



Design para Saúde

Sistema informacional para organização de medicamentos utilizados por pacientes crônicos

Bruna Vasconcellos

Catálogo na Publicação
Serviço Técnico de Biblioteca
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo

Vasconcellos, Bruna
Design para Saúde: Sistema informacional para organização
de medicamentos utilizados por pacientes crônicos / Bruna
Vasconcellos; orientador Sara Goldchmit. - São Paulo, 2021.
166f.

Trabalho Final de Graduação (Bacharelado em Arquitetura
e Urbanismo) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da
Universidade de São Paulo.

1. Design Centrado No Humano. 2. Design da Informação. 3.
Atenção Primária. 4. Sus. I. Goldchmit, Sara, orient. II.
Título.

Elaborada eletronicamente através do formulário disponível em: <<http://www.fau.usp.br/fichacatalografica/>>

Design para Saúde

**Sistema informacional para organização de
medicamentos utilizados por pacientes crônicos**

Bruna Vasconcellos
Orientação: Sara Miriam Goldchmit
São Paulo, dezembro de 2021

Universidade de São Paulo (FAU-USP)
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo
Trabalho Final de Graduação

AGRADECIMENTOS

A todas as pessoas incríveis que tive a oportunidade de conhecer, entrevistar e acompanhar durante esses meses de pesquisa qualitativa. São elas as responsáveis pela motivação e inspiração do trabalho;

À minha família por todo o suporte, amor incondicional, atenção e carinho;

A todas as amizades feitas na FAU-USP e fora dela, que eu cultivo com o maior cuidado do mundo e que foram essenciais durante essa trajetória;

A todos que me estenderam a mão e contribuíram de maneiras inimagináveis para a consolidação deste trabalho;

À professora Sara Goldchmit pela orientação, generosidade, confiança, atenção e paciência durante todas as etapas de desenvolvimento;

À Cristiane Bertoldi e Luciana Mattar por aceitarem compor a banca e fazer parte da discussão;

E, finalmente, a todos os demais colegas, professores e funcionários da Universidade que contribuíram de alguma forma para meu crescimento e fizeram parte dessa etapa.

RESUMO

A colaboração multidisciplinar entre Design e Saúde vem ganhando relevância em sistemas de saúde ao redor do mundo enquanto estratégia para a solução de problemas complexos. As abordagens Human-Centered Design (HCD), Design Thinking (DT) e Design da Informação (DI) apresentam métodos para o desenvolvimento de projetos que colocam o ser humano no centro da ação projetual, podendo ser utilizados nessa integração de disciplinas. O envelhecimento populacional evidencia o problema da autoadministração de medicamentos por pessoas com doenças crônicas. A falta de informações relativas ao medicamento ou ao tratamento é um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica por 30% a 50% dos pacientes (PEREIRA et al. 2013), o que pode ter consequências graves para o indivíduo e para o sistema de saúde. Há lacunas de pesquisas qualitativas que revelam as nuances do ponto de vista dos usuários envolvidos e oportunidades de solução.

O objetivo deste trabalho foi mapear e compreender as dificuldades enfrentadas por farmacêuticos e pacientes crônicos em tratamento contínuo na atenção primária, no que tange a adesão medicamentosa e a autogestão de cronogramas de medicamentos. Para isso, durante a primeira fase de desenvolvimento, a metodologia de natureza

exploratória envolveu levantamento bibliográfico e pesquisa qualitativa de campo com pacientes e profissionais da saúde em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). Com base nos dados obtidos, a segunda fase de desenvolvimento consistiu na elaboração de um sistema informacional para organização de medicamentos utilizados por pacientes crônicos, procurando alternativas que buscam solucionar em parte essas necessidades mapeadas.

Por fim, espera-se que os resultados deste projeto, se implementados, possam ajudar a promover a mudança de comportamento dos pacientes quanto à autogestão dos cuidados e adesão medicamentosa, além de auxiliar no trabalho farmacêutico realizado na atenção primária.

Palavras-chave: Design Centrado no Humano, Design da Informação, Atenção Primária à Saúde, Prescrição Médica, SUS.

ABSTRACT

The multidisciplinary collaboration between Design and Health has come to the fore in healthcare systems around the world as a strategy for solving user-centric complex problems. The Human-Centered Design (HCD), Design Thinking (DT) and Information Design (DI) approaches present methods for the development of projects that place the human being at the center of design action, which can be used in this integration of disciplines. Population aging highlights the problem of self-administration of medication by people with chronic diseases. The lack of information regarding the drug or treatment is one of the main factors responsible for use in disagreement with the medical prescription by 30% to 50% of patients (PEREIRA et al. 2013), which may have serious consequences for the individual and for the health system. There are gaps in qualitative research that bring to light the nuances from the point of view of the users involved and solution opportunities.

The primary objective of this study was mapping out and apprehending the difficulties encountered by pharmacists and chronic patients undergoing continuous treatment in primary care, regarding medication adherence and self-management of medication schedules. To that end, during the first phase of development, the fact-finding methodology involved a bibliographic survey and qualitative field research

with patients and health professionals in a Basic Health Unit (UBS). Based on the results obtained, the second phase of development consisted in the elaboration of an informational system for the organization of medications used by chronic patients, looking for alternatives that seek to partially solve these mapped needs.

All things considered, it is expected that the results of this project, if deployed, may help to promote a change in the behavior of patients concerning self-management of care and medication adherence, in addition to assisting in the pharmaceutical work carried out in primary care.

Keywords: Human-Centered Design, Information Design, Primary Health Care, Medical Prescription, SUS.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....8

Contextualização.....8

O problema.....10

Motivações.....12

Objetivos.....13

Método.....14

ETAPA DE PESQUISA

2. REVISÃO DA LITERATURA.....15

Sobre os usuários e o sistema de saúde.....15

Doenças crônicas e múltiplos fármacos.....16

Adesão terapêutica.....18

Atenção primária e a prescrição médica.....22

Sobre o design como conceito e ferramenta.....24

Design Thinking.....24

Design Centrado no Humano.....26

Design da Informação.....29

Design para Saúde.....32

Sobre os métodos de pesquisa.....34

Pesquisa de campo.....34

Entrevista semi-estruturada.....37

3. PROJETOS ANÁLOGOS.....39

Pillpack.....40

Memed.....44

ScriptPath Prescription (CVS Health).....47

4. ESTUDO DE CAMPO.....50

Visitas à UBS.....50

Motivo de escolha do local.....50

Apresentação geral.....52

Entrevistas.....56

Entrevistas com médicos.....56

Entrevistas com farmacêutica.....66

Análise do que já é realizado pela farmacêutica.....73

Consultas farmacêuticas.....78

Márcio.....80

Leila.....86

José.....91

Síntese e análise dos dados obtidos.....98

Conclusões da etapa de pesquisa.....104

ETAPA PROJETUAL

5. REQUISITOS DE PROJETO.....105

Requisitos para o paciente.....105

Requisitos para o farmacêutico.....105

Requisitos para o sistema público de saúde.....106

6. GERAÇÃO DE ALTERNATIVAS.....107

Primeiras ideias.....108

Desenvolvimento de partidos promissores.....109

7. PROJETO.....113

Apresentação do projeto.....113

Projeto da embalagem.....118

Componentes.....118

Roteiros de fabricação.....126

Projeto gráfico.....127

Sistema de identificação de medicamentos.....127

Sistema de identificação de horários.....131

Sistema de identificação de quantidades.....133

Receita visual.....135

Identidade visual do projeto.....138

Passo a passo de montagem e preparação.....140

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....143

OUTROS

9. ANEXOS.....145

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).....145

Anexo 2: Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos.....147

Anexo 3: Termo de Responsabilidade.....148

Anexo 4: Parecer Consubstanciado de Aprovação.....150

Anexo 5: Aproveitamento base embalagem menor.....152

Anexo 6: Aproveitamento luva embalagem menor.....153

Anexo 7: Aproveitamento base embalagem maior.....154

Anexo 8: Aproveitamento luva embalagem maior.....155

Anexo 9: Aproveitamento divisórias.....156

Anexo 10: Aproveitamento adesivos de identificação de medicamentos....157

Anexo 11: Aproveitamento adesivos de identificação de horários.....160

Anexo 12: Aproveitamento adesivos de identificação de quantidades.....161

Anexo 13: Template receita visual.....162

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....163

1. INTRODUÇÃO

Contextualização

A comunicação médico-paciente que ocorre na atenção primária da rede pública de saúde do Brasil pode ser aperfeiçoada de modo a garantir o bem estar do paciente e melhorar sua compreensão das informações que lhe são passadas durante o atendimento médico. Sendo a adesão medicamentosa e a segurança do paciente fortes preocupações do Estado, abordagens inovadoras que coloquem o paciente no centro da ação projetual podem ser realizadas de modo a tentar superar esta questão. Neste sentido, um bom entendimento do paciente em relação à prescrição médica que recebe e a correta utilização dos seus medicamentos são fatores a serem trabalhados para um maior sucesso na proposta de atenção ao paciente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É nesta perspectiva que se busca construir colaborações entre Design e Saúde.

Essas duas áreas são complementares, com objetivos comuns, mas diferentes expertises. O design tem potencial para ajudar o sistema de saúde a se tornar mais resiliente, ágil e centrado no paciente, aumentando a performance humana e o bem-estar; ou mesmo ajudando a promover melhores decisões e estilos de vida, reduzindo riscos de saúde e os

gastos públicos. Além disso, o design pode contribuir com seus conhecimentos sobre fatores humanos, percepção, cognição, emoções e comportamentos, assim como materiais e processos (NÖEL; FRASCARA, 2016). Ou seja, acredita-se que a cultura do design tem a contribuir no redesenho do Sistema de Saúde, de forma a torná-lo mais qualificado e, sobretudo, humano (BAZZANO et al., 2017; BAZZANO; YAN, 2020).

As abordagens Human-Centered Design (HCD) e Design Thinking (DT) são capazes de auxiliar desde a compreensão de problemas complexos até a criação, prototipagem e validação de soluções. O Design Thinking para a saúde – abordagem sistemática de processos iterativos para gerar ideias e soluções criativas (KU; LUPTON, 2020) – tem o Human-Centered Design (NORMAN, 2013; GIACOMIN, 2014) como uma de suas mais poderosas ferramentas. Nele, as necessidades, capacidades e comportamentos do indivíduo são postos como ponto central da ação projetual, buscando resolver o problema certo e garantir que as soluções correspondam às demandas identificadas, atendendo às necessidades e capacidades humanas.

O Design da Informação (DI) tem por objetivo o planejamento, a apresentação e a compreensão de mensagens de acordo com forma e conteúdo, adequadas às necessidades informacionais dos destinatários da mensagem (PETTERSSON, 2002). Ademais, o emprego do DI pode ter um efeito transformador no comportamento das pessoas pois, quando eficaz, é capaz de ajudar usuários a entenderem mensagens complexas ou confusas, o que pode ser determinante para a ação em uma determinada situação (WALKER, 2017). Quando usada como estratégia de comunicação no ambiente hospitalar, esta disciplina – que também coloca o indivíduo no centro da ação projetual – consegue contribuir para o desenvolvimento de instrumentos de prevenção dos erros de medicação, já que pode otimizar a eficácia da forma de apresentação das informações dentro deste ambiente (HENKEL; SPINILLO, 2018).

Diante dos desafios enfrentados pelos sistemas de saúde, a função dos profissionais da área precisa passar de apenas curar para, de fato, habilitar e capacitar as pessoas para auto-eficácia, em direção a uma abordagem mais coordenada que abrange estratégias de atenção primária e comunitária (NÖEL; FRASCARA, 2016), tornando os usuários participantes ativos do processo de design. Um grande elemento-chave consiste em fortalecer a capacidade do paciente crônico de cuidar de si, estimulando seu empoderamento, suas escolhas, suas opções (MALTA; MERYW, 2010 apud LIMA; MORAES, 2013).

O HCD é inclusivo, colaborativo e aborda os membros de uma comunidade como especialistas em seus próprios desafios de vida, ou seja, os usuários e pacientes não são sujeitos passivos definidos por sua doença ou condição, mas sim, participantes ativos e criadores de conhecimento (KU; LUPTON, 2020).

O problema

A autoadministração de medicamentos por pacientes crônicos é uma questão complexa – devido à incidência de comorbidades e, portanto, à diversidade de medicamentos prescritos – que pode ter consequências financeiras e de saúde significativas, e é uma área de pesquisa que vem sendo amplamente investigada (ANDRIKOPOULOU et al., 2019; KVARNSTROM et al., 2018; SILVA & SPINILLO, 2016).

Junto ao aumento do número de idosos, ocorre uma maior incidência de morbidades crônicas. Entretanto, por mais que o perfil epidemiológico tenha mudado, o modelo de atendimento em saúde ainda é voltado para o cuidado agudo, apresentando barreiras à adesão no tratamento de doenças crônicas (OMS, 2003). Em se tratando destas, tal condição pode requerer tratamentos de longo prazo (BANNING, 2008), o que torna os doentes crônicos grandes usuários dos serviços de saúde, devido à utilização recorrente de diversos medicamentos. Essa utilização diária de fármacos, portanto, representa um assunto complexo e vital, seja para a saúde de cada paciente, seja para a viabilidade do sistema de saúde (LIMA; MORAES, 2013).

Por conta da complexidade dos tratamentos, como afirmam Lima e Moraes (2013), os pacientes acabam criando estratégias para administrar seus tratamentos com base

no seu conhecimento e capacidades individuais, mas que podem não ser as mais eficazes ou mais objetivas. Segundo Wolf et al. (2011), uma maior complexidade do regime (com base em vários medicamentos e/ou várias doses diárias por medicamento) pode levar a uma adesão mais fraca, o que por sua vez levará a piores resultados de saúde. Os medicamentos devem ser acompanhados de serviços farmacêuticos de qualidade, pois, quando os pacientes têm dificuldade no entendimento da terapêutica prescrita, passam a conviver com retornos precoces aos consultórios, realização de novos exames, agravamento de quadros e até possíveis sequelas (GIROTTTO; SILVA, 2005 apud PEREIRA et al., 2013). Do ponto de vista do sistema de saúde, tanto a variabilidade conhecida, quanto a baixa qualidade no modo que as instruções de prescrição são escritas por médicos e traduzidas por farmácias, impedem a capacidade de um indivíduo de se organizar e dosar corretamente vários medicamentos.

Como afirma Pereira et al. (2013), a falta de informações relativas ao medicamento ou ao tratamento pode ser determinante para a não-adesão involuntária de um paciente ao tratamento e é um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica por 30% a 50% dos pacientes, refletindo em uma falta de resolutividade do problema de saúde e até mesmo no agravamento do

A falta de informações relativas ao medicamento ou ao tratamento (...) é um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica por 30% a 50% dos pacientes

(Pereira et al., 2013)

problema. Para além dos resultados insatisfatórios dos tratamentos, a não-adesão onera desnecessariamente o idoso e o sistema de saúde, o que pode elevar os custos relativos a cuidados de saúde, já que leva ao aumento da morbidade e do número de óbitos (BODSWORTH et al., 2011 apud PEREIRA et al., 2013).

Tendo em vista este contexto, são necessárias estratégias para ajudar os pacientes a não apenas entender como tomar um determinado medicamento, mas também, a consolidar e simplificar o ato de tomar um regime completo de medicamentos. Ao trabalhar em todo o contínuo de prescrição e dispensação de medicamentos, a compreensão do paciente e a adesão aos regimes de medicação podem ser melhoradas (WOLF et al., 2011).

Por mais que este tema seja atualmente abordado em inúmeros estudos, há lacunas em pesquisas centradas no paciente para elucidar sua perspectiva e o possível impacto de uma abordagem compartilhada para a tomada de decisão clínica. Tendo em vista a importância que o Brasil dá à instituição de medidas que aumentem a segurança do paciente e melhorem a qualidade dos serviços de saúde – vide o fato do país ser membro da Aliança Mundial para a Segurança do Paciente e ter seu próprio Programa Nacional de Segurança do Paciente, cujos principais objetivos são a

redução de erros e eventos adversos envolvendo o uso de medicamentos (ANVISA, 2013) –, vê-se neste trabalho centrado no paciente uma possibilidade de contribuição à saúde pública de acordo com essas diretrizes.

Motivações

Desde o início, a vontade era de desenvolver um trabalho que procurasse tratar de algum problema atual existente. O tema da saúde não esteve presente durante minha graduação na FAU-USP, mas foi uma escolha resultante de diferentes situações e assuntos recentes, entre eles: minha avó paterna que, atualmente, por conta da idade avançada (+90 anos), tem de seguir um cronograma de medicamentos bastante extenso e meu pai, seu único filho vivo, é o responsável por essa tarefa complexa; a atuação de um amigo como médico generalista e médico da família em uma UBS em São Paulo, sempre relatando problemas enfrentados diariamente com relação aos doentes crônicos e ao atendimento a idosos; e, por fim, todo o cenário da pandemia global do COVID-19, que atraiu atenção nacional ao sistema público de saúde brasileiro.

Para além disso, a opção por trabalhar com Design da Informação em conjunto com Design de Produtos se deu devido aos 2 anos em que tive a possibilidade de atuar como designer gráfica na equipe de desenvolvimento de produtos em uma fabricante de brinquedos. A experiência adquirida nesse período foi essencial para fundamentar este trabalho e me fornecer as ferramentas e técnicas necessárias para desenvolvê-lo.

Objetivos

Diante do exposto, este estudo tem como escopo mapear as necessidades e dificuldades enfrentadas por pacientes crônicos, em sua maioria idosos, atendidos no sistema público de saúde brasileiro, no que se refere ao seguimento de tratamentos contínuos e à rotina diária de tomada de medicamentos. Com isso, pretende-se contemplar essas necessidades e proporcionar a eles maior autonomia com seus tratamentos, além de uma maior adesão medicamentosa. Ademais, com este projeto, busca-se também contemplar as demandas envolvendo o trabalho dos farmacêuticos, responsáveis por acompanhar mensalmente estes pacientes, de maneira a auxiliar o trabalho desses profissionais na atenção primária.

Os objetivos principais do projeto são, portanto:

- Compreender quais são os pontos de atrito no que tange a comunicação médico-paciente e a prescrição médica, junto aos pacientes e profissionais da saúde, no contexto do sistema de saúde pública brasileiro;
- Mapear quais são as principais dificuldades enfrentadas pelos profissionais da saúde no acompanhamento de pacientes crônicos;
- Compreender quais são os principais motivos dificultadores do entendimento dos pacientes de seus próprios tratamentos;

- Compreender como os problemas relacionados a essa comunicação e à prescrição podem interferir na adesão a tratamentos complexos;
- Realizar a concepção e prototipagem de um sistema informacional que auxilie na compreensão dos pacientes de seus próprios tratamentos, garantindo maior autonomia a eles;
- Garantir a validação de soluções adequadas às necessidades identificadas com aplicabilidade do design de novos serviços, sistemas ou produtos voltados para este público.

Em busca dos objetivos listados acima, o trabalho visa proporcionar melhorias no atendimento e acompanhamento de pacientes crônicos na atenção primária do sistema público de saúde brasileiro por meio de uma abordagem compartilhada entre design e saúde. Espera-se que os resultados deste projeto possam ajudar a promover a mudança de comportamento dos pacientes quanto à autogestão dos cuidados e adesão medicamentosa, além de auxiliar no trabalho farmacêutico realizado na atenção primária.

Método

Na etapa de pesquisa deste projeto foram adotados e utilizados diversos métodos. A pesquisa bibliográfica foi imprescindível como forma de primeiro contato com o tema. O foco, primeiramente, foi ler produções mais abrangentes sobre Design para Saúde, Design da Informação, Design Thinking e Design Centrado no Humano, com foco nos seguintes autores; Jorge Frascara, Guillermina Noël, Ellen Lupton, Bon Ku, Donald Norman, Sheila Pontis, Joseph Giacomini, Sue Walker, entre outros. Também foram lidos e estudados artigos diversos que tangenciam o tema e que foram encontrados por meio de plataformas como o PubMed.

Para além do levantamento bibliográfico, a coleta de dados da pesquisa foi realizada por meio de visitas de campo na Unidade Básica de Saúde Vila Ramos, localizada no bairro Limoeiro, distrito de Itaquera, em São Paulo. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e shadowing em consultas farmacêuticas com pacientes. Uma outra parte da coleta de dados foi realizada através de conversas informais, e-mails e mensagens de celular com outros médicos. Em todos esses casos, o método qualitativo foi selecionado visando um maior aprofundamento dos temas durante as conversas, de acordo com os pontos de vista de cada um dos entrevistados.

Por se tratar de pesquisa com seres humanos, foi necessária a submissão da pesquisa na Plataforma Brasil para aprovação pelo Comitê de Ética responsável por essa UBS em questão. A pesquisa foi submetida no dia 10 de novembro de 2020 e aprovada pelo CEP da Casa de Saúde Santa Marcelina no dia 16 de abril de 2021¹. Todos os pacientes que fizeram parte da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Anexo 1) e o Termo de Autorização de Uso de Imagem e Depoimentos (Anexo 2). A pesquisa também conta com Termo de Responsabilidade (Anexo 3) assinado por todos os responsáveis e segue todos os protocolos requeridos pela Casa de Saúde Santa Marcelina e pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Com as informações levantadas durante as visitas, entrevistas e shadowing de consultas farmacêuticas, foi possível compreender qual era a situação geral do atendimento aos pacientes crônicos atendidos nessa UBS em específico e também em um plano mais geral. A partir dos temas abordados nas conversas, foram feitos diagramas de afinidade para seleção dos universos de assunto mais citados. Em seguida, foram elaborados mapas mentais para organização e mapeamento de cada universo de assunto em específico para, enfim, enumerar os requisitos de projeto obrigatórios e desejáveis.

¹ O parecer consubstanciado do CEP declarando a aprovação do projeto pode ser conferido no Anexo 4.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Sobre os usuários e o sistema de saúde

A medicina é uma área notavelmente conservadora pois, além da relutância e resistência de seus próprios profissionais à mudança, a indústria de ciências farmacêuticas e de ciências biológicas estão em um estado no qual são incapazes de romper com o modelo no qual operam (TOPOL, 2012). Entretanto, com os estilos de vida, hábitos e doenças das pessoas se modificando a cada dia que passa, os sistemas de saúde não têm opção a não ser acompanhar esse processo. Desde sua criação no período pós-guerra, estes sistemas oferecem tratamento médico essencialmente para tratar as doenças, mais do que para preveni-las e custam a se adaptar a essa nova realidade (DE MELLO FREIRE, 2020).

Com a visão de prevenir as doenças e garantir a segurança dos pacientes, é preciso que o sistema de medicação como um todo seja repensado. Esse sistema envolve diversos processos ou etapas referentes ao armazenamento – prescrição, transcrição, preparação e distribuição, administração e monitoramento de medicamentos e seu uso – e cada uma dessas etapas está propensa a falhas ou erros, que podem muitas vezes resultar

em danos à saúde dos pacientes (MANSUR, 2016 apud HENKEL; SPINILLO, 2018). Esses danos podem ser tanto físicos quanto psicológicos, tanto para o paciente quanto para o profissional da saúde, e podem inclusive acarretar sequelas e morte. Para além dos danos focados nesses dois agentes, os erros de medicação também prejudicam todo o sistema hospitalar, principalmente financeiramente. Estatísticas globais apontam que, apenas nos Estados Unidos, os erros de medicação levam a custos evitáveis de até US\$26 bilhões (PAN et al., 2015 apud HENKEL; SPINILLO, 2018).

Estes erros ocorrem principalmente na etapa de administração de medicamentos, pois este é um processo multidisciplinar e o erro de medicação pode acontecer em todas as suas fases, tornando-o um problema multifatorial (MIASSO; CASSIANI, 2000 apud HENKEL; SPINILLO, 2018). Portanto, não basta apenas tentar controlar este problema na área hospitalar, ou apenas na área farmacêutica, ou tão somente na casa do paciente que realiza a automedicação. É necessário cuidar deste problema em todo seu âmbito, já que é um processo que depende de muitas pessoas e etapas.

Estatísticas globais apontam que, apenas nos Estados Unidos, os erros de medicação levam a custos evitáveis de até US\$26 bilhões

(Pan et al., 2015 apud Henkel; Spinillo, 2018)

DOENÇAS CRÔNICAS E MÚLTIPLOS FÁRMACOS

Segundo as Estimativas Globais de Saúde divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2020, 7 entre as 10 principais causas de óbitos no mundo são doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs). De um total de 55,4 milhões de mortes no ano passado, 74% decorreram de doenças crônicas não transmissíveis². No Brasil, as doenças crônicas representam mais de 72% das causas de morte, isso porque cerca de 40% da população brasileira – o equivalente a 57,4 milhões de pessoas – possui pelo menos uma DCNT.³ Entre elas, pode-se citar como as mais prevalentes: hipertensão, depressão, artrite e diabetes. E ainda cabe ressaltar que, apesar da mudança no perfil epidemiológico, o modelo de atendimento em saúde segue sendo voltado para o cuidado agudo, o que apresenta barreiras à adesão no tratamento de doenças crônicas (OMS, 2001 apud LIMA; MORAES, 2013).

O Brasil atualmente passa por mudanças demográficas consideráveis, resultado do aumento da expectativa de vida e da redução das taxas de mortalidade infantil e natalidade, resultando em um envelhecimento da população nos 50 anos futuros (IBGE, 2013 apud BOCCOLINI; CAMARGO, 2016). A essas mudanças profundas está relacionado o aumento da prevalência da carga de DCNTs no país, isso pois, seguindo o aumento do número de idosos, há uma maior incidência de morbidades crônicas relacionadas à idade (LIMA; MORAES, 2013). Por serem mais propensos a terem muitas doenças (BANNING, 2008; GELLAD et al., 2011) e mais suscetíveis às

doenças crônicas (CASSONI, et al., 2014 apud SILVA; SPINILLO, 2014), é requerido deles que façam tratamentos de longo prazo nos quais faz-se necessário o uso de 3 ou mais medicamentos para lidarem com esta condição (BANNING, 2008). Isso torna os idosos grandes usuários dos serviços de saúde e também de medicamentos de maneira geral.

Cazarim e Araújo (2011, apud SILVA; SPINILLO, 2014) estimaram que mais de 80% da população idosa toma, no mínimo, um medicamento por dia e, destes 80%, estimou-se que 20% seja polimedicado, ou seja, toma mais de 3 medicamentos por dia (SIMÕES, apud SILVA, SPINILLO, 2014). Por mais que seja comum, é importante a ressalva de que, principalmente para pessoas de idade avançada, a tarefa de automedicação não é simples:

“Particularmente para os idosos, tomar corretamente muitos medicamentos é uma tarefa bastante complexa. Além de serem propensos a terem muitas doenças crônicas, déficits de memória comprometem o bom desempenho desta tarefa. A quantidade de informação envolvida na organização da tarefa é também um grande complicador. Para lidar com esta dificuldade, eles normalmente adotam estratégias de memória externa para registrarem e organizarem essas informações, bem como para lembrarem de tomar o medicamento certo, na hora certa e na dosagem correta. Elementos visuais se mostram sempre presentes na maioria dos registros feitos pelos idosos nas suas estratégias de memória.” (SILVA; SPINILLO, 2014)

No Brasil, as doenças crônicas representam mais de 72% das causas de morte, isso porque cerca de 40% da população brasileira – o equivalente a 57,4 milhões de pessoas – possui pelo menos uma DCNT

(“Blog da Saúde” do Ministério da Saúde)

² Informações disponíveis em: <<https://www.who.int/data/stories/leading-causes-of-death-and-disability-2000-2019-a-visual-summary>>

³ Dados de 2014 retirados do “Blog da Saúde” do Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/index.php/34861>>

Isto é, a auto-administração de medicamentos por pacientes crônicos, principalmente idosos, é uma tarefa complexa devido à incidência de comorbidades e, portanto, à grande diversidade dos medicamentos prescritos que configuram nos tratamentos.

O que se chama aqui de auto-administração – a tomada diária de decisões a respeito de um tratamento: uma das características essenciais no tratamento das enfermidades crônicas – foi definida por Lorig (1993, apud LIMA; MORAES, 2013) como o aprendizado e a prática das capacidades que são necessárias para poder conduzir uma vida ativa e emocionalmente satisfatória diante de uma doença crônica. Essa tomada diária de decisões ocorre ainda que o paciente não esteja adequadamente preparado para esta tarefa e, atrelado ao fato de que os idosos são muito propensos a confundirem seus medicamentos (BANNING, 2008; GELLAD et al., 2011), por consequência diversos erros podem ocorrer, levando a um controle insatisfatório das condições crônicas e podendo resultar inclusive em complicações e internações (GELLAD et al., 2011).

Para lidar com as dificuldades relacionadas a essa tarefa os pacientes criam – com base em seu conhecimento e capacidades individuais – estratégias para administrar seus tratamentos (LIMA; MORAES, 2013). Estratégias de memória são adotadas para os auxiliar a cumprir com o tratamento e podem ser classificadas como internas ou externas: uma

estratégia de memória interna seria atrelar a tomada de determinados medicamentos à hora do almoço, por exemplo, enquanto uma estratégia de memória externa seria utilizar algum registro físico ou produto que ajude o idoso a lembrar qual medicamento tomar, quando e como (WERLANG et al., 2008 apud SILVA; SPINILLO, 2014).

Pesquisas anteriores apontam a existência de uma relação inversa entre a frequência de dosagem de medicamentos e a adesão terapêutica (COLEMAN, 2012). Segundo Wolf et al. (2011), atrelado a esse fato se soma a descoberta de que, em muitos casos, o paciente pode auto-administrar as doses de medicamentos mais vezes ao dia do que de fato necessário, com aqueles que possuem alfabetização limitada correndo o maior risco. Isso porque, diante da complexidade de se organizar para seguir um tratamento com múltiplos fármacos, o paciente talvez não se organize da maneira mais eficiente e consolidada possível. A variabilidade na forma como as prescrições são escritas, tanto na descrição do momento das doses quanto na expressão das instruções auxiliares, desvia ainda mais os indivíduos do objetivo de consolidar os regimes (WOLF et al., 2011). Portanto, essa complexidade se traduz em uma tomada de medicamentos com uma frequência muito alta ao longo do dia – maior até do que a necessária –, levando a uma interferência substancial na vida dos pacientes. Como resultado, doses podem ser esquecidas ou até administradas incorretamente.

Para além do controle insatisfatório das condições crônicas, a não adesão de um tratamento onera tanto o idoso quanto o sistema de saúde de maneira desnecessária, pois eleva significativamente os custos relativos aos cuidados de saúde (BOSWORTH et al., 2011). Posto isso, estratégias são necessárias para ajudar os pacientes não somente a entender como tomar um remédio em específico, mas também para consolidar e simplificar como cumprir com um completo regime de medicamentos. É preciso trabalhar em todo o contínuo de prescrição e dispensação de medicamentos de modo a melhorar a compreensão do paciente de seu próprio tratamento e aumentar a adesão terapêutica (WOLF et al., 2011), garantindo a autonomia do paciente em seu próprio tratamento e estimulando seu empoderamento, suas escolhas e suas opções (MALTA; MERYW, 2010 apud LIMA; MORAES, 2013).

Por fim, como afirmam as autores Lima e Moraes (2013):

“A utilização de medicamentos, em especial por pacientes crônicos, representa assunto complexo e vital tanto para a saúde de cada paciente como para a viabilidade do sistema de saúde. Portanto, é relevante que se aprofunde o conhecimento a este respeito, tendo como foco aspectos ergonômicos, ou seja, de interação do paciente/usuário com o sistema de saúde e medicamentos.”

