes de sustentabilidade do processo devido ao tempo demasiadamente extenso para execução da organização dos medicamentos e limitação da força de trabalho disponível, além de custo financeiro desafiador.

Para organização dos medicamentos em caixas de ovos ou em sacos plásticos, optou-se por manter os comprimidos nas embalagens primárias e proceder ao fracionamento dos medicamentos, recortando os blisteres conforme a dose diária prescrita e organizando os comprimidos nos 30 espaços disponíveis nas caixas de ovos ou em sacos plásticos, assegurando o período de 1 mês de uso contínuo dos medicamentos. Contudo, o tempo para recorte das cartelas e blisteres para preservar a integridade dos comprimidos foi desproporcionalmente elevado, além da perda de informações contidas nas embalagens necessárias para segurança do usuário, como princípio ativo, concentração, data de validade e lote de fabricação. Para evitar essa situação, as informações eram acrescentadas manualmente durante organização dos comprimidos.

Uma das possibilidades pensadas para organização das cartelas foi agrupá-las por período do dia, de forma semelhante a um molho de chaves, presas por presilhas plásticas ou fitas. Embora tivesse vantagens importantes em relação aos modelos anteriores, essa estratégia dificultava a dinâmica de reposição dos medicamentos, já que cartelas diferentes continham números diferentes de comprimidos.

A estratégia com melhor desempenho no cotidiano do serviço foi o uso de ligas elásticas coloridas, as mesmas usadas para envolver produtos alimentícios como pamonhas. Foram padronizadas ligas de cor verde, vermelha e azul para corresponder aos três períodos

do dia, segundo as principais refeições (café da manhã, almoço e jantar). Na tabela de horários dos medicamentos, optou-se por desenhar círculos e pintá-los com canetas coloridas ou giz de cera utilizando as mesmas cores padronizadas para as ligas (Figura 1d).



Figura 1d. Modelo Visual de Receituário (Receita Simples), versão desenvolvida para uso de uma Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal.

Nas situações em que os medicamentos não deviam ser ingeridos com alimentos associou-se uma liga de cor branca a uma das três cores já utilizadas, por exemplo: para medicamentos administrados em jejum padronizou-se uma liga de cor branca associada a um liga de cor verde, utilizada para sinalizar o horário do café da manhã.

As ligas elásticas coloridas tinham ampla disponibilidade em estabelecimentos comerciais próximos ao serviço de saúde, sendo vendidas em sacolas com centenas de unidades e com excelente relação custo-benefício frente a tentativas prévias. Além da sustentabilidade de recursos financeiros, observou-se também redução do tempo de preparo das informações, uma vez que se mantinham as cartelas íntegras, sem necessidade de fracionamento. Por fim, o uso das ligas permitiu a organização e indicação da posologia de forma duradoura, isto é, sem risco de perda das informações como no caso das etiquetas adesivas coloridas que despregavam das cartelas com o passar do tempo.

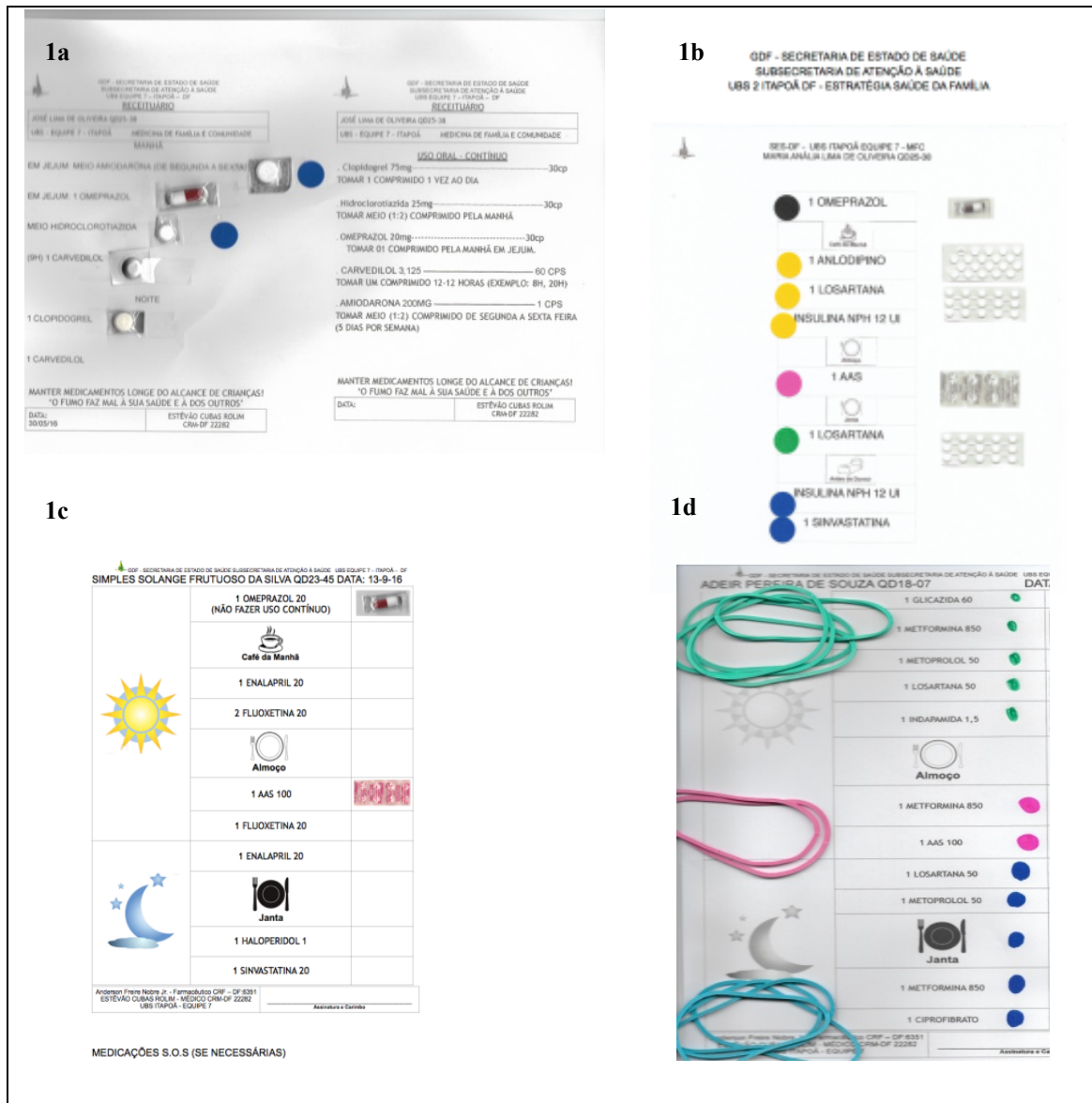


Figura 1. Diferentes Modelos Visuais de Receituário (Receita Simples), desenvolvidos para uso de uma Equipe de Saúde da Família, no Distrito Federal, entre 2016 a 2018.

No segundo semestre de 2018, tendo definido o emprego das ligas elásticas como estratégia para organização dos medicamentos segundo a posologia prescrita, retomou-se o aprimoramento da tabela de horários como modelo visual de receituário associado ao uso de ligas elásticas coloridas. Desta forma, foram feitos mais alguns ajustes no formato da tabela para otimização dos espaços de anotação das informações sobre os medicamentos e suas posologias, bem como ampliou-se o uso de pictogramas como indicadores do período do dia. Também se optou por utilizar um retângulo pintado de verde, vermelho ou azul para associação as ligas elásticas no lugar dos círculos. A figura 2 trás o modelo da tabela de horários que foi submetido a primeira etapa de validação pelos especialistas. Na figura 3 é possível observar a organização das embalagens primárias com emprego das ligas elásticas coloridas.



GDF - SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
SUBSECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
UBS2 UBS3 ITAPOÃ
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITA SIMPLES – VERSÃO RODADA 1

PACIENTE:

DATA:












PERÍODO DO DIA	MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO HORÁRIO	QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS	COR DA LIGA
 Ao despertar - Jejum	LEVOTIROXINA 50 7H	1 comp. - O	
 Café da manhã	LOSARTANA 50 8H METFORMINA 850 8H	1 comp. - O 1 comp. - O	
 Almoço	AAS 100 13H	1 comp. - O	
 Tarde			
 Jantar	LOSARTANA 50 20H METFORMINA 850 20H	1 comp. - O 1 comp. - O	
 Ao deitar - jejum	SINVASTATINA 20 22H	2 comps. - O O	

Figura 2. Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Tabela de horários dos medicamentos de uso contínuo submetida à primeira rodada de validação pela Técnica Delphi.

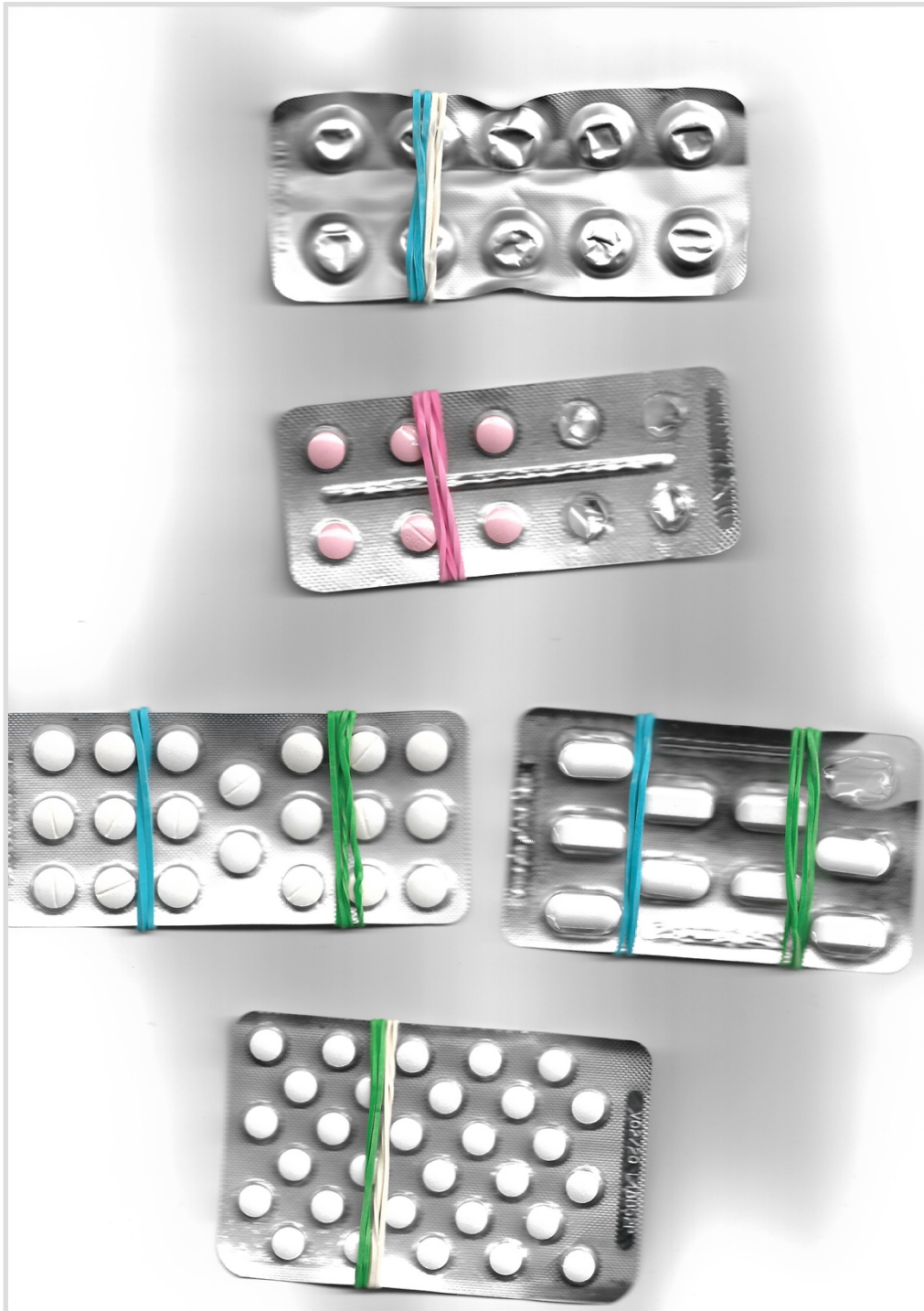


Figura 3. Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Organização das cartelas dos medicamentos de uso contínuo com ligas elásticas coloridas conforme horário de administração

6.2. 2ª Etapa: Validação do Modelo Visual de Receituário – Receita Simples

6.2.1. Descrição do perfil dos especialistas

Na primeira rodada, 45 profissionais de saúde responderam ao questionário de validação enviado eletronicamente para médicos, enfermeiros e farmacêuticos de UBS do DF, sendo que 3 (6,6%) deles não estavam atuando na APS e, portanto, foram excluídos do estudo. Na segunda rodada, 21 profissionais responderam ao questionário, ocasionando uma taxa de retorno de 50% da primeira para segunda rodada. As características dos especialistas estão descritas na Tabela 1.

