

A construção de um Projeto Terapêutico Singular com usuário e família: potencialidades e limitações

The construction of a Singular Therapeutic Project with the user and the family: potentialities and limitations

Laura Graças Padilha de Carvalho*

Mayrene Dias de Sousa Moreira**

Larissa de Almeida Rézio***

Neuma Zamariano Fanaia Teixeira****

Resumo

O Projeto Terapêutico Singular (PTS), principal instrumento de trabalho interdisciplinar dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), possibilita a participação, reinserção e construção de autonomia para o usuário / família em sofrimento psíquico. O objetivo foi de descrever as etapas que constituíram a construção de um PTS em conjunto com usuária / família de um CAPS do município de Cuiabá-MT. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. A partir da análise das informações coletadas, elencamos os problemas, buscamos referências bibliográficas, traçamos objetivos e intervenções. A construção do PTS resultou na sensibilização da família e esclarecimentos de dúvidas acerca do sofrimento psíquico da usuária, favoreceu a elaboração em conjunto do plano de cuidados e, conseqüentemente, do fortalecimento de vínculo, uma vez que usuária e família estiveram presentes em todo o processo, resultando na construção de sua autonomia. Encontramos como limite o modelo médico-psiquiátrico ainda existente no trabalho do CAPS, evidenciado pela pouca participação, integração e valorização da maior parte da equipe na construção do PTS. Tivemos com potencialidade a aprendizagem adquirida pelas acadêmicas e usuária / família, evidenciando os avanços já conquistados no cuidado em saúde mental, por meio da atenção psicossocial.

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde Mental. Assistência em Saúde Mental. Cuidados de Enfermagem.

Abstract

The Singular Therapeutic Project (PTS), the main tool for interdisciplinary work of the Psycho-social Care Centers (CAPS, acronym in Portuguese), makes possible some important things, such as: the participation, reinsertion and construction of autonomy by the user / family in psychological suffering. The main goal was to describe the stages that constituted the construction of a PTS together with the user / family from a CAPS of Cuiabá city, MT. This study is a report of academic experiences from the Nursing School of Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT). Beginning by analyzing all the information collected, we have listed the problems, did bibliographical surveys, established goals and interventions. The PTS construction has resulted in the family sensitization and clarification of doubts related to the user's psychological suffering. It also helped the development of the care plan and, consequently, the reinforcement of the connection, once the user and the family were involved in all the processes which resulted in the construction of the person's autonomy. We have found the psychiatric medical model, which still exists in the CAPS works, to be a limitation, as evidenced by the scarce participation, integration and valuation of most of the staff in the construction of the PTS. We strongly learned through the academics and user / family experiences, by making clear and evident the mental health care advances that has already been achieved through psycho-social attention.

Keywords: Nursing. Mental Health. Mental Health Assistance. Nursing Care.

* Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil. E-mail: lauragpadilha@hotmail.com

** Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil. E-mail: mayrenemay@hotmail.com

*** Professora Mestre. Assistente da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil. E-mail: larissarezio@hotmail.com

**** Professora Doutora. Adjunta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso, Cuiabá-MT, Brasil. E-mail: neuma.zamariano@gmail.com

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica, movimento social contra-hegemônico ao modelo médico-psiquiátrico, que se centrava na doença, cura, medicalização e exclusão, pode atualmente ser considerada um importante movimento social complexo que possibilita a construção e efetivação de um avanço em saúde mental: o *modelo de atenção psicossocial*, que tem seu foco na confluência dos aspectos biológicos, psicológicos, políticos, sociais e culturais, e considera o sofrimento mental como um fenômeno que abarca essas dimensões, possibilitando ao paciente a participação em seu próprio tratamento^{1,2}.

Como principal representante desse modelo substitutivo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)³ se caracterizam como um serviço comunitário e aberto do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo referência para tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Sua finalidade principal é a construção da autonomia e reinserção social dos usuários por meio do trabalho, lazer, exercício dos direitos e deveres civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários, sendo assim, substitutivos das internações psiquiátricas.