ADESÃO TERAPÊUTICA

A aderência ou adesão terapêutica nada mais é do que uma estratégia de enfrentamento usada pelos pacientes em resposta a uma doença crônica (BANNING, 2008). Essa terminologia descreve até que ponto o comportamento de um paciente, em termos de tomar medicamentos, seguir dietas ou realizar mudanças no estilo de vida, coincide com os conselhos e instruções dados por profissionais de saúde (MCELNAY, 2005 apud BANNING, 2008). Portanto, o grau com o qual um paciente age de acordo com o intervalo prescrito e a dose de um regime de dosagem se traduz na aderência ou não aderência de uma terapia ou tratamento (BOSWORTH, 2011).

Sabe-se que os medicamentos são utilizados para melhorar a qualidade de vida, estender a expectativa de vida, mitigar ou curar doenças; entretanto é comum que os pacientes deixem de aderir aos tratamentos medicamentosos, levando a consequências clínicas e econômicas indesejáveis (GELLAD et al., 2011). Sendo assim, é importante que o grau de aderência possa ser medido e, para isso, há diferentes meios: auto-relato do paciente, análise de registros de prescrição médica, exames de sangue para medição de níveis de medicamentos, contagem de comprimidos e monitores eletrônicos, como sistemas de monitoramento de medicação (COLEMAN, 2012). A falha em identificar e remediar uma baixa adesão muitas vezes resulta em farmacoterapia intensificada, com ainda maiores doses de medicamentos, gerando: maior

Estratégias são necessárias para ajudar os pacientes não somente a entender como tomar um remédio em específico, mas também para consolidar e simplificar como cumprir com um completo regime de medicamentos

custo geral do tratamento, maiores riscos de efeitos adversos, frustração do médico, diagnósticos errados, tratamentos desnecessários e exacerbação da doença (BOSWORTH, 2011).

Nos Estados Unidos estima-se que quase 90% dos americanos com 60 anos ou mais tomam pelo menos 1 medicamento prescrito, normalmente de forma programada e, apesar das evidências de uma associação entre a adesão ao medicamento e a melhoria da qualidade de vida, as taxas de adesão para pacientes com condições crônicas são estimadas em apenas 50%-60% (COLEMAN, 2012). Obviamente, a adesão deficiente de um paciente reduz a eficácia dos medicamentos prescritos e, portanto, não é surpreendente que a baixa adesão à medicação tenha sido associada a maior morbidade, mortalidade e custos de saúde. Todavia, por se tratar de um comportamento extremamente complexo, identificar um conjunto claro de fatores que interferem na aderência e que sejam aplicáveis a todos os pacientes não é possível e, muito menos, aconselhável (GELLAD et al., 2011).

Afirma-se que se trata de um comportamento complexo pois a tarefa de usar um medicamento não se restringe apenas a administrar o mesmo:

“(...) mas sim envolve etapas anteriores essenciais à tomada de decisões sobre o medicamento. O processo de tomar um fármaco se inicia na prescrição médica (oral e/ou escrita), seguida do contato com o farmacêutico para aquisição do

medicamento. O farmacêutico eventualmente pode fornecer informações orais adicionais no momento da aquisição do fármaco. Este, por sua vez, apresenta informações na embalagem e na bula que o acompanha. Por fim, o usuário/paciente deverá processar todas as informações adquiridas através do médico/prescrição; do farmacêutico e da bula/embalagem. Neste sentido, o usuário/paciente deverá ler, lembrar, relembrar e transformar toda a informação recebida em ações de execução de tarefa sobre o uso e o manuseio de um dado medicamento (VAN DER WAARDE, 2004; GUSTAFSSON et al, 2005).” (FUJITA; SPINILLO, 2008)

A não-adesão primária ocorre quando o prescritor faz recomendações sobre uma terapia que o paciente sequer inicia, enquanto a secundária – ou não persistência – ocorre quando um paciente decide parar de tomar a medicação após iniciá-la, interrompendo o tratamento em curso sem ter sido orientado por um profissional da saúde a fazê-lo (GELLAD et al., 2011). Além disso, segundo a Organização Mundial da Saúde, existe a não-adesão evitável e a inevitável: a primeira faz menção ao cenário no qual o paciente esquece ou não compreende bem seu tratamento, enquanto a segunda se trata de quando um medicamento pode ocasionar efeitos adversos com risco de vida, por exemplo. Em ambos os casos, a OMS recomenda o direcionamento de intervenções de tratamento personalizadas (BOSWORTH, 2011).

Nos Estados Unidos (...) as taxas de adesão para pacientes com condições crônicas são estimadas em apenas 50%-60%

(Coleman, 2012)

Segundo o documento de 2003 “Adherence to long term therapies: evidence for action” da Organização Mundial da Saúde:

“A capacidade dos pacientes de seguir os planos de tratamento de maneira ideal é frequentemente comprometida por mais de uma barreira, geralmente relacionada a diferentes aspectos do problema. Estes incluem: os fatores sociais e econômicos, a equipe ou o sistema de saúde, as características da doença, as terapias da doença e os fatores relacionados ao paciente. Resolver os problemas relacionados a cada um desses fatores é necessário para que a adesão dos pacientes às terapias seja melhorada.”⁴

Além destes fatores, segundo Sale et al. (2006 apud BANNING, 2008), alguns idosos têm medo de se tornarem dependentes de seus medicamentos, principalmente daqueles à base de codeína – como alguns analgésicos – e, como resultado, racionalizam a administração desses medicamentos na dose mais baixa possível, ao invés da dose necessária.

Fica claro, portanto, que o processo de uso de medicamentos pode ser afetado por diversos fatores nos idosos, mas um deles em específico é importante que seja abordado separadamente: a relação paciente-prescritor. Sabe-se que a falta de informação do paciente com relação aos detalhes do tratamento – como o início de ação de um medicamento, o tempo de tratamento, os possíveis

efeitos colaterais – ou mesmo a não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde podem ser determinantes para a não-adesão involuntária do paciente ao tratamento (PEREIRA et al., 2012). Segundo Sano (2002 apud PEREIRA et al., 2012), a falta de informações relativas ao medicamento é um dos principais fatores responsáveis pelo uso não condizente com a prescrição médica por 30% a 50% dos pacientes, refletindo em uma falta de resolutividade do problema de saúde e até no agravamento do problema. Para além de entender o que fazer e o porquê, os pacientes precisam do desenvolvimento de habilidades comportamentais para facilitar a adoção e integração da tomada de medicamentos na vida cotidiana (BOSWORTH, 2011).

Segundo Coleman (2012), os pacientes com doenças crônicas são mais aderentes aos seus regimes de medicação quando estes requerem que se tome os medicamentos apenas uma vez ao dia. Quando as dosagens são mais frequentes, a adesão dos pacientes é menor: os regimes de dosagem de duas, três e quatro vezes ao dia tiveram as taxas de adesão médias progressivamente mais baixas em relação aos regimes de uma vez ao dia. Atrelado a isso, segundo este mesmo autor, está o fato de que as taxas de adesão aumentam quando os pacientes sabem que estão sendo observados; assim como caem significativamente após 6 meses da consulta médica (COLEMAN, 2012).

A falta de informações relativas ao medicamento é um dos principais fatores responsáveis pelo uso não condizente com a prescrição médica por 30% a 50% dos pacientes

(Sano, 2002 apud Pereira et al., 2012)

⁴ Tradução nossa. Original disponível em: <http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/>

É comum que os idosos que conseguem aderir à medicação muitas vezes associam a administração de seus medicamentos a eventos específicos de estilo de vida, horário, local e padrões de atividades diárias (SVENSSON et al., 2000; KIPPEN et al., 2005 apud BANNING, 2008). Essas estratégias podem ser divididas entre estratégias internas e estratégias externas. Associar a tomada de um determinado medicamento à hora de alguma refeição, por exemplo, pode ser considerada uma estratégia de memória interna. Por outro lado, utilizar algum registro físico, ou produto que ajude a lembrar qual medicamento tomar, em qual dose e em qual horário, é considerada uma estratégia de memória externa. Ademais, nota-se que elementos visuais são fundamentais para que as estratégias tenham sucesso, tais como: tamanho e forma dos medicamentos, características das embalagens dos medicamentos, posição da embalagem no local onde fica guardada, entre outros (SILVA; SPINILLO, 2014).

Por conta das dificuldades que o idoso já normalmente enfrenta para conseguir aderir adequadamente à prescrição médica – devido principalmente ao declínio cognitivo advindo do envelhecimento –, as estratégias externas se tornam um importante aliado (SILVA; SPINILLO, 2014). Enquanto as estratégias de memória interna são mais suscetíveis às falhas por conta do próprio processo de envelhecimento, as estratégias externas não o são e devem ter seu emprego orientado e motivado por profissionais da saúde aos pacientes idosos (WERLANG et al., 2008 apud SILVA; SPINILLO, 2014).

Para garantir uma adesão adequada ao longo do tempo, diversas estratégias comportamentais podem ser adotadas: automonitoramento (por meio do uso de diários, registros, embalagens com calendários, lembretes eletrônicos, entre outros), reforços positivos e reiterativos (mecanismos de feedback digital, incentivos e recompensas) e parceria de responsabilidade (grupos de suporte, contratação de cuidadores) (BOSWORTH, 2011). Ademais, é fundamental educar os pacientes, de maneira que eles entendam os verdadeiros riscos de sua doença, entendam os benefícios do seguimento correto do tratamento e possam desenvolver habilidades comportamentais que ajudem a incluir e manter a tomada de medicamentos diária no cotidiano. Por conseguinte, a intervenção mais importante para reduzir a desinformação sobre medicamentos e a não-adesão é a de traçar estratégias que usem técnicas de comunicação eficazes entre pacientes e provedores, aperfeiçoando-as (BOSWORTH, 2011).

“O esforço para levar essa abordagem à consulta pode aumentar a confiança do paciente no prescritor. Desta forma, os pacientes podem se sentir capazes de expressar suas preocupações sobre medicamentos e melhorar os padrões de adesão intencional (Barber et al., 2004; Maidment et al., 2002; Belcher et al., 2006). Nesse sentido, os enfermeiros com funções de prescrição podem desempenhar um papel central e causar um impacto significativo na vida dos idosos por meio da avaliação e educação estruturada de medicamentos (Griffiths et al., 2004). É reconhecido

É fundamental educar os pacientes, de maneira que eles entendam os verdadeiros riscos de sua doença, entendam os benefícios do seguimento correto do tratamento e possam desenvolver habilidades comportamentais que ajudem a incluir e manter a tomada de medicamentos diária no cotidiano

que os idosos precisam ser tratados como um grupo especial com mais atenção para garantir que eles entendam não só a necessidade de medicamentos, mas também o papel que os medicamentos desempenham no manejo de sua condição (Butler et al., 2002).” (BANNING, 2008)⁵

Em suma, são necessárias intervenções personalizadas que forneçam uma abordagem orientada e centrada no paciente, abordando a adesão de tratamentos com muitos fármacos e doenças concomitantes, não focando única e exclusivamente na doença. É preciso também atentar-se às estratégias práticas para abordar a alfabetização em saúde, avaliando a capacidade do paciente de ler informações escritas e entender os motivos do medicamento, a dosagem e a duração adequada de seu tratamento. As intervenções devem ser pensadas de modo a incluir os pacientes com baixo nível de alfabetização em saúde, ou baixa alfabetização de maneira geral, utilizando materiais fáceis de serem compreendidos, com imagens, que utilizem termos leigos e que expliquem a rotulagem de medicamentos, criando assim um ambiente de capacitação para pacientes e cuidadores (BOSWORTH, 2011).

ATENÇÃO PRIMÁRIA E A PRESCRIÇÃO MÉDICA

A Atenção Primária à Saúde (APS), como definida pelo próprio website do Ministério da Saúde, é:

“(...) o primeiro nível de atenção em saúde e se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte positivamente na situação de saúde das coletividades. Trata-se da principal porta de entrada do SUS e do centro de comunicação com toda a Rede de Atenção dos SUS, devendo se orientar pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade. Isso significa dizer que a APS funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos. No Brasil, a Atenção Primária é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas.”⁶

Ou seja, é na atenção primária que se concentram os primeiros contatos entre pacientes e profissionais da saúde. Nesses encontros, em grande parte das vezes, são produzidas o que se chama de prescrições médicas. A prescrição nada mais é do que um documento produzido por um profissional

⁵ Tradução nossa.

⁶ Informação retirada do site <<https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>>

habilitado, no qual indica-se o medicamento que configura o tratamento do paciente. É por meio dos receituários que os pacientes podem requerer medicamentos nas farmácias e iniciar ou dar continuação a seus tratamentos medicamentosos. É de responsabilidade do prescritor elaborar uma prescrição de medicamentos que transmita de maneira completa e clara as informações necessárias, tanto ao paciente quanto aos outros profissionais que utilizarem esse documento (CASSIANI et al., 2003 apud VALADÃO et al., 2009).

É reconhecido, portanto, que as prescrições médicas têm papel ímpar na prevenção dos erros de medicação, já que são o documento que oficializa a conversa entre médico e paciente e o documento no qual o paciente se baseará para realizar seu tratamento em casa. Os serviços fornecidos no atendimento primário – sejam eles médicos ou farmacêuticos – devem ser de extrema qualidade pois, a partir da dificuldade no entendimento da terapêutica prescrita, os pacientes podem enfrentar problemas, resultando em retornos precoces aos consultórios, realização de novos exames, agravamento de quadros e possíveis sequelas (GIROTTI; SILVA, 2005 apud PEREIRA et al., 2012).

A informação acerca dos medicamentos constitui, portanto, uma condição básica para a adesão ao tratamento, porém, mesmo assim, não se tem prestado atenção suficiente no momento de seu fornecimento nas situações de atendimento ao paciente, seja na consulta médica ou na

dispensação do medicamento em farmácias. Sendo assim, fica clara a necessidade crescente de melhorar os aspectos educacionais da prescrição médica relacionada ao paciente e aos medicamentos prescritos (SILVA et al., 2000 apud VALADÃO et al., 2009) e, portanto:

“Neste sentido, um bom entendimento do paciente em relação à sua prescrição médica, patologia, utilização correta do medicamento, suas ações esperadas ou adversas, são fatores a serem trabalhados para um maior sucesso na proposta de atenção ao paciente pelo Sistema Único de Saúde.” (PEREIRA et al., 2012)

As prescrições médicas têm papel ímpar na prevenção dos erros de medicação, já que são o documento que oficializa a conversa entre médico e paciente e o documento no qual o paciente se baseará para realizar seu tratamento em casa

Sobre o design como conceito e ferramenta

A pluralidade do sentido da palavra “design” se dá por conta de suas inúmeras possibilidades de aplicações, mas é senso comum que o desenvolvimento de um projeto de design tem como meta o bem-estar do usuário. Portanto, para que seja bem sucedida, uma solução de projeto requer uma investigação criteriosa por parte do designer quanto aos aspectos cognitivos, comportamentais e sensoriais dos usuários em questão (NORMAN, 2013). A seguir, são descritas algumas metodologias do design que serão utilizadas no projeto para melhor entendimento do conceito como um todo.

DESIGN THINKING

Como definido pelo próprio site da IDEO, cujo CEO Tim Brown foi um dos responsáveis por popularizar o termo Design Thinking (DT):

“O Design Thinking é uma abordagem para inovação – ancorada na compreensão das necessidades do cliente, prototipagem rápida e geração de ideias criativas – centrada no ser humano que transformará a maneira como você desenvolve produtos, serviços, processos e organizações. Ao usar o Design Thinking, você toma decisões com base no que os clientes realmente desejam, em vez de confiar apenas em dados históricos ou fazer apostas arriscadas com base no instinto em vez de evidências.”⁷

Portanto, é uma disciplina que usa a sensibilidade e os métodos do designer para atender às necessidades das pessoas com o que é tecnologicamente viável. Ou seja, o Design Thinking, em sua essência, é um processo de inovação sistemático e multidisciplinar que prioriza as necessidades e desafios do usuário final, procurando compreender totalmente um problema de modo que as soluções desenvolvidas sejam eficazes (ROBERTS, 2016). Essa abordagem para solução de problemas adota uma mentalidade criativa e favorece a exploração aberta em vez de um caminho direto a um determinado resultado. Assim sendo, seu ponto de partida são os desejos e necessidades das pessoas e não uma proposta de negócio ou ideia artística. Esse processo de design envolve fazer perguntas, visualizar ideias, criar protótipos e contar histórias sobre pessoas, ideias e resultados (KU; LUPTON, 2020).

Com relação ao processo, a própria IDEO divide o DT em um processo iterativo de três etapas: inspiração, ideação e implementação. A etapa de inspiração extrai as percepções dos principais interessados, beneficiários ou usuários sobre suas vidas, motivações e desafios. Já na segunda etapa, ideação, esses insights são incorporados para gerar soluções para posterior desenvolvimento, teste e refinamento. Já na fase final, de implementação, as soluções finalizadas são

⁷ Frase retirada do site <<https://www.ideo.com/pages/design-thinking>>. Tradução nossa.

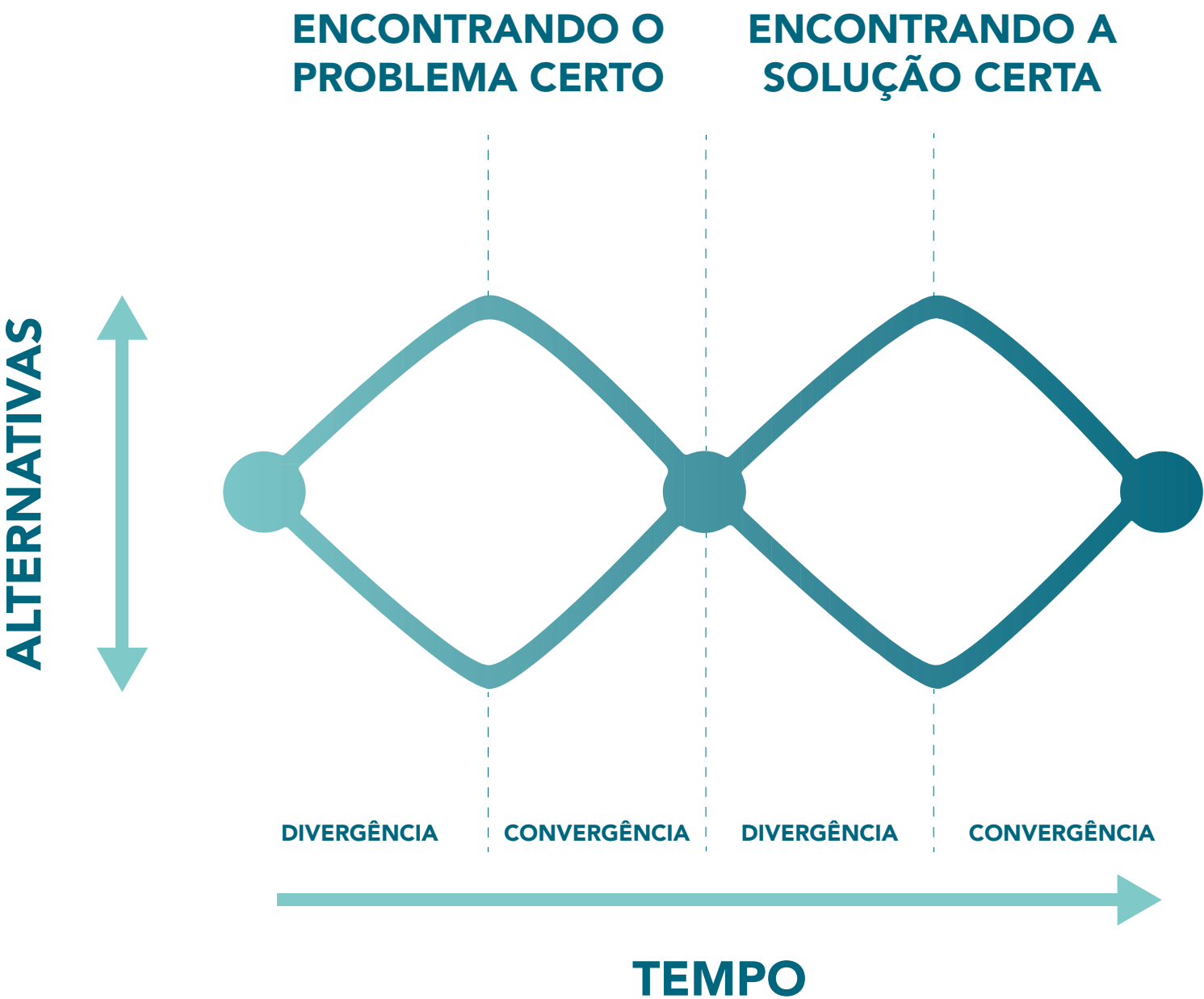
dimensionadas para implementação no contexto real (IDEO.org, 2015). É justamente essa natureza iterativa que garante que as equipes não percorrerão o ciclo de vida do projeto com uma única solução em mãos, apenas para descobrir no final que a solução não funciona como planejado. A iteração retira o risco do desenvolvimento de intervenções ineficazes.

Como afirma Norman (2013), bons designers nunca devem começar resolvendo o problema dado a eles, mas sim tentando compreender quais são os verdadeiros problemas. Por isso, durante o processo, ao invés de convergirem para uma solução, os designers divergem, estudando pessoas e o que elas estão enfrentando como problemas, gerando ideia após ideia. O foco, portanto, é garantir que o resultado corresponda aos desejos, necessidades e capacidades humanos e, para isso, é necessária essa primeira divergência, garantindo um processo realmente iterativo e expansivo. Os designers geralmente começam questionando o problema dado a eles, expandindo o escopo do problema e divergindo para poder examinar todas as questões fundamentais que estão por trás. Em seguida eles convergem para uma única definição de problema. Durante a fase de solução do problema, eles primeiro divergem na busca de diversas soluções possíveis para, finalmente, convergirem em uma única solução proposta.

Esse padrão de dupla divergência e convergência leva o nome Double Diamond, e foi introduzido pela primeira

vez em 2005 pelo British Design Council (NORMAN, 2013). O Design Council também dividiu o processo em 4 estágios: descobrir e definir (durante a primeira divergência e convergência para encontrar o problema correto) e desenvolver e entregar (durante a segunda divergência e convergência para encontrar a solução mais adequada).

Por conta destas características, o principal e mais crítico aspecto dessa abordagem do design é a empatia, que faz com que o desenvolvimento de uma compreensão



Modelo Double Diamond. Fonte: Norman, 2013.

⁸ Tradução nossa.

profunda e diversa das necessidades seja essencial (ROBERTS, 2016). Como afirmam Brown e Wyatt (2010): “Embora as pessoas muitas vezes não possam nos dizer quais são suas necessidades, seus comportamentos reais podem nos fornecer pistas valiosas sobre sua gama de necessidades não atendidas”⁸. Entretanto, a empatia por si só não é suficiente, pois é preciso ter cautela para não separar o “nós” (designers e profissionais correlatos) do “deles” (usuários). Sendo assim, os pacientes e demais partes interessadas devem ser participantes ativos no processo de design e não apenas objetos ou pessoas destituídas de ação (KU; LUPTON, 2020).

Outra característica dessa abordagem que não pode deixar de ser citada é a multidisciplinaridade. Esse método de pensamento de design reconhece que nenhuma disciplina sozinha pode abordar sistematicamente questões complexas pois, como no caso da saúde, os problemas existem entre disciplinas e setores e não exclusivamente dentro deles. Portanto, a integração de uma estrutura de DT não só oferece aos sistemas de saúde uma maneira de responder a certas mudanças, mas também oferece aos sistemas de saúde a oportunidade de liderá-la (ROBERTS, 2016). Essa estrutura de inovação que é o Design Thinking pode oferecer aos profissionais de saúde e ao sistema de saúde como um todo, uma estrutura prática bem definida e reconhecível para a integração em larga escala de abordagens mais criativas, interdisciplinares e focadas no ser humano.

Não se almeja propor que o design tenha a capacidade de resolver todos os problemas de saúde; ele não tem. No entanto, como afirmam Ku e Lupton (2020), este pensamento centrado no ser humano atrelado aos outros métodos de produção do DT tem o poder de começar a destruir padrões arraigados na comunidade médica e na sociedade em geral que perpetuam a desigualdade na saúde. Com isso, inovações que aperfeiçoem o sistema público de saúde podem ocorrer e se tornarem métodos formais e comuns de trabalho.

DESIGN CENTRADO NO HUMANO

Muitas vezes o HCD, o DT e o Design Social são frequentemente usados de forma intercambiável para se referir às abordagens de design mais comuns usadas na saúde global (BAZZANO; YAN, 2020), mas é importante entendê-los separadamente e também o histórico de cada um para que a contextualização se dê de maneira completa. O Design Centrado no Humano (HCD) nada mais é do que uma das ferramentas do Design Thinking e teve sua origem no setor privado como um processo para integrar as necessidades dos consumidores no ciclo de desenvolvimento de produtos, principalmente nas áreas de tecnologia e serviços.

Considera-se que o HCD surgiu do Design Centrado no Usuário (UCD) – criado por Don Norman e colegas da Universidade da Califórnia –, uma abordagem que prioriza as necessidades e emoções do usuário final de um produto ou serviço, incluindo algumas etapas que ainda não eram prática

A integração de uma estrutura de DT não só oferece aos sistemas de saúde uma maneira de responder a certas mudanças, mas também oferece aos sistemas de saúde a oportunidade de liderá-la

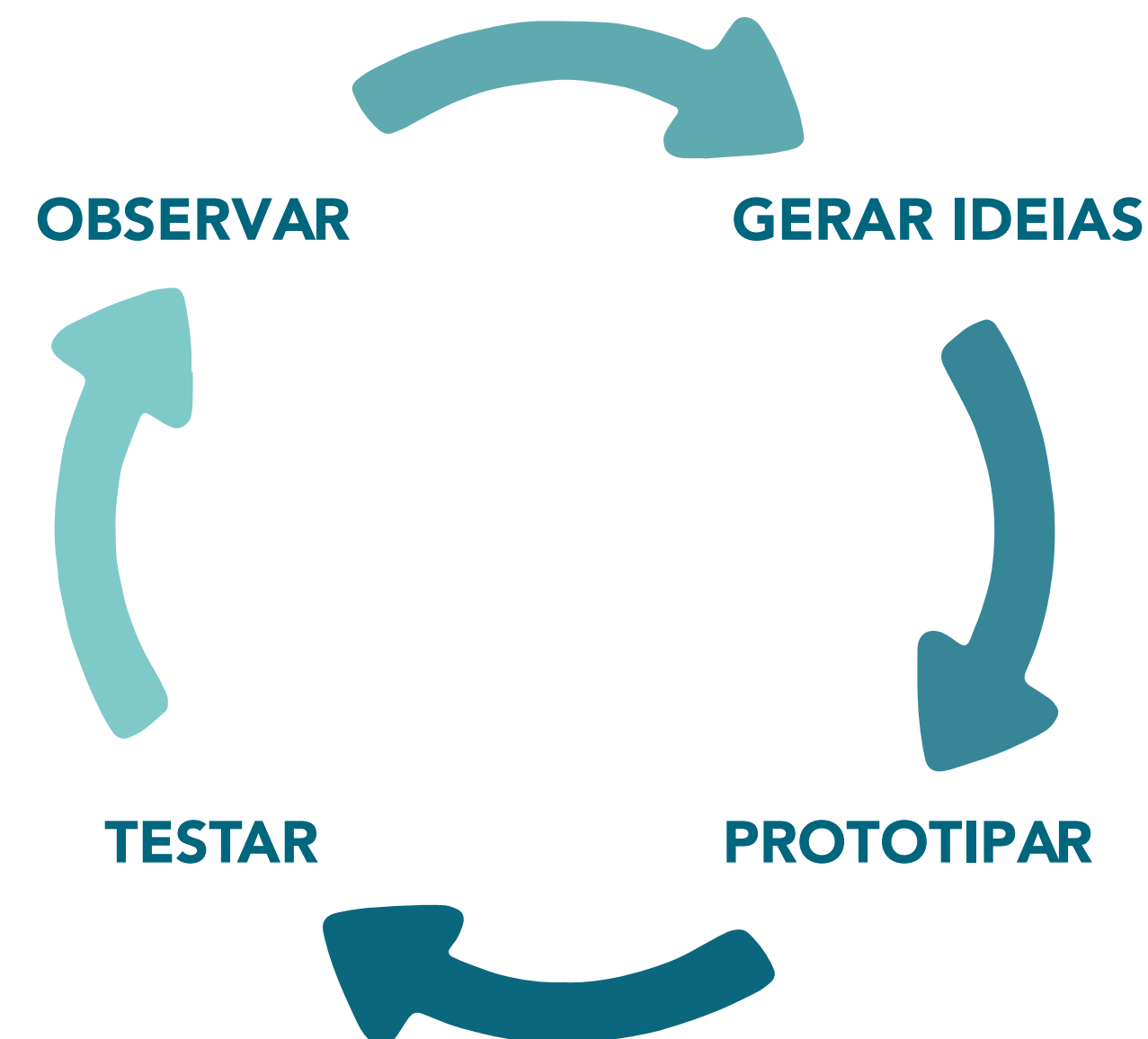
(Roberts, 2016)

padrão na época, como a realização de testes, avaliações iniciais e a concepção iterativa (BAZZANO, YAN, 2020). Suas raízes são áreas como a ergonomia, a ciência da computação e a inteligência artificial e isso pode ser notado em padrões internacionais, como na ISO 9241-210 “Ergonomia da interação humano-sistema: Projeto centrado no ser humano para sistemas interativos”, que descreve o HCD como uma abordagem ao design e desenvolvimento de sistemas que visa tornar os sistemas interativos mais utilizáveis focando na utilização do sistema e aplicando fatores humanos e ergonômicos, assim como conhecimentos e técnicas de usabilidade (GIACOMIN, 2014).

O HCD atual, como explica Giacomini (2014), é distinto de muitas práticas de design tradicionais porque o foco natural das questões, percepções e atividades reside nas pessoas a quem o produto, sistema ou serviço se destina, e não no processo criativo pessoal do designer ou no material e substratos tecnológicos do produto. Ele é principalmente baseado no uso de técnicas que comunicam, interagem, criam empatia e estimulam as pessoas envolvidas, obtendo uma compreensão de suas necessidades, desejos e experiências, que muitas vezes transcendem aquilo que as próprias pessoas/usuários realmente têm consciência. Os produtos criados devem ser física, perceptiva, cognitiva e emocionalmente intuitivos, isto é: devem poder ser manipulados com rapidez e facilidade, com estímulos sensoriais facilmente detectáveis, informações e significados

imediatamente óbvios e induzir emoções características que possui ou comportamentos inteligentes que exibe compatíveis com o estado emocional antecipado da pessoas.

É justamente por meio do HCD que o processo do Double Diamond do Design Thinking citado anteriormente pode ser realizado. No Design Centrado no Humano há 4 diferentes atividades: observação, ideação, prototipagem e testagem; e essas etapas são iterativas, ou seja, são repetidas de maneira cíclica, com cada ciclo gerando cada vez mais insights e chegando mais perto da solução desejada.



As quatro atividades do processo do Human-Centered Design.
Fonte: Norman, 2013.

A fase inicial de observação começa com a pesquisa, de modo a entender a natureza do problema. A ideia é ir até os usuários potenciais e observar suas atividades ou seu dia-a-dia, tentando entender seus interesses, motivos e verdadeiras necessidades, ou seja, observar a vida normal. O objetivo é procurar compreender o que as pessoas estão tentando alcançar no dia-a-dia e o que as impede, detectando significados por meios verbais ou não verbais. Essa técnica é chamada de etnografia aplicada, um método adaptado do campo da antropologia (NORMAN, 2013). Nessa técnica, o que importa de fato são as atividades, e não as informações mais tradicionais como idade, escolaridade e renda, isso porque mesmo quando olhamos para culturas muito diferentes, as atividades costumam ser surpreendentemente semelhantes. Não há substituto para a observação direta e para a interação com as pessoas para as quais o produto ou o projeto se destinam, por isso a importância dessa etapa do processo; e inclusive por isso que ela deve estar presente nas duas etapas do processo Double Diamond, já que é necessária para definir o problema correto e posteriormente para encontrar a solução adequada.