Como observado, a maioria dos especialistas era composta de jovens (< 39 anos de idade), do sexo feminino, com menos de 15 anos de formados e conseqüentemente, menos de 15 anos de atuação profissional. Mais de dois terços dos profissionais concluíram suas graduações em instituições de ensino superior públicas. Entre os participantes da primeira rodada foram contabilizadas 48 titulações em pós-graduações, entre *lato* e *strictu sensu*, sendo a área de Saúde da Família a mais prevalente (n = 20; 41,6%). Catorze médicos (87,5%) relataram ter especialização em Medicina de Família Comunidade e 6 enfermeiros (42,9%) em Enfermagem na Saúde da Família. Oito farmacêuticos (66,7%) relataram pós-graduação em Farmácia clínica, a segunda área mais frequente neste estudo (n = 8; 16,6%). As outras áreas incluíram Gestão do Trabalho, Gestão da Assistência Farmacêutica, Educação em Saúde, Enfermagem Neonatal, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde Mental, Infectologia, Pediatria e Coordenação Médica.

Entre os 42 especialistas, 30 realizam atividades assistenciais (71,4%), sendo a maioria somente em instituições públicas (n = 26; 86,7%). Apesar da grande participação em atividades assistências, mais da metade do grupo (59,5%) revelou nunca ter feito alguma disciplina sobre Segurança do Paciente.

Um número pequeno de especialistas declarou participação em atividades de ensino, pesquisa e extensão, incluindo preceptorias.

Tabela 1. Caracterização dos especialistas que participaram da Rodada 1 (n = 42) e Rodada 2 (n = 21) de validação *Delphi* do modelo visual de receituário (Receita Simples), entre novembro e dezembro de 2018

Variáveis	Rodada 1	Rodada 2
	N (%)	N (%)
Sexo		
Feminino	25 (59,5%)	12 (57,1%)
Masculino	17 (40,5%)	9 (42,8%)
Idade		
20 a 29 anos	2 (4,8%)	1 (4,8%)
30 a 39 anos	29 (69%)	15 (71,4%)
40 a 49 anos	10 (23,8%)	4 (19%)
50 a 59 anos	1 (2,4%)	1 (4,8%)
Categoria profissional		
Enfermeiros	14 (33,3%)	6 (28,5%)
Farmacêuticos	12 (28,6%)	5 (23,8%)
Médicos	16 (38,1%)	10 (47,6%)
Tempo de formação profissional		
Menos de 5 anos	1 (2,4%)	1 (4,8%)

Tabela 1. Caracterização dos especialistas que participaram da Rodada 1 (n = 42) e Rodada 2 (n = 21) de validação *Delphi* do modelo visual de receituário (Receita Simples), entre novembro e dezembro de 2018 (Continuação)

5 a 15 anos	32 (76,2%)	17 (81%)
Mais de 15 anos	9 (21,4%)	3 (14,3%)
Natureza da IES* formadora		
Pública	32 (76,2%)	16 (76,1%)
Privada	10 (23,8%)	5 (23,8%)
Cursos de pós-graduação		
<i>Lato sensu</i> (especializações)	31 (73,8%)	10 (43,5%)
<i>Stricto sensu</i> (mestrado)	6 (14,3%)	1 (4,3%)
<i>Stricto sensu</i> (doutorado)	1 (2,4%)	3 (13%)
Nenhum	4 (9,5%)	-
Tempo de atuação clínica		
Menos de 5 anos	8 (19,0%)	7 (33%)
5 a 10 anos	15 (35,7%)	6 (28,5%)
11 a 15 anos	12 (28,6%)	5 (23,8%)
Mais de 15 anos	2 (4,8%)	1 (4,7%)
Atividades na APS		

Atividades assistenciais	30 (71,4%)	16 (76,2%)
--------------------------	------------	------------

Tabela 1. Caracterização dos especialistas que participaram da Rodada 1 (n = 42) e Rodada 2 (n = 21) de validação *Delphi* do modelo visual de receituário (Receita Simples), entre novembro e dezembro de 2018 (Continuação)

Atividades administrativas	24 (57,1%)	10 (47,6%)
----------------------------	------------	------------

Carga horária semanal na APS

Dedicação Exclusiva (DE)	6 (14,3%)	2 (9,5%)
< 20 horas	8 (19%)	3 (14,3%)
20 a 39 horas	6 (14,2%)	2 (9,5%)
40 horas	12 (28,6%)	10 (47,6%)

Outras atividades profissionais

Docência	7 (16,7%)	5 (23,8%)
Pesquisa	6 (14,3%)	3 (14,3%)
Preceptoria	7 (16,7%)	4 (19%)
Extensão	3 (7,1%)	1 (4,8%)
Atenção Secundária ou Terciária	6 (14,2%)	5 (23,8%)

Realização de disciplina sobre Segurança do Paciente

Sim	17 (40,5%)	8 (38,1%)
Não	25 (59,5%)	13 (61,9%)

*IES: Instituição Ensino Superior

6.2.2. Validação – Primeira e segunda rodadas Delphi

As informações do formulário *online* foram agrupadas segundo cada elemento da tabela de horário de medicamentos e da estratégia de organização dos medicamentos com uso das ligas elásticas coloridas, com destaque para clareza das informações, pertinência das informações (quão fidedignas estavam em relação ao receituário convencional), e se o formato da proposta permitia a sua execução no serviço considerando os materiais e o tempo necessários.

As respostas aos 32 itens da Rodada 1 foram tabuladas para cálculo de coeficiente de alfa de Cronbach, sendo o valor de alfa igual a 0,9812. Na rodada 2, as respostas aos 36 itens foram igualmente tabuladas, com alfa de 0,9876.

Na primeira rodada foram avaliados 32 itens, sendo que 29 destes obtiveram IVC igual ou maior que 0,8 (Figura 4). No entanto, como foram realizadas argumentações ou sugestões para todos os itens de forma descritiva nos campos abertos, buscou-se realizar os ajustes necessários em cada item segundo as observações dos especialistas obtidas na primeira rodada. Desta forma, foi elaborado um novo instrumento, com acréscimo de 4 itens por sugestão dos especialistas, totalizando 36 itens (Figura 4). Ademais, mesmos os itens que obtiveram IVC igual ou maior que 0,8 na primeira rodada, foram reformulados e apresentados para validação na segunda rodada do método *Delphi*.

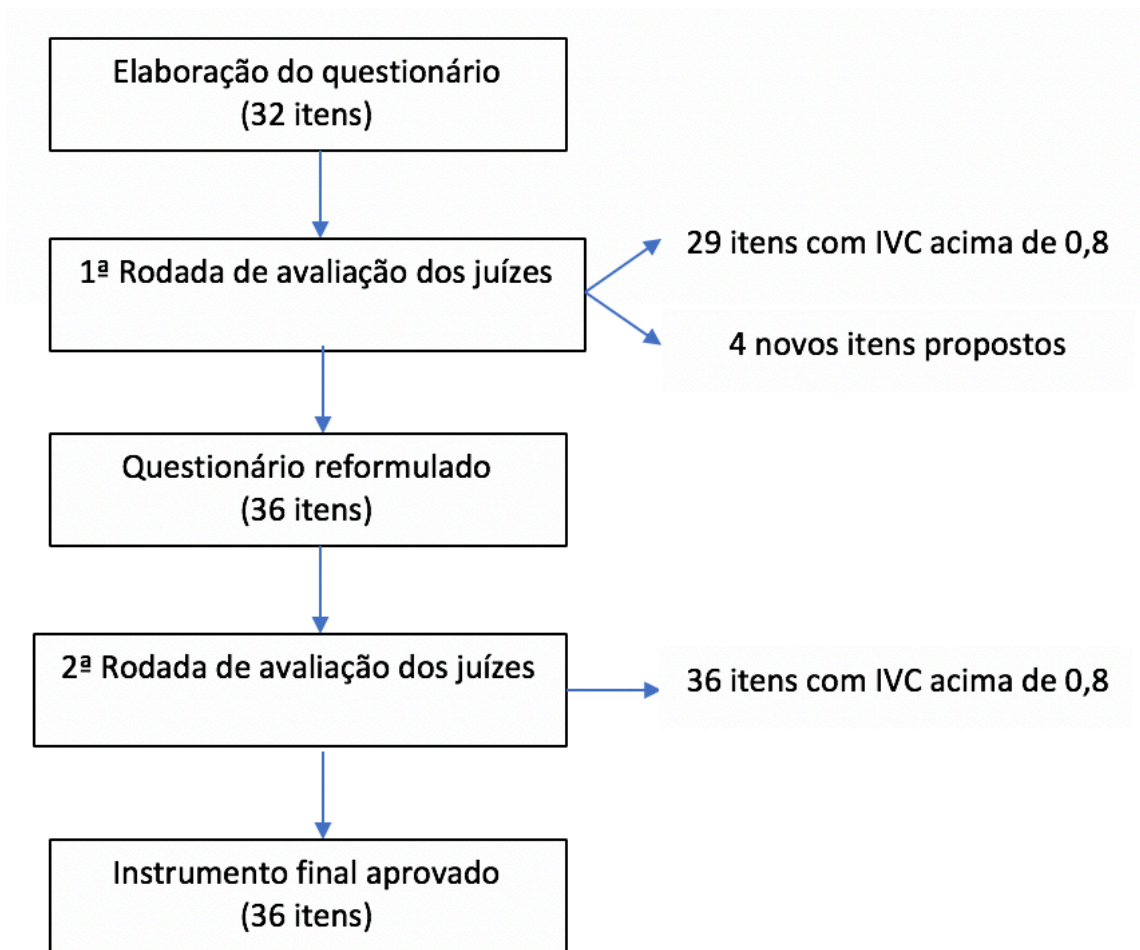


Figura 4: Fluxograma das etapas de elaboração e validação do instrumento Modelo Visual de Receituário (Receita Simples), pelo método *Delphi*.

Na primeira parte do instrumento, referente a tabela de horários dos medicamentos, avaliou-se 7 componentes, totalizando 28 itens. Os dois primeiros componentes da tabela de horários foram: cabeçalhos de identificação da instituição e do usuário. Todos os itens desses dois componentes obtiveram índice maior que 0,8 na primeira rodada (Tabela 2). Mas devido as considerações dos especialistas, foram realizadas as seguintes adaptações no cabeçalho da Instituição: (1) atualização da indicação de organograma institucional: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Superintendência de Saúde da Região Leste; (2) acréscimo de espaço sublinhado para indicação da UBS responsável e de espaço sublinhado para indicação de telefone de contato da UBS responsável. Ainda foram feitas as seguintes alterações no cabeçalho de identificação do usuário: (1) aumento do espaço disponível para nome completo;

(2) acréscimo de espaço sublinhado para Número da Secretaria de Estado de Saúde - SES ou Cartão Nacional de Saúde – CNS, além de espaço sublinhado para data de nascimento. As mudanças foram submetidas a validação e a versão final obteve IVC maior que 0,8 em todas os tópicos.