Para efetivação do tratamento, é primordial que usuário e família participem do processo. Para tanto os CAPS utilizam como instrumento de trabalho em equipe o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que possibilita a participação do usuário e, conseqüentemente, a construção de sua autonomia. Esse instrumento considera a historicidade e as necessidades individuais do usuário que se encontra inserido num contexto^{4,5}. A elaboração desse tipo de projeto acontece por meio da atuação singular do profissional-referência do usuário / família, e desse profissional com toda a equipe, por meio de discussões e estudo do caso⁶.

A partir desse novo modelo de assistência aos usuários em sofrimento psíquico, temos como objetivo relatar a experiência da construção de um PTS juntamente com a usuária e familiar de um CAPS do município de Cuiabá-MT. Essa experiência aconteceu durante as atividades práticas das disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e de Sexualidade e Reprodução Humana da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT).

Por se tratar de um relato de experiência de ensino-aprendizagem, não houve necessidade de seu encaminhamento para o Comitê de Ética em Pesquisa, previsto na Resolução n. 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, elaborado a partir da vivência de acadêmicas do curso de graduação em Enfermagem da UFMT, durante o segundo semestre de 2010. Com o objetivo de integrar as atividades práticas das duas disciplinas mencionadas anteriormente, foi apresentada a proposta de elaboração de um PTS de uma usuária e familiar do CAPS onde as atividades práticas aconteceram. O processo de escolha da usuária ocorreu no primeiro dia de visita à instituição, após uma das oficinas. Posteriormente, realizamos seis encontros e uma visita domiciliar, que possibilitaram a coleta de dados por meio de entrevistas com a usuária e família. A partir da análise dessas informações, elencamos os problemas e buscamos na literatura dados da psicopatologia, medicações, tratamentos atuais e outras dúvidas demandadas pela usuária. Diante dessas informações, elaboramos junto a ela os objetivos que pretendíamos alcançar, bem como o plano de cuidados. No último encontro, apresentamos-lhe o PTS, para que fosse validado a partir de sua análise e fizesse as considerações que julgasse pertinentes.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após a escolha da usuária, iniciamos a primeira etapa do PTS: o acolhimento, que permite a aproximação, o “estar com”, o envolver-se, ou seja, remete a uma atitude de inclusão, devendo estar presente em todas as relações e encontros. O acolhimento engloba o compromisso de reconhecimento do outro em sua individualidade, como um ser que tem suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seu modo de viver, sentir e estar na vida. Além disso, no campo da saúde, promove a qualificação da escuta, a construção de vínculo e garantia do acesso com responsabilização e resolutividade⁷.

O estabelecimento de vínculos alicerça a criação de uma relação de compromisso entre

a equipe, usuário e família, que pode redundar numa ligação mais humana e singular. O vínculo, quando criado, possibilita uma parceria, pautada pela sinceridade e responsabilidade, e permite que seja ofertado um atendimento que abarque as necessidades dos usuários e de suas famílias, assumindo caráter de equipe. Essa estará mais sensível à escuta atenta e à identificação de vulnerabilidades e riscos, possibilitando a construção de intervenções terapêuticas que realmente estejam de acordo com as necessidades elencadas⁸.

Nessa etapa, foram feitas a apresentação das discentes e a proposta do referido projeto, com esclarecimentos sobre suas possibilidades, isto é, o conhecimento aprofundado da usuária e a oferta de cuidados elaborados e específicos às situações individuais. A usuária foi receptiva, demonstrou interesse e entusiasmo e, prontamente, aceitou participar. Com a construção do vínculo, teve liberdade para relatar o que julgava importante, possibilitando-nos a construção de um histórico bem elaborado e detalhado da sua vida, antes, durante e após o seu sofrimento psíquico. Em momento algum, identificamos contradição nas informações fornecidas, bem como no esclarecimento de nossas dúvidas. O histórico favoreceu a identificação de vulnerabilidades e riscos que necessitavam de intervenção, para podermos propor cuidados que se adequassem à realidade dela.

A inserção da família no projeto ocorreu durante a visita domiciliar, uma das etapas do PTS, e nos permitiu vivenciar a realidade, antes apenas relatada. É interessante ressaltar que, ao realizarmos a visita, pudemos sentir concretamente a confiança em nós depositada, pois a usuária e familiares ficaram mais à vontade para trocar informações e nos questionar.