Assim que os requisitos do projeto de design forem determinados por meio da etapa de observação, inicia-se a etapa de ideação ou de geração de ideias. Esse método também ocorre nas duas etapas do Double Diamond e é onde a criatividade é crítica e essencial, o famoso brainstorming. Desta etapa segue-se para a prototipagem,

necessária para descobrir quais ideias realmente funcionam e são válidas. A ideia deste exercício é fazer rápidos e simples mockups de cada ideia, sem muitos detalhes, pois o objetivo realmente é poder testar o maior número de ideias possível. Após produzidos os protótipos, vem a fase de testagem, na qual esses protótipos são postos em uso pelos usuários. É necessário que, enquanto os usuários testam os protótipos, a equipe de pesquisa esteja observando como é o uso que as pessoas fazem dos protótipos. Em seguida, também é importante conversar com essas pessoas para procurar entender o que acharam dos protótipos e lembrá-las de suas ações. Assim como na etapa de observação, a prototipagem e a testagem devem ser realizadas nas duas etapas do Double Diamond: no primeiro diamante para se certificar de que o problema foi compreendido e depois na etapa de solução do problema para garantir que o novo design está de acordo com as necessidades dos usuários.

Após cumpridos estes exercícios, então se inicia a iteração, que é a repetição cíclica de todo este processo a fim de se obter refinamento e aprimoramento contínuos. A ideia passada por Norman (2013) é de que é muito mais benéfico realizar diversos protótipos e diversas testagens, se permitindo errar várias vezes de maneira rápida, afinal o que comumente chamamos de erro na verdade são experiências de aprendizado, e essas experiências devem ser encorajadas. Afinal, o HCD está menos preocupado em garantir que os designs funcionem perfeitamente como pretendido do que

em permitir que muitas concepções individuais ou culturais se desdobrem (KRIPPENDORFF, 2004 apud GIACOMIN, 2014). Garantir que o problema correto esteja sendo resolvido e que a solução adequada esteja sendo proposta requer essa iteração, pois é a cada ciclo de repetição que as ideias se tornam mais claras e os testes e observações podem ser mais bem direcionados e eficientes.

Fica claro, portanto, que o processo do HCD é circular, com mudanças e aprimoramentos contínuos, encorajando o questionamento e o ato de repensar ideias. O momento de parar a repetição fica a cargo de cada um, mas é importante manter em mente que quando os projetos são muito grandes e envolvem uma quantidade considerável de pessoas, tempo e dinheiro, é uma desvantagem que durem muito. Portanto, assim como no Design Thinking de maneira geral, não há uma receita pronta para a aplicação do método e todas as variantes devem ser pensadas de acordo com seus contextos específicos para estabelecer um plano de ação que melhor se adeque ao projeto.

O Design Centrado no Humano é, portanto, uma ferramenta crucial para distribuir avanços médicos para mais comunidades e não apenas para os mais privilegiados. A saúde centrada no humano deve enxergar as pessoas não simplesmente como pacientes definidos por suas doenças ou deficiências, mas sim como indivíduos vivendo a jornada da vida (KU; LUPTON, 2020) e especialistas em suas próprias

questões e doenças. O HCD pode ajudar os profissionais da saúde não apenas a entender o que é viver com uma condição crônica, mas também situar as pessoas em seu contexto social, econômico e cultural, evidenciando quais são as barreiras e os facilitadores da saúde (NOËL; FRASCARA, 2020). Afinal, como afirmam Bazzano e Yan (2020), conseguir compreender e mapear os contribuintes contextuais, sociais e ambientais e como eles interagem, é crucial para determinar o sucesso de um projeto de saúde global de HCD.

DESIGN DA INFORMAÇÃO

O princípio básico do Design da Informação (DI) de maneira geral é o de otimizar a compreensão – de uma situação, conceito, espaço, lugar, tempo, quantidade, fenômeno – para um determinado público alvo (PONTIS, 2019). Ou seja, almeja-se que a informação seja facilmente adquirida para que seja utilizada pelas pessoas em situações práticas de maneira eficiente e eficaz. O DI eficaz, segundo Pontis (2019), envolve um entendimento profundo de quatro dimensões: problema (qual desafio o público encontra), pessoas (quem é o público e quais suas necessidades), contexto (como, onde e quando o público acessa as informações) e conteúdo (o que precisa ser comunicado). Sendo assim, os designers de informação visam projetar uma comunicação clara em qualquer meio que seja, desde papel até dispositivos digitais. Independentemente do contexto ou do tipo de projeto, seu objetivo é maximizar os benefícios para o cliente e usuário final (PONTIS, 2019).

A saúde centrada no humano deve enxergar as pessoas não simplesmente como pacientes definidos por suas doenças ou deficiências, mas sim como indivíduos vivendo a jornada da vida

(Ku; Lupton, 2020)

Entretanto, como afirma Frascara (2015), o Design da Informação não pode ser visto de maneira tão simplista: não basta que as pessoas entendam a informação, é preciso que elas ajam de acordo com ela. O DI, portanto, pode ser o responsável pelas pessoas reterem uma informação complexa, podendo fazer a diferença entre agir ou não e podendo mudar a forma como as pessoas se comportam (WALKER, 2017). Por conta disso, uma das características fundamentais de qualquer produto de DI é a de ser convidativo, de maneira que motive as pessoas a se envolverem com a informação passada. Ou seja, todo design da informação deve, antes de tudo, ter uma dimensão persuasiva, pois o leitor deve ser convencido de que a aquisição da mensagem que está tentando ser passada vale o esforço cognitivo necessário para tal (FRASCARA, 2015).

Diante disso, o Design da Informação é necessariamente centrado no humano, o que pode até parecer redundante, já que seu objetivo primordial é o de projetar informações de uma forma que sejam utilizáveis e compreensíveis para as pessoas (PONTIS, 2019) – garantindo assim a obrigatoriedade de ser um campo centrado nas pessoas –. O DI reconhece os usuários como diferentes do designer e, em consequência, estes usuários merecem respeito em sua diferença. Em decorrência dessas diferenças entre os dois, os designers da informação precisam mais do que apenas uma abordagem quantitativa, eles precisam de uma aproximação que os ajude a entender as pessoas holisticamente. Portanto, o

conhecimento das pessoas a quem o produto do DI se dirige torna-se uma das primeiras prioridades do processo.

As pessoas devem estar sempre no centro do trabalho de DI e, para que uma solução seja bem-sucedida de fato, deve haver um entendimento profundo de suas necessidades, que será a principal base de informações para a tomada de decisões ao longo do processo de design (PONTIS, 2019). Como consequência, é exatamente por isso que não existe uma receita ou regra para o design da informação: existem conhecimentos a serem aplicados, mas essa aplicação deve sempre ser enquadrada prestando a devida atenção a quem é o público, do que se fala, por que se dirige a eles e onde, quando e por quais meios (FRASCARA, 2015). E, justamente por se tratar de um campo centrado no usuário, também é importante reconhecer as limitações impostas, como afirmam as autoras Henkel e Spinillo (2018):

“Portanto, é necessário que a informação seja estruturada de modo que os usuários possam entendê-la e recuperá-la quando necessário. Isso se faz importante ao considerar que o DI leva em conta, também, que fatores como habilidade cognitivas humanas de atenção, percepção, memorização e atenção, possuem capacidades limitadas, mas que podem ser melhor aproveitadas, sabendo que há limites que devem ser respeitados para que as informações possam ser percebidas, compreendidas e assimiladas de forma satisfatória.”

Tendo em mente as necessidades do público-alvo, poderá então ser feita a tomada de decisões sobre tipografia e o uso de imagens e textos (WALKER, 2017). Para avaliar a eficiência de seus produtos, o Design da Informação utiliza métodos objetivos que determinam em quais aspectos e em que medida o design melhorou o desempenho de um produto já existente ou atingiu o desempenho desejado no caso de novos produtos. Esse desempenho é determinado de acordo com a capacidade dos usuários em ver, compreender, memorizar e usar as informações apresentadas. (FRASCARA, 2015). Quando a informação é projetada de maneira eficaz, ela facilita a navegação, dá suporte à colaboração, melhora a usabilidade e permite a compreensão (PONTIS, 2019). Assim sendo, um bom DI é convidativo, reduz a fadiga e os erros no processamento da informação, acelera as tarefas e torna a informação atrativa e adaptada à situação em que aparece. Além disso, apresenta a informação de uma maneira que facilite a memorização em seus três níveis: sensorial, curto prazo e longo prazo (FRASCARA, 2015).

Com base nisso, um bom documento de design da informação pode ser caracterizado por: fatores que facilitam o entendimento das palavras pelas pessoas; o impacto visual do documento e a forma como seu design influencia a usabilidade; até que ponto o documento se relaciona com seus usuários; e como o conteúdo é organizado para cumprir a finalidade do documento (WALLER, 2011 apud WALKER, 2017). Para ser considerado um bom documento, é importante

ainda que o material seja organizado visualmente de maneira que as palavras-chave e as informações importantes sejam claramente distinguidas à primeira vista, auxiliando o leitor na compreensão rápida e objetiva. Ou seja, de maneira geral um bom design da informação deve tornar a informação acessível (facilmente disponível), adequada (aos seus conteúdos e usuários), atraente (convidativa), concisa (clara e sem enfeites), relevante (ligada à finalidade do usuário), oportuna (disponível quando o usuário precisa), compreensível (sem dúvidas ou ambiguidades), apreciada (por sua utilidade) e utilizável (FRASCARA, 2015).

Observa-se portanto, que, de um lado há o Design da Informação com potencial de solucionar problemas relacionados à informação na área da saúde e, de outro, os erros de medicação causados por diversos fatores e seus impactos aos pacientes. Dessa maneira, o DI torna-se elemento relevante na política nacional de segurança do paciente, já que pode favorecer o desenvolvimento de estratégias de qualidade e melhoria da assistência prestada no sistema público de saúde no Brasil (HENKEL; SPINILLO, 2018). Como afirmam as mesmas autoras:

“O design de informação se apresenta com um papel relevante em relação a esses erros, pois pode vir a otimizar a eficácia da forma de apresentação das informações dentro do ambiente hospitalar. Isto poderá vir a evitar erros de medicação e suas consequências. Assim, o emprego do DI como

O DI torna-se elemento relevante na política nacional de segurança do paciente, já que pode favorecer o desenvolvimento de estratégias de qualidade e melhoria da assistência prestada no sistema público de saúde no Brasil

(Henkel; Spinillo, 2018)

estratégia de comunicação no ambiente hospitalar pode vir a contribuir para o desenvolvimento de instrumentos de prevenção dos erros de medicação.” (p. 15, HENKEL; SPINILLO, 2018)

O DI pode ajudar a explorar as características gráficas dos materiais envolvidos no processo de medicação, identificando e melhorando a forma como as informações são percebidas por quem as prescreve e por quem as lê. Ou seja, uma comunicação bem sucedida na área de saúde – que se beneficia da aplicação das melhores práticas de tipografia e comunicação gráfica – pode ser não só uma boa solução estética, mas sim uma solução centrada no paciente e na melhoria de sua relação com seus tratamentos, podendo gerar mudanças positivas de vida.

DESIGN PARA SAÚDE

De modo sucinto, o design para saúde é a multidisciplinaridade entre tudo que foi citado acima e a área da saúde. Há uma necessidade de colaborações interdisciplinares que integrem design e saúde em um contexto de resolução de problemas, garantindo que os projetos confrontados sejam realistas, situados em contextos reais e com alta prioridade para serem abordados (NOËL; FRASCARA, 2020). Os conhecimentos e capacidades em saúde e design estão sempre em constante mudança e, com as pressões financeiras, sociais e políticas crescentes e sem precedentes que os sistemas de saúde vêm enfrentando, é preciso que desenvolvam uma capacidade mais robusta para

alinhar melhor os serviços atuais e futuros da saúde (ROBERTS, 2016). O design não pode apenas ajudar os sistemas de saúde a lidar com esse aumento de pressão, mas também pode gerar melhorias a serem sustentadas, ajudando a saúde a se tornar mais responsiva, resiliente, ágil e centrada no paciente (NOËL; FRASCARA, 2020).

O Design Centrado no Humano visa melhorar o desempenho e o bem-estar humanos, portanto a segurança e a melhoria da qualidade de experiência do paciente são áreas onde o design pode fazer contribuições significativas (NOËL; FRASCARA, 2020). O design está sendo aplicado cada vez com mais frequência para resolver estes problemas globais de saúde (BAZZANO; YAN, 2020) e esse design pode contribuir para os serviços de saúde trazendo seu conhecimento dos fatores humanos, percepção, cognição, emoções e comportamento, bem como materiais e processos (NOËL; FRASCARA, 2020). Como afirmam os autores Ku e Lupton (2020):

“Os problemas de saúde geralmente envolvem ambiguidade e incerteza. O pensamento de design de saúde pode nos ajudar a abraçar a arte de ouvir e a necessidade de fazer perguntas melhores, à medida que aprendemos a valorizar tanto o insight qualitativo quanto as evidências quantitativas.”⁹

O objetivo básico do design é o de ajudar as pessoas a responder melhor às demandas diárias, mantendo a qualidade de vida (FRASCARA, 2002), e o pensamento do design para

O design não pode apenas ajudar os sistemas de saúde a lidar com esse aumento de pressão, mas também pode gerar melhorias a serem sustentadas, ajudando a saúde a se tornar mais responsiva, resiliente, ágil e centrada no paciente

(Noël; Frascara, 2020)

⁹ Tradução nossa.

saúde é o de gerar ideias e soluções criativas que aumentem o bem-estar humano no contexto da medicina (KU; LUPTON, 2020), reduzindo a complexidade do conjunto de atividades que caracteriza determinado processo. O papel do designer é o de usar seus conhecimentos em design para reduzir a complexidade dos dados coletados, criando um significado comum entre os usuários – que possuem diferentes níveis de informação e conhecimento sobre o assunto – (DE MELLO FREIRE, 2020).

Compreende-se que a cultura de design pode contribuir para um redesenho do Sistema de Saúde, de modo a alcançar como objetivos primordiais a qualificação e a humanização. Os serviços de saúde devem encontrar formas de se redesenhar para alcançarem estes objetivos e, do ponto de vista do design, essa política é um briefing que precisa ser trabalhado metodologicamente para alcançar resultados eficazes, eficientes para o Estado e úteis, usáveis e desejáveis pelos cidadãos. Isso pois, como afirmam Noël e Frascara (2020):

“Os pacientes passaram a ter expectativas maiores sobre o atendimento recebido e sobre sua participação na manutenção da própria saúde. Os serviços de saúde também estão mudando, mudando do hospital para a comunidade, da cura para a capacitação e adoção de abordagens interprofissionais e colaborativas para o cuidado.”¹⁰

O design, mais do que projetar as interfaces e as interações do serviço, mapeia o conjunto de atividades que caracterizam um processo de cocriação, tornando este processo visível para o conjunto de pessoas envolvidas nele. (RAMIREZ; MANNERVIK, 2008 apud DE MELLO FREIRE, 2020).

¹⁰ Tradução nossa.

Sobre os métodos de pesquisa

PESQUISA DE CAMPO

Como definido por Pontis (2019), o objetivo com uma pesquisa de campo é sentir o que seus participantes/usuários sentem, construindo, dessa maneira, empatia. Para atingir este objetivo, é necessário mergulhar na vida das outras pessoas e nas situações nas quais elas se encontram, para que se possa experimentar emoções semelhantes. A adoção dessa abordagem empática se faz necessária para reduzir preconceitos e pré-julgamentos em relação aos pontos de vista e estilos de vida de terceiros, gerando maior proximidade e entendimento dos sentimentos alheios. Para isso, é necessário estar realmente curioso quando se estiver em campo realizando as observações e as perguntas, ouvindo com atenção o que os participantes dizem e observando cada situação como se fosse a primeira vez.

É fundamental compreender que o contexto cultural de um estudo pode impactar significativamente nas descobertas, sendo imprescindível compreender o papel que a cultura desempenha nas experiências das pessoas, pois ela influencia o que fazemos e dizemos e como pensamos. Assim sendo, é muito importante que, durante os estudos de campo, o pesquisador preste atenção em seus próprios preconceitos e suposições em relação aos participantes, à situação e ao

contexto em que se conduz o estudo. Isso porque o papel do pesquisador é fundamental, já que ele é o principal instrumento de coleta de dados (PONTIS, 2019).

Após definir uma direção inicial do tipo de estudo de campo que se precisa e um motivo claro, ainda segundo Pontis (2019), a próxima etapa é projetar o estudo, o que envolve seis atividades amplas:

1. Definição da meta: o que se está tentando descobrir;
2. Determinação do foco: o que será investigado para atingir o objetivo;
3. Seleção e recrutamento de participantes: de quem os dados serão coletados;
4. Seleção de métodos de coleta de dados: como os dados serão coletados;
5. Seleção de métodos para análise de dados: como os dados serão compreendidos e analisados;
6. Planejamento da comunicação das descobertas: como as aprendizagens serão compartilhadas.

Com base nesse planejamento definido pela autora, foi traçado um plano de estudo:

1. DEFINIÇÃO DA META

- Quem são as pessoas que visitam essa UBS em específico: O que buscam nos atendimentos? Qual seu contexto familiar? Moram por perto? Essa visita é pontual ou recorrente? Qual seu perfil (renda, escolaridade, gênero, faixa etária)? Têm doenças crônicas?
- Qual a jornada do paciente na UBS: Existe agendamento? É feita uma triagem? Todos que entram ali falam de fato com um médico? Depois da consulta vão direto à farmácia? Se sim, qual farmácia? A da própria UBS?
- Como é a conversa entre profissional da saúde e paciente: O vocabulário usado é de fácil entendimento? A doença ou o tratamento são bem traduzidos pelo profissional para os pacientes? As informações passadas são totalmente entendidas? Quando o paciente não entende alguma informação ele pergunta ou tem vergonha? A prescrição médica é legível?
- Qual a jornada da receita médica: O que o paciente faz com essa receita assim que sai do consultório? Leva-a direto à farmácia da UBS? E depois, guarda-a e leva para casa? Se sim, ao chegar em casa onde guarda essa receita? Utiliza essa receita todos os dias?

- Como é a presença do medicamento no cotidiano: Onde esses pacientes guardam os medicamentos em casa?
- Onde são deixados os comprimidos? Como o paciente reconhece as diferentes cartelas de medicamentos (cor, nome, tamanho, forma)?

2. DETERMINAÇÃO DO FOCO

- O que vou investigar para responder as perguntas: comportamento dos pacientes, seus hábitos e cotidiano; a jornada desses pacientes na UBS; a jornada da receita médica; o uso e o entendimento da receita médica pelos pacientes; a opinião dos profissionais da saúde sobre o entendimento desses pacientes de seus tratamentos; opinião dos pacientes sobre seus próprios entendimentos dos tratamentos;
- Quais são minhas suposições iniciais: profissionais da saúde se utilizam de vocabulário próprio da área, o que torna o entendimento de muitas informações mais complexo; esse entendimento, para pacientes analfabetos é ainda mais difícil; transpor as informações passadas durante o atendimento médico para o cotidiano pode gerar perda de informações; a comunicação médico-paciente pode ser auxiliada e melhorada por um sistema informacional; a auto-administração de múltiplos medicamentos por pacientes crônicos é uma tarefa complexa; os pacientes criam estratégias (que podem não ser as melhores)

para administrar seus tratamentos; qualquer falha no entendimento pode levar a falhas terapêuticas e comprometimento do tratamento e da saúde do paciente;

- Dificuldades e cuidados: Comitê de Ética em Pesquisa; confidencialidade dos dados; anonimato dos entrevistados;
- Onde e quando o estudo tomará forma: UBS Vila Ramos, em Itaquera.

3. SELEÇÃO E RECRUTAMENTO DE PARTICIPANTES

- De quem vou coletar dados: pacientes; médicos e farmacêuticos;
- Quais características as pessoas devem ter para fazer parte do estudo: usuários do SUS, frequentadores desta UBS, preferencialmente doentes crônicos e idosos; médicos que atuam ou já atuaram nesta UBS; farmacêuticos que atuam ou já atuaram nesta UBS.

4. SELEÇÃO DE MÉTODOS DE COLETA DE DADOS: COMO OS DADOS SERÃO COLETADOS

- Que tipo de insights preciso extrair: como é o entendimento dos pacientes sobre seus próprios tratamentos; quais os pain points do processo de acompanhamento desses pacientes; onde podem ser

feitos aperfeiçoamentos no processo de atendimento e dispensação de medicamentos;

- Como obterei os dados: entrevistas com pacientes, médicos e farmacêuticos; shadowing de consultas farmacêuticas; observação da rotina da UBS.

5. SELEÇÃO DE MÉTODOS PARA ANÁLISE DE DADOS: COMO OS DADOS SERÃO COMPREENDIDOS E ANALISADOS

- Como os dados serão entendidos: transcrição das entrevistas e shadowings; seleção de frases citadas nas transcrições por relevância ao tema; agrupamento das frases por proximidade de temas; definição de universos de assuntos;
- Quem estará envolvido na análise dos dados: as pessoas entrevistadas ou observadas não farão parte dessa análise, apenas a pesquisadora.

6. PLANEJAMENTO DA COMUNICAÇÃO DAS DESCOBERTAS: COMO AS APRENDIZAGENS SERÃO COMPARTILHADAS

- Como as descobertas serão compartilhadas: por meio da apresentação de publicação deste trabalho;
- Com quem as descobertas serão compartilhadas: com interessados que entrarem em contato com este trabalho.

Este pré planejamento do estudo foi extremamente importante para enfim produzir os roteiros de entrevistas semi-estruturadas, mas também foram essenciais para delimitar o que se almeja com a pesquisa que antecederia o projeto.

ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Para entrevistas semi-estruturadas, são preparadas várias perguntas que cobrem o escopo pretendido da entrevista e, para este propósito, precisa-se desenvolver um guia da entrevista como uma forma de orientação para os entrevistados (FLICK, 2012). A ideia com uma entrevista semi-estruturada é que a conversa seja o mais natural possível, respeitando o tempo do participante e mantendo um diálogo com o entrevistado. Esse tipo de abordagem permite uma maior flexibilidade e rápida adaptação para aprofundar determinados assuntos dependendo de cada candidato, garantindo que a conversa não seja engessada e que as informações obtidas sejam com ênfase qualitativa e não quantitativa.

Seguindo esses fundamentos e o processo proposto por Pontis (2019), foram produzidos três roteiros de entrevista semi-estruturada: um para médicos, um para farmacêuticos e um para pacientes, cuidadores ou responsáveis, que podem ser conferidos na página a seguir.

PACIENTE

Quais foram as etapas de atendimento desde que você chegou aqui?

Você já veio outras vezes nessa UBS?

O que você acha do atendimento aqui de modo geral?

O que você acha das palavras que o médico utiliza?

Quando você não entende alguma coisa, você pergunta ao médico?

E quando você pergunta, o médico te responde de maneira mais simples?

Quando o médico te passa uma receita, o que você faz com ela?

Quando você pega a receita na mão, o que você acha?

Você consegue entender as receitas e saber o que fazer?

Quando você não entende algo que está escrito na receita, para quem você pergunta?

E em casa, onde fica essa receita? Você costuma guardá-la? Olha para ela diariamente para seguir as instruções?

Você toma muitos remédios? Como você faz para se organizar e tomar tudo da maneira correta?

O que você acha que podia ser feito para ajudar a entender o que os médicos passam no atendimento?

MÉDICO(A)

Me conta como é seu dia de trabalho?

Quantas pessoas você atende em média em um dia?

E para quantas dessas pessoas você prescreve receitas?

Qual o tempo médio de uma consulta?

Os pacientes têm muitas dúvidas durante a consulta?

É comum que pacientes voltem pois não entenderam algo da receita ou do tratamento?

É comum que pacientes não sigam o tratamento corretamente? Se sim, na sua opinião, quais são os motivos?

Você acha que poderia existir algum mecanismo para facilitar a compreensão da receita pelos pacientes?

Ou algum mecanismo que auxiliasse no cronograma de medicamentos dos pacientes em casa?

FARMACÊUTICO(A)

Quantas pessoas você atende em média em um dia?

Como são as etapas para a pessoa retirar um remédio aqui?

E como vocês entregam os remédios aos pacientes? Nas caixas, só as cartelas, em alguma sacola?

As receitas são legíveis?

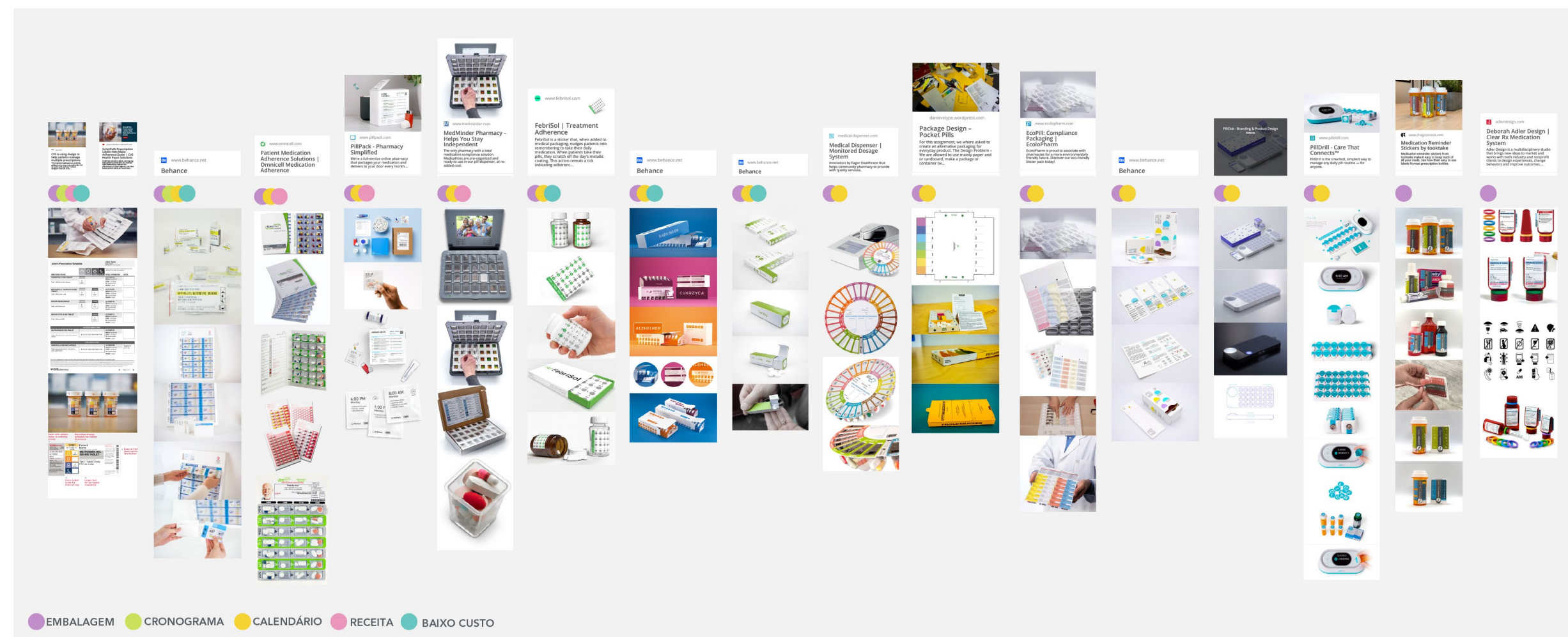
É comum que pacientes voltem pois não entenderam algo da receita ou do tratamento? Quem eles procuram?

É comum que pacientes não sigam o tratamento corretamente? Se sim, na sua opinião, quais são os motivos?

Você acha que poderia existir algum mecanismo para facilitar a compreensão da receita pelos pacientes?

Ou algum mecanismo que auxiliasse no cronograma de medicamentos dos pacientes em casa?

3. PROJETOS ANÁLOGOS



Mural dos projetos análogos levantados durante uma seleção mais generalizada.

De modo a situar os conceitos estudados durante a pesquisa teórica e poder traçar paralelos entre projetos já existentes, foram levantados e analisados diversos projetos que têm algum ponto de semelhança com o tema proposto. Os projetos selecionados vão desde projetos já implementados até projetos universitários encontrados em plataformas como o Behance. Todos os projetos foram analisados e demarcados por características: se continham projeto de embalagem, cronograma de medicação, calendário posológico, receita médica e também um apontamento caso o custo envolvido fosse relativamente baixo.

A partir dessa seleção mais generalizada, foram escolhidas três referências principais entre todas as levantadas. Os três projetos são diferentes entre si – em termos de objetivo, produto, implantação – e, portanto, foram selecionados justamente por agregarem de maneiras diferentes à discussão. A intenção não foi a de selecionar projetos exatamente com o mesmo objetivo do trabalho aqui proposto, mas sim de entender um pouco mais a fundo três soluções diferentes que se utilizam do design para saúde para aperfeiçoar a comunicação médico-paciente e o cronograma de medicamentos.

PillPack

A PillPack Inc foi fundada por TJ Parker e Elliot Cohen. Parker cresceu trabalhando na farmácia da família, em New Hampshire e posteriormente seguiu os passos de seu pai e se tornou farmacêutico pelo Massachusetts College of Pharmacy. Já Cohen estudava negócios no MIT e foi um dos fundadores do Hacking Medicine do instituto. A dupla se conheceu durante uma competição de empreendedorismo do MIT, a qual ganharam no ano de 2012. Dali em diante a PillPack começou a tomar forma.¹¹

Parker e Cohen se inscreveram na aceleradora Techstars Boston e foram aceitos, fundando oficialmente a empresa em fevereiro de 2013, que foi incubada pela IDEO de Boston e, posteriormente, comprada em 2018 pela Amazon pelo valor de 1 bilhão de dólares.¹² Lançada oficialmente em fevereiro de 2014, a PillPack nada mais é do que uma farmácia online de entrega à domicílio por correio. Ela entrega receitas prescritas por dose, organiza renovações de receitas e garante que os pacientes recebam suas receitas dentro do prazo. A empresa se diferencia por customizar o produto de acordo com as dosagens e as necessidades do paciente, incluindo nos sachês pré-rotulados de medicamentos todas as informações da prescrição.

A empresa é dona de uma licença que permite à Amazon vender medicamentos nos 50 estados americanos e, mais importante ainda, tem contratos com as PBMs, gestoras de benefícios farmacêuticos, figuras-chave no mercado de saúde dos EUA.¹³ Essas gestoras administram os custos de remédios nos planos de saúde e de grandes empregadores e, se a farmácia não está na rede da PBM, não há desconto, trabalhando com preços maiores e, conseqüentemente, vendendo menos. Com isso, a PillPack provê à Amazon uma plataforma a partir da qual poderá se expandir, resolvendo a questão do acesso.

O projeto é constituído, principalmente, por uma pequena caixa organizadora que abriga um rolo de medicamentos dividido em pacotes de doses. Esse rolo contém o suprimento para trinta dias de medicação e é enviado mensalmente aos clientes, evitando as idas à farmácia várias vezes ao mês. Os medicamentos são distribuídos em embalagens fáceis de usar, projetadas principalmente para consumidores com doenças crônicas e que utilizam diversas prescrições. A empresa classifica as prescrições por dose, separando as pílulas por dia e horário, incluindo um rótulo com uma foto de cada comprimido e instruções de ingestão. Ou seja, uma grande quantidade de tubos de medicamento – como é comum nos Estados Unidos – é substituída por uma lista objetiva de remédios a serem tomados, como uma lista de afazeres.