Em relação às colunas período do dia, Medicamento Concentração Horário e Quantidade de comprimidos, todos os itens obtiveram IVC maior que 0,8 na primeira rodada. A partir dos comentários, houve ajuste do tamanho das figuras para a segunda rodada, acréscimo de nova coluna separando “Horário” de “Medicamento Concentração” e acrescentadas orientações de posologia, além de troca da denominação da coluna de “Medicamento Concentração” para “Princípio Ativo Concentração”. Mudanças foram submetidas a validação e versão final obteve IVC maior que 0,8 em todas os tópicos.

A coluna Símbolos teve 1 item com IVC menor que 0,8, em relação à clareza do símbolo para comprimido inteiro e meio comprimido. Foram acrescentadas orientações para pintar a esfera para comprimido inteiro e pintar metade da esfera para metade do comprimido. Na rodada 2, a coluna foi validada com todos os itens acima de 0,8, incluindo o tópico de clareza.

A coluna cor da liga teve 2 itens com IVC menor que 0,8 na primeira rodada, referentes à viabilidade de tempo e de material para execução do modelo. A partir de comentários gerais, foram realizados ajustes de aumento de letra e tamanho da coluna. Na rodada 2, a coluna foi validada com todos os itens acima de 0,8, incluindo os tópicos de sustentabilidade de tempo e de material.

Em relação ao uso das ligas elásticas coloridas, todos os itens obtiveram IVC maior que 0,8 na primeira rodada.

Todos os itens de todas as categorias receberam IVC acima de 0,8 na rodada 2, sendo a versão apresentada na Figura 5 validada pelos profissionais de saúde da APS do Distrito Federal

Tabela 2. Índice de Validação de Conteúdo (IVC) das rodadas do método *Delphi* para cada afirmação do questionário em relação à concordância total.

Variáveis	Rodada 1 IVC	Rodada 2 IVC
1. TABELA DE HORÁRIOS DOS MEDICAMENTOS		
1.1 CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO		
Clareza	0,88	0,95
Pertinência	0,86	0,95
Viabilidade de tempo	0,83	0,95
Viabilidade de material	0,88	0,95
1.2 CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO		
Clareza	0,83	0,95
Pertinência	0,86	0,95
Viabilidade de tempo	0,83	0,95
Viabilidade de material	0,88	0,95
1.3 COLUNA - PERÍODO DO DIA		
Clareza	0,88	0,95
Pertinência	0,90	0,95
Viabilidade de tempo	0,90	0,95
Viabilidade de material	0,88	0,95
1.4 COLUNA - HORÁRIO		
Clareza	-	0,95
Pertinência	-	0,95
Viabilidade de tempo	-	0,90
Viabilidade de material	-	0,95

Tabela 2. Índice de Validação de Conteúdo (IVC) das rodadas do método *Delphi* para cada afirmação do questionário em relação à concordância total.

1.5 COLUNA - PRINCÍPIO ATIVO E CONCENTRAÇÃO		
Clareza	0,83	0,95
Pertinência	0,88	0,95
Viabilidade de tempo	0,88	0,95
Viabilidade de material	0,88	0,95
1.6 COLUNA - QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS		
Clareza	0,86	0,95
Pertinência	0,90	0,95
Viabilidade de tempo	0,90	0,95
Viabilidade de material	0,88	0,95
1.7 SÍMBOLOS PARA QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS		
Clareza	0,67	0,95
Pertinência	0,83	0,95
Viabilidade de tempo	0,86	0,95
Viabilidade de material	0,83	0,95
2. ESTRATÉGIA PARA ORGANIZAÇÃO DOS MEDICAMENTOS		
2.1 LIGA ELÁSTICA		
Clareza	0,86	0,85
Pertinência	0,88	0,85
Viabilidade de tempo	0,79	0,85
Viabilidade de material	0,71	0,80
2.2 COR DA LIGA ELÁSTICA		
Clareza	0,81	0,85
Pertinência	0,81	0,85
Viabilidade de tempo	0,76	0,85



Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Superintendência de Saúde Da Região _____

Receita Simples

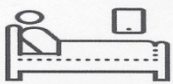









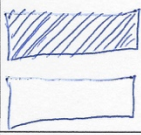
UBS: _____

Telefone UBS: _____

PACIENTE: _____

SES-CNS _____ DATA DE NASCIMENTO _____

DATA (Tabela):

PERÍODO DO DIA	HORÁRIO	PRINCÍPIO ATIVO CONCENTRAÇÃO	QUANTIDADE	COR DA LIGA
 Ao despertar – Jejum	7h	LEVOTIROXINA 50mg	1 comp. - ●	
 Café da manhã	8h	LOSARTANA 50mg METFORMINA 850mg	1 comp. - ● 1 comp. - ●	
 Almoço	12h	AAS 100	1 comp. - ●	
 Lanche da tarde				
 Jantar	20h	LOSARTANA 50mg METFORMINA 850mg	1 comp. - ● 1 comp. - ●	
 Ao deitar - jejum	22h	SINVASTATINA 20mg	2 comps. - ●●	

ESTÊVÃO CUBAS ROLIM

UBS2 UBS3 ITAPOÃ DF

30. novembro 2018

Figura 5: Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Tabela de horários dos medicamentos de uso contínuo submetida à segunda rodada de validação pelo método de *Delphi*.

Cabe ressaltar que na Rodada 1 houve 168 comentários, que após leitura, sistematização e análise foram categorizados em dois grupos: (1) forma e conteúdo da Receita Simples; e (2) viabilidade da implementação da Receita Simples no serviço (fluxo de uso em serviço, profissionais envolvidos e mecanismos de obtenção do material).

Dentro do possível, as considerações sobre forma e conteúdo foram atendidas e incorporadas à versão final, com todos itens obtendo IVC superior a 0,8 na segunda rodada de validação.

Nos comentários sobre viabilidade de implementação da Receita Simples, os especialistas pontuaram algumas limitações do serviço público, como escassez de recursos (falta de disponibilidade de impressoras e tonners - 16 comentários), receio de profissional ter que arcar pessoalmente com custos em caso de desabastecimento institucional (15 comentários), preocupações com uso de ligas elásticas coloridas devido ausência de fluxo de aquisição desse material e risco de perda (14 comentários) e tempo escasso para execução do processo e orientação do usuário (13 comentários).

Além das sugestões de adaptação, houve um número expressivo de comentários de elogio e estímulo em total de 28. Entre esses estavam inclusos palavras ou frases curtas de estímulo (12 comentários), tais como “ótimo”, “perfeito”, “bom”, “ótima iniciativa” e “muito boa proposta”, bem como frases mais longas (16 comentários). Destas, exemplos incluem:

“Ainda sentimos dificuldades do usuário, principalmente os analfabetos, idosos e também devido a similaridade de medicamentos do mesmo fabricante (metformina e ibuprofeno), na tomada de medicações. A diagramação permite minimizar as dificuldades destes. Gostei muito da proposta.”

“Parabéns pela iniciativa e disposição na tentativa de padronizar a receita pois algo que irá contribuir tanto na rotina e adesão ao tratamento já deveria ter sido institucionalizado.”

Na segunda rodada, embora em quantitativo bem menor ($n = 21$), as argumentações mantiveram-se na mesma vertente observada na rodada anterior, sobretudo aquelas relacionadas as limitações de recursos financeiros, estruturais e humanos para viabilizar a implementação do modelo visual de receituário na APS. Pela ausência de sugestões novas de

adaptações de conteúdo ou forma, não foram efetuadas modificações com base nos comentários da rodada 2.

Houve reforço de recomendações para o preparo de uso institucional do material, tanto para obtenção de insumos quanto para incorporação em sistemas de prontuário eletrônico - notadamente o prontuário Eletrônico - Sistema Único de Saúde - Atenção Básica E-SUS-AB.

Outros comentários de destaque envolveram necessidade de reforço de orientação e precaução pela possível curiosidade de crianças frente ao uso de ligas elásticas coloridas.

Por fim, foram marcantes ainda as indicações de avaliação junto a população-alvo da aceitação e dos impactos sociais, econômicos e clínicos do modelo proposto.

7. DISCUSSÃO

Este estudo descreve a elaboração e validação do modelo visual facilitado de receituário - Receita Simples. É destaque a importância de tecnologias que fortaleçam a capacidade de cuidado e autocuidado, em especial para DCNTs. Especialmente, usuários de risco aumentado para erro medicamentoso têm potencial de maior benefício, em consonância com o princípio de oferta dos serviços de saúde guiada de acordo com as necessidades da população (VILAÇA, 2012).

A evolução dos componentes da Receita Simples permitiu ganho progressivo de clareza e organização na indicação dos horários e princípios ativos. Tais ajustes permitiram direcionar esforços para evitar erros medicamentosos mais comuns, entre os quais o erro de prescrição ganha destaque (SILVA, 2004).

Dificuldades de tempo e recursos humanos escassos foram impactantes tanto para o componente escrito da tabela de horário de medicamentos quanto para os diversos métodos possíveis para organização domiciliar. Nesse cenário, o uso das ligas elásticas coloridas vinculando a cada período do dia terminou por ser o de maior aceitação no serviço, apresentando ainda potencial de capacitação de cuidadores e agentes comunitários de saúde, associado ao baixo custo das ligas elásticas. Esse cenário de dificuldades estruturas ocorre em diversas regiões do Brasil (DANASCENO, 2018), e em especial a viabilidade do tempo se mostra desafiadora para incorporação de novas tecnologias (CUCOLO, 2015).

Ainda em relação ao desenvolvimento da Receita Simples, a ênfase dada ao aspecto visual foi estratégica no serviço frente às necessidades percebidas da população assistida. No intuito de aumentar a eficiência da comunicação, tais auxílios visuais podem ser valiosos (SORFLEET, 2009), sendo necessária atenção especial em relação à compreensão dos símbolos visuais utilizados, particularmente para idosos (BARROS, 2014).

Chama a atenção que o paralelo de períodos de administração dos medicamentos com as principais refeições apresenta ainda outras oportunidades terapêuticas além das relacionadas à farmacoterapia. As próprias refeições devem também ser alvo de investimento terapêutico e de educação em saúde, inclusive com explicações sobre índice glicêmico dos alimentos e reforço dos impactos positivos da perda de peso. Orientações nutricionais específicas com menor quantidade de carboidratos contribuem ainda para perfil lipídico potencialmente mais adequado (SANTOS, 2012; ANDERSON, 2004; BUENO, 2013;

NORDMANN, 2006).

Os resultados de validação com concordância em todos os itens com IVC acima de 0,8 demonstram a validade de conteúdo para a Receita Simples por parte de profissionais de saúde (POLIT 2007). O uso de painel de especialistas está entre os métodos normalmente utilizados para esse tipo de validação, especialmente em relação a clareza e adequação de conceitos (FERREIRA, 1998).

A consistência interna para cada teste aplicado foi superior a 0,98 em cada rodada, indicando adequada precisão na medida das respostas dos avaliadores. Dessa forma, a precisão obtida nas rodadas de avaliação permite estimar baixo grau de erro, tanto para mesmos sujeitos respondendo em ocasiões diferentes quanto para os mesmos sujeitos em ocasião idêntica (PASQUALI, 2009). Vale lembrar que a medição indica o grau de liberdade do instrumento como isenção de erro aleatório (FERREIRA, 1998), sendo o valor próximo de 1 indicador de adequada consistência.

Do total de avaliadores da Rodada 1 houve perda numérica para a Rodada 2, embora o perfil dos especialistas tenha sido mantido. Em relação à graduação houve equilíbrio de aproximadamente um terço para cada grupo profissional, com predomínio discreto de médicos. Embora a proporção de profissionais de medicina e enfermagem no SUS seja maior que a dos de farmácia (BRASIL, 2018; TOMASI, 2008), é clara a pertinência do envolvimento das 3 áreas na validação, envolvidas tanto no atendimento clínico quanto na dispensação. De toda forma, a maior presença de profissionais da Medicina entre os especialistas está de acordo com o fato de o contingente médico no país ser o mais numeroso dentre os profissionais de saúde (WERMELINGER, 2010).