A visita domiciliar, cujos objetivos foram explicitados à usuária e família, nos permitiu conhecer sua dinâmica, bem como promover a sua aproximação ao serviço de saúde, esclarecendo dúvidas de seus membros em relação ao acompanhamento a ser realizado.

Por ser um instrumento enriquecedor e útil para a abordagem dos usuários e família, a visita domiciliar proporciona interação, conhecimento da realidade vivenciada pelo usuário e família, evidenciando sua inserção no tratamento, bem

como se há seu envolvimento. Quando isso não é verificado, podem-se propor ações que auxiliem na reintegração do usuário no domicílio e do envolvimento da família no tratamento⁹.

A usuária e familiar apresentaram-se cooperativas e participativas durante a entrevista, respondendo aos questionamentos com prontidão, fazendo vários apontamentos em relação à psicopatologia e tratamento. Além disso, o familiar teceu algumas críticas em relação ao modelo médico psiquiátrico, bem como sobre a burocracia dos serviços de saúde e a falta de médico especialista, isto é, um psiquiatra no CAPS, onde sua irmã faz o tratamento.

A partir desses comentários, incentivamos os participantes à reflexão acerca do exercício de cidadania, direitos e deveres de cidadãos e usuários dos serviços de saúde. Procuramos, também, explicar e discutir o funcionamento dos serviços, buscando por meio de um plano de cuidados alternativos para resolver ou amenizar as dificuldades enfrentadas.

Ao encerrarmos a visita, ressaltamos a importância da relação equipe / família para a melhoria do tratamento da usuária, bem como a participação social desses para a efetivação da Reforma Psiquiátrica e, conseqüentemente, maior qualidade no cuidado em saúde mental. Como resposta a essa ação, a usuária e familiares nos agradeceram pela visita e esclarecimentos, pois nunca haviam sido realizados anteriormente.

A visita domiciliar é uma categoria da atenção à saúde que visa à observação da realidade do indivíduo e à proposição de ações educativas, fundamentais para a continuidade de qualquer forma de assistência e/ou atenção domiciliar à saúde, sendo programada e utilizada com o intuito de subsidiar intervenções ou o planejamento de ações¹⁰.

Além da realização da visita domiciliar e encontros na unidade, a usuária participou, de forma pouco ativa, da atividade em grupo com outras mulheres em tratamento no CAPS, da discussão sobre sexualidade e saúde mental, assunto acordado entre todas em contato anterior. Dessa forma pudemos integrar as disciplinas do curso e promover a interação das participantes, adquirindo e trocando conhecimentos e favorecendo a construção da autonomia.

A abordagem da temática “Sexualidade em Saúde Mental” foi importante para possibilitar o diálogo e reflexão sobre a questão do preconceito relacionado à sexualidade das pessoas que vivenciam o sofrimento psíquico, pois existe um pré-julgamento de que elas são infantilizadas, desprovidas de beleza e vigor físico, impossibilitadas de exercer sua sexualidade, suprimindo ou negando-a¹¹. Por isso, sentimos a necessidade de ouvir das participantes sentimentos e experiências a esse respeito, permitindo, assim, o conhecimento e superação de preconceitos.

Após o fechamento do projeto, ele foi apresentado à usuária e familiar, que se manifestaram positivamente sobre a experiência, que lhes possibilitou conhecer melhor suas condições de saúde. O familiar relatou não ter, anteriormente, participado e discutido sobre cuidados e tratamento, o que considerou muito importante. Nesse processo, o vínculo e o diálogo entre profissionais de saúde / familiar / usuária são necessários para o estabelecimento de redes de apoio, integração e parceria no tratamento da usuária¹².