¹¹ Informações disponíveis em: <<https://www.uschamber.com/co/good-company/growth-studio/pillpack-pharmacy>>

¹² Informações disponíveis em: <<https://www.nytimes.com/2018/06/28/business/dealbook/amazon-buying-pillpack-as-it-moves-into-pharmacies.html>>

¹³ Informações disponíveis em: <<https://braziljournal.com/amazonpillpack-o-futuro-das-farmacias-mudou-para-sempre>>



Imagens dos componentes do PillPack.
Fonte: <https://www.pillpack.com/>

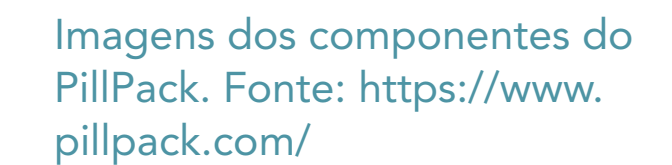
Para funcionar de maneira mais eficiente, recomenda-se que o paciente utilize o serviço da PillPack para todos os seus medicamentos e utilize o site da empresa para pedir as reposições e poder ler informações adicionais sobre seus medicamentos caso tenha dúvidas. A empresa se apoia na plataforma PharmacyOS, um sistema que ajuda a gerenciar dados de pacientes e descobrir como equilibrar medicamentos em doses seguras para seus clientes. A plataforma e o fluxo de trabalho são projetados em torno de todo o conjunto de medicamentos dos clientes, ao invés de ser projetado apenas para processar medicamentos individuais. Desse modo, o serviço é simplificado e os pacientes têm maior controle sobre seu plano de medicação.¹⁴

A separação e embalagem dos medicamentos é feita por robôs especializados, dispensando todos os medicamentos de maneira automática e rápida. Em uma segunda etapa, as tiras de embalagem são analisadas por robôs de controle de qualidade antes que uma equipe de farmacêuticos verifique-as e as envie aos pacientes.¹⁵ Com essa automação, as chances de ocorrerem falhas ou erros são diminuídas. Ademais, com relação ao design, a ideia principal foi diminuir ao máximo possível as informações apresentadas nos sachês de medicamento, garantindo que as informações sejam passadas de maneira clara e objetiva e que as informações complementares estejam todas em um infográfico colorido, grande e de fácil leitura.

¹⁴ Informações disponíveis em:
<<https://www.pharmacyos.com/>>/

¹⁵ Informações disponíveis em:
<<https://www.wired.com/2014/02/pillpack-uses-design-thinking-become-pharmacy-future/>>

Esta inovação torna a vida mais fácil para os idosos que têm dificuldade de cumprir com seus cronogramas de medicamento e que podem ter dificuldade de se organizar com as tradicionais embalagens de medicamento. O fato da embalagem vazia ficar “para trás” serve como lembrança de que aquela dose já foi tomada, evitando que os pacientes tomem doses repetidas e, como cada pedido vem com um infográfico personalizado que mostra uma imagem colorida de cada comprimido, todas as instruções especiais são



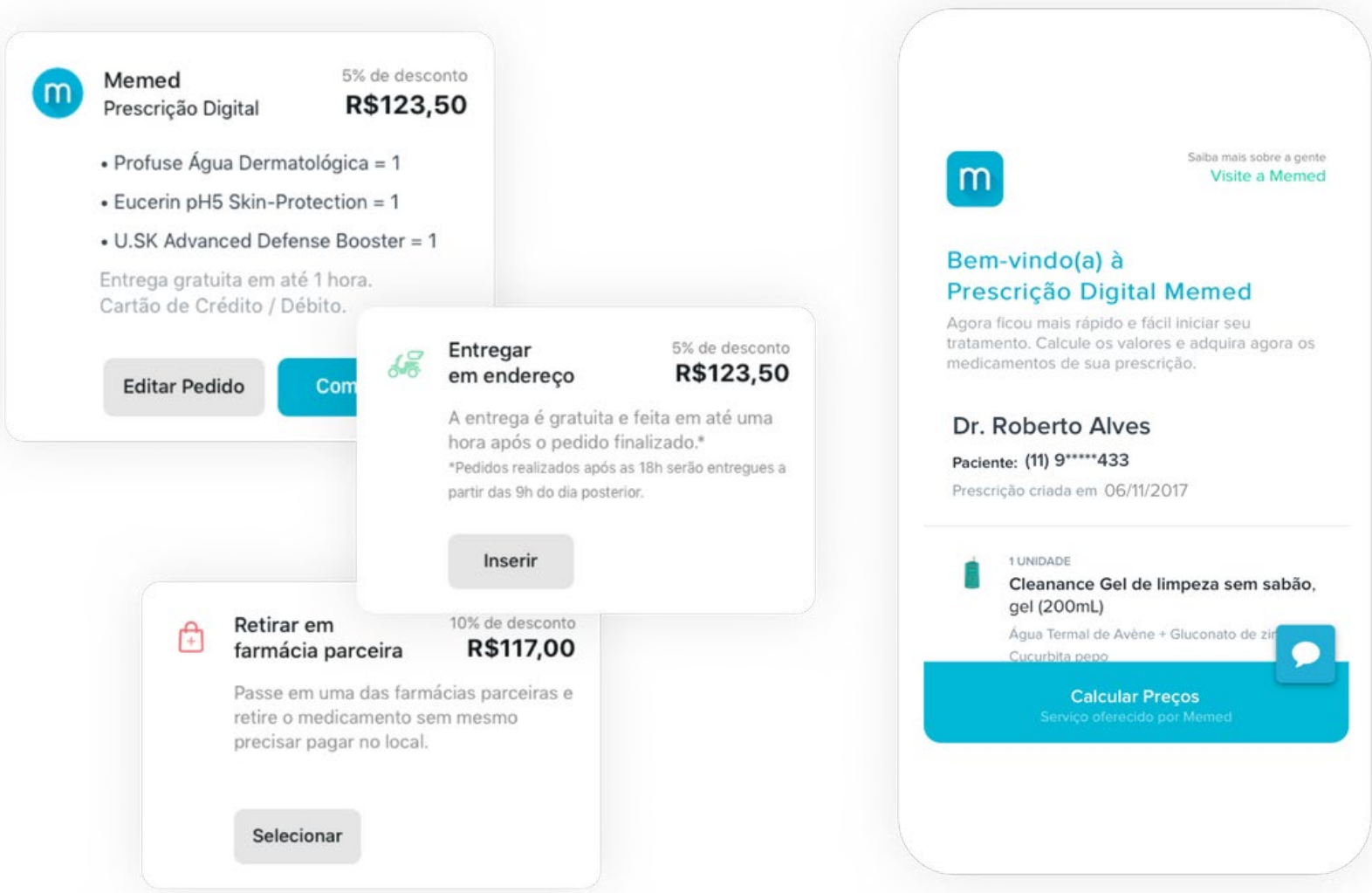
42

esclarecidas, não deixando dúvidas ao usuário. Ademais, outros medicamentos como pomadas, inaladores e outros que não sejam comprimidos também podem ser incluídos na caixa, apenas não virão no rolo de medicamentos. A Pillpack revela um enorme potencial de combinar design thinking, design centrado no usuário e o mercado de medicamentos e oferece uma grande oportunidade para uma maior adesão a tratamentos de doenças crônicas.

Memed

O Memed é uma plataforma desenvolvida pela startup brasileira de tecnologia em saúde Memed SA e fundada em 2012. Segundo o co-fundador e CEO da startup, Ricardo Moraes: “nosso objetivo foi oferecer um produto para democratizar a saúde e criar um ecossistema digital, que não tivesse uma barreira financeira para que médicos, pacientes e farmácias pudessem utilizá-lo em larga escala.”¹⁷ A Memed funciona como um ecossistema digital de saúde, conectando as três pontas do universo da prescrição médica: médicos, pacientes e farmácias. Basicamente, é um sistema onde os médicos prescrevem receituários e os pacientes os recebem digitalmente, prontos para serem apresentados aos farmacêuticos ou, inclusive, serem utilizados para a compra digital.

Tudo é feito através de um software disponibilizado via web, permitindo ao médico encontrar diversas informações atualizadas sobre os medicamentos. Primeiramente o paciente passa pela consulta médica e, após o atendimento, o médico faz a receita na Memed, assina digitalmente este documento e envia a receita digitalmente para o celular do paciente através de um SMS. Neste momento, basta apenas que o paciente vá até sua farmácia de preferência – ou realize a compra online – e apresente a receita digital para o farmacêutico, efetuando a compra de forma segura, garantindo comodidade para adesão aos tratamentos.



Capturas de tela da interface do Memed.
Fonte: <https://memed.com.br/>

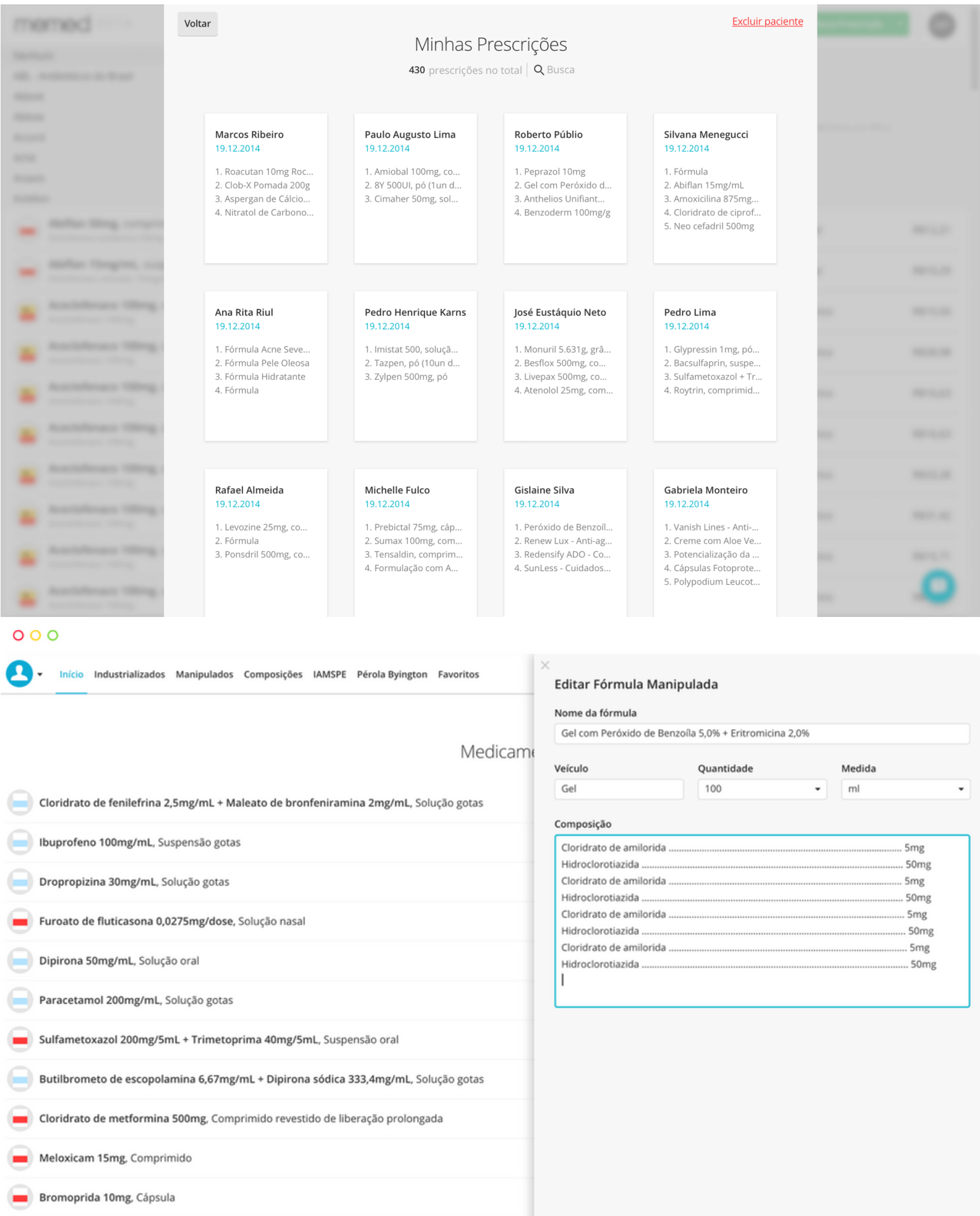
É importante ressaltar que a receita digital não é uma novidade no cenário internacional e, em alguns países como Dinamarca, Portugal e Espanha, é uma prática comum já há algumas décadas. Nos Estados Unidos especificamente foi criada em 2011 e legalizada em todos os 50 estados em 2007. No Brasil, por mais que a Memed já existisse há 8 anos, existem diversos paradigmas que acabam deixando médicos, pacientes e farmácias inseguros sobre esse tipo de prescrição. Entretanto, com a portaria 467, de 20 de março de 2020, aprovou-se a teleconsulta como uma das medidas de enfrentamento da epidemia de COVID-19, fazendo-se

¹⁷ Informações disponíveis em: <https://gq.globo.com/Noticias/Tecnologia/noticia/2020/09/consolidacao-na-pandemia-conheca-plataforma-que-revolucionou-o-metodo-de-prescricao-medica-digital-no-brasil.html>

necessário o uso da prescrição digital. Foi, portanto, durante a quarentena que a Memed cresceu e de fato se consolidou, pois foi quando milhares de médicos se cadastraram na plataforma, aumentando as projeções da startup. Na plataforma, segundo o próprio site, já são mais de 50.000 médicos cadastrados¹⁸ de todas as especialidades e em todo o território nacional.

Com relação à base de dados, a Memed tem mais de 60 mil medicamentos cadastrados e com bulas organizadas.¹⁹ É possível buscar por nome de medicamentos, laboratório, veículo ou composição, e esse banco de dados é alimentado diariamente com novos medicamentos. Além disso, uma das facilidades para os médicos é de que toda prescrição feita fica salva no histórico pessoal e, quando for necessário fazer uma prescrição igual ou parecida, ele pode resgatar essas informações para reutilizá-las. Quanto mais o médico prescreve pela Memed, mais inteligentes as prescrições ficam, pois as posologias e os protocolos já utilizados e mais comuns vão sendo sugeridos de acordo com cada indicação. Há também a possibilidade de customizar a prescrição digital segundo a vontade do médico, que pode escolher entre alguns modelos e layouts disponíveis.

Uma das questões abordadas é de que a prescrição digital resolve o problema da prescrição com grafia ilegível, o que muitas vezes pode ser um empecilho para a adesão do paciente. É importante ressaltar que o aplicativo não



Capturas de tela da interface do Memed.
Fonte: <https://memed.com.br/>

¹⁸ Informações disponíveis em: <https://memed.com.br/>

¹⁹ Informações disponíveis em: <https://memed.com.br/>

elimina a necessidade de consultas presenciais, mas apenas agiliza, engaja o paciente e traz maior segurança ao processo de prescrição médica, principalmente como se mostrou fundamental durante a pandemia do COVID-19.

Por mais que esse movimento de adesão da prescrição digital tenha sido um pouco abrupto, as facilidades e agilidade desse tipo de receita são bastante perceptíveis. Em comparação às receitas manuscritas, essas receitas digitais são muito mais claras sobre o tratamento e a dosagem e requerem menos interpretação por parte do farmacêutico ou do próprio paciente, reduzindo assim a chance de erros de prescrição e de medicação. Ademais, a transmissão eletrônica da receita aumenta a probabilidade da adesão do paciente, já que é muito mais simples enviar o documento à farmácia, não havendo a possibilidade de perdê-lo ou esquecê-lo; e também evitando a ida presencial à farmácia que, dependendo da saúde de um paciente, pode ser uma tarefa complexa.

As receitas podem ser assinadas por diversos tipos de certificados padrão ICP-Brasil, seguindo todos os padrões e orientações do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Federal de Farmácia (CFF). O mais importante, talvez, é que a plataforma da Memed é 100% gratuita, garantindo o acesso livre tanto para médicos, farmácias e pacientes. Segundo dados da entrevista cedida à GQ, foram mais de 7 milhões de receitas digitais realizadas apenas

em 2020, uma média de 2.100 receitas digitais emitidas a cada hora. Além disso, as receitas são aceitas em mais de 30 mil farmácias, com mais de 1.400 redes diferentes.²⁰ A receita digital tornou-se essencial para garantir o acesso da população aos medicamentos, viabilizando uma das etapas mais importantes do tratamento e, ainda, ajudou a proporcionar maior segurança ao paciente, garantindo a legibilidade e o entendimento completo dos medicamentos prescritos em uma receita.

²⁰ Informações disponíveis em: <https://gq.globo.com/Noticias/Tecnologia/noticia/2020/09/consolidacao-na-pandemia-conheca-plataforma-que-revolucionou-o-metodo-de-prescricao-medica-digital-no-brasil.html>

ScriptPath Prescription (CVS Health)

O ScriptPath é um sistema que apresenta todas as prescrições de um paciente da Farmácia CVS em um só lugar, incluindo quais medicamentos o paciente toma, quando o paciente deve tomá-los e quanto de cada medicamento deve ser tomado em cada dose. Utilizando ícones fáceis de serem compreendidos, o novo sistema foi projetado para melhorar a compreensão do paciente e aumentar sua segurança, simplificando como os pacientes tomam seus medicamentos e como os profissionais da saúde os administram.

O sistema inclui três elementos principais: um cronograma de prescrição, a visão geral (overview) do tratamento e os rótulos das embalagens de medicamentos. A questão principal dos três elementos é a clareza com a qual as informações são apresentadas, utilizando instruções claras, textos grandes e ícones codificados por cores, garantindo que o gerenciamento das prescrições seja simplificado, tornando mais fácil para os pacientes navegarem em sua programação de prescrição.

A CVS é a maior rede de farmácias dos Estados Unidos e, trabalhando junto com Deborah Adler – a designer por trás das embalagens de medicamento ClearRX da Target –, lançou em 2017 o ScriptPath. Todos os clientes de farmácias



Imagens dos componentes do ScriptPath Prescription.
Fonte: <https://cvshealth.com/>

CVS podem solicitar em suas quase 10 mil agências seu cronograma de prescrição de folha única e seus rótulos personalizados, tanto em inglês quanto em espanhol. Segundo Adler, o processo de design e desenvolvimento durou cerca de dois anos e a maior dificuldade foi conseguir que todos os elementos do projeto estivessem em conformidade com os diversos Conselhos de Farmácia (Boards of Pharmacy) estaduais, já que existem diversas regras e regulamentos que variam de um estado para o outro.²¹ A intenção de design original incluía o design de uma nova embalagem de pílulas, mas Adler afirmou que, por conta da grande escala do projeto, foi preciso priorizar a resolução de problemas de maneira mais rápida, por isso os rótulos.

A ideia dos rótulos dos frascos é de que quando os pacientes alinham todos seus medicamentos, eles conseguem ver uma continuação de tudo que têm que tomar ao longo do dia, observando as informações visualmente como um calendário. Individualmente, uma orientação de tomar um remédio “a cada 12 horas” faz bastante sentido, mas se você, assim como muitos pacientes com doenças crônicas, receber uma orientação parecida com essa para uma dúzia de medicamentos diferentes, essa simples instrução logo se torna um problema. É com esse cenário em mente que a folha que resume todo o cronograma de medicamentos se faz tão importante neste projeto. Com toda a programação de medicamentos reunida, garante-se que o regime criado seja o mais organizado e direto possível pois, caso contrário,

os pacientes teriam que entender várias instruções diferentes para cada medicamento e criar um regime eles mesmos, sendo que nem todos tem paciência ou os conhecimentos de saúde necessários para criar uma programação otimizada.

O sistema ScriptPath divide o dia em quatro partes básicas: manhã, meio-dia, tarde e hora de dormir, evitando milhares de variações de prescrição, como “1x ao dia”, “uma vez por dia”, “1x a cada 24h horas”, etc. Além disso, o sistema garante que não haja interações medicamentosas perigosas e de que todos os medicamentos sejam tomados em seu momento ideal (isso porque, por exemplo, é melhor tomar medicamentos para a pressão arterial de manhã, medicamentos de colesterol à noite, etc).²² Com a iniciativa, pacientes que fazem uso de cinco ou mais medicamentos recebem automaticamente aconselhamento do farmacêutico e o cronograma de medicamentos ScriptPath. Segundo Kevin Hourican, presidente das Farmácias CVS, o objetivo principal do projeto foi compreender holisticamente o regime de medicação dos pacientes e, mais importante do que isso, ajudá-los a entender seus próprios regimes de medicação.²³

As informações do cronograma são geradas por meio de um sistema de programação que analisa automaticamente todas as informações atuais de prescrição e instruções do prescritor da Farmácia CVS de um paciente e, em seguida, utilizando dados clínicos, fornece uma programação dos horários mais eficazes do dia para que tome os

²¹ Informações disponíveis em: <<https://qz.com/1096374/the-largest-us-pharmacy-chain-is-using-design-to-help-patients-manage-multiple-prescriptions/>>

²² Informações disponíveis em: <<https://www.fastcompany.com/90145401/cvs-taps-a-design-legend-to-reinvent-the-prescription-label-next-stop-the-pharmacy>>

²³ Informações disponíveis em: <<https://drugstorenews.com/pharmacy/cvs-pharmacy-debuts-scriptpath-prescription-schedule-96374/the-largest-us-pharmacy-chain-is-using-design-to-help-patients-manage-multiple-prescriptions/>>



Rótulo de medicamentos do ScriptPath Prescription.
Fonte: <https://cvshealth.com/>

- 1 Color-coded dosage schedule for clear directions
- 2 Larger text for increased readability
- 3 Easy-to-find prescription information
- 4 Reorder in a snap with clear refill details

medicamentos. Fica claro que o projeto é a junção do design e da inovadora tecnologia de farmácia clínica, o que torna o projeto muito inovador. Após gerado, um farmacêutico ainda confere o cronograma e as informações contidas nele para se certificar de que está de acordo com as necessidades do paciente.²⁴

Os pacientes que conseguem tomar seus medicamentos conforme prescrito têm melhores resultados de saúde, portanto, ao fornecer aos pacientes as informações

personalizadas e as orientações necessárias para gerenciarem seus medicamentos, aumenta-se a adesão medicamentosa e garante-se uma melhor condição de vida aos pacientes. Para a CVS o sistema também é benéfico pois fideliza o cliente: os pacientes não apenas se tornam mais saudáveis pois conseguem cumprir com seus tratamentos e têm suas adesões medicamentosas elevadas, mas também se tornam melhores clientes, pois continuam comparecendo à CVS em busca desse tipo de produto.

²⁴ Informações disponíveis em: <https://cvshealth.com/news-and-insights/articles/scriptpath-prescription-scheduling-made-easier#footnote-1>

4. ESTUDO DE CAMPO

Visitas à UBS

MOTIVO DE ESCOLHA DO LOCAL

Para desenvolver esta pesquisa multidisciplinar, elegeu-se a Unidade Básica de Saúde Vila Ramos. A escolha desse local em específico se deu pois, durante a fase de pesquisa do projeto, enquanto me abastecia de conceitos teóricos mais gerais do Design para Saúde, passei a conversar mais com Fernando²⁵, meu amigo e médico generalista dessa UBS. Durante nossas conversas, Fernando evidenciava os problemas enfrentados por ele, por seus outros colegas profissionais da saúde e por seus pacientes no atendimento primário da UBS onde atua e, inclusive, me abriu as portas para visitá-lo em um dia de trabalho e poder presenciar tudo que relatava. Foi ficando cada vez mais clara a vontade de trabalhar com os assuntos trazidos por Fernando e pela possibilidade de realizar uma pesquisa-ação no sistema público de saúde brasileiro, tendo contato direto com os usuários e com os profissionais da saúde, de modo a colocar em prática todos os conceitos estudados e lidos até então.



Entrada da UBS Vila Ramos. Fonte: Foto da autora.

²⁵ Nome fictício atribuído para preservação de anonimato.

Ao visitar informalmente a UBS Vila Ramos, em Itaquera, pela primeira vez no dia 8 de outubro de 2020, pude ver em primeira mão todas as questões relatadas por Fernando. Segundo ele, a maioria dos problemas se dão em torno da comunicação médico-paciente, sejam eles diretamente relacionados ao receituário médico ou mesmo à fala oral. Por não haver uma padronização do receituário médico, isso dificulta os atendimentos feitos a pacientes analfabetos ou mesmo estrangeiros, que são muitos nessa Unidade Básica de Saúde em questão. Além disso, como foi relatado por ele, a grande parte dos pacientes nesta UBS são doentes crônicos e muitos destes são idosos sem amparo de suas famílias, o que muitas vezes dificulta seus tratamentos, que são muito extensos e exigem cronogramas complexos de tomada de medicamentos.

O intuito primordial desta primeira visita foi de estabelecer um primeiro contato com Gabriela²⁶, gerente dessa UBS, e com Cláudia²⁷, farmacêutica da Unidade, para questioná-las sobre a possibilidade de realizar toda a pesquisa, prototipagem e testagem de meu projeto de TFG neste local. A ideia principal não era chegar com propostas e problemas pré-estabelecidos, mas sim, por meio de visitas periódicas ao local e constante acompanhamento, traçar quais seriam os pontos sensíveis possíveis de serem abordados e tentar aperfeiçoá-los, tentando ajudar tanto esses profissionais da UBS, quanto os próprios pacientes. Fui extremamente bem recebida nesta visita e todos se

mostraram muito receptivos com a possibilidade da realização de minha pesquisa naquele local.

Durante minha primeira conversa com Cláudia, notamos rapidamente que nossos ideais e propósitos eram muito parecidos. Ela, que trabalha na UBS Vila Ramos há pouco tempo, está tentando implementar no dia a dia o atendimento cuidadoso por parte da farmácia aos pacientes crônicos que têm dificuldade de seguir os complexos tratamentos para suas doenças, seja por serem idosos, por serem analfabetos ou por terem alguma outra característica que dificulte seu entendimento dos receituários médicos. Este tipo de cuidado extra que ela procura dar aos pacientes mais vulneráveis já vinha sido realizado por ela, principalmente na Assistência Médica Ambulatorial (AMA), onde trabalhava antigamente. Para ajudar os pacientes, ela produz pequenas caixas para servirem de local de armazenamento para as cartelas de medicamento – já que no SUS os medicamentos não são distribuídos em caixas, mas sim em suas cartelas – junto a um formulário em folha A4 com um planejamento visual e diário para o seguimento do cronograma de remédios. Dessa maneira, Cláudia tenta, da maneira que pode e informalmente, melhorar a experiência dos pacientes e deixar seus cotidianos com as medicações o mais simples e claras possível.

Já durante minha conversa com Gabriela, gerente da UBS, ficou claro que eu seria muito bem-vinda para

²⁶ Nome fictício atribuído para preservação de anonimato.

²⁷ Idem.

realizar minha pesquisa lá a partir do momento em que o projeto fosse aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina. Assim que o projeto foi submetido e aceito pelo CEP na Plataforma Brasil, Gabriela permitiu minhas visitas regulares na UBS, sempre com o acompanhamento atento da farmacêutica Cláudia, para realização de entrevistas e acompanhamento de consultas farmacêuticas.

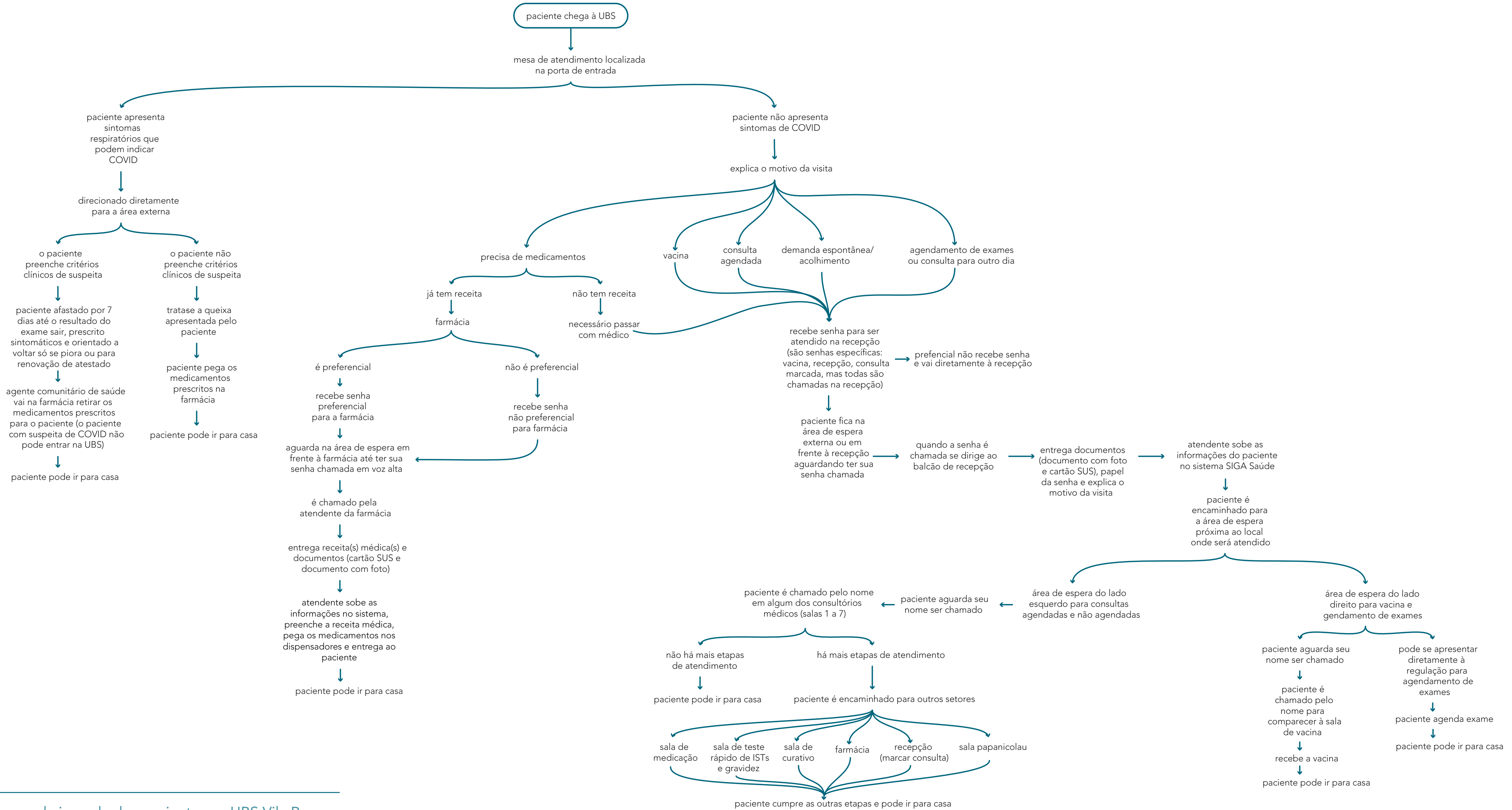
APRESENTAÇÃO GERAL

A UBS Vila Ramos é o contato preferencial dos usuários residentes nas proximidades do bairro Limoeiro, em Itaquera, e a principal porta de entrada a toda a Rede de Atenção à Saúde para esses usuários. Assim como em toda UBS, nela é possível receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica. O perfil dos pacientes atendidos é, em geral, formado por pessoas idosas – em sua maioria doentes crônicos – com baixa renda e baixa escolaridade. Além das esporádicas consultas farmacêuticas que podem ser realizadas em conjunto com as consultas médicas – quando o médico percebe a dificuldade do paciente em compreender seu tratamento –, atualmente não há protocolos oficializados

que integrem essas duas áreas e coloquem o paciente e seu entendimento de seu próprio tratamento em primeiro lugar.

Com relação à organização interna, essa UBS conta com sete consultórios médicos, dois consultórios de enfermagem, uma sala para exame de papanicolau, uma sala de vacinação, uma sala de medição de sinais vitais, uma sala de inalação, uma sala para eletrocardiograma, uma sala para realização de curativos, uma sala de odontologia, uma sala para o programa Nossos Idosos, uma sala para o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), uma farmácia com almoxarifado, uma sala de gerência, duas salas de reunião e para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma sala de regulação e prontuário, uma recepção, um refeitório, uma sala de administração, uma sala de esterilização, uma sala de expurgo, banheiros e vestiários. Além desses espaços internos listados e que podem ser vistos na planta da Unidade, há também, na área externa do local, uma área dedicada e preparada especialmente para o atendimento de pacientes com COVID-19 ou com suspeita.