Em relação a instituição formadora, houve nítido predomínio de instituições públicas de graduação (80%). É interessante notar o papel de instituições públicas na formação da força de trabalho do sistema público de saúde, em consonância com o princípio constitucional do art. 200, III da Carta Magna, que traz o SUS como “ordenador da formação de recursos humanos em saúde”. (BRASIL, 1988). Nesse sentido, a APS é cenário privilegiado para exercer papel condutor nas práticas de formação profissional e de práticas de saúde, atendendo o interesse público em formação acadêmico-científica, ética e humanística (MACHADO, 2007). Essa tendência é fortalecida por marcos como as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (CUCOLO, 2015).

Houve paralelo entre as mais prevalentes faixas de idade (30 a 39 anos) e de tempo desde graduação (5 a 15 anos), ambas categorias com mais de 2 terços dos especialistas. Esse período de tempo está alinhado com o tempo de atuação em assistência clínica: o maior grupo foi de tempo de 5 a 10 anos de prática, guardando relação com grupos similares em perfil de graduação e prática profissional no Brasil (SCHEFFER, 2018). Esse perfil etário se repete em outras regiões do país, com maior parte da força de trabalho na faixa de 31 a 45 anos e com vinculação a APS há mais de 2 anos (TOMASI, 2008). É interessante notar que há descrição de trabalhadores na ESF serem em média mais jovens que os da APS de modelo tradicional, que no DF foram unificadas e padronizadas como ESF em 2017 (GDF, 2017A).

Quanto ao gênero, a maior parcela eram juízas, mantendo paralelo com a maior presença do sexo feminino nos cursos de graduação na saúde e na prática profissional APS, compatível com os fenômenos de juvenescimento e feminização da força de trabalho em saúde (WERMELINGER, 2010; IBGE, 2010). As mulheres são a maior parte da força de trabalho em Farmácia e Enfermagem e também para as gerações mais recentes em Medicina (SCHEFFER, 2018), em cenário bem estabelecido de feminização da força de trabalho em saúde das últimas décadas, sendo o maior contingente na APS (TOMASI, 2008).

A média de especializações por profissional foi superior a de outras regiões do país, embora a frequência de formação específica para atenção básica também tenha sido próxima de 1 terço (TOMASI, 2008).

Chama atenção que a existência de especialistas com mais de 1 título levou à quantidade de títulos ser maior que o número de especialistas. A principal área de capacitação foi de Saúde da Família, tanto para médicos quanto para enfermeiros. Chama atenção que o segundo principal grupo de capacitação foi em “outros”, com cursos tão diversos quanto enfermagem neonatal e coordenação médica. Essa gama de especialidades não relacionadas a APS pode ter sido influenciada pelo modelo 100% ESF no DF ter vindo da conversão de profissionais atuantes na APS mas de outras especializadas focais, pela Portaria 78 (GDF, 2017B). Tal diversidade de cursos para profissionais atuantes na APS possivelmente ofereceu maior leque de visões para validação da Receita Simples, potencialmente enriquecendo e qualificando diferentes pontos de vista de cada juiz na pontuação e nos comentários.

Mais de 10% dos especialistas também trabalhavam em atenção secundária ou terciária além de trabalhar na APS. Esse perfil tem o potencial de favorecer o futuro uso da Receita Simples também em cenário ambulatorial e hospitalar, em especial às especialidades de cardiologia, endocrinologia e geriatria. Tal perfil da APS como ordenadora do cuidado está

de acordo com o funcionamento do SUS em redes de Saúde (VILAÇA, 2012). Nesse sentido, o protagonismo da ferramenta na APS com uso conjunto em outros níveis de atenção vai ao encontro da proposta da Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS-OMS de sistema de saúde baseado na APS maximizando equidade e solidariedade (OMS, 2008).

A perspectiva de ampliação do uso da Receita Simples em diferentes níveis de atenção da rede de saúde vai além fortalecimento da coordenação de cuidado, potencialmente impactando a reflexão sobre valores sociais e determinantes fundamentais de saúde, especialmente para usuários de risco clínico e social aumentados. Assim, a abordagem pela APS vai além das evidências técnicas restritas relacionados a DCNTs: passa a englobar não só um aumento de participação do usuário e da rede de apoio no tratamento, mas também a justiça social (OMS, 2008).

Uma parcela dos especialistas estava na APS mas fora de atendimento clínico, como no caso de gerentes. Dos que estavam em atendimento clínico, a maior parcela tinha vínculo de 40h semanais, com presença significativa de concomitância de atividades administrativas. A maior quantidade numérica do grupo de 40h semanais pode estar relacionada à padronização da APS como ESF no DF (GDF, 2017A). Entre os profissionais que atuam na ESF, o contrato de trabalho de 40h em outras regiões do país também é o principal para contratação (TOMASI, 2008).

A avaliação de especialistas eminentemente envolvidos em atividades administrativas também tem o potencial de acrescentar valor na validação do modelo, tanto na pontuação quanto nos comentários, com reforço da importância do papel administrativo também na revisão da PNAB (ALMEIDA, 2018).

O envolvimento de parcela significativa de especialistas com atividades de ensino, pesquisa ou extensão sugere novamente alinhamento com os marcos supracitados: Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (CUCOLO, 2015). Nesse sentido, a presença de eixos de promoção da saúde, político-econômico, ético-cultural e simbólico-tecnológico fortalece o potencial da validação, embora a maior parte dos especialistas nunca tivesse participado de disciplinas específicas para segurança do usuário (KUSSAKAWA, 2017).

32 itens foram submetidos à Rodada 1 de validação, com 8 questões compostas dos 4

itens padrão avaliando clareza, pertinência, viabilidade de tempo e de material. Do total, 5 itens (16,5%) obtiveram IVC menor que 0,8.

Especialmente, a coluna 5 (“Símbolos”) teve 1 item (Clareza) abaixo de 0,8 na Rodada 1, sendo feito ajuste de símbolo de comprimido inteiro saindo de círculo vazio (O) ou meio-círculo vazio (D) para 1 círculo preenchido e meio comprimido para meio círculo preenchido. Embora com frequência pequena, a divisão de comprimidos ocorre na prática em situações diversas, e orientação específica estar disponível no modelo de prescrição é de importância clínica (CONTI, 2007).

Após os comentários da Rodada 1 e ajustes de clareza e pertinência, todos os itens obtiveram IVC maior que 0,8. O perfil de votação dos ajustes pontuais realizados aproximou todos os indicadores de 100% de concordância (notas 3 e 4), estando de acordo com o poder de confiabilidade do método (POLIT 2007). As adequações especificamente para clareza ainda estão de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde brasileiro em relação a adequação de necessidades individuais e comunitárias (BRASIL, 2002). É importante lembrar que os comentários de sugestão ainda possibilitam ajuste fino de adaptação local do modelo, incorporando aspectos culturais, atitudes e expectativas. Essa incorporação é fundamental para ensejar oportunidade de aumento de participação ativa do usuário e seu empoderamento no autocuidado (GRENIER, 2011; GOEL, 2010; BRAICH, 2011)

No que tange ao tamanho de caracteres e espaço para indicação visual clara, os ajustes ilustram a necessidade de continua renovação da assistência na APS, ao fortalecer o cuidado frente a transições epidemiológicas e se antecipar a comorbidades mais frequentes com o aumento de idade, incluindo as que afetam acuidade visual (OMS, 2008). De toda forma, a compreensão da maioria dos auxílios visuais está diretamente relacionada ao nível educacional de quem analisa (BARROS, 2014).

As adaptações feitas promovem maior facilidade de incorporação do modelo visual de receituário no sistema de prescrição do prontuário eletrônico – ESUS, com potencial alcance nacional da ferramenta, conforme comentários dos especialistas e em alinhamento com a expansão do uso do prontuário eletrônico e suas novas versões (BRASIL, 2018). De toda forma, independente do momento de confecção ou impressão da Receita Simples, é oportuno ressaltar a importância de haver orientação específica feita por profissional de saúde para recursos visuais de apoio a prescrição (THOMPSON, 2010; GRENIER, 2011; MANSOOR, 2006). As informações de posologia já estão disponíveis no ESUS, facilitando a aplicabilidade da tabela de medicamentos.

O próprio CRM e CFM estabelecem a necessidade de prescrição legível e com nome genérico. A Receita Simples está alinhada com esses princípios, inclusive tendo nas orientações o link para a Relação Nacional de Medicamentos – RENAME.

É interessante notar que a institucionalização da Receita Simples, e em especial em sistema eletrônico de informação, tem potencial de atuar em elementos sistêmicos que vão além do fator individual de erro, seja do profissional seja do usuário. Essa abordagem auxilia na solução de elementos estruturais ligados aos erros medicamentosos, dando ênfase ao desenvolvimento de estratégias para evitar tais erros. Ainda assim, elementos como treinamento adequado e percepção da importância da prescrição permanecem fundamentais (SILVA, 2004).

O perfil de comentários foi majoritariamente de sugestão e/ou limitações, que ensejaram as mudanças já descritas em formato, clareza e pertinência. Em relação ao segundo maior grupo - limitações, chama atenção que a preocupação dos avaliadores com a disponibilidade de impressora e risco referido de profissional ter que arcar com possíveis gastos em caso de desabastecimento, especialmente no caso de ligas elásticas. Nacionalmente, há desafios relacionados a infraestrutura e disponibilidade de recursos tecnológicos (DANASCENO, 2018), embora não haja previsão normativa de gasto com recursos de remuneração ou provento para manutenção de serviço público (BRASIL, 1988).

A limitação de tempo também chama atenção. A depender da pressão assistencial, é prevista na literatura a adequação da oferta de cuidado em proporção com a necessidade de cada usuário, tanto em princípio de equidade na Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) quanto em modelo de atenção clínica a comorbidades crônicas no funcionamento de rede (VILAÇA, 2012). De toda forma, todos os usuários têm direito e necessidade de comunicação eficiente em relação aos diversos aspectos de consulta, incluindo tratamento medicamentoso. Embora tal comunicação possa ser difícil mesmo em países com alto LFS, o uso de auxílios visuais pode aumentar o entendimento de pacientes sobre seu tratamento (SORFLEET, 2009).

Ainda houve destaque para o tempo como fator limitante, dificuldade semelhante às encontradas na incorporação de outras novas tecnologias (CUCOLO, 2015). Mesmo em cenários de disponibilidade profissional variada (SCHEFFER, 2018) e consequentes pressões assistenciais díspares, a APS continua sendo porta de entrada prioritária do SUS. Especialmente para usuários com risco aumentado, é destaque a importância percebida de

acompanhamento mais próximo, sendo a APS um cenário privilegiado de oportunidade para esse acompanhamento (ALMEIDA, 2014).

Entre as limitações do método, se destaca a dificuldade de seleção dos juízes, embora o grande contingente de profissionais da APS tenha sido uma atenuante. A disponibilidade para resposta dos questionários também se mostrou impactante, aliada à perda compatível com o descrito na literatura de 50% dos especialistas. (BELLUCI, 2012; REVORÊDO, 2015).

Por fim, por mais clara que a versão validada seja, é fundamental que as informações escritas sejam acompanhadas de reforço verbal (MONTAGNE, 2013; KATZ, 2006; MONTEIRO, 2013; SOARES, 2013). Além da explicação presencial, também há potencial da disponibilização das informações relativas ao uso da Receita Simples em formato de vídeo, podendo ser incorporada na linha de pesquisa de educação continuada e educação popular em saúde – Escola de Pacientes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu o desenvolvimento, aprimoramento e validação do modelo visual de receituário - Receita Simples como ferramenta de cuidado e autocuidado para DCNTs, pela perspectiva de profissionais atuantes na APS. A versão validada apresenta clareza, pertinência, viabilidade de tempo e de material para todos os componentes do modelo visual julgados pelos especialistas. O estudo apresentou os pressupostos necessários para validação estatística.