O desenvolvimento da autonomia da usuária deve ser incluído nas ações do PTS, pois se efetiva quando a família e as redes sociais se envolvem no cuidado, por meio da troca de informações e concretização das ações. Também é importante que o usuário, família e amigos sejam estimulados à liberdade de verbalizar suas ansiedades e medos, entre outros, com escuta atenta da equipe. Durante essa interação, é imprescindível oferecer ao usuário possibilidades que o levem à reinserção social e à autonomia⁶.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de integrar as disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e Sexualidade e Reprodução Humana em um Projeto Terapêutico Singular foi um desafio para discentes e docentes, em razão de ser uma inovação na área de saúde mental, pois, por vezes, há uma dissociação dessas áreas por parte de alguns profissionais de saúde e pela própria família, que considera a pessoa em sofrimento mental desprovida de sexualidade, ou com essa característica exacerbada em momentos de crise / surto. Por isso, considerar a pessoa em estudo em todas as suas dimensões – social, psí-

quica, sexual e espiritual – e valorizá-la em um PTS foi uma iniciativa inovadora para a formação e vivência de acadêmicos e professores.

A elaboração conjunta do PTS com a pessoa em estudo e sua família e a validação do projeto por elas proporcionou a transformação da realidade da usuária, que, anteriormente, não tinha consciência do próprio estado de saúde, porém, após essa experiência, pôde obter informações e emitir juízo crítico sobre si mesma, sobre seu tratamento e o modelo de atenção psicossocial. Dessa forma, ao realizar o PTS, vivenciamos a experiência do empoderamento em saúde, que permitiu que usuária e família se beneficiassem do conhecimento obtido nos vários momentos de contato, isto é, nos encontros, visitas e oficinas. A realização do projeto possibilitou, ainda, esclarecimentos sobre o transtorno mental, sobre a qualidade do serviço oferecido, favorecendo a avaliação crítica do tratamento recebido por parte da usuária e de seus familiares. A autonomia e reinserção social parece também terem sido recobradas por ocasião dessas ações.

Destacamos como a maior potencialidade desse processo a aprendizagem adquirida, tanto por nós, futuras profissionais, quanto pela pessoa em estudo e sua família. Conhecer, conviver, discutir e refletir sobre transtornos mentais nos proporcionou quebras de paradigmas, novos conceitos e a própria inovação no cuidar. Contudo, ao construir o projeto, identificamos algumas dificuldades, como a distorção entre teoria e prática acerca do novo modelo e os dispositivos usados, como a ausência da aplicabilidade do PTS na rotina dos serviços que atendem essas pessoas. Porém, é importante enfatizarmos os avanços já alcançados no cuidado direcionado em saúde mental, por meio do modelo de atenção psicossocial, que tem como um de seus instrumentos o PTS, que possibilita a participação, reinserção social e construção de autonomia. Além disso, cabe ressaltar que ainda vivenciamos um processo de mudanças de práticas, no qual encontramos avanços e retrocessos, ou seja, entendemos que mudar / substituir / recriar práticas requer superação, desconstrução do antigo (modelo médico-psiquiátrico) e participação social, portanto se configura como um desafio para a efetivação da Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

1. Costa-Rosa A. O modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2000. p. 141-68.
2. Oliveira AGB, Marcon SR. A avaliação do estado mental: um recurso tecnológico para a assistência de enfermagem em saúde mental. In: Oliveira AGB, organizador. Ensino de Enfermagem: trabalho e cuidado. Cuiabá: EdUFMT; 2006. p. 129-47.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
4. Oliveira AGB, Vieira MAM, Andrade SMR. Saúde Mental na saúde da família: subsídios para o trabalho assistencial. São Paulo: Olho d'água; 2006.
5. Sanduette V. Sobre como e por que construir, (re)construir e avaliar projetos terapêuticos nos centros de atenção psicossocial (CAPS). *Psicologia USP*. 2007;18(1):83-100.
6. Brasil. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
8. Schrank G, Olschowsky A. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para a inserção da família. *Rev Esc Enferm USP*. 2008;42(1):127-34.
9. Kantorski LC, Hypolito AM, Willrich JQ, Meirelles MCP. A atuação do Enfermeiro nos Centros de Atenção Psicossocial à luz do Modo Psicossocial. *Rev Min Enferm*. 2010 Set;14(3):399-407.
10. Giacomozzi CM, Lacerda MR. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. *Texto Contexto Enferm*. 2006;4:645-53.
11. Brito PF, Oliveira CC. A sexualidade negada do doente mental: percepções da sexualidade do portador de doença mental por profissionais de saúde. *Ciênc Cognição*. 2009;14(1):246-54.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. n. 01/03.

Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas

Pharmaceutical Care and humanization of care: lessons from the promotion of adherence to therapeutic care of users in chronic conditions

Pollyana Borges de Araújo Prata*

Marcia Regina Cunha**

Érica Gomes Pereira***

Lucia Yasuko Izumi Nichiata****

526

Resumo

O alto consumo de medicamentos tem despertado, para os profissionais de saúde, cada vez mais a preocupação com a adesão ao tratamento dos usuários. O presente artigo tem o objetivo de relatar experiências na assistência farmacêutica realizada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de São Paulo. A farmacêutica da Unidade, para além da tradução das receitas e confecção de caixas com pictogramas para orientar o uso racional das medicações, desenvolveu, em articulação com a gerente e os profissionais que participam das reuniões técnicas do serviço, a estratégia assistencial de acompanhamento do uso das medicações em domicílio para os usuários com mais dificuldades na adesão ao tratamento. As principais lições aprendidas tratam sobre a importância da colaboração do farmacêutico na Estratégia Saúde da Família para a promoção do uso racional dos medicamentos, e que as ações empreendidas para potencializar a adesão dos usuários aos medicamentos devem estar contidas nas ações gerais de promoção da autonomia do sujeito, ou seja, as decisões e o controle sobre sua saúde. Como caminho a percorrer, promover atitude emancipadora na assistência farmacêutica significa promover práticas que sejam mediadoras entre o saber dos profissionais de saúde e usuários, objetivando o cuidado mais qualificado das famílias.

Palavras-chave: Assistência Farmacêutica. Humanização da Assistência. Atenção Básica.

Abstract

The high consumption of drugs is increasingly making health professionals be concerned about adherence to treatment by patients. This article aims to share experiences in pharmaceutical care performed by a Basic Health Unit (BHU) in São Paulo. The BHU pharmacy, in addition to translating prescription notes and making boxes with pictograms to guide the rational use of drugs, together with the manager and the professionals who attend the meetings of the technical service, developed an assistance strategy for medication monitoring use at home for users having more difficulties with adherence to treatment. The main lessons learned are about dealing with the importance of cooperation of the pharmacist in the Family Health Strategy to promote the rational use of drugs, and that the actions taken to enhance the adherence of drug users should be part of the general actions for promoting subjects autonomy, that is, decisions and control over their own health. The route to be followed involves promoting an emancipatory attitude in pharmaceutical care is equal to promoting practices mediating between the knowledge of health professionals and the patients, aiming at a more qualified family health care.

Keywords: Pharmaceutical Services. Humanization of Assistance. Primary Health Care.

* Especialista em Saúde Pública. Farmacêutica da Fundação Faculdade de Medicina na UBS Paulo VI, Coordenadoria Regional Centro-Oeste, São Paulo-SP, Brasil.

** Enfermeira. Gerente da Fundação Faculdade de Medicina (FFM) na UBS Paulo VI, Coordenadoria Regional Centro-Oeste, São Paulo-SP, Brasil.

*** Doutoranda pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Especialista em laboratório de ensino, pesquisa e extensão do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, São Paulo-SP, Brasil.

**** Professora Associada do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, São Paulo-SP, Brasil. E-mail: izumi@usp.br

As autoras declaram não haver conflito de interesses.

INTRODUÇÃO

O alto consumo de medicamentos é demonstrado, discutido e desperta preocupação em profissionais e autoridades de saúde¹. Ao lado disso, a questão da adesão aos cuidados em saúde, particularmente às recomendações terapêuticas e uso racional dos recursos, também tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos pesquisadores e profissionais de saúde².

A adesão – ou não – aos cuidados terapêuticos pelos usuários da saúde é um fenômeno que envolve indistintamente pessoas de diferentes idades, sexos, etnia e está relacionada a diversos fatores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento e à patologia^{3,4}. Concorrem ainda outros fatores, como condições financeiras dos usuários, número de medicamentos prescritos, esquema terapêutico, efeitos adversos dos medicamentos, acesso ao sistema de saúde, relação médico-paciente e a característica assintomática da doença e a sua cronicidade⁵.