A jornada dos pacientes quando chegam à UBS pode ser bastante distinta dependendo da necessidade, como pode ser visto no fluxograma abaixo. Logo na porta de entrada, por conta da pandemia de COVID-19, há uma mesa de atendimento onde, antes de tudo, quem chega tem sua temperatura aferida, além de ser questionado sobre possíveis sintomas. Caso estejam com suspeita, são encaminhados



Fluxograma da jornada dos pacientes na UBS Vila Ramos.

diretamente para a área externa, onde está a tenda dedicada aos casos de COVID-19. Caso o paciente não apresente suspeita, ele vai receber uma senha específica para sua necessidade (preferencial ou não), como por exemplo: senha para ser atendido na farmácia, senha para ser atendido na recepção, senha para vacinação e senha para consulta marcada.

Existem três áreas de espera principais na Unidade, uma localizada logo à frente da recepção, e as outras duas nos dois corredores laterais. Nesses locais os pacientes aguardam serem chamados para a recepção, serem atendidos nos consultórios, serem vacinados ou qualquer que seja o próximo passo de suas etapas de atendimento. Durante todas as visitas realizadas ao local, em diferentes horários, a Unidade sempre estava movimentada e com fila de espera para a maioria dos tipos de atendimento. Entretanto, percebeu-se sempre uma grande quantidade de funcionários, principalmente Agentes Comunitários da Saúde (ACS), prontos para informar ou acompanhar pacientes.

A farmácia fica localizada logo ao lado da recepção, bem próxima à entrada da Unidade. Durante as visitas ao local percebeu-se sempre uma grande demanda do atendimento da farmácia, pois sempre havia muitos pacientes para retirar medicamentos. Por mais que a farmácia tenha um razoável espaço interno para armazenamento de remédios, a área aberta ao público é relativamente pequena, já que conta apenas com uma janela para a dispensação de medicamentos ao público.



Recepção, corredores principais e consultórios médicos.
Fonte: Foto da autora.

As atendentes da farmácia chamam em voz alta o número seguinte de senha que será atendida e o paciente em posse desta senha se aproxima da janela. Ele, então, entrega seu cartão do SUS, um documento com foto e a prescrição dos remédios. A farmacêutica procura pelos dados da pessoa no sistema do governo e, caso esteja tudo de acordo na prescrição e no sistema, ela então se dirige ao almoxarifado da farmácia, onde separa todos os fármacos descritos na prescrição do paciente. Ela então volta à janela, entrega ao paciente seus medicamentos em conjunto com sua documentação e faz uma rápida e breve explicação sobre o uso de cada um deles. O paciente então guarda seus medicamentos – a maior parte das pessoas armazena os medicamentos em sacolas plásticas de mercado para o transporte – e libera a janela de dispensação para o próximo paciente.

Todas as consultas médicas e farmacêuticas são realizadas nos consultórios. Todos eles têm tamanho e organização similares: contam com uma mesa, duas cadeiras, computador, maca de exames, balança e pia para higienização das mãos. Percebeu-se que há a necessidade por uma maior quantidade de consultórios médicos, pois era normal ver médicos e farmacêuticos tendo que esperar uma sala ser liberada para poder dar início a um atendimento.



Áreas externas e internas da farmácia.
Fonte: Fotos da autora.

Entrevistas

Durante as diversas visitas à UBS Vila Ramos, e com a utilização dos roteiros de entrevista semi-estruturada, foram realizadas entrevistas com médicos, com a farmacêutica chefe da Unidade, Cláudia, e shadowing de consultas farmacêuticas com pacientes, de modo a observar interações. As entrevistas com os médicos foram as mais rápidas e menos aprofundadas, enquanto as entrevistas com a farmacêutica e as observações de consultas com os três pacientes foram as experiências mais longas e aprofundadas, que produziram maiores insights. Mesmo assim, todas as entrevistas e observações foram de extrema importância para a etapa de pesquisa qualitativa do projeto.

ENTREVISTAS COM MÉDICOS

Foram entrevistados quatro médicos no total: dois deles que trabalham atualmente na UBS Vila Ramos, Fernando e André²⁸; e dois que já trabalharam no passado neste local, Mariana²⁹ e Vitória³⁰. As entrevistas com estes profissionais tiveram como foco suas opiniões acerca do entendimento que os pacientes têm dos seus próprios tratamentos e das explicações fornecidas durante as consultas médicas, além de insights sobre o que poderia ser alterado pensando no bem-estar do paciente crônico. Infelizmente, as entrevistas com as duas médicas que não mais trabalham na Unidade tiveram de ser realizadas virtualmente e, portanto, resultaram

em conversas mais superficiais do que as outras duas realizadas presencialmente.

A primeira conversa foi realizada com Fernando, formado em medicina pela Universidade Estadual do Pará e médico generalista atuante na UBS Vila Ramos desde o segundo semestre de 2020. Ele acompanha diversos pacientes com doenças crônicas no dia a dia dos atendimentos da Unidade, seja em consultas agendadas ou de acolhimento (não agendadas). Em um dia normal, chega a atender de 40 a 60 pacientes, prescrevendo receitas médicas para todos, já que “receita médica não é só medicamento, é orientação também para o paciente”, afirma Fernando. Ele também relata que a pandemia do COVID-19 trouxe muitas implicações na agenda de atendimentos da Unidade, principalmente em relação à agenda de atendimento dos médicos, que ficou mais fixa e cheia.

Diante do grande volume de atendimentos, principalmente nas consultas de acolhimento, o tempo gasto com cada paciente é mínimo, por volta de 5 minutos. Segundo ele, durante esse tempo é necessário tratar a demanda do paciente, resolver sua queixa, analisar eventuais exames e orientar o paciente – ou seja, fica claro que o tempo não é suficiente. As consultas de maior duração são

“Receita médica não é só medicamento, é orientação também para o paciente”

- Fernando

²⁸ Nome fictício atribuído para preservação de anonimato.

²⁹ Idem.

²⁹ Idem.

>médico generalista
>trabalha atualmente na UBS
há 9 meses

"As doenças mais comuns são hipertensão e diabetes. São as duas que mais aparecem. Tem mais de mil pacientes com hipertensão e diabetes"

- >médica generalista
- >não trabalha mais na UBS
- >trabalhou lá entre 08/19 e 11/20

“É extremamente frustrante ver esse descaço com os profissionais, principalmente porque isso é resultado de uma cultura nacional, que não entende o papel de cada um dos profissionais da área da saúde”

“Seria bom implementar o retorno em enfermagem 15 dias após consulta com o médico em caso de pacientes polifarmácia ou complexos por outras razões. O retorno precoce possibilita ao docente trazer suas dúvidas sobre novos medicamentos, sobre sua conduta de saúde e adaptação ao tratamento. O enfermeiro poderia orientar medicamente, se necessário, o ator o médico”

"No mundo real seria excelente se pudessemos aumentar, ainda que em 5 minutos, o tempo de cada consulta"

Acho extremamente úteis [a utilização de alguns mecanismos, como caixas organizadoras e adesivos].

“Em um mundo utópico eu diria que consultas bimensais entre médicos e enfermeiros [poderiam ser implementadas]”

>médico generalista
>trabalha atualmente na UBS
há 9 meses

"É impossível eu conseguir dar uma orientação decente para um paciente crônico em 15 minutos. Fora as poliqueixas"

"Eu não tô sozinho, eu faço o que eu posso. A parte médica e tal, passo a medicação, explico por alto. Tem alguma compreensão? Beleza. Não tem? Fátima me ajuda. Porque é impossível"

- >médica generalista
- >não trabalha mais na UBS
- >trabalhou durante 3 meses na UBS

as agendadas, que podem se estender de 15 a 20 minutos, período ideal preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde em São Paulo e pelo Ministério da Saúde. Nessas consultas, é necessário fazer todo o acompanhamento do paciente, ou seja, medir seu peso, renovar prescrições, preencher sua documentação e orientá-lo. Segundo Fernando: “Eu vejo que eles [os pacientes] têm muita dúvida, principalmente na hora de explicar a medicação, dar uma orientação. Às vezes, como o tempo é curto, a gente tenta fazer alguma coisa superficial. Eu sempre leio a receita no final com o paciente para ver se ele entendeu”. Ainda segundo ele, esse esforço é uma iniciativa pessoal, e não necessariamente algo padronizado e realizado por todos os médicos. Entretanto, quando percebe que suas explicações ou seu tempo não serão suficientes e que o paciente possui alguma dificuldade sobre seu tratamento, ele o encaminha para a consulta farmacêutica: “Ela [a profissional farmacêutica] vai manejar tratamento, medicação, ver o que está errado e o que está certo”.

Para o médico, o fato do paciente receber orientação na farmácia quando retira seus medicamentos é importante, já que é uma orientação mais direcionada. Entretanto, ainda assim há pacientes que precisam voltar à UBS em busca de um novo atendimento ou explicação: “Acontece sim do paciente voltar, principalmente paciente que mora sozinho, idoso, paciente psiquiátrico, é mais difícil mesmo explicar o tratamento e eles acabam voltando”. Uma questão decisiva, segundo ele, é unir tratamento farmacológico com

tratamento não farmacológico; no entanto, isso “(...) envolve a falta de formalização, envolve um tempo mais hábil para a gente poder dar orientações dietéticas, de exercício, mas também é uma condição social da doença. É muito difícil pedir para um paciente comer melhor se ele não tem dinheiro para comprar verduras e legumes. E também a própria questão de nível socioeconômico, isso dificulta muito também o entendimento da medicação.”

Fica claro que falta um maior entendimento dos pacientes de suas próprias condições: “Eles acham que tratamento para pressão é só para a pressão baixar, que a pressão baixou, então, não precisa tomar o remédio... E não é assim que funciona, né? O tratamento é contínuo.” Às vezes, até amigos ou familiares podem agir como más influências: “Também é muito relacionado ao próprio universo empírico do paciente. Ele acaba conversando com alguém da família, conversa com um amigo mais próximo, o amigo diz que ele tomou só por 6 meses e melhorou, e ele acaba tomando só por 6 meses também.” Fernando conta que em muitas dessas indicações realizadas por conhecidos, surge o interesse pelas medicações alternativas, que podem atrapalhar no tratamento do paciente: “Existem muitas dúvidas sobre medicações sem comprovação científica e que são usadas porque foram passadas de boca em boca”. Entretanto, ele relata que “(...) realmente a maioria das dúvidas são sobre como tomar o remédio, o horário... Porque a gente sempre prescreve de 6 em 6 horas, de 12 em 12, de 8 em 8, mas na cabeça deles

“Eles acham que tratamento para pressão é só para a pressão baixar, que a pressão baixou, então, não precisa tomar o remédio... E não é assim que funciona, né? O tratamento é contínuo”

- Fernando

eles não sabem o que é isso, e se a gente fala 3 vezes ao dia, 4 vezes ao dia, eles acham que não precisa ter um horário específico, então a gente tem que orientar bastante isso”.

Com relação à receita médica, a preocupação principal de Fernando é de que haja um protocolo mais específico, principalmente para os casos de pacientes estrangeiros ou analfabetos. Nesses casos, a barreira da linguagem e do entendimento impedem o paciente de entender o básico, logo, “para quem tem essa barreira da linguagem, a padronização é muito eficaz, ela é necessária.” Diante disso, praticam-se esforços individuais não padronizados, como seu próprio exemplo: “Eu acabo escrevendo a receita em inglês, a receita em português, a receita em francês; a farmácia às vezes coloca adesivos para especificar o medicamento, mas não há uma padronização ainda bem definida.”

Nesses casos, a padronização contribuiria tanto para o trabalho do médico quanto para o entendimento do paciente: “Se o paciente chega em casa, olha a receita e vê que tem um solzinho às 11 horas da manhã, ele sabe que ele tem que tomar o remédio de manhã, às 11 da manhã. A mesma coisa se ele vê um comprimido desenhado na receita e cortado pela metade, ele sabe que tem que tomar meio comprimido, então isso facilita bastante”. Dessa forma, é nítido como tais soluções visuais podem contribuir significativamente para o sucesso de um processo terapêutico: “O entendimento é essencial para a adesão medicamentosa. Se já é difícil para quem sabe ler e escrever, imagina para quem não sabe...”

De acordo com Fernando, os pacientes mais vulneráveis nesse quesito são: “Pacientes idosos, pacientes que vivem sozinhos, pacientes psiquiátricos, demenciados, são muito mais difíceis de aderir a um tratamento. Pacientes de outras línguas e nacionalidades também”. São eles que, na visão do entrevistado, devem ser o foco de qualquer projeto dedicado à melhora da adesão medicamentosa.

A segunda entrevista foi realizada com André que, assim como Fernando, pontuou diversas vezes a falta de tempo hábil para poder se dedicar aos pacientes. Ele, que é formado pela Universidade Federal de Juiz de Fora e que começou a trabalhar na UBS Vila Ramos na mesma época que Fernando, frisou a rotina cansativa do acolhimento na Unidade, principalmente por conta das mudanças ocasionadas pela pandemia: “Estamos em meio a uma pandemia e as outras doenças continuam funcionando... mosquito da dengue não parou de picar por conta do COVID, né?”.

Tal qual seu colega de profissão, também atende de 40 a 60 pessoas e afirma prescrever receitas médicas para todos eles: “Existe uma carência muito grande dos pacientes. É um problema social muito maior do que eu possa resolver e é uma dependência medicamentosa, meio São Tomé ‘Ver pra crer’ dos pacientes. Eles têm demandas muito específicas e pedem coisas. Muitas vezes é uma receita, que seja uma dipirona, ou que você prescreva quase que um placebo, entendeu? O paciente sair sem o papel de pedido de exame ou receita na mão é algo raro, o que eu acho triste... Não sei

“O entendimento é essencial para a adesão medicamentosa. Se já é difícil para quem sabe ler e escrever, imagina para quem não sabe...”

- Fernando

se a minha opinião conta ou não, mas eu acho triste, porque muitas vezes resolve-se as coisas na orientação, né?”. Tal dependência medicamentosa também foi citada diversas vezes durante as consultas com a farmacêutica Cláudia³⁰, mostrando ser um problema sistêmico.

André expressou seu incômodo diante da sobrecarga do sistema e discorreu sobre as consequências desse excesso: “Pode-se colocar 10 minutos como o tempo médio de uma consulta. Eu não gostaria que fosse assim, mas geralmente é o que a gente tem disponível por sobrecarga do sistema. É impossível eu conseguir dar uma orientação decente para um paciente crônico em 10 ou 15 minutos. Fora as poliqueixas”. Quando questionado sobre o entendimento dos pacientes durante as consultas, o médico afirmou que os pacientes não tiram muitas dúvidas: “Eu tento torná-los agentes ativos da própria saúde, fazer educação em saúde mesmo, mas poucos se interessam, ou também tem as questões pessoais.” Ele também aponta que, na maioria das vezes, os pacientes buscam “soluções milagrosas” e falham na razoabilidade, principalmente pela falta de conhecimento e educação em saúde, condição esta ainda mais agravada pelo curto período de atendimento: “Infelizmente, pelo tempo de consulta, eu não consigo explicar para o paciente o que é uma hipertensão arterial sistêmica, por exemplo, como ela é formada, as consequências... O mesmo para diabetes, como a medicação funciona, por que deve ser tomada e tudo mais”.

Para o médico, os fatores que colaboram para uma adesão ineficaz são muitos, como a dificuldade de mudança de hábitos, a aceitação da doença, a passividade dos pacientes e a falta de medicamento na Unidade; mas, no geral, segundo suas próprias palavras: “Pode ser também porque o próprio paciente realmente não se importa, mas no geral eu digo que o paciente que busca o médico ele quer ser ajudado, então ele se ajuda sim.” Em sua opinião, por mais que os pacientes pouco retornem à Unidade em busca de solucionar possíveis dúvidas do tratamento – “Falha no tratamento com certeza acontece, mas não, não sinto que os pacientes voltem por não entenderem algo da receita ou do tratamento.” –, isso não significa que eles de fato entenderam todas as etapas e que as estão seguindo corretamente. Quando ele percebe que há algum tipo de dificuldade e que não será possível solucioná-la por conta do tempo, ele encaminha para a interconsulta farmacêutica ou pede que o paciente realize a consulta de retorno acompanhado de algum familiar que poderá auxiliá-lo no tratamento.

Em relação às consultas farmacêuticas, o médico ressalta ótimos resultados: “Eu vejo uma mudança significativa na adesão ao tratamento, porque é uma consulta feita por um especialista. Uma farmacêutica voltada para o lado assistencial e com muito tempo. Então tem-se um tempo para se debruçar em cima do paciente.” Ele afirma encaminhar pacientes para esse tipo de consulta sempre que vê necessidade, principalmente quando percebe

“Eu tento torná-los agentes ativos da própria saúde, fazer educação em saúde mesmo, mas poucos se interessam, ou também tem as questões pessoais”

- André

³⁰ A entrevista com a farmacêutica pode ser conferida no subcapítulo seguinte: “Entrevistas com Farmacêutica”.

que não conseguiu fazer o necessário durante o curto tempo de consulta. “Eu peço ajuda sem problema algum, sempre que for necessário, sempre que eu vejo que a consulta farmacêutica vai ser benéfica”. Entretanto, avalia que poderiam ser realizados ainda mais atendimentos farmacêuticos, pois “Só a adesão ao tratamento já é muita coisa”.

Ao ser questionado sobre alguma mudança que poderia ser implementada na casa dos pacientes para melhorar a adesão medicamentosa, André apontou que uma das iniciativas “seria separar os medicamentos em caixas e horários e colocar papéis grandes, visíveis e chamativos, principalmente lembrando dos pacientes que não são alfabetizados, lembrá-los de tal horário, ou de que em tal momento do dia eles devem tomar a medicação.” Além disso, ele considera que seria realmente fundamental ter mais tempo para se dedicar a cada paciente individualmente durante as consultas, agendadas ou não, de modo a conseguir “(...) educar e dar poder ao paciente sobre a sua doença, pois eu acredito que, entendendo o que acontece, ele vai se tornar mais ativo no seu próprio tratamento”.

Para ele, a sobrecarga do Sistema Único de Saúde onera desnecessariamente o paciente com doença crônica: “Existe uma prática de renovar receita de hipertensão, por exemplo, que é uma renovação de receita de um minuto... Você vê a pressão e olhe lá. Sendo que o paciente crônico tem que ser

acompanhado, tem que ser feito rastreio, então seria muito bom ter mais tempo e mais profissionais para se dedicar ao paciente crônico, que é um paciente que tem que ser visto e cercado por todos os lados.” Por mais que diversas estratégias sejam adotadas para ganhar tempo durante as consultas, ele afirma que uma orientação mais detalhada sobre medicamentos normalmente acaba faltando: “Eu faço de tudo para ganhar tempo, por exemplo, rotina do hipertenso e diabético, ele tem que fazer isso todo ano. Eu tenho que desembolar isso tudo em 15 minutos, portanto a orientação dos medicamentos fica totalmente largada, o que eu acho um pecado. E você não está só atendendo o paciente, mas tem toda uma burocracia envolvida com o preenchimento das produções, da evolução do paciente e demais documentos. É cruel.”

As duas entrevistas relatadas a seguir foram realizadas virtualmente, o que se diferenciou das duas entrevistas anteriores e acabou por impactar nos resultados obtidos. Além disso, tanto Vitória quanto Mariana já não mais atuavam na Unidade no momento das conversas, fator que também precisa ser levado em conta durante a leitura e análise das conversas.

Formada pela Universidade Cidade de São Paulo e com uma atuação de apenas três meses na UBS Vila Ramos, Mariana relatou que tinha uma agenda relativamente fixa: “Geralmente, eu atendia às demandas da minha equipe,

então eu seguia a agenda da minha área de atuação. Às segundas e terças eu realizava Visita Domiciliar (VD); às quartas atendia o público pediátrico; às quintas realizava os pré-natais; e, no restante da semana, variava entre pacientes crônicos, acolhimentos, consultas para renovação de receitas, etc. Agora na pandemia eu também ficava uma vez por semana no Gripário, atendendo os pacientes com sintomas respiratórios”. Assim como os dois entrevistados anteriormente, a médica também atendia uma mesma média de pacientes por dia (de 40 a 60), apontando que a imensa maioria, senão todos, saía com uma prescrição em mãos: “Não fornecer algo para o paciente dá a eles a impressão de que não fizemos nada por eles, é o que a maioria nos diz”.

Para ela, o tempo de 10 minutos a ser despendido em uma consulta pela Atenção Primária em Saúde em São Paulo “É um tempo muito curto para atender todas as demandas trazidas pela população”. Durante o curto período de atendimento, ela relata que sempre procurou esclarecer a forma correta de tomar a medicação, e que ao final perguntava se havia qualquer dúvida restante. “Difícilmente um paciente meu retornava para tirar alguma dúvida, contudo já atendi alguns pacientes de colegas que não explicaram como tomar a medicação, ou que o fizeram de forma dubia”. Segundo Mariana, as principais questões dos pacientes eram referentes às doenças, às formas de tomar as medicações e ao funcionamento dos medicamentos no organismo.

A médica comentou ainda que a maioria esmagadora dos pacientes atendidos eram doentes crônicos: “No geral, os mais comuns eram hipertensão, diabetes, obesidade e depressão; esse era o carro-chefe dos meus atendimentos”) e que a maior dificuldade enfrentada por eles é a sócio-econômica, afinal, “são pacientes extremamente vulneráveis, vivem em uma situação de vida precária, especialmente neste período de pandemia”. Também acredita que faltam vagas para esse tipo de paciente no atendimento médico devido a grande demanda do local e que compartilhar o rastreio desses pacientes com outros profissionais, como farmacêuticos ou uma equipe multidisciplinar, seria uma abordagem muito interessante. Além disso, ela também afirma que os fatores mais determinantes para que um paciente não siga seu tratamento corretamente é por não acreditar no tratamento em si ou por falta da medicação prescrita no SUS. O entrave da falta de medicação para a população, segundo ela, é o maior que se enfrenta.

Quando questionada sobre os atendimentos farmacêuticos, Mariana disse nunca ter encaminhado um paciente para este tipo de consulta, mas que imaginava serem benéficos, pois poderiam reduzir o número de consultas médicas apenas “para explicar receita”. Ao falar sobre esse cuidado na explicação das informações aos pacientes, disse: “Há uma prática na medicina chamada medicina centrada na pessoa. Há muitos colegas que não a seguem, fazendo atendimentos padrão, sem levar em consideração

“Há uma prática na medicina chamada medicina centrada na pessoa. Há muitos colegas que não a seguem (...) Falta saber a necessidade do paciente, centrar a consulta nas dificuldades”

- Mariana

a vulnerabilidade daquele paciente em específico, como analfabetismo, dificuldades de aprendizagem, dentre outras. Falta saber a necessidade do paciente, centrar a consulta nas dificuldades.” Nesse sentido, a médica conta que regularmente fazia uso de desenhos para auxiliar seus pacientes, e incentivava a prática da divisão dos medicamentos dentro de caixinhas – o que, segundo ela, “amplia o entendimento dos mesmos em relação aos seus tratamentos”, deixando claro como um atendimento mais focado na individualidade de cada paciente é preferível.

Em sua opinião, a participação familiar é fundamental para o tratamento de pacientes mais vulneráveis, funcionando como um “instrumento de adesão”. E complementa: “O apoio familiar, explicar para eles a importância da tomada de medicação, tudo isso ajuda muito para que o paciente tome a medicação corretamente em casa”.

Vitória, médica generalista que atuou na Unidade durante pouco mais de dois semestres, mencionou que a agenda de cada médico era estruturada em uma reunião ao final de ano, onde se definiam as metas para cada equipe de acordo com o território. As agendas dos médicos seguiam uma estruturação que incluía consultas de 15 minutos, 1 hora de almoço diária, 1 hora de reunião de equipe diária, 2 horas para atividades de grupo semanais e 2 horas para visitas domiciliares semanais. “A pandemia teve início em março de 2020 (...) e mudou muito nossa rotina, então o dia de trabalho na UBS mudou

muito. Na primeira metade do período que trabalhei lá, onde as agendas e atividades eram o padrão estabelecido pela eSF (Equipe de Saúde da Família), o dia de trabalho era sempre corrido, mas de certa forma estruturado. (...) Cada equipe tinha uma dinâmica de funcionamento de como lidar com os problemas pontuais da sua área e os acolhimentos, em geral, eram de baixa complexidade e em quantidades diárias de cerca de 6 acolhimentos por médico. Com a pandemia, isso mudou muito e muitas vezes. (...) Começamos a ter agendas que incluíam teleatendimentos e prioridades presenciais, totalizando 4 atendimentos por hora. Mas, nesse período, também deveríamos realizar atendimentos de acolhimentos e trocas de receita, além da escala médica semanal para atuar no setor COVID. (...) Em resumo: o trabalho já era cansativo e estressante, e quando foi desestruturado piorou ainda mais, deixando todos os funcionários claramente esgotados ao longo de meses”.

Da mesma maneira que afirmaram os outros entrevistados, Vitória relata que prescrevia receitas para quase todos que atendia e que considera o tempo de 15 minutos para se realizar um atendimento muito curto: “para fazer uma consulta de demanda espontânea [acolhimento], não é preciso de tanto tempo a princípio, pois trata-se de olhar uma queixa específica. Quando atendemos a um paciente crônico, idoso, com múltiplas queixas, é muito difícil dar a devida atenção em apenas 15 minutos”. Ela conta que, após o choque inicial do curto tempo de atendimento, ao

questionar seus colegas sobre o que fazer, “(...) a resposta era sempre focar em apenas uma ou duas queixas e deixar as outras para depois, mas eu me questionava: depois quando, se os pacientes demoram em média 3 meses para conseguir um retorno? Isso foi algo que me angustiou muito.”

A profissional conta que, em certa ocasião, durante a reunião dos médicos com a gerência, questionou sobre o tempo de consulta, no que um de seus colegas respondeu que existiam estudos mostrando que os pacientes preferiam passar em 3 consultas de 5 minutos do que em uma de 15 minutos: “Isso me marcou muito, por ser um reflexo do nosso jeito de lidar com a saúde. Esperamos que o problema se agrave para então dar atenção a ele. O velho modelo de saúde enquanto doença e não pensando em prevenção, que seria a proposta de uma eSF”. Segundo ela, os pacientes tinham sempre muitas dúvidas durante as consultas: “A maioria deles tinha diagnósticos que não entendia, ou recebia orientações muito superficiais. Exemplo: vários pacientes diabéticos não sabiam o que era ter uma alimentação melhor... Ninguém os tinha orientado. Muitos pacientes não sabiam como tomar seus remédios corretamente, não entendiam suas doenças e como se dava o processo de agravamento das mesmas”. Vitória compartilhou que era comum pacientes baterem à porta do consultório médico para perguntar como deveriam tomar determinado medicamento e que era muito comum identificar, durante consultas, que um paciente estava tomando todos seus medicamentos de maneira equivocada.

A médica reiterou que as doenças crônicas mais comuns dos pacientes atendidos na atenção primária eram hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hiperuricemia e doença do refluxo gastroesofágico. Para ela, a maior dificuldade enfrentada por esses pacientes é “Não conhecer o processo da doença, o que é a doença, como ela se agrava e que hábitos mudar para evitar isso. O paciente acredita que se não sente nada, está tudo bem. Eles não entendem a importância do tratamento e por isso não aderem”. Outro ponto crucial é a dificuldade de acesso: “É difícil conseguir agendar uma consulta, por vezes os pacientes precisam esperar mais de um mês para conseguir um agendamento.”, além da falta de medicamentos para a população nos postos.

Quando questionada sobre os atendimentos farmacêuticos disponibilizados na UBS Vila Ramos, Vitória afirmou que esse tipo de atendimento é extremamente importante: “Esses profissionais organizam os remédios para pacientes que chamamos de polifarmácia, pacientes que fazem uso de diversas medicações. As consultas farmacêuticas eram extremamente úteis para pacientes que tomam diversas medicações pois duram meia hora e os farmacêuticos avaliam quais medicações estão prescritas e, baseado na sua absorção e interação, como seria a melhor forma para o paciente tomar suas medicações de forma prática no dia a dia.” Ficou claro que estava muito habituada com o trabalho desenvolvido pela farmacêutica Cláudia e que sempre que necessário encaminhava pacientes para serem atendidos por

“O paciente acredita que se não sente nada, está tudo bem. Eles não entendem a importância do tratamento e por isso não aderem”

- Vitória

ela: “Eles identificam as medicações por cores, por vezes fazem saquinhos de manhã, tarde e noite por dia para ajudar aqueles pacientes que têm mais dificuldades em administrar suas medicações, é um trabalho muito interessante”.

Para a médica, o fato da consulta farmacêutica ser um procedimento padrão já é um ótimo avanço, entretanto, ainda falta adesão da população para esse tipo de serviço: “Na minha vivência, eu sentia que a população desmerecia muito as consultas com enfermagem e farmacêuticos; já cheguei a ouvir de paciente que não sairia de casa para fazer um consulta com “enfermeirinha”. É extremamente frustrante ver esse descaso com os profissionais, principalmente porque isso é resultado de uma cultura nacional, que não entende o papel de cada um dos profissionais da área da saúde.” Vitória acredita que, idealmente, “em um mundo utópico”, como citou, deveriam ocorrer: consultas bimensais entre médicos e enfermeiros; aumentar ainda que 5 minutos o tempo de atendimento padrão; amplificar o número de profissionais de saúde per capita; educar a população em relação à função de cada profissional e com relação a como se dá o processo das doenças mais prevalentes; e permitir que os pacientes polifarmácia ou complexos por outras razões tenham um retorno com a enfermagem 15 dias após a consulta com o médico. Sobre este último, justifica: “O retorno precoce possibilitaria ao doente trazer suas dúvidas sobre novas medicações, sobre sua condição de saúde e adaptação ao

tratamento. O enfermeiro poderia orientar novamente e, se necessário, acionar o médico”.

Entretanto, enquanto essa prática ainda não é uma conduta padrão, Vitória descreve algumas ferramentas e mecanismos que podem ser implementados no atendimento convencional visando o melhor entendimento do paciente: “A receita médica padrão é escrita item a item; isso pode confundir o paciente, principalmente aqueles que são polifarmácia, idosos, ou analfabetos/semi-analfabetos. Além de usar adesivos coloridos na receita médica ou as caixas organizadoras da Cláudia, o que eu costumava fazer no verso da receita de alguns pacientes era uma tabela, pois é uma ferramenta visual que não demanda muito tempo ou recursos para elaborar.”

Como pôde ser visto, vários pontos foram citados mais de uma vez e confirmados pelos médicos – tanto pelos que trabalham atualmente no local quanto pelos que já haviam trabalhado durante algum período –, entre eles: a falta de medicação nos postos, o curto tempo para atendimento, a falta de educação em saúde que se tem na população, a necessidade de uma abordagem de atendimento focada na individualidade de cada paciente, as vantagens das consultas farmacêuticas no que diz respeito à adesão medicamentosa, a necessidade de mais profissionais de saúde per capita e a necessidade de implementação de novas políticas para melhor rastreio dos pacientes crônicos.

“A receita médica padrão é escrita item a item; isso pode confundir o paciente, principalmente aqueles que são polifarmácia, idosos, ou analfabetos/semi-analfabetos”

- Vitória

ENTREVISTAS COM FARMACÊUTICA

O contato estabelecido que aqui será comentado não foi exatamente fruto de uma única entrevista semi-estruturada, mas sim, o resultado de diversos dias de conversas e explicações durante as visitas realizadas à UBS. Durante toda essa experiência, Cláudia foi minha acompanhante principal e uma das grandes responsáveis pela inspiração do projeto, já que este teve uma grande inspiração no trabalho já desenvolvido por ela na Unidade –, desde a delimitação do problema, passando pelo estabelecimento dos requisitos de projeto, até a execução do produto em si.