A necessidade de serviços de saúde de qualidade é inegável, especialmente quando estreitamente relacionada à efetividade do tratamento, por meio da orientação quanto ao uso do medicamento.

A Receita Simples tem potencial de otimização do processo de cuidado e autocuidado, sendo fundamentais os processos de educação e treinamento de usuários, cuidadores e profissionais.

Próximas etapas planejadas incluem preparo de material audiovisual explicativo na modalidade de educação popular em saúde, dentro da linha de pesquisa Escola de Pacientes; validação junto aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS do modelo validado por profissionais de saúde; institucionalização da ferramenta em prontuário eletrônico e avaliação do impacto em controle de comorbidades.

A utilização da ferramenta validada poderá contribuir para aumento de segurança clínica, controle de comorbidades, mudança de perfil epidemiológico das doenças crônicas em termos de mortalidade, morbidade e sequelas, além de aumentar a vinculação com a equipe de saúde de referência e fortalecer o autocuidado.

Nesse sentido, a oferta desse formato de cuidado vai além da prática clínica isolada: entra na seara de direito fundamental do usuário dentro de princípios constitucionais de saúde como direito social. A normatização engloba aspectos executivos da Saúde, mas também tem espaço para proteção em lei específica por se configurar como direito cidadão. Seja por normativa do executivo ou legislativo, a magnitude do impacto potencial realça a importância de proteção institucional para a ferramenta validada.

A validação do modelo pelo método Delphi com consenso acima Índices de Validação de Consenso $\geq 0,8$ por teste com alfa de Cronbach maior que 0,98 abre caminhos de

investigação futura tanto para avaliação da aceitação do modelo pela população alvo (grupo focal) quanto de avaliação do impacto de controle de comorbidades clínicas, otimização do fluxo de serviço e incorporação ao sistema de prescrição eletrônica, em especial o ESUS-AB.

As adaptações com sugestão de profissionais atuantes na APS aumentam a representatividade e potencial do modelo, com benefício de nível nacional com importância especial em cenários de vulnerabilidade e risco de erro medicamentoso, reforçando assim a importância de APS resolutive e coordenadora de cuidado, impactando em adesão, autocuidado e segurança. Reforça-se o potencial do impacto positivo de incorporação da Receita Simples em sistema de prontuário eletrônico, via Secretarias de Saúde ou Ministério da Saúde, sendo devolutiva como material técnico do mestrado profissional.

Desse modo, recomenda-se a incorporação da Receita Simples em nível nacional a partir do prontuário eletrônico da Atenção Básica – E-SUS, com estímulo de uso pelas equipes de atenção primária em geral e em especial de Saúde da Família, sendo produto técnico validado no mestrado profissional da Universidade de Brasília com proposta de manual “Receita Simples: Conheça e use!”.

9. REFERÊNCIAS

ADAMS RJ, Stocks NP, Wilson DH, Hill CL, Gravier S, Kickusch I, et al. Health literacy - a new concept for general practice? *Aust Fam Physician*. 2009;38(3):144-7. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4935541/>

ALEANDRE, NMC; Coluci, MZO - Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas - *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7):3061-3068, 2011 - <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>

ALMEIDA ACV [Internet]. Estratégias voltadas para o autocuidado do paciente. Uberaba: Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. 2014 [cited 2017 Oct 1]. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/estrategias-voltadas-autocuidado.pdf>

ALMEIDA ER, Sousa ANA, Brandão CC, Carvalho FFB, Tavares G, Silva KC. Política Nacional de Atenção Básica no Brasil: uma análise do processo de revisão (2015–2017). *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:e180. - Disponível em <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.180>, https://scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v42/1680-5348-rpsp-42-e180.pdf

AMA - American Medical Association, Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 1999 Feb 10;281(6):552-7. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/10022112>

ANDERSON, 2004; James W. Anderson, MD, FACN, Kim M. Randles, Cyril W. C. Kendall, PhD, FACN, and David J. A. Jenkins, MD, PhD, DSc, FACN - Review - Carbohydrate and Fiber Recommendations for Individuals with Diabetes: A Quantitative Assessment and Meta-Analysis of the Evidence – *Journal of the American College of Nutrition*, Vol. 23, No. 1, 5–17 (2004) – VOL. 23, NO. 1 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14963049>

ARAÚJO LCL, Silva EV [Internet]. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo

em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. Rev Tempus Actas Saúde Colet; 2010 [cited 2017 Nov 13]. Disponível em : <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/download/881/844>

BARATA, RB. O que queremos dizer com desigualdades sociais em saúde?. In: Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009. Temas em Saúde collection, pp. 11-21. ISBN 978-85-7541-391-3. Disponível em SciELO Books <<http://books.scielo.org>>

BARRETO JUNIOR, Irineu Francisco; SILVA, Zilda Pereira da. Reforma do Sistema de Saúde e as novas atribuições do gestor estadual. *São Paulo Perspec.* [online]. vol.18, n.3, pp.47-56. 2004. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88392004000300006>

BARROS, IMC, Alcântara TS, Santos ACO, Paixão FP, Araújo GG, Lyra Jr DP. ^[L]_[SEP]Semantic validation of subtitles and analysis of understanding of pictograms taken from the United States Pharmacopeia Dispensing Information (USP-DI). Afr. J. Pharm. Pharmacol. 2014. - Disponível em https://academicjournals.org/article/article1421943243_Barros%20et%20al.pdf

BELLUCI, Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. Rev Bras Enferm. 2012;65(5):751-7. Disponível em: <https://www.redalyc.org/html/2670/267025266006/>

BLOOM DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al [Internet]. The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum; 2011 [cited 2017 Nov 12]. Disponível em : <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18806en/s18806en.pdf>

BRAICH, PS, , D.R. Almeida, S. Hollands, M.T. Coleman, Effects of pictograms in educating 3 distinct low-literacy populations on the use of postoperative cataract medication, Can J Ophthalmol. 46 (2011) 276–281. - Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/21784215/>

BRASIL, Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>

BRASIL, Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde -

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm,

BRASIL Ministério da Saúde (Brasil) [Internet]. As cartas da promoção da saúde. 2002 [cited on Oct 3 2017]. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

BRASIL, 2006A. Ministério da Saúde. Portaria n. 687 de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. Diário Oficial da União, n.63, 31 mar. 2006a.

_____ BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2006 Disponível em:< http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf>

BRASIL, 2006B. Ministério da Saúde (Brasil) [Internet]. Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica – nº 15; Brasília, Brasil; 2006 [cited 2017 Oct 12]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica15.pdf

BRASIL, 2007. Fundação Nacional de Saúde (Brasil) [Internet]. Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde: documento base – documento I. 2007 [cited Oct 29 2017]. Disponível em: http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf

BRASIL. Política Nacional de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.

BRASIL, Ministério da Saude - Departamento de atenção Básica - Retrospectiva 2018, http://dab.saude.gov.br/portaldab/noticias.php?conteudo=_&cod=5094

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger; PINHEIRO, Wladimir Nunes; As contrarreformas na política de saúde do governo Temer, DOI: <http://10.18315/argumentum.v10i1.19139>, Argum., Vitória, v. 10, n. 1, p. 9-23, jan./abr. 2018. <http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/viewFile/19139/13218>

BUENO, 2013; Nassib Bezerra Bueno, Ingrid Sofia Vieira de Melo, Suzana Lima de Oliveira and Terezinha da Rocha Ataíde - Systematic Review with Meta-analysis - Very-low-carbohydrate ketogenic diet v. low-fat diet for long-term weight loss: a meta-analysis of randomised controlled trials - doi:10.1017/S0007114513000548 - British Journal of

Nutrition (2013), 110, 1178–1187 -

https://www.researchgate.net/publication/236652851_Very-low-carbohydrate_ketogenic_diet_v_low-fat_diet_for_long-term_weight_loss_A_meta-analysis_of_Randomised_controlled_trials

CARTHERY-GOULART MT, Anghinah R, Areza-Fegyveres R, Bahia VS, Brucki SMD, Damin A, et al. Desempenho de uma população brasileira no teste de alfabetização funcional para adultos na área de saúde. Rev Saúde Pública. 2009 May 29;43(4):631-8. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n4/124.pdf>

CARVALHO, GILSON - A saúde pública no Brasil, estudos avançados 27 (78), 2013, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002

CONTI MA, Aldelino CA, Leite LB, Vasconcelos SB. Partição de comprimidos: considerações sobre o uso apropriado. Farmacoterapêutica. 2007;set/out(04- 05):1–6. - Disponível em <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/7/35a40.pdf>

CORDEIRO, Hélio. O Instituto de Medicina Social e a luta pela reforma sanitária: contribuição à história do SUS. Physis, 14(2): 343-362, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/O_Instituto_de_Medicina_Social_e_a_luta_pela_reforma_sanitaria_contribuicao_a_historia_do_SUS/291>

CUBAS-ROLIM, Estêvão et al, Modelo visual de receituário - Receita Simples na UBS Itapõa DF, ISBN: 978-85-85740-08-5, <https://www.abrasco.org.br/site/eventos/congresso-brasileiro-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/disponiveis-os-anais-do-3o-congresso-de-politica-planejamento-e-gestao-em-saude/30096/>, https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/Livro-Anais-Cong-Politic3_2017.pdf

CUBAS-ROLIM, Estêvão et al. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no Distrito Federal. Comunicação em Ciências da Saúde, [S.l.], v. 29, n. Suppl 1, p. 79-83, aug. 2018. ISSN 1980-5101. Disponível em: <<http://www.escs.edu.br/revistaccs/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/171>>

CUCOLO, Danielle Fabiana et al, 2015 Instrumento para avaliação do produto do cuidar em enfermagem: desenvolvimento e validação de conteúdo1, Rev. Latino-Am. Enfermagem Artigo Original jul.-ago. 2015;23(4):642-50, DOI: 10.1590/0104-

1169.0448.2599, www.eerp.usp.br/rlae

DANASCENO RF, Caldeira AP. Fatores associados à não utilização da teleconsultoria por médicos da Estratégia Saúde da Família. Cienc Saude Colet. (2018/Jan) - Disponível em <https://scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e134/>

DAVIS TC, Wolf MS. Health literacy: implications for family medicine. Fam Med. 2004;36(8):595-8. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/8370036_Health_Literacy_Implications_for_family_medicine

DOWSE R, Ramela T, Browne SH. An illustrated leaflet containing antiretroviral information targeted for low-literate readers: development and evaluation. Patient Educ Couns. 2011a;85(3):508-15. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/21306856/>

DOWSE R, Ramela T, Barford KL, Browne S. Developing visual images for communicating information about antiretroviral side effects to a low-literate population. Afr J AIDS Res. 2011b;9(3):213-24. Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.2989/16085906.2010.530172>

ESCOREL, S. Reviravolta da Saúde: origem e articulação do movimento sanitário. 208 p. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/qxhc3>>

FALEIROS, V. P. et al. A Construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/dihs/publicacao/nossa-producao/livros/1036>>

FERREIRA PL, Marques FB – Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Princípios Metodológicos Gerais – ISBN 972-8476-00-0 - Disponível em <https://core.ac.uk/download/pdf/19126533.pdf>

FERNANDES MTO, Silva LB, Soares SM. Utilização de tecnologias no trabalho com grupos de diabéticos e hipertensos na Saúde da Família. Ciênc saúde coletiva. 2011;16(1):1331-40. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a67v16s1.pdf>

FLEURY, S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. Psicol. Soc. 2011, vol.23. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-71822011000400007&script=sci_abstract&tlng=pt>

FRÖHLICH SE, Pizzol TSD, Mengue SS. Instrumento para avaliação do nível de

conhecimento da prescrição na atenção primária. Rev Saúde Pública. 2010;44(6):1046-54, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n6/1332.pdf>

GANDHI TK, Lee TH. Patient safety beyond the hospital. N Engl J Med. 2010 Sep 9;363:1001-3. Disponível em <http://www.igq.com.br/docs/01285099195.pdf>

GDF - Governo do Distrito Federal - ASCOM - Assessoria de Comunicação - Agência Brasília, Disponível em: <https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2018/01/29/alunos-de-medicina-da-unb-fazem-estagio-em-unidades-da-regiao-leste-de-saude/>

GDF - Pesquisa distrital por amostra de domicílios – PDAD 2013/2014 – Itapoã. 2014 [cited Sep 12 2017]. Disponível em : http://www.codeplan.df.gov.br/images/CODEPLAN/PDF/pesquisa_socioeconomica/pdad/2013/PDAD%20Itapo%C3%A3%202013-14.pdf

GDF, 2017 - Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Subsecretaria de Vigilância à Saúde. Informativo Epidemiológico de Dengue, Chikungunya e Zika. Semana epidemiológica 43, n.39, outubro de 2017 - <http://www.saude.df.gov.br/informes-dengue/>

GDF, 2017A - Governo do Distrito Federal - Secretaria de Saúde. PORTARIA Nº 77, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. Diário Oficial. Disponível em:< http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf#page=4>.