Nos últimos anos, há uma mudança importante de paradigma em relação à compreensão sobre a finalidade do trabalho do Farmacêutico, não mais focado no medicamento enquanto um produto, uma mercadoria de consumo ou simplesmente de apoio ao acesso ao insumo, passando a ter a centralidade no usuário do serviço de saúde, no sentido de considerá-lo sujeito de direito ao acesso aos benefícios do cuidado terapêutico^{6,7,8,9,10}.

O presente artigo trata da Atenção Farmacêutica e a Humanização da Assistência na promoção da adesão aos cuidados terapêuticos para a manutenção da saúde em condições crônicas, como hipertensão e diabetes. Tem o objetivo de relatar experiências na assistência farmacêutica realizada por uma Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de São Paulo, discutindo alguns dos avanços empreendidos e examinando-os criticamente, tendo como princípio a humanização da assistência no Sistema Único de Saúde.

EXPERIÊNCIAS NA ATENÇÃO FARMACÊUTICA

O relato trata das experiências de atenção farmacêutica realizada por uma UBS sob gestão municipal, em parceria com a Fundação Facul-

dade de Medicina, localizada no Distrito Raposo Tavares, região oeste do município de São Paulo. Inaugurada em 1985, a UBS está organizada como Estratégia Saúde da Família desde outubro de 2009, operando com seis equipes, cobrindo uma população de 18.949 habitantes, segundo dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) de junho de 2012. Os relatos das experiências na atenção farmacêutica referem-se ao período compreendido de 2010 a 2012.

O contato dos usuários dos serviços de saúde da UBS com o dispensário de medicações, popularmente identificado como farmácia, é feito por meio do guichê de atendimento. Nele é apresentado o receituário preenchido pelo médico ou, em alguns casos, pelo Enfermeiro, quando consensuado nos protocolos clínicos. Na prática diária, constata-se que os usuários chegam com muitas dúvidas, alguns não sabem ler, outros, mesmo alfabetizados, têm dificuldades para “decifrar” as anotações do receituário, realizadas de forma muitas vezes incompreensível até para os profissionais familiarizados com as medicações. Em geral, há prescrições de amplo número de medicamentos, com indicações variadas ao longo do dia, dificultando a compreensão e, portanto, influenciando a adesão aos cuidados terapêuticos. A farmácia não é um local que oferece privacidade e garante o sigilo para que se realizem as orientações sobre o modo de preparo das medicações, quando necessárias, e sobre as posologias prescritas a serem ingeridas no domicílio.

Nesse primeiro contato, quando já se observam dificuldades de entendimento dos usuários, utilizam-se estratégias que buscam fomentar a apropriação das informações, como a tradução e/ou interpretação da prescrição das receitas, registrando uma redação no verso, de forma que possa ser mais bem entendido. Outra estratégia utilizada é o uso de pictograma, que nada mais é que a utilização de símbolos que representam um objeto ou conceito por meio de desenhos figurativos, como os horários de tomada de medicações, representados com figuras para o café da manhã, almoço e jantar.

Para auxiliar a compreensão sobre a grande quantidade e variedade de medicações prescritas, por iniciativa própria, a farmacêutica da UBS criou

caixas para a promoção do uso correto dos medicamentos. Essas caixas, confeccionadas de modo artesanal com material reaproveitável, possuem divisórias em seu interior, com pictogramas e identificação dos horários e cores diferenciadas para visualização dos tipos diferentes das medicações. São oferecidas aos usuários que apresentam maior dificuldade para compreensão, indicando que o levem para o domicílio para auxiliar a organização e identificação dos medicamentos indicados.

A confecção das caixas de medicamentos também contou com a participação dos moradores, na Feira de Saúde, realizada no Bairro e promovida pelos profissionais da UBS juntamente com os alunos do Programa de Educação pelo Trabalho (PET) do Ministério da Saúde, em parceria com a Universidade de São Paulo. Durante a montagem das caixas, foi possível discutir com a população sobre o uso correto, acompanhamento do uso e descarte apropriado de medicamentos. Essa atividade, por envolver a população local e os ACS, se mostrou com potencial para sensibilização quanto à importância das VD no uso racional de medicamentos.