Cláudia é formada em farmácia e bioquímica, pós graduada em farmácia clínica, e atua na UBS Vila Ramos há quase dois anos. Assim como aconteceu com os médicos da Unidade, sua rotina foi muito afetada devido à pandemia do COVID, principalmente com relação à dispensação de medicamentos. Seu turno começa com a leitura de e-mails para verificar se houve alguma mudança ou novo protocolo a ser seguido, e em seguida, normalmente tem reuniões de equipe para alinhar o restante do dia. O trabalho conta com diversas frentes distintas: o atendimento no balcão da farmácia, a organização e dispensação de medicamentos no estoque da farmácia, as Visitas Domiciliares (VD), a organização de grupos (como o Grupo de Tabagismo), e por fim, o atendimento em consultas farmacêuticas. Conforme apontado pelos médicos, a farmacêutica acredita que deveriam haver mais profissionais per capita por conta da

sobrecarga de trabalho: ela afirma isso pois acredita que a quantidade de trabalhos que realiza não é ideal, já que enxerga esse excesso de funções como um impedimento que não a permite se dedicar de fato aos trabalhos que realiza com a atenção que gostaria.

Com relação à farmácia da Unidade, Cláudia normalmente conta com a ajuda de mais dois profissionais, e juntos eles atendem mais de 300 pacientes por dia. É comum que duas pessoas fiquem no balcão realizando o atendimento ao público, enquanto a outra fica na parte interna, se responsabilizando por outras atribuições, como: contagem do estoque, acerto de ficha, acerto de estoque, fracionamento de medicamentos. Os medicamentos são abastecidos diariamente na farmácia, dando entrada e saída na ficha de prateleira para se rastrear as entradas e saídas dos lotes. A ficha de prateleira também é importante para o rastreio do fornecimento de medicamentos controlados: “Na hora da retirada, a gente coloca o nome do paciente na ficha de prateleira, então eu consigo rastrear se o paciente fez retirada nos últimos 30, 90 dias. (...) É uma forma de eu rastrear e otimizar, fazer o racionamento de medicação para os pacientes. Tem paciente que vai tomar um monte, quanto mais medicação controlada ele tem, mais ele toma, eles viciam.”

Como as caixas recebidas na Unidade contendo medicamentos são caixas hospitalares com mais de 500 cartelas, é necessário fazer o fracionamento no estoquer isso

CLÁUDIA

>farmacêutica

>trabalha atualmente na UBS
há mais de um ano

<p>"Eu começo meu dia lendo os e-mails para ver qual se houve alguma mudança no agendamento. Quando não há alteração, termino muitas mudanças relacionadas à dispensação. Praticamente toda semana tem alguma coisa. Também participo das reuniões de equipe para saber se tem algum paciente necessitando de consulta farmacêutica."</p>	<p>"Em média atendemos [na farmácia] 356 pacientes diariamente"</p>	<p>"Tempo médio de atendimento é de 1 a 5 minutos. Às vezes mais, quando um único portador traz muitas receitas ou o sistema não funciona"</p>	<p>"Primeiro o paciente deve apresentar uma prescrição com os medicamentos prescritos na denominação genérica e forma leveig, apresentar cartão do SUS e para medicamentos controlados apresentar também o RG"</p>	<p>"Alguns medicamentos são entregues em sua embalagem original e outras são fornecidas em blister e não torcemos sacolas"</p>	<p>"Ao fornecer o medicamento, nósos colaboradores são orientados a fornecer informações tais como: deve ser utilizado o medicamento, por exemplo, em quais horários"</p>	<p>"Eu atendo qualquer um! Mas eu gosto... Você tem que gostar do que você faz, e eu amo o que eu faço, eu amo"</p>	<p>"Eles têm carinho, é muito gostoso. Eu quero me empenhar mais, me especializar melhor em atendimento ao idoso, porque eles precisam muito, eles são largados"</p>	<p>"Antigamente os familiares nunca largavam os idosos, eles cuidavam dos pais até o finalzinho, né? Hoje em dia não, eles largam, largam sozinhos, abandonados"</p>	<p>"E ao mesmo tempo você tem que se manter firme senão você não consegue manter o seu trabalho"</p>	<p>"A gente tem o projeto Telius, que é um projeto que cuida dos crônicos aqui na região de Itaquera. Eles mandam [material para fazer as consultas] pra gente e a instituição [Santa Marcelina] também fornece"</p>	<p>"Eu pego as caixinhas de medicamento, uno uma na outra... aí eu coloco aqui: café da manhã, a xícara, almoço e jantar, e coloco as bolinhas"</p>	<p>"Os idosos sofrem muito, é difícil. Tenta que ser um trabalho voltado pra família mesmo, porque o familiar também fica doente... Então, ele também fica doente, entendeu? Tem que tratar o paciente, não só o paciente, mas o familiar também. É muito difícil"</p>	<p>"Mas eu acho que falta muito envolvimento da família, muitos idosos moram sozinhos. A maioria dos idosos vêm desacompanhados na consulta. Ai não entendem nada"</p>	<p>"Outro dia eu fui na casa de uma paciente e ela fez um mural. Mas eu achei legal o dela, porque ela não fracionou, mas ela colocou... Sabe esses saquinhozinhos que eu uso? Ela colocou um saquinho pra cada medicação. Ai ela colocou manhã, almoço e jantar. E fez um mural, menina!"</p>					
<p>"Na grande maioria das vezes as prescrições estão escritas de forma ilegível. Mas, as receitas que vem da nossa unidade são todas legíveis, já que são digitalizadas"</p>	<p>"Na nossa unidade todas as receitas são digitalizadas. Mas, tem pacientes que voltam para perguntar a forma de uso de seus medicamentos. Geralmente, eles perguntam no balcão da farmácia"</p>	<p>"A maioria dos nossos pacientes são portadores de doenças crônicas e a maior dificuldade, em primeiro lugar, é entender sua patologia e outra dificuldade é a adesão ao tratamento"</p>	<p>"Eles (pacientes crônicos) vêm à farmácia pelo menos 5 vezes por mês"</p>	<p>"Quando eu faço essa pergunta a eles, respondem que "acham desnecessário fazer uso de tantos medicamentos"."</p>	<p>"Eles precisam primeiro aceitar a doença e se conscientizar que o medicamento será necessário"</p>	<p>"Eu sempre quis fazer a diferença, sabe? E eu enquanto técnica... era muito difícil, não tinha muito espaço. Não era nem questão de tempo, mas você não tem espaço, porque você é apenas uma técnica de farmácia. Assim, eu dou liberdade para as meninas aqui, eu falo que as meninas têm que participar"</p>	<p>"Demora muito tempo para preencher a receita... e a parte de RH também, falta de funcionário. Você vê, ô, que a gente não consegue nem falar no lugar, porque demanda tempo"</p>	<p>"Nossa caixa é hospitalar, vem com 500 [blisters]. Pouquíssimos os que vem com 30. Poucos. O ideal seria vir todos com 30, mas acho que não compensa a compra"</p>	<p>"Tem paciente que vai tomar um monte, quanto mais medicação ele tem de controlado, mais ele toma, entendeu? O controlado... eles viciam"</p>	<p>"Por exemplo, uma receita dessa lá no AMA, para a pessoa que vem de fora, estrangeiro, eu já entregava com a filipeta com as orientações e a tradução"</p>	<p>"Eles vêm aqui bastante perguntar como vai tomar [o medicamento], mas com o médico acho que não"</p>	<p>"Eu tenho um papelzinho que eu deixo na recepção, então ao encaminhar pra consulta farmacêutica, lá na recepção, as meninas têm que grampar um lembrete pra que o paciente traga exames, receitas recentes e todos os medicamentos"</p>	<p>"Mas aí eu recebo paciente aqui sem nada, sem nenhum medicamento. Ai eu pego a receita, venho na farmácia, separo uma cartela de cada e dou baixa mesmo para que ele leve e saiba como vai tomar. Só nos casos que o paciente não trouxe nada. É para ele trazer a medicação dele, quando ele não traz eu faço isso"</p>	<p>"Lá fora, doutor, uma avó com uma neta chorando falando que tinha 4 dias que não comia... Ai eu peguei, chamei a ACS, dei meu cartão de débito e falei: "Vai no mercado e compra". A Sandra: "Não, não!", eu falei: "Não! Eu não vou deixar a mulher morrer de fome!"</p>					
<p>"O atendimento farmacêutico é ofertado a todos os pacientes crônicos que fazem uso de 4/5 medicamentos ou mais"</p>	<p>"O tempo médio do atendimento farmacêutico é de uns 40 minutos"</p>	<p>"A consulta farmacêutica ajuda os mesmos ao aderir o tratamento, de forma correta. Acredito que a consulta farmacêutica ajuda muito na adesão medicamentosa. Alguns pacientes quando seguem as orientações dadas pelo farmacêutico conseguem manter os níveis de glicemia e PA controlados"</p>	<p>"Acredito no serviço farmacêutico e que deveria ser um serviço com credibilidade, assim como a consulta médica"</p>	<p>"Se o paciente ao sair do consultório médico ficasse encaminhado direto para a consulta farmacêutica, ele não retornaria com dúvidas e teríamos uma maior chance da adesão à farmacoterapia"</p>	<p>"O empenho dos familiares para ajudar os idosos a seguir a farmacoterapia [é fundamental]"</p>	<p>"Geralmente eu peço para que as meninas orientem no momento da dispensação, cada item, sabe? Tipo, esse aqui o senhor vai tomar tal hora, esse aqui... Mas, por conta de ser muito corrido, acaba não sobrando muito tempo para isso"</p>	<p>"E os idosos também, eles vêm sozinhos, né? Eles não têm um acompanhamento familiar"</p>	<p>"Sim, e eles não vão ler [a receita quando chegam em casa], eles não leem. O que predomine é algo de cabeça, que pode ser super perigoso"</p>	<p>"Mas aqui [na UBS Vila Ramos] isso do problema da legibilidade não acontece muito, porque nossas receitas são digitalizadas, a maioria. A gente trabalha com o e-SUS"</p>	<p>"[A receita digitalizada ajuda] tanto para a gente quanto para eles. Aqui, a grande maioria é digitalizada, a não ser que aconteça algum problema. Mas a grande maioria sim"</p>	<p>"[A receita digitalizada] evita erros de dispensação e evita erros para que o paciente tome errado. Evita que o paciente tome errado porque qualquer um pode ler"</p>	<p>"Tudo que eu faço eu tenho que colocar [no prontuário]. Coloco lá bolinha na cartela do comprimido lá do Seu Luiz, eu tenho que colocar "identifiqui com correto medicamento, andava assim [demonstra os movimentos com o corpo], e quase não reconhecia ninguém"</p>	<p>"Quando o paciente falta e a consulta é remarcar ele é informado pela ACS. Eles vão até a casa da pessoa"</p>	<p>"Ô, eu tive uma paciente que tomou Gliclazida duas vezes, ela teve uma hipoglicemia severa de ficar com a fala prejudicada, movimento prejudicado, andava assim [demonstra os movimentos com o corpo], e quase não reconhecia ninguém"</p>					
<p>"Ter uma alimentação saudável também é um dos fatores que implica na resolutividade do tratamento"</p>	<p>"As cores os ajudam a memorizar os horários de tomar suas medicações, isso para pacientes analfabetos. Para pacientes alfabetizados usamos calendário posológico, cores organizadas e saquinhozinhos para o armazenamento correto, longe do calor e umidade"</p>	<p>"A consulta farmacêutica é algo muito novo pois os pacientes não entendem a importância de passar em consulta que não seja médica, acredito que o apoio dos prescritores será fundamental para que possamos reduzir os riscos que os pacientes correm pareando a farmacoterapia por conta própria"</p>	<p>"Como ele se vê diante de uma receita com 15 itens, sabe? A dificuldade que ele tem..."</p>	<p>"São inúmeras dificuldades e a dificuldade do paciente não é só a medicação, às vezes o paciente procura a Unidade de Saúde e não é só para medicação, não é só para uma consulta médica, às vezes ele procura uma Unidade de Saúde também pra ter apoio, pra conversar"</p>	<p>"É dia a dia, para apoiar... então não é só para medicação, é tudo, todas as necessidades"</p>	<p>"E eu queria fazer mais, sabe? Queria fazer algo diferente, algo para ajudar a comunidade, algo que pudesse fazer a diferença nesse lugar. A gente tem muita tuberculose"</p>	<p>"Agora, por conta da pandemia, as receitas emitidas a partir de 27 de julho de 2020, elas têm prazo indeterminado. Enquanto perdurarem as medidas de isolamento social, ela vai continuar atendendo até, porque as pessoas não conseguem passar no médico"</p>	<p>"E é por falta de funcionário, porque na verdade eu deveria ficar lá no consultório esperando o paciente, entendeu? Não era nem para eu estar aqui, só que não tem funcionário"</p>	<p>"Às vezes a cartela vem com 20, o paciente só faz uso de 30 comprimidos, mas eu tenho que entregar 40, porque cada cartela vem com 20, então preciso marcar 40 no sistema, que é a quantidade que estou entregando a ele"</p>	<p>"Menina, ela tomava tudo errado. Ai fiz o máximo que eu podia, até tirei foto da prescrição pra não demorar, pra poder evoluir meu prontuário depois, porque ela tava muito apressada. Mas tem muito"</p>	<p>"Ai a receita de controlado é a mesma coisa, tem que ter o nome do lugar onde ela passou, o endereço do lugar onde ela passou, o nome do paciente, o endereço dele, nome da medicação, quantas ela vai tomar por mês, carimbo, assinatura e data"</p>	<p>"Mas os filhos não estão nem aí. A filha dessa senhorinha falou assim: "ela está se alimentando super bem", só que ela está pele e osso, e que "ela não engorda de ruim"</p>	<p>"Às vezes eu levo caixinha para casa e vou fazer em casa, porque não dá tempo. E quando te veem fazendo caixinha acham que você não está fazendo nada, que isso não é trabalho"</p>	<p>"Se vem com embalagens iguais, uma delas tem que ser retritada, é igualzinho, igualzinho (se referindo às embalagens de medicamentos genéricos)."</p>					
<p>"Então assim, são inúmeras situações. "N" motivos que eles nos procuram, não é só atendimento médico"</p>	<p>"É uma convivência, tem que saber lidar, tem que acolher, não tem jeito, tem situações, assim, que eu fico... sabe assim... mas eu gosto, eu gosto, era tudo que eu queria"</p>	<p>"Você aprende bastante com eles, você aprende, aprende muito. Você vê a situação deles e pensa: "poxa vida, eu tenho uma vida ótima", sabe? Eu tenho uma vida maravilhosa e eu reclamo à toa. Você melhora como ser humano, cresce"</p>	<p>"Daí quando eles chegavam na janela [da farmácia] eu já tinha uma lista das medicações e eu só passava [caneta] marca- texto em cima daquela medicação que ele estava levando. Foi uma diferença enorme, enorme. Eles se sentiam super acolhidos só de eu mostrar pra eles a tradução, porque eles vêm para cá e não entendem"</p>	<p>"O Dr. Eduardo já faz as duas [receitas], uma em português e uma em inglês. Quando ele vê o que o paciente é de outro país e fala outra língua, ele já faz as duas, faz em português e faz em inglês"</p>	<p>"Nem todo mundo tem essa preocupação, essa humanização. Eu acho que a gente que trabalha no SUS, além de se preocupar com o paciente, além de fazer o nosso trabalho, a gente tem que ser humanizado. A humanização, ela é o princípio de tudo. Se você não tiver humanização, você não vai fazer isso"</p>	<p>"Aqui, nessa página do [Hospital] Santa [Marcelina], a gente tinha formulário de primeira consulta, formulário de segunda consulta, calendário posológico"</p>	<p>"Tem também um programa [Telius] que opera aqui na zona oeste que ajuda no tratamento dos crônicos, eles dão suporte pra gente aqui no tratamento dos crônicos, tem até um checklist de adesão medicamentosa pra avaliar o quanto o paciente aderiu a medicação, se ele esquece de tomar, se ele não toma porque acha que é demais"</p>	<p>"Eu preencho isso com o paciente, mas durante a consulta você já percebe, então quando o paciente vai embora eu mesma preencho, porque eu já sei quais são as dificuldades, se ele esquece de tomar, se ele não toma porque acha que é demais"</p>	<p>"Tenho paciente que fala assim: "eu não vou tomar nada, porque eu tomo remédio demais já, pra que tanto remédio, médico, tá doido?""</p>	<p>"O calendário posológico ele traz lá o espaço pra você colocar a medicação, aí eu coloco a medicação, pra quem olhar aqui já sabe que é no almoço, lanchinho da tarde, na janta, antes de dormir. Ai eu coloco, faço isso e entrego [o calendário posológico] pra eles"</p>	<p>"Ela cortou todos os comprimidos e colocou dentro dos potinhos. E aí quando ela misturava, ela não sabia quem era quem"</p>	<p>"Acho [separar os medicamentos por tipo e não por semana melhor], porque se o paciente não sabe ler ele não vai saber se é segunda, terça, quarta, quinta. Ele vai meter a mão ali em cada buraco, né..."</p>	<p>"É, e não pode! Abrir [o blister], se for pro dia, ok, mas abrir pra semana, não. É porque ele tá exposto ao ar, ele pega umidade, ele pode diminuir a eficácia, né, existem várias possibilidades"</p>						
<p>"Eu sempre procurei me envolver, porque aí você conhece a realidade"</p>	<p>"Eles entregam a receita e cartão do SUS. A receita tem que ter data, endereço, carimbo e assinatura do médico, ela vale por 30 dias. Ai eu entro no sistema, coloco o cartão do SUS do paciente, o CRM do médico, o código do medicamento que ele está retirando e a quantidade"</p>	<p>"Nas receitas tem a parte da farmácia que a gente tem que preencher porque nem sempre o paciente que entra, às vezes é familiar, um amigo... então por isso não vem preenchido. O Cartão do SUS que eu preencho é do paciente, mas o RG é de quem entra, por isso preciso preencher na hora. Ai a gente escreve aqui, coloco a data que a gente está fornecendo, a quantidade e o nome de quem está fornecendo"</p>	<p>"O mínimo de se ver é duas receitas, é difícil vir uma só. Eles sempre trazem mais de duas receitas... até 5... Eu já atendi 13 receitas. Vários pacientes mas um só portador"</p>	<p>"Ai você demanda muito tempo para um paciente só e quem está atrás [da fila] vai achar que você está fazendo hora, porque tá demorando pra atender"</p>	<p>"Quem vem retirar na maior parte das vezes é o próprio paciente"</p>	<p>"Mas quando é um paciente com dificuldade pra enxergar ou analfabeto, eu só coloco as cores na própria cartela, porque eu acho que fica mais fácil do que eles pegarem o papel e saberem qual a medicação"</p>	<p>"Pra esses pacientes com maior dificuldade o calendário de ficulta, porque eu coloco a cor aqui aí vou procurar a medicação, só que eu não sei ler, não vai me ajudar"</p>	<p>"Eu entrego pra grande maioria, quando eu sei que ele sabe ler e consegue ter um entendimento melhor eu entrego o calendário, agora quando eu vejo que ele não tem eu faço aquilo lá, coloco bolinha em cada cartela"</p>	<p>"Alfabetizado eu faço só o calendário posológico mesmo e não faço os adesivos"</p>	<p>"Não sabe, eles não sabem. Não sabem o que é e pra que serve [cada medicamento]. É aquele preto, aquele vermelho". Eles vão pelas cores ou pelo formato"</p>	<p>"Eles não dão muita credibilidade pra primeira consulta [farmacêutica]. Já teve paciente que chegou e falou assim pra mim: "E é uma mulher que vai me atender?""</p>	<p>"Eu tento fazer o meu melhor, tento ajudá- los da melhor maneira, mas tem uns ainda que é resistente, que quer usar aquela bendita daquela caixinha"</p>	<p>"Por exemplo, paciente que não entende, eu uso esse aqui ô [mostra adesivo com relevo], no toque. Se ele vai tomar dois comprimidos eu coloco duas bolinhas. Eu colo. E aí ele passa o dedinho, ele sente que ele vai tomar dois comprimidos"</p>	<p>"Quando o médico coloca 8 da manhã, 9 da manhã, 10 da manhã, eu vejo se não vai haver interação. Se não vai haver interação eu trago todos pro mesmo horário, porque esse paciente não vai fazer a medicação correta, não vai fazer"</p>					
<p>"Os idosos acabam vindo muito sozinhos na unidade, muito desamparados"</p>	<p>"Geralmente eu peço para que o médico, quando ele vê que o paciente é sozinho e tem dificuldade, eu peço para que eles me sinalizem e daí eu faço consulta farmacêutica"</p>	<p>"Ai eu faço no próprio consultório, eu vou lá no consultório, eu oriento, se o paciente não sabe ler e escrever eu sinalizo com cores"</p>	<p>"Geralmente eu uso verde para o almoço, o amarelo eu uso para o café da manhã porque sinaliza sol, claro, e o pretinho, noite. E eles super entendem"</p>	<p>"Essa paciente, ela toma 6 medicações, aí aqui eu coloco as quantidades de comprimidos, e aí as comprimidas vão aqui dentro e eu coloco eu também coloco a bolinha, o adesivo do horário. E aí aqui eu coloco hidroclorotiazida, é de manhã, então bolinha amarela. Todos que tiver bolinha amarela a senhora vai tomar um comprimido de manhã"</p>	<p>"Olhar e já saber... Exatamente, é isso que a gente faz"</p>	<p>"A primeira consulta é sempre difícil, mas depois eles costumam. E eles querem conversar"</p>	<p>"Se você não der importância para aquela queixa principal, aquela dor que ele tá sentindo, ele não volta nunca mais na consulta farmacêutica"</p>	<p>"Pra eles, horário de medicação é balela, né, você viu ele falando "eu como à noite", "eu como na madrugada", "só como na madrugada"."</p>	<p>"É difícil, é muito difícil [a mudança de comportamento dos pacientes]."</p>	<p>"Assim, a gente faz a nossa parte, a gente orienta, a gente faz tudo que tá ao nosso alcance"</p>	<p>"Mas você viu como que ela é? Uma senhorinha, se você não tiver paciência com ela e orientar, sabe, mesmo orientando da forma correta, com calma, ela não conseguiu fazer uso... Disse que tá guardada na geladeira a insulina. E a glicemia 322"</p>	<p>"A gente tá sempre preocupado com a situação (se as pessoas têm comida em casa) por conta da pandemia, né..."</p>	<p>"Porque a doença mata, mas a fome mata muito mais, né?"</p>	<p>"Eu falei "A senhora tá tomando?", "Não. Eu não sei, tô com medo!". Ai eu separei, comprimido por comprimido, e era muita coisa, era muita coisa! Os comprimidos todos cortados..."</p>					
<p>"Quando eu percebo que a pessoa tem muita dificuldade de entender, eu peço pra na próxima consulta um familiar vir junto"</p>	<p>"Eu peço pra paciente, falei "ô, a próxima consulta que a senhora vier, a senhora tem que trazer um filho, um neto, alguém da família, pra poder..." e eu coloco isso no prontuário, peço retorno acompanhado de um familiar"</p>	<p>"Quem tem o aparelhinho (medidor de glicemia) eu consigo controlar. Mostra o dia, o horário e quanto tava [a glicemia]. Eu vejo se ele tá fazendo certinho, se ele não tava fazendo certinho"</p>	<p>"De praxe são esses: furosemida, que é diurético, captopril pra pressão, levotiroxina pra tireoide, emagrecer em jejum... eu discordo dos médicos, eu acho que esse negócio de proteger o estômago tá errado, porque isso aqui ao longo dos anos isso aqui faz mal... é sinvastatina, colesterol!"</p>	<p>"Aqui a forma prescrita e aqui a forma de uso, a forma como ela tá usando de fato. O hidroclorotiazida, o HCTZ ela tem que usar 2, só que ela tá usando um só, aí eu coloco aqui: é oriento que não deve ser suprimida a dose de hidroclorotiazida"</p>	<p>"Mas ela tá tomando comprimido só uma dose da hidroclorotiazida porque ela disse que tá fazendo muito xixi. PA dela tá boa, glicemia dela tá boa"</p>	<p>"É normal os pacientes não virem nas consultas agendadas, é bem comum"</p>	<p>"Toda falta de consulta agendada precisa [anotar no prontuário que o paciente faltou]."</p>	<p>"São seis consultas farmacêuticas por semana. Três na quinta e três na sexta, só que aí segunda e terça eu tenho que fazer VD"</p>	<p>"Ai você chega lá [pra visita domiciliar] e é ruim, eu pre- firo as consultas aqui. Porque lá, primeiro que você não tem estrutura nenhuma, eu fui orientar, colocar bolinha, tudo, eu não tinha uma mesa, eu não tinha uma cadeira para colocar as minhas coisas, tive que colocar no chão"</p>	<p>"Uma condição bem precária... uma senhorinha acamada, que teve AVC, sabe? Nossa, um cheiro horrível, um descaio total. E isso faz muito mal psicologicamente pra gente. A maioria dos atendimentos... eu vou pra casa meio... sabe? É muito ruim, muito ruim"</p>	<p>"Os ACS falam: "ah eu preciso que você faça uma visita domiciliar em tal casa, tal paciente, ele tem isso, tem aquilo". Ai eu já faço a caixinha, já providencio tudo. Deixo tudo preparado para levar"</p>	<p>"A grande maioria dos lugares não tem isso (as caixinhas)."</p>	<p>"Eles ficavam tão felizes quando eu entregava a caixinha e eu tirava foto com eles, porque eu queria guardar de lembrança porque eu sabia que ia sair de lá, né, e a gente ia perder o contato"</p>	<p>"(...) é tão pouco pra mim e pra eles é tanto, né? Então, assim, eu fico muito feliz"</p>					
<p>"Então assim, eu nunca aconselho nem a cortar, porque ele corta a validade, nem tirar do blister. Eu sempre falo pra ele "Tira na hora de usar". Aquele negocinho de separação eu não concordo, eu acho que não é legal"</p>	<p>"Não vai fazer porque ele vai esquecer, ele vai esquecer. Quando ele lembrar vai ser meio dia, meio dia já é a próxima dose, então a dose do período das 8 ou das 9 ele já perdeu, então eu prefiro trazer"</p>																		

Mural produzido na plataforma Miro a partir de frases selecionadas retiradas das entrevistas realizadas com a farmacêutica.

Mural produzido na plataforma Miro a partir de frases selecionadas retiradas das entrevistas realizadas com a farmacêutica.

que os medicamentos são entregues à população fora das caixas, isto é, apenas os blisters, diferente do que é o comum em redes de farmácias particulares. Segundo Cláudia, o ideal seria vir todos em caixas com 30 unidades, pois facilitaria todo o processo de dispensação, mas a compra para o SUS não compensaria.

O tempo de um atendimento médio no balcão da farmácia é de 1 a 5 minutos. Esse tempo pode ser maior caso o sistema não esteja funcionando bem ou caso um único portador traga muitas receitas de uma vez. Cláudia afirma que dificilmente um portador trará apenas uma receita: “Eles sempre trazem mais de duas receitas, até 5. Eu já atendi 13 receitas de um único portador! Vários pacientes diferentes, mas um portador só. Às vezes é vizinho, familiar, casa de repouso. Aí você demanda muito tempo para um paciente só e quem está atrás da fila vai achar que você está fazendo hora, porque está demorando para atender.” Ademais, por conta da grande incidência de pacientes crônicos atendidos pela Unidade, Cláudia afirma que as receitas recebidas na farmácia são muito grandes, por isso o tempo de atendimento às vezes pode ultrapassar esses 5 minutos.

Para retirar um medicamento na farmácia, o paciente deve apresentar a prescrição com os medicamentos na denominação genérica e de forma legível, constando data, endereço, carimbo e assinatura do médico, além do cartão do SUS; e, no caso de medicamentos controlados, também

deve apresentar o RG. A farmacêutica então entra no sistema da prefeitura Gestão de Sistemas em Saúde (GSS), coloca o cartão do SUS do paciente, o CRM do médico, o código dos medicamentos que ele está retirando e a quantidade. Ao fornecer o medicamento, o responsável da farmácia realizando o atendimento é orientado a fornecer informações tais como modo de utilização e horários. Também é necessário que esse profissional carimbe a receita do paciente, colocando a data em que está fornecendo, a quantidade, seu nome, o RG de quem está retirando e o cartão SUS do paciente.

Quando questionada sobre a legibilidade das receitas médicas que lhe são entregues, ela afirma que a grande maioria das que são produzidas pelos médicos da Unidade são legíveis pois são digitalizadas, mas que isso não é uma prática generalizada no sistema público de saúde brasileiro. Para a farmacêutica, as receitas digitais são benéficas tanto para os pacientes, quanto para os profissionais da saúde: “Evita erros de dispensação, agiliza todo o processo e também evita erros de que o paciente tome errado, porque qualquer um consegue ler a receita digitalizada”. Todavia, mesmo com as receitas digitalizadas e legíveis, Cláudia comenta que vários pacientes ainda voltam ao balcão da farmácia para perguntar como devem fazer uso de seus medicamentos: “Eles vêm aqui bastante perguntar como vai tomar a medicação. Geralmente eu peço para quem está na farmácia orientar no momento da dispensação cada item, tipo ‘esse aqui o senhor vai tomar tal hora, etc’, mas por conta

de ser muito corrido, acaba não sobrando muito tempo para isso. E os idosos também vêm sozinhos, eles não têm um acompanhamento familiar.” Ademais, ela também comenta que “Os pacientes não vão ler a receita quando chegam em casa, eles não leem, eles se baseiam muito mais na memória de como foram instruídos no momento do atendimento”.

Entre as diversas histórias que Cláudia narrou sobre casos com pacientes, uma delas havia acontecido na manhã da minha primeira visita na Unidade: “Eu cheguei na segunda-feira e ouvi minha técnica falando ‘A senhora não quer marcar uma consulta com a farmacêutica?’ E eu ouvi a paciente respondendo ‘Não, eu tô com pressa’. Eu cheguei lá e falei ‘É bem rapidinho, eu oriento a senhora’. Depois que eu consegui convencer ela e estava atendendo, percebi que ela tomava tudo errado... Ela estava muito apressada, eu fiz tudo que eu podia para não demorar, mas era um absurdo a situação, tudo errado.” Segundo ela, casos como esse são rotineiros e, infelizmente, muito comuns. Quanto mais conversamos, mais claro ficou o fato de que a preocupação de Cláudia em ajudar é por conta de situações muito sérias que já presenciou: “Eu tive uma paciente que tomou Gliclazida duas vezes, erro de medicação, e ela teve uma hipoglicemia severa de ficar com a fala prejudicada, movimento prejudicado, andava com o corpo travado e quase não reconhecia ninguém. E eu não quero que isso aconteça com mais ninguém, é muito triste. (...) Eu tento fazer o meu melhor, tento ajudá-los da melhor maneira, mas tem uns ainda que são resistentes.”

A maioria dos pacientes atendidos pela farmácia são pacientes portadores de doenças crônicas e, segundo ela, é normal que esse perfil de paciente vá até a farmácia da unidade pelo menos 5 vezes ao mês, ou seja, são frequentadores assíduos deste serviço. Cláudia menciona que muitos deles têm dificuldade de entender sua patologia e aderir aos tratamentos: “Quando eu pergunto a eles por que não estão seguindo um tratamento corretamente, muitos me dizem que acham desnecessário fazer uso de tantos medicamentos. (...) Tenho paciente que fala assim: ‘Eu não vou tomar não, porque eu já tomo remédio demais.’ (...) Eles primeiro precisam aceitar a doença e depois se conscientizar que o medicamento será necessário em suas vidas”.