GDF, 2017B - Governo do Distrito Federal - Secretaria de Saúde. PORTARIA Nº 78, DE 14 DE FEVEREIRO DE 2017. Regulamenta o art. 51 da Portaria nº 77, de 2017, para disciplinar o processo de conversão da Atenção Primária à Saúde do Distrito Federal ao modelo da Estratégia Saúde da Família. Diário Oficial. Disponível em:< http://www.buriti.df.gov.br/ftp/diariooficial/2017/02_Fevereiro/DODF%20033%2015-02-2017/DODF%20033%2015-02-2017%20INTEGRA.pdf#page=7>.

GIOVANELLA, Ligia, Atenção básica ou atenção primária à saúde?, ESPAÇO TEMÁTICO: POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA (2018),, doi: 10.1590/0102-311X00029818, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>

GOEL G, A comparative study to evaluate patients interpretation of USP and locally designed pharmaceutical pictograms, Pharma Times. 42 (2010) 16–19. - Disponível em

<https://www.dovepress.com/understanding-of-pictograms-from-the-united-states-pharmacopeia-dispen-peer-reviewed-fulltext-article-PPA>

GRENIER S., R. Vaillancourt, D. Pynn, M.C. Cloutier, J. Wade, P.M. Turpin, E. Pascuet, C. Preston, Design and development of culture-specific pictograms for the labeling of medication for first nation communities, *J Commun Healthc.* 4 (2011) 238–245. - Disponível em <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/1753807611Y.0000000007>

GUERRA-GARCÍA MM, Campos-Rivas B, Sanmarful-Schwarz A, Vírseda-Sacristán A, Dorrego-López MA, Charle-Crespo A [Internet]. Descripción de factores contribuyentes en sucesos adversos relacionados con la seguridad del paciente y su evitabilidad. *Aten Primaria.* 2017 [cited 2017 Nov 12]. Disponível em : <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-S0212656716303079-S200>

HASSON F. Keeney S, McKenna H. Research guidelines for the Delphi survey technique. *J Adv Nurs.* 2000;32(4):1008-15. - Disponível em <https://snazlan.files.wordpress.com/2016/10/delphi-guidelines.pdf>

HOGERZEIL, 2001 et al. - Teacher's Guide to good prescribing - World Health Organization - Department of Essential Drugs and Medicines Policy - Geneva, Switzerland - Disponível em: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/67010>

IBGE: Indicadores Sociais Municipais 2010: incidência de pobreza é maior nos municípios de porte médio, 2010. Disponível: < <http://nces.ed.gov/> - Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2018, n. 39, 2018. - Disponível em <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv54598.pdf>

IOM, 2004 - Institute of Medicine. Unequal Treatment: What Health Care Providers Need to Know - Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67010/WHO_EDM_PAR_2001.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y

IPEA - Instituto de Pesquisa Aplicada. Financiamento Público da Saúde: uma história à procura de rumo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.- Brasília : Rio de Janeiro, jul. 2013. Disponível em:< http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/1580/1/TD_1846.pdf>

KATZ M.G., S. Kripalani, B.D. Weiss, Use of pictorial aids in medication instructions: a review of the literature, *Am J Health Syst Pharm.* 63 (2006) 2391–2398. - Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/17106013/>

KHEIR N, Awaisu A, Radoui A, El Badawi A, Jean L, Dowse R. Development and evaluation of pictograms on medication labels for patients with limited literacy skills in a culturally diverse multiethnic population. *Res Social Adm Pharm.* 2014;10(5):720-30. - Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24355379>

KUO GM, Phillips RL, Graham D, Hickner JM. Medication errors reported by US family physicians and their office staff. *Qual Saf Health Care.* 2008;17(4):286-90. Disponível em <https://www.researchgate.net/signup.SignUp.html>

KUSSAKAWA, Diogo Hiroshi Beçon; Antonio, Clésio Acilino - OS EIXOS ESTRUTURANTES DAS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DOS CURSOS DE MEDICINA NO BRASIL, *Rev. Docência Ens. Sup., Belo Horizonte*, v. 7, n. 1, p. 165-184, jan./jun. 2017, - Disponível em <https://seer.ufmg.br/index.php/rdes/article/viewFile/3680/4736>

LIM SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, AlMazroa MA, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet.* 2012 Dec 15;380(9859):2224-60. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4156511/>

MACHADO MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc Saude Coletiva.* 2007;12(2):335-42. - Disponível em <https://www.redalyc.org/pdf/630/63012206.pdf>

MANSOOR L., R. Dowse, Written medicines information for South African HIV/AIDS patients: does it enhance understanding of co-trimoxazole therapy?, *Health Educ Res.* 22 (2006) 37–48. - Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/16763073>

MARCHON SG, Junior WVM, Pavao ALB. Características dos eventos adversos na atenção primária à saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2015;31(11):2313-30. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n11/0102-311X-csp-31-11-2313.pdf>

MCMILLIAN 2016 - MCMILLIAN, Sara • Michelle King • Mary P. Tully How to use the nominal group and Delphi techniques , *Int J Clin Pharm* (2016) 38:655–662 DOI 10.1007/s11096-016-0257-x, Received: 13 July 2015 / Accepted: 17 January 2016 /

Published online: 5 February 2016 Ó The Author(s) 2016. This article is published with open access at Springerlink.com

MERHY EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. 3rd Ed. São Paulo: Hucitec; 2002. 189p. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n8/23.pdf>

MONTAGNE M. Pharmaceutical pictograms: a model for development and testing for comprehension and utility. *Res Social Adm Pharm.* 2013;9(5):609-20. - Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23680485/>

MONTEIRO S.P., R. Huiskes, L. Van Dijk, J.C. Van Weert, J.J. De Gier, How effective are pictograms in communicating risk about driving-impairing medicines?, *Traffic Inj Prev.* 14 (2013) 299-308. - Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23441949/>

NORDMANN, 2006 - *Alain J. Nordmann, MD, MSc; Abigail Nordmann, BS; Matthias Briel, MD; Ulrich Keller, MD; William S. Yancy, Jr, MD, MSH; Bonnie J. Brehm, PhD; Heiner C. Bucher, MD, MPH* - Effects of Low-Carbohydrate vs Low-Fat Diets on Weight Loss and Cardiovascular Risk Factors - *A Meta-analysis of Randomized Controlled Trials* ARCH INTERN MED/VOL 166, FEB 13, 2006 - <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/409791>

OMS - Organização Mundial da Saúde [Internet]. Health promotion glossary. 1998 [cited 2017 Oct 2]. Disponível em : <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

OMS - Organização Mundial da Saúde [Internet]. Guia do instrutor em práticas da boa prescrição médica. 2001 [cited Oct 22 2017]. Disponível em : http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf

OMS - Organização Mundial da Saúde [Internet]. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation: WHO technical report series; 916; 2002 Feb [cited 2017 Jul 27]. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf

OMS, 2008 - OPAS - Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) (2008) - Disponível em https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_sl

[ug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf)

OMS - Organização Mundial da Saúde [Internet]. Global Report on Diabetes; Geneva, Switzerland; 2016 [cited 2017 Nov 11]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204871/1/9789241565257_eng.pdf

OMS - Organização Mundial da Saúde [Internet]. Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2017; Geneva, Switzerland [cited 2017 Dec 1]. Disponível em : <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/258940/1/9789241513029-eng.pdf?ua=1>

PAIM, J.S. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica. Set 2007. 300 f. Tese – ISC. Salvador, 2007. Disponível em:< <file:///C:/Users/T%C3%A2mara/Desktop/contas%20oi/5555555555.pdf>>

PAIM, J. Reforma Sanitária Brasileira: Avanços, Limites e Perspectivas. Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde. Editora Fiocruz, 2010. Disponível em:< <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6234/1/Paim%20JS.%20Cap%20Livro%201.2008.pdf>>

PAIM, J.S. A Reforma Sanitária e o CEBES Rio de Janeiro: CEBES,27p. 2012. Disponível em:< <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/1A-Reforma-Sanit%C3%A1ria-Brasileira-e-o-CEBES.pdf>>

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. Ciência & Saúde Coletiva, 12, supl.: 1.819-1.829, 2007. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005>

PASQUALI, 2009 – Pasquali, Luiz – Psicometria – Rev Esc Enferm USP 2009; 43(Esp):992-9 - <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe/a02v43ns.pdf>

PASSAMAI MPB, Sampaio HAC, Dias AMI, Cabral LA. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. Interface (Botucatu). 2012;16(41):301-14. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n41/aop2812.pdf>

PIRMOHAMED M, James S, Meakin S, Green C, Scott AK, Walley TJ, et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18820 patients. BMJ. 2004 Jul 3;329(7456):15-9. Disponível em

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC443443/>

POLIT DF, Beck CT, Owen SV. Focus on research methods is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. 2007;30:459-67, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654487>, https://www.researchgate.net/publication/6185294_Is_the_CVI_an_acceptable_indicator_of_content_validity_Appraisal_and_recommendations

REVORÊDO, 2015, O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros, *Arrq..Ciênc. Saúde*.2015abr—jun22(2) 16-21 Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/download/136/61/>

RUDD RE, Renzulli D, Pereira A, Daltroy L. Literacy demands in health care settings: the patient perspective. In: Gazmararian JA, Parker RM, Roter DL, editors. *Understanding health literacy*. US: AMA, 2005. p. 69-85. Disponível em http://aspiruslibrary.org/literacy/hospitals_health_literacy.pdf

SANTOS, 2012; F. L. Santos¹, S. S. Esteves², A. da Costa Pereira³, W. S. Yancy Jr ^{4,5} and J. P. L. Nunes Systematic review and meta-analysis of clinical trials of the effects of low carbohydrate diets on cardiovascular risk factors *sobr_1021 1..19 – obesity reviews -* <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22905670>

SARTES, 2013 - Andreoli Sartes, Laisa Marcorela, Oliveira de Souza-Formigoni*, Maria Lucia, *Avanços na Psicometria: Da Teoria Clássica dos Testes à Teoria de Resposta ao Item*. *Psicologia: Reflexão e Crítica* [en linea] 2013, 26 [Fecha de consulta: 5 de febrero de 2019] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18827804004> ISSN 0102-7972

SCHEFFER M. et al., *Demografia Médica no Brasil 2018*, - Disponível em <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>

SILVA T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):449-55., disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2094.pdf>

SILVA AEBC, Cassiani SHDB. Erros de medicação em hospital universitário: tipos, causas, sugestões e providências. *Rev Bras Enferm*. 2004; 57(6):671-4. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n6/a07>

SOARES M.A., Legibility of USP pictograms by clients of community pharmacies in

Portugal, *Int J Clin Pharm.* 35 (2013) 22-29. - Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/23065039/>

SORATTO, et al. ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA INOVAÇÃO TECNOLÓGICA EM SAÚDE. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 24(2): 584-92. 2015. Disponível em:< http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n2/pt_0104-0707-tce-24-02-00584.pdf>.