As dificuldades na compreensão dos usuários sobre o uso racional dos medicamentos, que acabam interferindo na adesão, estão frequentemente nas pautas das reuniões técnicas da UBS.

Tais reuniões contam com a participação de médicos, enfermeiros, dentistas, assistentes sociais e a gerente. Em relação a essa questão, foi estabelecido, como encaminhamento conjunto, a identificação de usuários em situações de maior dificuldade para a adesão, como as pessoas com medicação de uso contínuo, faltosas em atendimento agendado e idosas. Prossegue-se a leitura dos prontuários e é feito uma programação de Visitas Domiciliárias (VD), com apoio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) a estes usuários selecionados.

Tendo como critério de eleição das famílias a ser visitada a dificuldade para a adesão aos cuidados terapêuticos, estabeleceu-se um fluxo para sua realização, que se inicia com o ACS separando o prontuário; depois, a farmacêutica analisa esse prontuário e a prescrição, separa a quantidade de medicação necessária para um período de 30 dias e as acondiciona na caixa confeccionada com divisórias e pictogramas. A

VD é realizada pela farmacêutica, acompanhada pelo ACS e/ou pelo auxiliar de enfermagem. Estabeleceu-se a realização de uma VD a cada 30 dias, durante o período de seis meses, com avaliações sucessivas.

Foram criados pela farmacêutica os instrumentos de acompanhamento do usuário: uma ficha individual, uma planilha de acompanhamento dos usuários e uma planilha para o descarte adequado das medicações.

Na primeira VD, apresenta-se o trabalho que está sendo iniciado junto ao usuário e sua família, expondo a necessidade de acompanhamento do uso racional das medicações para potencializar a adesão ao tratamento e o combate à automedicação. Solicita-se ao usuário ou ao cuidador a busca de todas as medicações, que estão ou não em utilização no momento e que se encontram no domicílio. Discute-se sobre a importância do acompanhamento do uso da prescrição e o descarte adequado das medicações, abordando, inclusive, as preocupações com o meio ambiente. Desse modo, são recolhidas as medicações que não estão em uso e apresentam vencimento da data de validade e embalagens danificadas. Um dos problemas identificados em relação à dificuldade de adesão é o vencimento da data da receita prescrita. Faz-se, portanto, a busca ativa de usuários que possuem receitas a serem vencidas e, antecipadamente, solicita-se nova receita ao médico da equipe.

Apresenta-se a caixa confeccionada com divisórias e pictogramas com as medicações cuidadosamente organizadas. Realiza-se com o usuário a colocação das etiquetas de identificação, separando-as segundo horários e posologia, atentando para possíveis interações medicamentosas. Na VD, é reforçada a orientação sobre as formas de ingestão das medicações, a organização da caixa e os cuidados em relação ao armazenamento.

Após 30 dias, na 2ª VD, avalia-se a adesão aos medicamentos por meio da observação do consumo das medicações. Espera-se que não haja sobra, uma vez que é um indício de avaliação indireta de que houve a administração correta em termos de posologia das medicações prescritas. Quando há sobras, investigam-se quais foram as dificuldades, situações que explicam a possível não ingestão. As orientações são revistas e as dú-

vidas que porventura ocorram são sanadas. É reforçada a necessidade da adesão e do uso correto das medicações. As questões principais são registradas no prontuário e discutidas com as equipes saúde da família. Abastece-se a caixa para mais 30 dias, e as sobras são recolhidas.

LIÇÕES APRENDIDAS: REDEFININDO OS CAMINHOS

Embora se reconheça que as estratégias apresentadas não sejam propriamente inovadoras, pois outras UBS em diferentes locais realizam atividades similares, o artigo apresenta as experiências para apontar alguns avanços empreendidos e examiná-los, criticamente, no eixo estruturante da humanização da assistência.