O atendimento farmacêutico é ofertado a todos os pacientes crônicos que fazem uso de quatro medicamentos ou mais e o tempo médio de duração desse atendimento é de 40 minutos, previamente agendado. Cláudia vê na consulta farmacêutica grandes benefícios: “Acredito que a consulta farmacêutica ajuda muito na adesão medicamentosa. Alguns pacientes quando seguem as orientações dadas pelo farmacêutico conseguem manter os níveis de glicemia e P.A. controlados.”. Entretanto, ela se incomoda pelo fato de que o serviço farmacêutico não tem a mesma credibilidade que o serviço médico: “A consulta farmacêutica é algo muito novo e os pacientes não entendem a importância de passar em uma consulta que não seja a médica. Eu acredito que o apoio dos prescritores é fundamental para que possamos reduzir os riscos que os pacientes correm parando a farmacoterapia por

“Quando eu pergunto a eles por que não estão seguindo um tratamento corretamente, muitos me dizem que acham desnecessário fazer uso de tantos medicamentos”

- Cláudia

conta própria. (...) Eu já tive até paciente que chegou e falou para mim ‘E é uma mulher que vai me atender?’”.

Cláudia comentou brevemente sobre alguns projetos ou entidades, como o Projeto Tellus, que ajudam no tratamento dos pacientes crônicos na região de Itaquera em colaboração com a instituição Santa Marcelina, fornecendo alguns materiais para ajudar na clareza das orientações e no rastreio dos pacientes, como formulários de primeira e segunda consulta, calendário posológico e checklist de adesão medicamentosa do paciente. Entretanto, ela afirma que essas tabelas e alguns desses materiais não são tão claros, principalmente para pacientes com dificuldade para enxergar ou analfabetos, já que são materiais com muito texto e letra pequena. “Eu entrego esses materiais, como o calendário posológico, para quem eu sei que sabe ler e consegue ter um entendimento melhor. Agora quando eu vejo que esse paciente não tem essa facilidade, eu prefiro fazer a organização na caixinha e colocar a bolinha em cada cartela, porque é mais visual e direto. (...) Os pacientes não sabem o nome dos medicamentos, nem o que são ou para o que servem, eles identificam os medicamentos por alguma característica, como as cores ‘Aquela pomada preta, aquela bolinha azul’.”

Logo na primeira conversa que tivemos durante a primeira visita, Cláudia comentou sobre o sentimento de um paciente ao se deparar com uma longa prescrição médica:

CHECKLIST DA ADESÃO MEDICAMENTOSA

Data:

Cartão SUS:

Data de Nascimento:

[] Primeira Consulta [] Retorno

Condição Crônica: [] Hipertensão [] Diabetes [] Outra: Qual: _____

GRAU DE ADESÃO TERAPÊUTICA

Este instrumento foi criado com base na *Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de 8 Itens - MMAS-8*.
O grau de adesão terapêutica é determinado de acordo com a pontuação resultante da soma de todas as respostas corretas: **Alta Adesão: 8 Pontos** | **Média Adesão: 6 a < 8 Pontos** | **Baixa Adesão: < 6 Pontos**.
Cada resposta negativa, das questões 1 a 4, 6 e 7, vale 1 ponto. A questão 5 é invertida, portanto, se a resposta for afirmativa, vale 1 ponto. A última questão vale de 0 a 1 ponto, sendo a contagem a cada 0,25.

	Não	Sim	Resposta Esperada
1 Você, às vezes, esquece de tomar seus remédios?			Não 1 ponto
2 Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?			Não 1 ponto
3 Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico, porque se sentia pior quando os tomava?			Não 1 ponto
4 Quando você viaja ou sai de casa, às vezes, esquece de levar seus remédios?			Não 1 ponto
5 Você tomou seus medicamentos ontem?			Sim 1 ponto
6 Quando sente que está bem, às vezes, você deixa de tomar seus medicamentos?			Não 1 ponto
7 Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento?			Não 1 ponto

	NUNCA 1	DIAS 0,75	ÀS VEZES 0,5	FREQUENTEMENTE 0,25	SEMPRE 0	Resposta Esperada
8 Com que frequência você tem dificuldade de lembrar de tomar todos os seus remédios?						Nunca

Fonte: Artigo Relação entre a Escala Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o Controle da Pressão Arterial

NOME DO PACIENTE _____

PRONTUÁRIO _____

DATA ____/____/____

PRESCRITOR _____

DATA DA PRESCRIÇÃO ____/____/____

SUS

PREFEITURA DE SÃO PAULO SAÚDE

BETTER HEARTS BETTER CITIES

APÓIO

GOV. DE SÃO PAULO

HORA →

ACORDAR (JEJUM)

CAFÉ DA MANHÃ

ALMOÇO

LANCHE DA TARDE

JANTAR

DORMIR

NOME DO MEDICAMENTO

ETIQUETA COR

	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	ANTES	DEPOIS	
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									
ETIQUETA COR									

CONDIÇÕES DE USO

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL _____

Calendário posológico e checklist de adesão medicamentosa distribuídos para a farmácia.

“Como ele se vê diante de uma receita com 15 itens? A dificuldade que ele tem... São inúmeras dificuldades e a dificuldade do paciente não é só a medicação, às vezes o paciente procura a Unidade de Saúde também para ter apoio, para conversar. (...) Isso que são os Programas de Saúde da Família (PSF), as pessoas nos procuram para tudo”. Esse fato ficou claro diante das diversas histórias de pacientes narradas por Cláudia, em que muitas vezes os profissionais da Unidade precisam se unir para ajudá-los: pacientes sem comida em casa, pacientes que não conseguem pagar as contas do mês, pacientes que não conseguem se deslocar até a UBS e

70

não têm familiares para ajudá-los, pacientes com problemas familiares em casa. A atenção primária, e principalmente os PSF, são voltados a muito mais do que apenas o atendimento médico de pacientes, sendo realmente um suporte humano a toda uma comunidade: “É o dia a dia, é o apoio... Então não é só medicação, é tudo, todas as necessidades. (...) É uma convivência, tem que saber lidar. Você tem que acolher, não tem jeito. (...) A gente vê situações assim, financeiramente, emocionalmente, familiar, tudo. Você melhora como ser humano, cresce. Você tem que gostar do que faz, e eu amo o que eu faço, eu amo. Os pacientes têm carinho por nós, é muito gostoso.”

Um dos primeiros insights de Cláudia sobre um trabalho que poderia ser realizado na Unidade envolveu os pacientes estrangeiros: por conta da localização da UBS no território, muitos imigrantes, principalmente provenientes de países francófonos e anglófonos da África, como Nigéria, procuram essa UBS como principal ponto de atendimento, entretanto, a língua, no momento do atendimento, torna-se uma barreira. A farmacêutica, quando trabalhava anteriormente em uma Assistência Médica Ambulatorial (AMA), já realizava um trabalho de tradução para amparar esses pacientes: “Como lá era AMA, as medicações que saíam rotineiramente eram sempre as mesmas e eu sugeri que a gente fizesse uma tradução do português pro inglês e pro francês. Quando eles chegavam na janela da farmácia eu já tinha uma lista das medicações e eu só passava um marca-texto em cima

da tradução daquela medicação (...). Fez uma diferença enorme, eles se sentiam super acolhidos só de eu já mostrar a tradução, porque eles vêm pra cá e não entendem nada. (...) A gente tem nossos meios, tem o Google Tradutor... Mas e quem não tem? Porque eles vêm pro Brasil sem nada, né? Então eu acho maravilhoso conseguir ajudá-los.”

Ela continuou a realizar esse tipo de trabalho na UBS, mas enfrentando um pouco mais de dificuldade, já que, assim como relata, as medicações dispensadas na AMA são quase sempre as mesmas, as mais rotineiras, enquanto no eSF, a gama de medicamentos é muito mais diversa e as situações trazidas pelos pacientes também são muito diferentes entre si. Por isso, já que não era possível fazer a mesma lista traduzida anteriormente utilizada na AMA, ela e o médico Fernando começaram a traduzir as prescrições no momento do próprio atendimento médico: “O Dr. Fernando já faz as duas receitas, uma em português e a outra em inglês ou francês. Quando ele vê que o paciente é de outro país e fala outra língua, ele já faz as duas”. Quando questionada se essa prática seria comum em outras Unidades, Cláudia respondeu: “Não... sabe por quê? Alguns médicos conhecem outras línguas, escrevem, fala... Mas nem todo mundo tem essa preocupação, essa humanização. Eu acho que a gente que trabalha no SUS, além de se preocupar com o paciente, além de fazer o nosso trabalho, a gente tem que ser humanizado, porque a humanização é o princípio de tudo. Se você não tiver humanização, você não vai fazer isso. Eu fiquei super

“Eu acho que a gente que trabalha no SUS, além de se preocupar com o paciente, além de fazer o nosso trabalho, a gente tem que ser humanizado, porque a humanização é o princípio de tudo”

- Cláudia

feliz quando vi a primeira receita traduzida do Dr. Fernando e pensei ‘nossa, até que enfim encontrei alguém humanizado, preocupado tanto quanto eu com o outro.’”

Uma segunda questão abordada por Cláudia foi o desamparo dos pacientes idosos, principalmente os que não têm apoio de familiares e que têm doenças crônicas: “Os idosos acabam vindo muito sozinhos na Unidade, muito desamparados. (...) Eu quero me especializar mais, me especializar em atendimento ao idoso, porque eles precisam muito, eles são largados. Antigamente os familiares nunca largavam os idosos, eles cuidavam dos pais até o finalzinho, né? Hoje em dia não, eles largam sozinhos, abandonados (...) Os idosos sofrem muito, é difícil. Teria que ser um trabalho voltado pra família mesmo, porque o familiar também fica doente... Tem que tratar não só o paciente, mas a família também. É muito difícil”. Ela acredita que “O empenho dos familiares para ajudar principalmente os idosos a seguir a farmacoterapia e ter uma alimentação saudável também é um dos fatores que implica na resolutividade do tratamento”.

Por mais que a profissional realize o trabalho de organizar os medicamentos em embalagens próprias e com adesivos, ela acha que mesmo assim não é o suficiente: “Não tem condição de ficar fazendo as caixinhas. A gente tem que ficar fazendo caixinha, mas eu acho que falta muito envolvimento da família, muitos idosos moram sozinhos. Você vai na casa deles e estão sozinhos, mesmo tendo

filhos. Eu fico preocupada, é complicado. Muitos idosos vêm desacompanhados na consulta e aí não entendem nada. Quando eu percebo que a pessoa tem muita dificuldade de entender, eu peço pra na próxima consulta um familiar vir junto.”

Segundo ela, a pandemia afetou negativamente o acompanhamento dos pacientes crônicos com os quais fazia consultas farmacêuticas regulares: “Em 2020, eu estava acompanhando 40 pacientes regularmente. Mas agora não estão vindo todos por conta da pandemia, eles estão ficando em casa. Eu espero que em 2021 seja um número maior. Mesmo esses 40... era pra ser muito mais, né?”.

“Os idosos sofrem muito, é difícil. Teria que ser um trabalho voltado pra família mesmo, porque o familiar também fica doente... Tem que tratar não só o paciente, mas a família também. É muito difícil”

- Cláudia

Análise do que já é realizado pela farmacêutica

O trabalho desenvolvido pela farmacêutica Cláudia na UBS Vila Ramos, e que já realizava anteriormente na AMA (Assistência Médica Ambulatorial), é indiscutivelmente o ponto focal desta tese. Sendo assim, é importante pontuar e ressaltar que Cláudia é uma das grandes responsáveis por esse trabalho, e que o que ela já desenvolve foi grande inspiração para o produto aqui desenvolvido. O trabalho realizado por ela na UBS Vila Ramos, ou quaisquer outras condutas similares desenvolvidas por profissionais da saúde com seus esforços e recursos próprios tendo como foco principal o bem-estar de pacientes na atenção primária, merecem toda a atenção necessária e devem ser vistos como os reais protagonistas. A prática de Cláudia foi fonte de inspiração e serviu como base para o início do pensamento projetual, mas continua sendo a ideia original e pioneira.

Por meio da utilização de caixas de medicamentos controlados que iriam para o lixo, Cláudia as personaliza para os pacientes que apresentam maior dificuldade para seguir seus tratamentos corretamente. “Essas caixinhas que eu uso são caixinhas de medicamentos controlados, que têm divisórias. Eu reutilizo e coloco na caixa a quantidade de comprimidos na lateral, junto com o adesivo de horário e o nome do medicamento. Só que eu não dou conta de

fazer todas dessa forma, porque não temos muitas dessas caixinhas, e o número de pacientes crônicos aqui é muito alto, mas é o ideal, tem que ser dessa forma.” Ela providencia o encapamento e divisórias, além de colar adesivos com o nome dos medicamentos e com os horários de tomada nas respectivas divisórias. Com um marca texto, ela ainda ressalta a quantidade de comprimidos a serem tomados. Como ela explica, não há caixas de medicamentos controlados suficientes, mas por experiência com diversos pacientes, essa foi a maneira mais bem sucedida que encontrou de organizar os medicamentos.

Quando Cláudia não tem essas caixas a sua disposição, ela produz embalagens mais simplificadas, também utilizando embalagens de medicamentos que chegam à farmácia, mas sem nenhuma divisória. Ela encapa essas embalagens e coloca um plástico na lateral onde será inserida a receita do paciente. Para separar os medicamentos, ela faz uso de saquinhos de plástico transparente. Nos blisters, ela cola os adesivos de horário de tomada da medicação: amarelo para a manhã, verde para o almoço e preto para a noite. A quantidade de adesivos também é informacional: para cada adesivo, um comprimido deve ser tomado. Ou seja, se um

blister tem dois adesivos amarelos e um preto, o paciente deve tomar dois comprimidos pela manhã e um pela noite.

Esse tipo de serviço só é feito para os pacientes que são sinalizados pelos médicos para a farmácia: “Geralmente eu peço para que o médico, quando vê que o paciente é sozinho e tem dificuldade, para me sinalizarem, porque daí eu faço a consulta farmacêutica. (...) Eu faço no consultório médico, eu oriento, se o paciente não sabe ler e escrever eu sinalizo com cores. Geralmente, uso adesivo verde para o almoço, amarelo para o café da manhã, porque sinaliza o sol, e o preto para a noite. E eles super entendem, eu levo todo o meu kit para os atendimentos e dá super certo. Faço também umas caixinhas para organizar...”. Segundo ela, os remédios organizados nessas caixinhas normalmente são os mais usuais de uso para tratamento de doenças crônicas, como furosemida, captopril, levotiroxina, omeprazol, sinvastatina, entre outros.

Quanto aos horários, Cláudia afirma que os pacientes geralmente fazem uso dos medicamentos em quatro momentos principais: jejum, café da manhã, almoço e jantar. “Não são muitas medicações para tomar a tarde, por exemplo. Mas quando é assim, eu prefiro trazer esses medicamentos para um horário mais próximo dos outros. Quando o médico coloca um às 8h da manhã, um às 9h da manhã e outro às 10h, eu vejo se não vai haver interação. Caso não haja, eu trago todos para o mesmo horário, porque, se mantiver assim, o paciente não vai fazer a medicação



Caixas produzidas pela farmacêutica e entregues a pacientes da UBS Vila Ramos e uma das embalagens de medicamento controlado utilizada como base para as caixas organizadoras. Fonte: Fotos da autora.

correta, não vai fazer. Ele vai esquecer e, quando ele lembrar, vai ser meio dia; e meio dia já é a próxima dose, então a dose do período das 8h ou das 9h ele já perdeu, por isso eu prefiro fazer assim”. Em casos onde pode haver interação de medicamentos, Cláudia afirma que chega a conversar com o médico responsável pelo paciente se há alguma maneira de fazer alguma modificação: “Por exemplo, Levotiroxina e Omeprazol: os dois são em jejum, então, nesse caso, eu prefiro conversar com o médico para não prescrever o Omeprazol, porque se toma os dois em jejum juntos há interação, mesmo se fosse em horários diferentes, e isso pode diminuir a eficácia da Levotiroxina”. Em sua opinião, o ideal para pacientes com dificuldade de adesão ao tratamento são os quatro momentos principais – jejum, café da manhã, almoço e jantar –, pois mais do que isso pode diminuir a adesão ao tratamento.

Já com relação à quantidade de medicamentos, a farmacêutica afirma que o mínimo para ser atendido por ela é ter prescrição de uso contínuo de pelo menos quatro medicamentos, enquanto, com relação ao máximo, o número pode ser bem maior: “Se ele é hipertenso ele toma dois tipos, se ele é diabético ele toma também geralmente dois tipos. Aí ele tem colesterol, mais um tipo. Ele tem problema na tireoide, mais um tipo. Aí ele usa Omeprazol que é para a proteção pro estômago. Aí ele usa AAS. Aí ele usa também um remédio controlado, até dois, um pra dormir e um antidepressivo. Isso já deu quantos? Acho que dez, isso só

em classes diferentes! Também tem que ver a quantidade de comprimidos que essa pessoa toma por dia. Por exemplo, Metformina é três por dia, a Levotiroxina de acordo com como tá a tireoide, pode ser de dois a três comprimidos, um do colesterol, omeprazol pode ser até dois, e vai indo. São muitos!”.

Utilizando seu tempo livre no trabalho – ou às vezes até levando o material para casa para produzir as embalagens –, Cláudia realiza um trabalho pessoal e com esforços próprios para dar assistência a esses pacientes. Segundo ela, se fosse possível que essas embalagens fossem produzidas industrialmente e não dependessem unicamente dela, seria o ideal: “Seria muito bom, porque ia melhorar bastante a vida do farmacêutico. Às vezes eu levo caixinha para casa e faço lá, porque não dá tempo. E quando a gerência vê você fazendo caixinha, acham que você não está fazendo nada, que isso não é trabalho... E a grande maioria dos lugares não tem isso.” Entretanto, percebe-se que Cláudia tem uma gratificação muito grande em ter condições de realizar esse trabalho, apesar de todos os obstáculos: “Eu tirava foto com os pacientes, eles ficavam tão felizes quando eu entregava a caixinha que eu tirava foto com eles, porque queria guardar de lembrança, já que posso perder contato com eles depois. Você cria afinidade com as pessoas, o carinho deles é muito lindo. É tão pouco para mim e para eles é tanto... Eu fico muito feliz”.



Cláudia sinalizou que, quando enfrentam dificuldades, os pacientes encontram maneiras próprias de se organizar para seguir seus tratamentos: “Outro dia, eu fui na casa de uma paciente que fez um mural. Eu achei tão legal, porque ela não tirou dos blisters, ela colocou uns saquinhos e pendurou na parede com as medicações, os nomes e os horários. Colocou manhã, almoço e janta e fez um mural!”. Entretanto, algumas dessas estratégias podem não ser muito efetivas ou até atrapalhar ainda mais: “Eu tenho uma paciente que uma vez trouxe uma maquete, sabe, aquelas que a gente fazia na escola? A filha dela fez uma maquete de papelão e colocou uns copinhos em cima para colocar as medicações dela,

escreveu os nomes, tudo bonitinho. Mas sabe o que ela fez? Cortou todos os comprimidos e colocou dentro desses copos. Quando ela misturava, ela não sabia qual era qual. Ela até contou que uma vez a maquete caiu no chão e ela não sabia mais como tomar os medicamentos, porque misturou tudo”.

O paciente, ao vir para a consulta farmacêutica agendada, deve trazer todos os exames, receitas recentes e todos os seus medicamentos sendo utilizados no momento; entretanto, é difícil fazer com que os pacientes cumpram com esse pedido: “Eu recebo paciente aqui sem nada, sem nenhum medicamento. Aí eu tenho que pegar a receita, ir na farmácia,

Cláudia realizando a preparação de uma caixa organizadora durante uma consulta farmacêutica.
Fonte: Fotos da autora.

separar uma cartela de cada e dar baixa no sistema para que eu consiga explicar como eles vão tomar e para que eles já levem organizado, senão não tem como”.

Com o paciente no consultório e com todos os materiais necessários – seus adesivos, caixinha e saquinhos plásticos e os medicamentos do paciente –, Cláudia inicia uma longa conversa, perguntando sobre sua vida, sua condição de saúde atual, a última vez que passou com o médico, se está com alguma queixa no momento. Após essa conversa inicial, Cláudia, munida da prescrição mais recente do paciente, começa a perguntar, medicamento por medicamento, como é feito o uso. De acordo com as respostas, a farmacêutica começa a reorientar o paciente, sinalizando a maneira correta de tomar os medicamentos enquanto cola os adesivos e repete diversas vezes a linha de pensamento, fazendo o paciente repetir com ela até que tenha decorado, um por um, quase como um teste.

Segundo ela, a separação por tipo de medicamento ao invés de dia da semana é muito mais positiva: “É por substância mesmo que eu separo. Se o paciente não sabe ler, ele não vai saber se é segunda, terça ou quarta. Ele vai meter a mão ali em cada buraco e tomar qualquer coisa. (...) Aqueles separadores de comprimido por dia da semana que vende nas farmácias não pode... O comprimido fica exposto ao ar, pode pegar umidade, e isso tudo diminui a eficácia. Na hora de tirar o comprimido pra guardar, e se a mão da pessoa

tá contaminada? Eu nunca aconselho a tirar o comprimido do blister ou cortá-lo, porque isso acaba com a validade dele. Eu sempre falo para os pacientes ‘tira só na hora de usar’. (...) O blister é uma proteção, quando nós fracionamos medicamento é tudo em ambiente hospitalar, seguro. (...) Esses organizadores por semana eu não concordo, não acho legal. A própria gerente da UBS já fez isso. Ela tem uma caixinha dessas e sabe o que aconteceu? Ela colocou a medicação e depois não sabia qual era qual, porque ela acabou colocando tudo junto. E ela é uma pessoa instruída! Imagina uma pessoa que não é instruída, ela pode tomar dois comprimidos sem querer e ter sérias sequelas”

“Eu nunca aconselho a tirar o comprimido do blister ou cortá-lo, porque isso acaba com a validade dele (...) O blister é uma proteção”

- Cláudia

78

Segundo a farmacêutica Cláudia, essas consultas normalmente abordam muitos outros assuntos e não só o tratamento dos pacientes: “A primeira consulta sempre é difícil, mas depois eles se acostumam, e eles querem conversar. Tem paciente que, se deixar, fica o dia inteiro conversando, o que é importante eles não querem falar, mas se deixar falam o dia inteiro da vida e dos problemas em casa. Tem uma paciente que se eu pedir pra ela vir toda semana ela vai vir, ela adora papear. Às vezes esse é o único momento em que essa pessoa vai receber a atenção de alguém, então a gente também tem que acolher.”

Também ficou claro que, além da checagem do uso correto dos medicamentos por parte do paciente, é preciso se atentar a outras queixas que eles podem ter: “Se você não der atenção para aquela queixa principal, por exemplo um paciente que está com dor no quadril, se você não der importância para aquela dor que ele está sentindo na hora, ele não volta nunca mais na consulta farmacêutica. Para eles, o horário de medicação é balela. É difícil essa mudança de comportamento, então a gente tem que ganhar eles aos pouquinhos.”

Caso os medicamentos não sejam tomados corretamente, Cláudia se utiliza de um certo terror psicológico no momento de explicar a doença e suas possíveis sequelas – como uma tentativa de convencer os pacientes –, já que, segundo ela, em alguns casos essa é a única maneira possível de obter

resultados: “Tem uma paciente minha, a Dona Clarice³⁴, que a glicemia dela tava em 300 e alguma coisa, ela tinha uma ferida enorme na perna e não tomava a insulina de jeito nenhum, não vinha nas consultas... Aí eu falei ‘Sabe o que vai acontecer com a senhora, Dona Clarice? Deus vai puxar a senhora quando a senhora levantar a mão! Deus vai puxar a senhora porque a senhora não faz uso da insulina e a sua glicemia tá cada vez mais alta!’ No começo ela dava risada, mas eu percebi que ela começou a vir, não falta em nenhuma consulta, ela mesma faz questão de vir no balcão e pedir ela mesma para marcar a próxima. Hoje a glicemia dela tá em 127. A gente faz a nossa parte, a gente orienta, a gente faz tudo que tá ao nosso alcance, da maneira que dá.”

“Para eles, o horário de medicação é balela. É difícil essa mudança de comportamento, então a gente tem que ganhar eles aos pouquinhos”

- Cláudia

³⁴ Nome fictício atribuído para preservação de anonimato.

MÁRCIO

A consulta de Márcio aconteceu no dia 04 de março de 2021. Hoje, com 72 anos, é hipertenso e diabético e faz atendimentos farmacêuticos regulares com Cláudia já há alguns meses, apesar de ter faltado nas últimas consultas agendadas por ela. Faz acompanhamento na UBS desde 2006, mas apenas recentemente começou a receber a ajuda de Cláudia, por causa de dificuldades em tomar suas medicações da maneira correta. A consulta observada foi uma demanda espontânea: a mulher de Márcio veio acompanhá-lo para retirar medicamentos na farmácia da UBS e, aproveitando o momento e sabendo da teimosia do marido para comparecer às consultas, pediu para Cláudia atendê-lo naquele momento. Antes de tudo, foram medidas a pressão e a glicemia do paciente.

Márcio, que saiu de casa aos 7 anos de idade, trabalhou em boca de fogão desde muito jovem e foi professor de arte culinária durante certo período. Atualmente, trabalha como técnico em eletrônica. Enquanto Cláudia buscava a documentação e o prontuário do paciente, tive a oportunidade de conversar brevemente com ele antes do início da consulta, e então ele me explicou sua situação de saúde: “Já sofri um derrame cerebral em 2004 e dois AVCs, um em 2010 e outro em 2017. O primeiro me deixou 8 dias na cama, mas o segundo me deixou 15 meses com o corpo aqui embaixo e a cabeça lá no céu, tive muitas visões lá em cima. Fiquei cego em casa. Problema na próstata, cabeça.



Foto de Márcio tirada durante a consulta farmacêutica. Fonte: Foto da autora.

Ela (Cláudia) falou que eu tinha que vir aqui no mês passado, mas eu estava com secreção escoando da minha cabeça. Esse AVC não me matou, não me deixou tonto, besta, mas ainda tá me dando isso”. Quando questionado se vem com frequência às consultas farmacêuticas, respondeu: “Regularmente não, às vezes eu esqueço, se alguém não me falar eu não venho. Sofro com isso... Eu esqueço, isso me deixou com a sequela do esquecimento rápido. Não deixou eu esquecer de tudo, mas tem hora que some tudo da minha cabeça, além da visão que não é boa”.

Enquanto conversávamos, ele contou sobre sua situação familiar: “A primeira a fugir disso (sequelas do AVC), foi minha mulher. Não conheço mais ela, 52 anos de casado e não conheço mais, principalmente por causa dos filhos. Se você for lá em casa você vai ver, ela arrumou tudo para ir embora e não foi, porque não tem capacidade de ficar sozinha por aí, ninguém quis aceitar. Isso tudo foi me deixando... Mas agora eu deixo a coisa correr, porque nada melhor que o dia a dia e o tempo.” Hoje, moram apenas os dois em casa, ambos idosos, após Márcio ter pedido, recentemente, para os filhos saírem devido à condição financeira: “Eu não tô recebendo, eu recebo 800 contos por mês, e na situação em que me encontro não posso tratar de mulher e de filho. Aí a mulher ficou virada, não gostou...”

Por causa de todas as comorbidades, Márcio faz uso de uma quantidade grande de medicamentos diferentes. No entanto, durante nossa breve conversa, fica clara a dificuldade que ele tem de organizar seus medicamentos por razões diversas: “Tomo uma média de uns 15, mais de 15 por dia. Eu tomo uns 8, 9, 10 (unidades de insulina), sei lá eu, de manhã, depois 3 à tarde e a mesma quantidade de manhã eu repito à noite. Eu não guardo a quantidade de remédio, porque tem hora que tá faltando um, tá faltando outro... Aí não guardo. Às vezes não tem aqui e nem condição de comprar”. A falta de medicamento é um problema ainda maior para ele, por sua dificuldade de locomoção: “E eu também não saio de casa, as pernas doem muito, minhas pernas já foram

condenadas, minha vista também. A cabeça tá com aquele problema do escoamento. Problema do coração é sempre meio assim, resistente”. Um pouco desanimado por conta de toda a situação, Márcio chegou a dizer: “Mas vamos ver no que vai dar, vamos ver se eles vão resolver, vamos ver o que vai acontecer comigo... Agora eu to falando com o homem lá em cima, mas eu tô bem, eu não vacilo, não faço besteira. Eu tomo os medicamentos.”

Assim que Cláudia retornou ao consultório e começou a conversar com Márcio, logo no início do atendimento já foram percebidas algumas dificuldades de entendimento por parte dele, principalmente em relação a uma confusão entre a pressão e a glicemia:

C: O senhor pegou todas as medicações?

M: Peguei, só faltam duas. Eu não sei quais são direito. Mas isso daí não tem problema.

C: Tem problema sim porque a sua PA tá alta!

M: O que é PA?

C: A pressão.

M: Tá alta?

C: Tá.

M: Ela sempre esteve alta, nunca esteve baixa... Tem hora que a minha pressão tá 150 e de uma hora pra outra vai pra 200, 250, 300.

C: O quê?

M: A pressão.

C: A pressão não, a glicemia, não é?

M: Não sei.

C: Não é o dedinho?

M: Não sei.

“Eu não guardo a quantidade de remédio, porque tem hora que tá faltando um, tá faltando outro... Aí não guardo. Às vezes não tem aqui e nem condição de comprar”

- Márcio

Ao falar um pouco mais detalhadamente sobre suas condições, Márcio contou que já lida com os problemas de pressão há 40 anos: “Eu já tô acostumado com ela (pressão), desde os meus 30 anos. Um dia sumiu tudo da minha cabeça, me deu aquela tontura, eu tava fora de casa, sentei e ali eu dormi. Quando acordei, não lembrava onde tava, aí duas mulheres me pegaram e me levaram pro hospital. O médico disse que era a pressão, que tinha ido lá embaixo e a minha pressão sempre foi alta, acho que era o remédio”. Tabagista desde os 6 anos de idade, quando começou a vender fumo de rolo, Márcio afirma para Cláudia que não consegue parar com o cigarro, pois é uma das únicas coisas que o ajuda a lidar com a raiva, acalmado-o: “O meu humor é meio agressivo. Depois desse AVC, se a pessoa falar qualquer coisa que não me agrada, eu tenho receio de mim. Só o cheiro do cigarro já me dá condições de ficar sem raiva, eu fico calmo”.

Após essa primeira conversa sobre a glicemia e a pressão, além também de falarem sobre hábitos alimentares – Márcio não estava se alimentando corretamente e comentou passar dias sem comer por falta de fome –, comentaram brevemente sobre a sonda Foley que ele usava, mas que caiu sozinha, conforme ele afirmou, e que não deixou colocarem de volta. Em seguida, Cláudia pediu para que ele colocasse em cima da mesa a sacola com os medicamentos que sua mulher tinha acabado de retirar no balcão da farmácia para ele, para que pudessem de fato iniciar a conversa sobre os medicamentos. Com o prontuário em mãos, Cláudia começou



Mesa do consultório durante o atendimento, com os medicamentos de Márcio sendo sinalizados com os adesivos da farmacêutica.
Fonte: Foto da autora.

a fazer perguntas rápidas para o paciente, como “O senhor é diabético, né?”, “Há quanto tempo?”, “O senhor está com quantos anos?”, “Que outros problemas de saúde o senhor tem?”. Nesse momento, Márcio relatou inchaço nos pés e a maneira que encontrou de resolver a situação, além do diagnóstico que ele imaginava para esse sintoma: “Tem hora que incha, tem hora que fica tudo preto. Aí tem uma pomada que eu passo lá, ela é preta, eu passo nele pra tirar o formigamento, mas às vezes o formigamento é muito violento. Eu acho que é osteoporose, que dá nas juntas assim.