SORFLEET C, Vaillancourt R, Groves S, Dawson J. Design, development and evaluation of pictographic instructions for medications used during humanitarian missions. *Can Pharm J.* 142 (2009). - Disponível em https://www.researchgate.net/publication/240315123_Design_development_and_evaluation_of_pictographic_instructions_for_medications_used_during_humanitarian_missions

THOMPSON A.E., M.A. Goldszmidt, A.J. Schwartz AJ, P.G. Bashook, A randomized trial of pictorial versus prosebased medication information pamphlets, *Patient Educ Couns* 78 (2010) 389–393. - Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/20153597>

TOMASSI et al, Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s1/23.pdf>

UNESCO - United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization [Internet]. Aspects of literacy assessment: topics and issues from the UNESCO expert meeting. Paris: Unesco; 2005 [cited 2017 Oct 2]. Disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001401/140125eo.pdf>

USDHHS - U.S. Department of Health and Human Services. Healthy people 2010. 2nd ed. Washington (DC): US Government Printing Office, 2000. p. 1-15, disponível em https://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf

VIGITEL - Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Saúde Suplementar (Brasil) [Internet]. Vigitel Brasil 2015 Saúde Suplementar: vigilância dos fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico; 2017 [cited 2017 Oct 12]. Disponível em : http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_assunto/2015_vigitel.pdf

VILAÇA - Mendes, Eugênio Vilaça, O cuidado das condições crônicas na atenção

primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.: il. ISBN: 978-85-7967-078-7, disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf

WERMELINGER, 2010 - Wermelinger, M; MACHADO, MH; TAVARES, MHMF; OLIVEIRA, ESO; MOYSÉS, NMN - A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização - Revista Divulgação em Saúde para Debate, No.45 maio 2010, Rio de Janeiro, pp54-70 - Disponível em <http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil%20.pdf>

WHCA World Health Communication Associates [Internet]. Health literacy: part 2 evidence and case studies. 2010 [cited 2017 Dec 22]. Disponível em: <http://www.whcaonline.org/uploads/publications/WHCAhealthLiteracy-28.3.2010.pdf> ^[1]_[5EP]

APÊNDICES

I. Receita Simples – Versão final validada – Modelo em branco



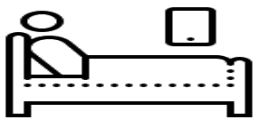





Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal / Superintendência de Saúde Da Região _____

Receita Simples

- UBS: _____

Telefone UBS: _____

PACIENTE: _____

PERÍODO DO DIA	HORÁRIO	PRINCÍPIO ATIVO CONCENTRAÇÃO	QUANTIDADE	COR DA LIGA
 Ao despertar – Jejum				
 Café da manhã				
 Almoço				
 Lanche da tarde				
 Jantar				
 Ao deitar - jejum				

--	--	--	--	--

SES-CNS _____ DATA DE NASCIMENTO _____
 DATA (Tabela):

Receita simples: esse modelo visual de receituário é composto pela associação de:

- tabela de horário de medicamentos
- ligas elásticas coloridas com cor correspondente a cada período do dia envolvendo as cartelas;
- Cada período do dia ilustrado nas linhas da tabela deve ser particularizado para cada usuário conforme seus hábitos, de forma a tornar factível a adesão mediante ajuste respeitoso às peculiaridades de hábitos e preferências de cada usuário

Orientações de uso:

- Coluna “PERÍODO DO DIA”: Para cada princípio ativo prescrito em receituário convencional, identifique o período do dia em que deve ser tomado (EXEMPLO: enalapril 20mg 12-12h, devendo ser tomado pela manhã e à noite, independentemente relação com alimento. Nesse caso, deve-se confirmar com o usuário em conjunto com a avaliação dos outros medicamentos prescritos se o melhor horário é logo ao acordar (linha 1, antes do café da manhã), ou se durante o café (linha 2))
- Coluna “HORÁRIO”: Preencha o horário recomendado na coluna, com letras grandes
- Coluna “MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO”: Preencha o nome medicamento com sua concentração, usando o espaço do período do dia correspondente à posologia
- Coluna “QUANTIDADE”: Para cada medicamento prescrito na coluna anterior, escreva a quantidade e desenhe ao lado um círculo preenchido (pintado) para cada unidade, usando metade de círculo preenchido para metade de comprimido.
- Coluna “COR DA LIGA”: Para cada período do dia, indique no espaço correspondente a cor da liga que estará envolvendo a cartela (EXEMPLO: acordar e café da manhã = manhã = verde) (EXEMPLO: almoço e tarde = tarde = vermelho) (EXEMPLO: jantar e antes de dormir = noite = azul)
- ATENÇÃO: se não associado a refeição, associar uma liga colorida branca a das ligas correspondentes ao período do dia VERDE, VERMELHO E AZUL (EXEMPLO: ao acordar em jejum = verde e branco) (EXEMPLO: café da manhã = verde) (EXEMPLO: almoço = vermelho) (EXEMPLO: tarde = vermelho e branco) (EXEMPLO: jantar = azul) (EXEMPLO: antes de dormir = azul e branco)
- OBSERVAÇÃO: Destinado a medicamentos de uso oral para tratamento contínuo de hipertensão, diabetes e dislipidemia

- OBSERVAÇÃO: esse modelo visual de receituário não substitui a necessidade de prescrição convencional, feita conforme normatização vigente

II. Carte convite

- III. O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto validação, aplicação e avaliação de modelo visual de receituário adaptado às necessidades de populações acompanhadas por equipes de saúde da família no Distrito Federal – Brasil – Projeto Receita Simples, sob a responsabilidade do pesquisador Estêvão Cubas Rolim. O nosso objetivo é validar o modelo visual de receituário para usuários de risco para erro medicamentoso – Receita Simples.
- O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a)
- A sua participação será através de um questionário que você deverá responder com avaliações escritas semi-estruturadas relacionadas aos modelos visuais de receituário – Receita Simples em cenário de atendimento da atenção primária com um tempo estimado 10 minutos para sua realização.
- Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa o estresse pelo tempo gasto com o preenchimento do questionário ou incômodo em responder alguma pergunta específica com receio de receber críticas pelo pesquisador. Para prevenir que essa situação ocorra, ficará claro que as informações podem ser relatadas com liberdade e que esses dados serão discutidos somente na elaboração do trabalho científico e sem a identificação dos participantes. Se você aceitar participar, estará contribuindo para diminuição do erro medicamentoso e aumento da adesão ao tratamento para doenças crônicas não transmissíveis.
- O (a) Senhor (a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer procedimento e de qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o (a) senhor (a).
- Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária. Se existir qualquer despesa adicional relacionada diretamente à pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) a mesma será absorvida pelo orçamento da pesquisa.
- Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui no setor de Núcleo de Ensino e Pesquisa da Região Leste de Saúde podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador.
- Se o (a) Senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: Estêvão Cubas Rolim, na Secretaria de Saúde no telefone 982418212 ou 998065015, no horário comercial – 8h as 16h, disponível inclusive para ligação a cobrar.
- Email estevaocubasr@gmail.com.
- Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS-SES/DF. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: (61) 3325-4940 ou e-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com.

IV.

V. Formulário de validação

VI. Links - Trabalhos e reportagens

1) Link 2017-12 – SAÚDE MOSTRA SUS:

<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/9936-mostra-de-experiencias-inovadoras-revela-empenho-e-inspiracao-de-servidores-da-saude.html>

2) Link 2017-12 – SAÚDE MOSTRA SUS:

<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/9939-mostra-premia-21-experiencias-inovadoras-do-sus-no-df.html>

3) Link 2017-12 – SAÚDE MOSTRA SUS:

https://m.facebook.com/story.php?story_fbid=1692862767442156&id=441325975929181&_rdr

4) Link 2017-12 – SAÚDE MOSTRA SUS:

<http://www.saude.df.gov.br/noticias/item/9945-medicao-com-seguranca-e-programa-de-emagrecimento-ganham-premio-em-mostra.html>

5) Link 2017-12 – SAÚDE MOTRA SUS:

<https://fatoonline.com.br/noticia/35102/mostra-premia-22-experiencias-inovadoras-do-sus-no-df>

6) Link 2017-12 – SAÚDE MOTRA SUS:

<http://www.conasems.org.br/mostra-premia-22-experiencias-inovadoras-do-sus-no-df/>

7) Link 2018-1 – EDUCAÇÃO E SAÚDE ALUNOS UNB:

<https://www.agenciabrasilia.df.gov.br/2018/01/29/alunos-de-medicina-da-unb-fazem-estagio-em-unidades-da-regiao-leste-de-saude/>

- Reportagens TV: 6

1) Link 2017-9 – SAÚDE RECEITA SIMPLES – GLOBO DF-TV:

<https://globoplay.globo.com/v/6143828/programa/>

2) Link 2017-9 – SAÚDE RECEITA SIMPLES - BAND CIDADE:

<https://www.youtube.com/watch?v=Pr8-0bMtgV0>

3) Link 2017-9 – SAÚDE RECEITA SIMPLES – CORREIO REPÓRTER BRASÍLIA:

http://www.correioweb.com.br/page/jornallocal/#video_mCxkmO_e9Z0

4) Link 2017-9 - SAÚDE RECEITA SIMPLES – CORREIO REPÓRTER BRASÍLIA: https://www.youtube.com/watch?v=mCxkmO_e9Z0

5) Link 2017-9 SAÚDE RECEITA SIMPLES – EBC:

<http://tvbrasil.ebc.com.br/reporter-df/2017/09/equipe-de-saude-do-itapoa-desenvolve-receita-medica-mais-acessivel>

6) Link 2017-10 – SAÚDE RECEITA SIMPLES – SBT:

<https://www.youtube.com/watch?v=EHTaeCUNHw4>

- Entrevistas em Rádio: 2

1) Link 2017-9 SAÚDE ENTREVISTA CBN:

<http://cbn.globoradio.globo.com/media/audio/120863/boas-ideias-receita-simples.htm>

2) Link 2017-9 – SAÚDE ENTREVISTA CBN:

<https://podflix.com.br/cbnbrasil/boas-ideias-receita-simples>

3) Link 2017-9 – SAÚDE ENTREVISTA BANDNEWS:

<https://www.facebook.com/BandNewsFmBrasilia/videos/1526566180761074/>

VII. RODADA 1 - Frequência de respostas às questões de validação

Tópico de avaliação	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Índice de Validação de Conteúdo (IVC)
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: [Informações estão claras]	31	6	4	1	0,88
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:	33	3	3	3	0,86

[Informações estão corretas]					
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: [Acho viável o tempo necessário para execução]	31	4	3	4	0,83
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: [Acho viável o material necessário para execução]	33	4	4	1	0,88
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Informações estão claras]	28	7	4	3	0,83
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Informações estão corretas]	29	7	4	2	0,86
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Acho viável o tempo necessário para execução]	33	4	4	1	0,88
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Acho viável o material necessário para execução]	34	3	4	1	0,88
Em relação à coluna PERÍODO DO DIA: [Informações estão claras]	30	7	4	1	0,88
Em relação à coluna PERÍODO DO DIA: [Informações estão corretas]	32	6	3	1	0,90
Em relação à coluna PERÍODO DO DIA: [Acho viável o tempo necessário para execução]	30	8	3	1	0,90
Em relação à coluna	29	8	4	1	0,88

PERÍODO DO DIA: [Acho viável o material necessário para execução]					
Em relação à coluna MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO HORÁRIO: [Informações estão claras]	26	9	5	2	0,83
Em relação à coluna MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO HORÁRIO: [Informações estão corretas]	31	6	3	2	0,88
Em relação à coluna MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO HORÁRIO: [Acho viável o tempo necessário para execução]	30	7	3	2	0,88
Em relação à coluna MEDICAMENTO CONCENTRAÇÃO HORÁRIO: [Acho viável o material necessário para execução]	33	4	3	2	0,88
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão claras]	26	10	5	1	0,86
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão corretas]	32	6	3	1	0,90
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o tempo necessário para execução]	31	7	3	1	0,90
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o material necessário para execução]	31	6	4	1	0,88
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio	17	11	7	7	0,67

comprimido (D) na coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão claras]					
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio comprimido (D) na coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão corretas]	27	8	3	4	0,83
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio comprimido (D) na coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o tempo necessário para execução]	28	8	3	3	0,86
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio comprimido (D) na coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o material necessário para execução]	29	6	4	3	0,83
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Informações estão claras]	23	11	3	5	0,81
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Informações estão corretas]	31	3	4	4	0,81
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Acho viável o tempo necessário para execução]	22	10	4	6	0,76
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Acho viável o material necessário para execução]	18	12	5	7	0,71

Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Informações estão claras]	23	13	3	3	0,86
Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Informações estão corretas]	33	4	3	2	0,88
Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Acho viável o tempo necessário para execução]	25	8	5	4	0,79
Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Acho viável o material necessário para execução]	19	11	5	7	0,71

VIII. **RODADA 1** - Frequência de respostas às questões de validação

Tópico de avaliação	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Índice de Validação de Conteúdo (IVC)
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: [Informações estão claras]	17	3	0	1	0,95
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: [Informações estão corretas]	18	2	0	1	0,95
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: [Acho viável o tempo necessário para execução]	14	6	0	1	0,95
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: [Acho viável o material necessário para execução]	14	6	0	1	0,95
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Informações estão claras]	18	2	0	1	0,95
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Informações estão corretas]	18	2	0	1	0,95
Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Acho viável o tempo necessário para execução]	16	4	0	1	0,95

Em relação ao CABEÇALHO DE IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO: [Acho viável o material necessário para execução]	16	4	0	1	0,95
Em relação à coluna PERÍODO DO DIA: [Informações estão claras]	15	5	0	1	0,95
Em relação à coluna PERÍODO DO DIA: [Informações estão corretas]	18	2	0	1	0,95
Em relação à coluna PERÍODO DO DIA: [Acho viável o tempo necessário para execução]	17	3	0	1	0,95
Em relação à coluna PERÍODO DO DIA: [Acho viável o material necessário para execução]	15	5	0	1	0,95
Em relação à coluna HORÁRIO: [Informações estão claras]	17	3	0	1	0,95
Em relação à coluna HORÁRIO: [Informações estão corretas]	18	2	0	1	0,95
Em relação à coluna HORÁRIO: [Acho viável o tempo necessário para execução]	18	1	1	1	0,90
Em relação à coluna HORÁRIO: [Acho viável o material necessário para execução]	17	3	0	1	0,95
Em relação à coluna PRINCÍPIO ATIVO CONCENTRAÇÃO: [Informações estão claras]	18	2	0	1	0,95
Em relação à coluna PRINCÍPIO ATIVO CONCENTRAÇÃO: [Informações estão corretas]	18	2	0	1	0,95
Em relação à coluna PRINCÍPIO ATIVO CONCENTRAÇÃO:	17	3	0	1	0,95

[Acho viável o tempo necessário para execução]					
Em relação à coluna PRINCÍPIO ATIVO CONCENTRAÇÃO: [Acho viável o material necessário para execução]	17	3	0	1	0,95
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão claras]	19	1	0	1	0,95
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão corretas]	19	1	0	1	0,95
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o tempo necessário para execução]	17	3	0	1	0,95
Em relação à coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o material necessário para execução]	18	2	0	1	0,95
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio comprimido (D) na coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão claras]	15	5	0	1	0,95
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio comprimido (D) na coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Informações estão corretas]	2	0	0	1	0,95
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio comprimido (D) na	15	5	0	1	0,95

coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o tempo necessário para execução]					
Em relação aos SÍMBOLOS de comprimido inteiro (O) e meio comprimido (D) na coluna QUANTIDADE DE COMPRIMIDOS: [Acho viável o material necessário para execução]	14	6	0	1	0,95
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Informações estão claras]	10	8	1	2	0,85
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Informações estão corretas]	13	5	1	2	0,85
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Acho viável o tempo necessário para execução]	9	9	1	2	0,85
Em relação à coluna COR DA LIGA: [Acho viável o material necessário para execução]	10	8	1	2	0,85
Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Informações estão claras]	10	8	0	3	0,85
Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Informações estão corretas]	14	4	1	2	0,85
Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo	10	8	1	2	0,85

as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Acho viável o tempo necessário para execução]					
Em relação ao uso da liga elástica colorida envolvendo as cartelas indicando PERÍODO DO DIA da posologia: [Acho viável o material necessário para execução]	7	10	2	2	0,80

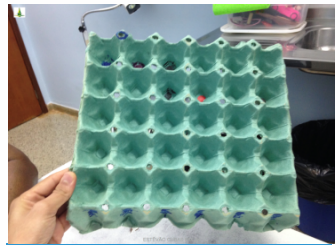
IX. Evolução cronológica dos Modelos Visuais de Receituário – Receita Simples
 – Tabela de Horário de Medicamentos

	PRÓS	CONTRAS	
FEVEREIRO - 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Pouco tempo necessário para identificação simplificada de princípios ativos - Sem necessidade de uso de impressora para representação dos períodos do dia 	<ul style="list-style-type: none"> - Posologias não separadas por período do dia - Sem indicação visual de relação com alimentação 	
MAIO - 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Posologia dividida pelos períodos do dia - Associação do comprimido e tipo da cartela ao lado de cada medicamento prescrito - Adesivos dividindo os períodos do dia por cor 	<ul style="list-style-type: none"> - Grande investimento de tempo necessário - Pouca durabilidade (material colado cai) - Tempo para indicação da cor de cada período - Custo dos adesivos 	

	PRÓS	CONTRAS	
JULHO - 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Tabela padronizada com separação por período do dia, relação com alimentação e exemplo de cartela escaneada - Indicação por cores de cada período, vínculo com dia a dia do usuário nas cartelas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo para indicação da cor de cada período e para refazer receita com modelo visual - Custo de adesivos - Adesivo descola da cartela - Cartelas mudam de formato dependendo do lote e do fabricante - Necessidade de impressora 	
SETEMBRO - 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Tabela padronizada com separação por período do dia, relação com alimentação e exemplo de cartela escaneada - Indicação visual dos períodos do dia 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo para refazer nova receita somente com modelo visual - Cartelas mudam de formato dependendo do lote e do fabricante - Necessidade de impressora 	

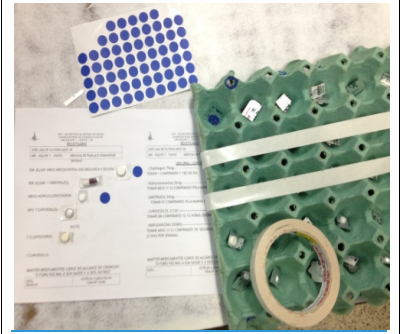
	PRÓS	CONTRAS	
SETEMBRO - 2016	<ul style="list-style-type: none"> - Tabela padronizada com separação por período do dia e relação com alimentação - Separação dos períodos do dia por cores que se relacionam com ligas nas cartelas 	<ul style="list-style-type: none"> - Tempo para refazer nova receita somente com modelo visual - Necessidade de impressora 	
SETEMBRO - 2017	<ul style="list-style-type: none"> - Carimbos com desenho de prato de refeição, sol e lua permitindo paralelo com períodos do dia e relação com alimentação - Ligas coloridas para vínculo com período do dia - Modelo alternativo para quando não existe disponibilidade de impressora 	<ul style="list-style-type: none"> - Tamanho maior que receita padrão para permitir visualização de usuários de risco - Custo dos carimbos 	

X. Evolução cronológica - Ajustes para uso cotidiano

	PRÓS	CONTRAS	
MAIO - 2016	<ul style="list-style-type: none">- Caixa de ovo com 30 espaços, compatível com os dias do mês	<ul style="list-style-type: none">- Meses com 31 dias não se adequam- Dificuldade para individualização adequada de cada comprimido- Mistura de comprimidos durante transporte	

MAIO - 2016



- Caixa de ovo com 30 espaços, compatível com os dias do mês
 - Fita crepe segurando comprimidos de cartelas já recortados
- Meses com 31 dias não se adequam
 - Dificuldade para individualização adequada de cada comprimido
 - Gasto fita crepe e adesivos





JULHO - 2016

- Saco de dindin com separação de comprimidos por dia e por período
- Dificuldade para individualização adequada de cada comprimido
 - Gasto com sacos de dindin

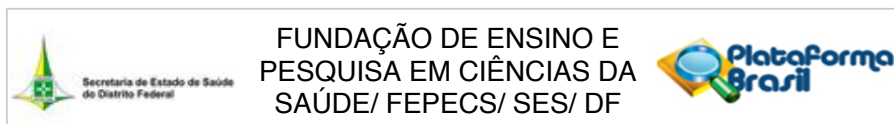


<p>JULHO - 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adesivos para paralelo com período do dia 	<ul style="list-style-type: none"> - Grande investimento de tempo necessário - Pouca durabilidade (material colado cai) - Custo dos adesivos 	
<p>SETEMBRO - 2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ligas coloridas para vínculo com período do dia - Pouco tempo necessário para indicação por cartela - Capacitação potencial de cuidadores ou agentes comunitários de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade da presença de cartela - Pouca durabilidade (material pode romper) - Custo da liguinhas 	

<p>SETEMBRO - 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carimbos com desenho de prato de refeição, sol e lua permitindo paralelo com períodos do dia e relação com alimentação 	<ul style="list-style-type: none"> - Tamanho maior que receita padrão para permitir visualização de usuários de risco - Custo dos carimbos 	
<p>SETEMBRO - 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Carimbos com desenho de prato de refeição, sol e lua permitindo paralelo com períodos do dia e relação com alimentação - Ligas coloridas para vínculo com período do dia - Pouco tempo necessário para indicação por cartela - Capacitação potencial de cuidadores ou agentes comunitários de saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessidade da presença de cartela - Pouca durabilidade (material pode romper) - Custo da liguinhas - Tamanho maior que receita padrão para permitir visualização de usuários de risco - Custo dos carimbos 	

ANEXOS

I. Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Desenvolvimento, validação, aplicação e avaliação de modelo visual de receituário adaptado às necessidades de populações acompanhadas por equipes de saúde da família no Distrito Federal - Brasil - Projeto Receita Simples

Pesquisador: ESTEVAO CUBAS ROLIM

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 95482818.6.0000.5553

Instituição Proponente: DIRETORIA REGIONAL DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE DA REGIÃO DE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.885.856

Apresentação do Projeto:

Modelos visuais de receituário são opção no tratamento de DCNTs, especialmente HAS e DM, incluindo formatos para aplicação direta sobre recipientes de medicações a serem utilizadas. Estratégias nesse sentido visam ao aumento de segurança e efetividade do tratamento objetivando maior capacidade de autocuidado (HOGGERZEIL, 2001; ALMEIDA, 2014).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolvimento, validação, aplicação e avaliação de modelo visual de receituário adaptado às necessidades de populações acompanhadas por equipes de saúde da família no Distrito Federal – Brasil – Projeto Receita Simples

Objetivo específico:

Consolidar referencial teórico pertinente aos modelos de validação;

Validar modelo visual de receituário para usuários de risco para erro medicamentoso;

Selecionar especialistas focais com perfil para contribuição na qualidade de juízes;

Executar etapas de validação com a tecnologia educacional proposta revisada.

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4940

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

II. Comprovante de submissão do artigo



Desenvolvimento de modelo visual de receituário adaptado às necessidades de pessoas com múltiplas doenças crônicas

Journal:	<i>Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health</i>
Manuscript ID	Draft
Manuscript Type:	Short Communication
DeCS Keywords At the bottom of this page, you will be required to confirm that the words you provide here conform to the DeCS standards outlined at DeCS (http://decs.bvs.br):	Atenção Primária à Saúde, Prescrições de Medicamentos, Adesão à Medicação, Inovação, Doença Crônica
Subject List:	Primary health care/Atención primaria de salud, Vulnerable populations, health of/Poblaciones vulnerables, salud de las, Social aspects of health/Aspectos sociales de la salud, Non-communicable diseases/Enfermedades no transmisibles, Adults, health of/Adulto, salud del
Language:	Portuguese

SCHOLARONE™
Manuscripts

Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public