No relato desta experiência de atenção farmacêutica, identificam-se elementos que chamam às bases da assistência humanizada: valorização dos sujeitos implicados – usuários, trabalhadores das equipes de saúde, gestor e população local; desenvolvimento de estratégias de fomento à autonomia e protagonismo dos sujeitos; estratégias de aumento no grau de corresponsabilidade na produção de saúde e dos sujeitos; estabelecimento de vínculos solidários e participativos; e mudança nos processos de trabalho. Foi possível observar em vários pontos de atenção dentro da UBS, mas em especial durante a realização da VD, o princípio do diálogo mútuo, em que a escuta é realizada no sentido de identificar necessidades de saúde amplas e/ou problemas relacionados à sua condição crônica (receitas vencidas, faltas às consultas, problemas de saúde ou particulares). Isso pressupõe o estabelecimento de vínculo com o usuário, sua família ou cuidador¹¹.

A implementação das VD mensais com o acompanhamento dos profissionais de saúde implicados com a assistência farmacêutica resultou na redução de dúvidas, erros e/ou descuidos com os medicamentos, restringiram efeitos indesejáveis decorrentes do uso equivocado destes e me-

lhoraram o controle de saúde, com resultados na evolução das condições crônicas.

Os resultados desta experiência indicam melhor adesão dos usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas, como hipertensão e diabetes. O sentido de adesão não se limita à tomada dos medicamentos ou, remetendo ao sentido inverso, ao abandono do tratamento como resultado de comportamentos / atitudes individuais.

A adesão não se reduz a um ato de volição pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de mediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo – que inclui os processos que levam – ou não – ao desenvolvimento da vida com dignidade¹².

Nesse sentido, no cuidado terapêutico está contida a ideia de positividade ou potência para justamente promover a adesão. A assistência farmacêutica diz respeito às atitudes, aos comportamentos, compromissos, responsabilidades, inquietações, valores éticos, conhecimentos e habilidades dos profissionais de saúde na prestação de uma farmacoterapia racional, com a realização de ações preventivas de doenças e agravos, ações promotoras de saúde e de recuperação¹³.

Como lições aprendidas nas experiências da assistência farmacêutica pautada pela humanização: reconhece-se a importância da colaboração do farmacêutico na equipe saúde da família para a promoção do uso racional dos medicamentos e que as estratégias empreendidas para potencializar a adesão dos usuários aos medicamentos devem estar contidas nas ações gerais de promoção da autonomia do sujeito, ou seja, as decisões e o controle sobre sua saúde¹⁰. Como caminho a percorrer, há de se promover atitude emancipadora na assistência farmacêutica, o que significa promover práticas que sejam mediadoras entre o saber dos profissionais de saúde e usuários, objetivando o cuidado mais qualificado das famílias.

REFERÊNCIAS

1. Lefèvre F. O medicamento como mercadoria simbólica. São Paulo: Cortez; 1991.
2. Aquino DS. Por que o uso racional dos medicamentos deve ser uma prioridade? *Ciêns Saúde Colet*. 2008;13(Supl):733-6.
3. Paulo LG, Zanini AC. Automedicação no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 1988;34:69-75.

4. Nemes MIB, et al. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
5. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. Ciên Saúde Colet. 2003;8(3):775-82.
6. Hepler CD, Strand LM. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990;47:533-43.
7. Organização Pan-americana da Saúde. Atenção Farmacêutica no Brasil: trilhando caminhos. Relatório 2001-2002. Brasília: OPAS; 2002.
8. Organização Pan-americana de Saúde. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta. Brasília: OPAS; 2002.
9. Organização Pan-americana de Saúde. Termo de Referência para reunião do grupo de trabalho: Interface entre Atenção Farmacêutica e Farmacovigilância. Brasília: OPAS; 2002.
10. Organización Mundial de Salud. El papel del farmacéutico en la atención a la salud: declaración de Tokio. Ginebra: OMS; 1993.
11. Egry EY, Fonseca RMGS. A família, a visita domiciliar e a enfermagem: revisitando o processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva. Rev Esc Enf USP. 2000;34(3):233-9.
12. Bertolozzi MR, et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. Rev Esc Enf USP. 2009;43 (Esp 2):1326-30.
13. Paiva Filho O. ABC da ética farmacêutica. Brasília: Cidade; 2011.