Eu queria saber se é isso mesmo, porque eu vou fazer o remédio, é simples e fácil, é pé de frango”.

Ao observar o medidor de glicemia que Márcio trouxe e que utiliza em casa para que sua glicemia possa ser acompanhada, Cláudia reparou dias em que a medição subia muito, ou era baixa demais, e dias em que não havia sido feita a medição. A partir de uma longa sequência de perguntas tentando entender a causa desses altos e baixos, Márcio relatou comer alimentos com muito açúcar de uma só vez, achando que isso não influenciaria em sua condição. Também comentou se alimentar de porções excessivamente grandes de comida apenas no jantar, e ficar sem almoço, pois não consegue se alimentar de 3 em 3 horas – o recomendado para pacientes com diabetes –, pois, da última vez que o fez, colocou tudo para fora. Por mais que Cláudia tenha orientado repetidas vezes sobre as mudanças que ele deveria adotar em sua alimentação diária, Márcio se demonstrou muito resistente a elas: “Assim eu vou passar fome. Eu só sei comer de noite, eu não sei comer de dia, nada, nem na rua nem em casa. Acho que é a vida noturna que eu tive todos esses anos”.

Quando questionado sobre a maneira que estava tomando a insulina NPH, Márcio respondeu: “A insulina eu tomo de manhã cedo na hora que eu levanto, quando eu me lembro. Depois eu tomo de noite. Aplico de manhã e de noite. A de manhã é 8mg que me disseram, depois de tarde 8mg. E a noite as duas insulinas, 8mg de uma e 20mg

de outra, a branquinha, aquela pastosa. Então eu tomo três vezes por dia, não sei o nome dela”. A farmacêutica ficou surpresa ao perceber que ele estava fazendo o uso correto da insulina, mas, ao questioná-lo sobre o uso dos medicamentos para pressão, percebeu problemas: “Não tomei nadinha, porque não tem. Eu não pude vir aqui por causa da diarreia e a minha mulher tem cabeça oca e não veio aqui”. Por causa da supressão desse medicamento, a PA de Márcio estava alterada. Cláudia, então, começou a questioná-lo sobre todos os medicamentos:

C: Seu Márcio, lembra da última vez que a gente conversou?

Como que o senhor toma esse medicamento aqui?

M: Esse é aquele... como chama ele?

C: Metformina.

M: Metformina! Essa eu tomo de manhã e de noite.

C: Só? É três vezes ao dia, lembra?

M: Lembro.

C: E por que não toma três vezes ao dia?

M: Porque eu esqueci que era assim... Tem uns que é só de manhã e de noite e tem um que é só à tarde, não sei qual dos dois é...

C: E esse daqui como é que toma? É o Losartana.

M: O Losartana duas vezes por dia, de manhã e de noite.

C: Tá correto!

E assim a conversa se estendeu até cobrir todos os medicamentos utilizados pelo paciente. Muitas vezes ficava clara a dificuldade de Márcio para distingui-los, frases como “Pela cor dele eu lembro!” ou “Esse eu não sei o nome” ou “Esse é o do estômago/pressão/etc” eram comuns. Quando Cláudia percebia o uso incorreto de algum medicamento,

“Eu não me lembro desse, mas parece que é duas vezes ao dia, só que tá em falta”

- Márcio



Caixa organizadora feita por Cláudia para Márcio durante atendimento.
Fonte: Foto da autora.

imediatamente pegava os adesivos, colava nos blisters e falava: “Coloquei uma bolinha amarela aqui, então significa que é...”, ao que Márcio completava dizendo “Um apenas de manhã!”. O maior problema relacionado ao seu tratamento era o uso do Anlodipino: “Eu não me lembro desse, mas parece que é duas vezes ao dia, só que tá em falta”. Cláudia comentou que era uma pena o medicamento estar na farmácia, pois não ia conseguir orientá-lo corretamente, nem fazer a organização na caixa com os adesivos, mas que ele deveria comprá-lo em algum lugar para que sua pressão baixasse.

Cláudia também reparou que Márcio estava fazendo uso de uma prescrição muito velha, de 8 meses atrás, pois ele não lembrava onde estavam as prescrições mais atualizadas e estava usando a única que encontrou em casa. Após olhar com calma na sacola que Márcio havia trazido consigo, Cláudia encontrou a prescrição mais atualizada. Então, após a conversa para conferência do modo de uso dos medicamentos e das novas orientações, em conjunto com a colagem dos adesivos nos blisters, Cláudia buscou uma caixa para organizar os medicamentos e começou a colocar os blisters um a um dentro de saquinhos e, em seguida, dentro da caixa, enquanto confirmava com Márcio: “Esse aqui como que o senhor vai tomar?”, no que ele respondia “Bom, o amarelo é de manhã, de tarde o verde e o outro que eu acho que e preto é de noite”.

Ao fim da consulta, quando o questionei o que achava dos adesivos coloridos, Márcio respondeu: “Tudo que vocês indicam para mim me ajuda, eu gravo isso na cabeça. Fica bem mais fácil, porque eu não consigo ler por causa da vista, né? Fica difícil de lembrar das coisas também. Então tudo que eu vejo, eu gravo na cabeça, por isso eu dou graças a Deus de não ter afetado o cérebro. E eu uso também as cores. Até nos meus estudos, que faltou um ano para eu me formar engenheiro eletrônico, todo o sistema da eletrônica é por cores. Eu já tô habituado com esse sistema. Então isso daí me ajuda muito, porque tudo que eu faço tem um adesivo pra eu não esquecer, porque comigo não enxergando, minha mente é que funciona”.

Ao entregar a caixa para o paciente, Cláudia realiza uma última conferência com ele:

C: Então fala pra mim como que o senhor vai tomar esse aqui, ó. Esse aqui é o da pressão (fala enquanto segura um dos medicamentos).
M: Duas vezes por dia.
C: Perfeito! Esse daqui? (fala enquanto segura outro medicamento)
M: Esse daqui é só de tarde, no almoço.
C: Certo! E esse aqui? (fala enquanto segura outro medicamento)
M: Esse aqui é três vezes no dia.
C: E esse? (fala enquanto segura outro medicamento)
M: Esse aqui é uma vez... é uma vez por dia, de manhã.
C: Perfeito, perfeito.
M: Eu tô começando de novo!
C: Agora o senhor não pode faltar nas consultas, viu?
M: Antes eu não conseguia sair de casa, mas agora eu vou vir! Eu tô começando de novo!

LEILA

A consulta de Leila ocorreu no dia 15 de abril de 2021. A paciente, que tem 57 anos, está em tratamento de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e de pressão alta, e sua consulta havia sido previamente agendada. Conversando anteriormente com Cláudia, ela alertou: “A Dona Leila é toda confusa! A filha dela já tentou ajudar ela com os medicamentos mas só piorou a situação, ela tava tomando tudo errado. Uma vez ela apareceu na janela da farmácia pedindo ajuda porque não sabia como tomar os remédios”. A consulta já foi iniciada de maneira um pouco conturbada, devido ao sumiço do prontuário de Leila. Por causa de uma reorganização recente nos arquivos da UBS, Cláudia não foi capaz de encontrar o prontuário de Leila para ver seu histórico, exames e consultas recentes.

Com um tratamento do coração e do pulmão em andamento, Leila veio à consulta em busca de um laudo para dar entrada no INSS. Antes de iniciar a consulta, então, Cláudia procurou o Dr. Fernando, que havia atendido a paciente anteriormente, para formalizar o atestado com o CID correto. Durante a conversa entre o médico e Leila, ela se diz preocupada com seu pulmão e seu coração, questionando se não é possível marcar uma nova consulta. Dr. Fernando então começa um atendimento rápido, perguntando o que ela está sentindo e suas queixas. Leila reclama da falta de ar e afirma que passou num pneumologista há mais de 7 meses, sem retorno, já que não havia sido pelo sistema



Foto de Leila tirada durante a consulta farmacêutica.
Fonte: Foto da autora.

público. Com a falta do histórico dela devido ao sumiço do prontuário, Dr. Fernando pede novos exames e um encaminhamento posterior para o médico do pulmão. Além disso, considerando a queixa de falta de ar, o médico pede o aumento de algumas doses dos medicamentos, enquanto alinha com Cláudia ali mesmo no consultório, mas alerta Leila: “Você tem dois problemas que os remédios sempre vão ficar em conflito. Você tem problema de coração, o coração da senhora já é um coração mais devagar, mais preguiçoso, e o remédio que a gente usa diminui os calibres do pulmão, então você vai ter a falta de ar. Essa dosagem que estou passando agora diminui menos, mas ainda vai diminuir, tá bom?”.

Após o atendimento médico e com as mudanças no tratamento alinhadas, Cláudia enfim começou a consulta farmacêutica com Leila. Questionou-a sobre o uso do cigarro, no que ela respondeu que ainda não tinha conseguido parar, e em seguida perguntou se ela havia trazido a receita. Leila, assim como acontece com muitos pacientes nas consultas farmacêuticas agendadas, havia esquecido sua receita em casa, mas trouxera a caixa organizadora de remédios que Cláudia havia produzido para ela na última consulta.

Enquanto retira os medicamentos da caixa para reorganizá-los, Cláudia começa a questionar Leila sobre o uso que ela está fazendo de cada um deles:

C: Esse aqui (aponta para um medicamento) como a senhora tá tomando?
L: Esse aí eu to tomando é junto com os outros de manhã...
C: Um só?
L: É, um só. A enfermeira ontem falou “Mas o desse aqui você toma só metade, né?”, eu falei “Não, eu tomo um inteiro”. Mas mija, né? Nossa, de manhã até umas duas horas da manhã!
C: Não, esse não é o de fazer xixi...
L: Não, o que eu tomo junto desse, né...
C: Ah, tá. Ó, lembra que esse daqui, ó, é um de manhã e um de noite...
L: É, lembro.
C: Tá bom?
L: Uhum.
C: Esse daqui eu vou tirar da caixinha pra senhora não fazer confusão...
L: Tá.
C: Porque tá igualzinho, né...
L: Tá. Aí já é outro remédio esse aí, né?
C: Esse aqui já é outro remédio...

L: Ah, tá. Aí o que eu fazia confusão era esse aí...
C: Esse aqui é o de fazer xixi! (aponta para medicamento)
L: Ah, esse daí... Ô negocinho que dá vontade de fazer xixi! (risos)

Cláudia alerta para a semelhança entre as embalagens de medicamentos genéricos e comenta: “Se vem com embalagens iguais, uma delas tem que ser retirada, é igualzinho, igualzinho. Eu oriento as meninas da farmácia a não deixar isso acontecer”. Enquanto conversa com Leila, Cláudia percebe que muitos medicamentos não estão sendo tomados corretamente e diz para a paciente que, para a próxima consulta, providenciará uma caixa com divisórias, imaginando que isso ajudará na adesão: “Eu vou fazer uma caixinha diferente para a senhora pra ver se melhora isso aí... Porque a caixa com os saquinhos não deu muito certo, né?”, enquanto Leila dá risada e concorda. Conforme a conversa segue, mais erros de medicação vão sendo notados:

C: Esse daqui é dois, um de manhã e um à noite, certo? E o AAS, como que a senhora tá tomando?
L: Depois do almoço, depois do almoço.
C: Perfeito. Amlodipina, como que a senhora tá tomando?
L: Qual?
C: Esse aqui, ó (aponta para o blister).
L: Esse eu tomo de manhã. Todos.
C: A senhora toma um só?!
L: De manhã.
C: Tá.
L: Eu tomo tudo junto. Aí quando almoço, esse (aponta para medicamento).
C: A senhora toma errado.
L: É?
C: É! Lembra que a gente tinha conversado que eram dois? Um de manhã e um de noite...

L: Eita, duas vezes...
C: Tomou errado... (risos)
L: (risos) Eu só tomo de manhã...
C: De manhã e de noite! Ó...
L: Ah, esse é de manhã e à noite...
C: Isso. Mas eu vou fazer outra caixinha pra senhora...

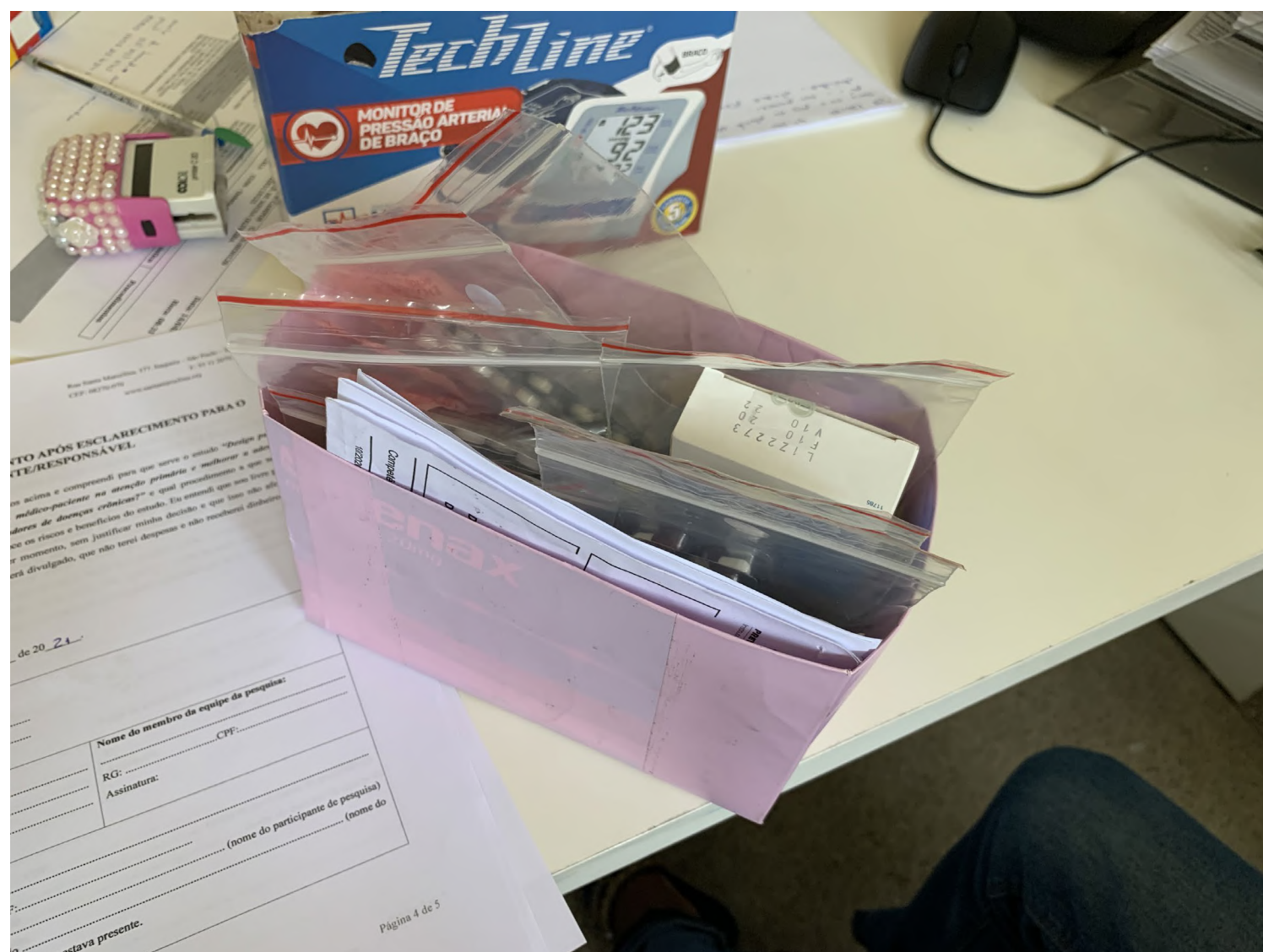
Cláudia então insiste para que Leila compareça ao grupo de tabagismo que ocorrerá mais tarde no dia, e ela promete que comparecerá ao próximo. Continua-se a conversa para conferência dos medicamentos da paciente: o uso do AAS estava correto, o referente ao problema no coração também, mas Leila estava fazendo uma grande confusão entre os medicamentos devido ao efeito diurético de um deles, a Espironolactona. Sem saber qual deles aumentava sua vontade de fazer xixi, estava deixando de tomar todos quando tinha algum compromisso e precisava sair de casa: “Quando eu vou sair eu não tomo, porque faz muito xixi...”. Ficou claro que a paciente não sabia distinguir os medicamentos entre si e que não os reconhecia pelo nome. Por isso, percebendo toda a dificuldade de Leila em distingui-los, Cláudia começou a adotar estratégias diferentes das habituais, como, por exemplo, se referir a eles pelo formato e pela cor, ou mesmo sugerir colocar um adesivo colorido, como um azul, para distinguir remédios muito parecidos: “Esse aqui, Furosemida, ele parece com esse outro aqui, né, Dona Leila? Ele é mais estreitinho, eu vou colocar um adesivo azul nesse aqui para ajudar a senhora”. Após Cláudia especificar com um adesivo qual dos fármacos tinha esse



Mesa do consultório durante o atendimento, com os medicamentos de Leila sendo sinalizados com os adesivos da farmacêutica e colocados em saquinhos.
Fonte: Foto da autora.

efeito e orientá-la a tomá-lo assim que chegasse em casa de um dia de compromissos e não pela manhã, ou até deixar de tomar, como havia fazendo, Leila se mostrou aliviada: “Tá bom, então quando eu sair, mesmo que eu não tome esse, eu tenho que tomar os outros. Aí quando eu chegar em casa eu já tomo”.

À medida que a conversa ia sendo aprofundada, Cláudia se mostrava cada vez mais preocupada com a situação:



Caixa organizadora feita por Cláudia para Leila durante a consulta.
Fonte: Foto da autora.

C: A senhora não tomou nada hoje?
L: Não, hoje não.
C: Mulher, tem que tomar!
L: Hoje eu não tomei nada não...
C: Tem que tomar senão a pressão pode subir!

Enquanto Cláudia ia colando os novos adesivos e reorganizando-os nos saquinhos plásticos, fazia a confirmação com Leila para ver se ela estava acompanhando. Foi necessário repetir diversas vezes o significado de cada cor dos adesivos, e também do significado da repetição deles

num mesmo blister, para que Leila realmente conseguisse compreender e pudesse repetir de maneira correta como era o uso de cada medicamento. Após a longa sabatina, com diversas repetições para se certificar de que a paciente havia entendido corretamente, Cláudia questionou-a sobre sua situação financeira no momento. Leila riu, proferiu apenas um “Tá devagar, né?” tímido, e só depois explicou, após insistência de Cláudia, que não estava recebendo dinheiro nenhum e que estava contando com a ajuda da filha e com doações de comida de uma vizinha para sobreviver: “Então, a minha filha tá ajudando. A minha filha que mora em Guarulhos, né, que eu não tenho renda de nada, não tenho nada de dinheiro guardado, por isso que eu queria entrar na Caixa de novo, porque eu recebi em outubro, por isso queria o atestado de novo. E os alimentos a minha vizinha me deu, me chamou lá ontem e me deu bastante coisinha”. Chocada com a situação, Cláudia reitera que Leila não precisa ter vergonha e que pode procurá-la caso precise de alimentos, pois os profissionais da unidade sempre se juntam para ajudar em casos assim, além de possuírem contatos com instituições que podem dar algum tipo de assistência.

Leila então se queixa de dor nos pés e pernas, muita ansiedade e nervosismo, no que Cláudia tenta acalmá-la dizendo que esse pode ser um dos efeitos da pandemia, já que “todos os pacientes que têm passado com a gente relatam a mesma coisa: ansiedade. A pandemia tá deixando todo mundo assim”. Ao sugerir que Leila comece a realizar

“Esse adesivo azul é de noite?”

- Leila

caminhadas diárias para diminuir a ansiedade, esta se demonstra preocupada com a perda de peso, por já ser muito magra. Após Cláudia explicar a ela que a caminhada pode ser realizada como algo benéfico para a saúde de modo geral e que não vai ocasionar perda de peso, Leila se anima para começar a andar com as vizinhas, que já praticam caminhada diariamente pelo bairro: “Ah, então eu vou com elas! Eu tinha falado que não ia, senão ia emagrecer muito, mas então vou começar a ir com as meninas. São minhas vizinhas do lado”.

Quando o fim da consulta ia se aproximando, Leila tirou novamente uma dúvida com Cláudia de algo que já havia sido esclarecido, perguntando “Esse adesivo azul é de noite?”, referindo-se ao adesivo azul que Cláudia colocou em um dos medicamentos para distingui-lo do outro e que é muito semelhante. Em vez de responder diretamente, a farmacêutica apenas devolveu a pergunta “O que que é o azul? Lembra do azul? O que a gente conversou?”, no que Leila se lembra e responde “Ah, tá! É aquele pra não tomar quando for sair, é o de fazer xixi!”, enquanto dava risada. A paciente culpou toda a confusão nos lapsos de memória que têm acontecido, no que Cláudia a acalmou dizendo que ela estava passando por muita coisa: “A situação da senhora tá bem complicada mesmo... a senhora tá sem o auxílio, tá sem trabalho, tá sem nada, é bem complicado mesmo”.

Ao fim da consulta, consegui perguntar rapidamente para Leila o que ela achava do trabalho feito nas consultas farmacêuticas, ela respondeu: “Ajuda, ajuda. Fica mais fácil também quando a gente sai, pra viajar, pra sair... Dá pra levar a caixinha, eu ponho numa sacolinha e fica bem melhor assim. Eu nunca tive essa experiência. E se eu não quiser levar a caixinha posso levar os remedinhos na mala, porque senão essa caixa pode amassar ou cair os remédios e embaralhar tudo... Mas a Cláudia disse que vai fazer uma melhor, vamos ver! (risos)”.

JOSÉ

A consulta do paciente José ocorreu no dia 15 de abril de 2021, logo após a de Leila. José tem 77 anos, é hipertenso e diabético, e essa foi sua primeira experiência em um atendimento farmacêutico. Ele, que também é cardíaco, tem colesterol alto e catarata, mora com a esposa e com os filhos, e foi encaminhado à Cláudia após o médico que o acompanha reparar que ele não estava conseguindo manter o tratamento corretamente, principalmente por ser muito resistente e teimoso.

Após os primeiros cumprimentos, Cláudia explica seu trabalho e se apresenta: “Vamos lá, Seu José! Meu nome é Cláudia, eu sou farmacêutica clínica. Qual é a minha função? A minha função é ajudar os pacientes a fazerem o uso correto das medicações. Então eu faço o monitoramento, fico mensalmente acompanhando o senhor, para ver se a sua glicemia, a sua pressão, se tá tudo controlado ou não”. Ele, que estava um pouco tímido no começo, apenas assentiu com a cabeça, e Cláudia continuou: “Então eu oriento a forma de uso dos remédios, se caso o senhor tá fazendo uso correto mas não tá controlando, a gente conversa com o médico para ver se consegue trocar a medicação, pra ver o que tá acontecendo, por que que não tá controlando, já que o senhor tá fazendo o uso correto. Essa é a minha função, entendeu? O médico prescreve o medicamento, faz o diagnóstico da doença, e quem faz esse acompanhamento mensalmente sou eu, tá bom?”.



Foto de José tirada durante a consulta farmacêutica.
Fonte: Foto da autora.

Logo após a apresentação de Cláudia, José logo perguntou se poderia falar: “Posso só falar uma coisa assim? Os remédios assim eu tô tomando, eu não tô marcando, eu também não entendo muito o negócio de horário. Então eu tomo um comprimido, mas assim, logo de manhã quando levanto eu tomo um. Depois eu tomo mais uns 6, 7 comprimidos. Eu tomo assim tudo de uma vez, né? Tem que tomar o AAS depois do almoço e tomo mais 4 que é pra dormir. Que são uns 4 de uma cartela de 20. Eu não sei se tô certo no horário ou não...”. Após essa frase, Cláudia explica com um sorriso no rosto que é para isso que estão ali, para ela ajudá-lo e orientá-lo.

Já durante a conversa inicial, nota-se que a receita que José possui é antiga e Cláudia comenta que precisará agendar uma nova consulta para que ele possa trocá-la. A farmacêutica então percebe que o paciente esqueceu de trazer seus medicamentos e vai até a farmácia buscar medicações para poder orientá-lo. Neste momento, tenho a possibilidade de estabelecer um breve diálogo com José e, quando pergunto a ele se essa é a sua primeira consulta farmacêutica, ele me explica: “É, é a primeira vez. Foi o médico que me encaminhou. Passei aqui numa sala e me deram essa papelada. Eu não leio os comprimidos, eu já tenho pouca leitura. Eu tô lendo aqui (diz enquanto aponta para a receita): a Sinvastatina, dois miligramas, tomar toda noite. Esse eu tomo!”. Em seguida, ao ser questionado sobre a dificuldade para acertar os horários, ele responde: “É. Eu tomo de manhã cedo na hora que eu levanto. Que eu também não sei, porque tá falhando, né? Na hora do café eu tomo mais uns 6 ou 7, tomo tudo de uma vez. Aí tomo o AAS depois do almoço e vou tomando. Tomo três lá pra umas 8 da noite e tomo quatro quando vou dormir, que é o Clonazepam. Eu não sei olhar na receita, não sei o que tá marcado, o horário e tal. Eu acho que tô aqui pra acertar o horário”.

Por mais que José demonstrasse interesse na consulta, ele se mostrou receoso com o uso contínuo de alguns medicamentos desde o início: “Nunca me deu nenhuma reação, mas é que eu não acho que precisa... Eu me sinto bem e tal. E outra, pra eu tomar no horário certo tem

que ser muito bem explicado. Porque olha, eu tomo esse Clonazepam desde 2005. E já dois médicos me falaram que isso daí dá muito esquecimento. Às vezes eu ponho meu chapéu e depois não sei onde está... Muitas e muitas coisas. Eu vou trocar de roupa e depois fico procurando dentro do quarto...”. Em seguida, Cláudia volta ao consultório com os novos medicamentos que conseguiu pegar da farmácia em mãos para poder orientá-lo e José logo volta a se explicar: “Vou te falar a verdade... Eu não tô tomando direito...”. Ela novamente afirma que vai ajudá-lo e que é para isso que eles estão lá.

Apesar de ter conseguido retirar alguns medicamentos na farmácia para a orientação, Cláudia instrui José a voltar para uma nova consulta dali a 15 dias, trazendo todos os medicamentos que tem em casa para que ela possa organizá-los e identificar cada cartela com os adesivos. Entretanto, com o que tem em mãos no momento, prossegue a orientá-lo como consegue, mas já com a próxima consulta mais completa em mente. Primeiramente começaram as perguntas mais abrangentes: “Quantos anos o senhor tem?”, “O senhor tem problemas cardíacos?”, “O senhor tem colesterol alto?”, “O senhor mora sozinho?”. Em seguida, logo começaram os questionamentos para entender como estava a organização de José com seu tratamento: “Como que o senhor toma esse daqui?”, “Esse aqui o senhor tá tomando?”, entre outras. Logo na resposta sobre o medicamento percebeu-se uma questão fundamental, que ele não tinha um completo

“Eu não sei olhar na receita, não sei o que tá marcado, o horário e tal. Eu acho que tô aqui pra acertar o horário”

- José

entendimento sobre como suas doenças operam: “Esse daí, olha, pra te falar a verdade, quase que eu não tomo. Eu tomo dois dias sim, dois dias não. É que eu sinto a pressão boa, né? Se eu tomar todos os dias a minha pressão fica baixa! Tô tomando duas vezes por semana”, afirma ele, sobre um remédio que deveria estar tomando diariamente.

José então conta sobre os dois infartos que sofreu, um em 2005 e outro em 2018, e sobre a arritmia que teve no começo do ano. Mesmo com o histórico, ele admite não estar tomando o medicamento corretamente com muita naturalidade:

C: E o senhor sente dores?

J: A dor que eu sinto assim de vez em quando é essa dorzinha no peito, né? Mas eu tenho um remédio que eu tomo, tipo assim...

C: É o Clopidogrel, né?

J: Isso.

C: Uhum. Não pode deixar de tomar, viu, seu Manoel?

J: É que eu tava tomando uma vez só quando doía, mas o médico falou: “Não, tem que tomar todos os dias”.

C: O senhor tem que tomar todos os dias pra não ter mais infarto.

J: É, olha... É que na verdade eu sou teimoso, eu sou teimoso! Eu não tô tomando, tô tomando assim de vez em quando... Quando dá uma dorzinha assim eu tomo. Aí o médico falou assim “Você não pode dormir do lado esquerdo”. E eu costumo dormir, mas só que é por 10 minutos, quando eu vou deitar. Quando começa a doer aí eu fico fazendo uma massagem, né... Aí eu durmo bem.

C: Mas aí, seu Manoel, o senhor tomando todas as medicações... o Clopidogrel que é pra isso, o Amiodarona que também é pra isso, o Carvedilol que também é pra isso e o AAS, o senhor não vai sentir dor. Então tem que tomar da forma correta para que não tenha dor e não venha a ter outro infarto.

J: Esse AAS tem que tomar todo dia?

C: O AAS é primordial. Tem que tomar todos os dias depois do almoço, meia hora depois do almoço.

J: Eu tomo assim... Falar a verdade, eu tô tomando... Tem dias que eu tomo, tem dias que eu não tomo.

Percebendo a resistência por parte do paciente, Cláudia propõe um combinado e, assim como fez com Dona Clarice, impõe um certo terror psicológico para convencê-lo a realizar o tratamento de maneira correta: ela conta a história de seu pai, que também sofreu infarto e era teimoso como José, pois não queria tomar seus medicamentos. Foi somente após Cláudia explicar a seu pai que ele poderia ter um novo infarto e ficar inválido que ele começou a realizar o tratamento corretamente. Após ouvir a história, José diz que aceita o combinado, pois não quer ter um quarto infarto, muito menos ficar inválido. Contudo, mesmo após a história familiar e a orientação, José parecia ainda não entender a necessidade de tomar os medicamentos diariamente:

C: Então este aqui, independente da sua pressão estar alta ou baixa, o senhor vai tomar.

J: Certo.

C: Ele é necessário!

J: Todo dia?

C: Todo dia! O senhor vai tomar ele de manhã e à noite.

J: De manhã e à noite?

C: É!

J: Esse que eu falei agora, né?

C: Esse aqui, ó! (fala, enquanto aponta para o medicamento)

J: Ah! De manhã e à noite!? (com espanto)

C: Não é a cada dois dias! O senhor vai tomar um de manhã e um de noite.

J: Todo dia?

C: Todos os dias! Aí o senhor fala assim “Ah, Cláudia, mas a minha pressão tá 9, não vou tomar não”. Tá 9? O senhor vai se alimentar, vai tomar bastante líquido, vai comer... Quando a gente come e toma bastante líquido, essa pressão ela sobe!

J: É?!

C: É! Porque o que faz a nossa pressão subir é a quantidade

“É que na verdade eu sou teimoso, eu sou teimoso! Eu não tô tomando, tô tomando assim de vez em quando... Quando dá uma dorzinha assim eu tomo.”

- José

de volume de sangue! Se a gente toma líquido, pode ser suco, água... ela sobe!
J: Certo.

Em seguida, Cláudia continua orientando José sobre alguns medicamentos, enquanto responde de forma breve, concordando. Conversam sobre ingestão de água, dieta alimentar, queixa de coceira nas pernas, até que José comenta sobre a ansiedade que vem sentindo: “Eu sou muito ansioso, eu sou, eu sou. Inclusive esse remédio aí que eu tomo... Clonazepam! Tomo pra isso aí, né? Porque quando eu infartei a primeira vez eu fiquei tipo depressivo, né? Eu não aguentava ficar nem no banheiro sozinho, tinha medo de tudo, entendeu?”. Além da depressão, decorrente do infarto, ele também relatou uma grande ansiedade e nervosismo durante o dia a dia, o que estava afetando muito sua relação com sua esposa.

Cláudia então confere como ele está fazendo uso dos medicamentos Enalapril e Carvedilol, que, para a sua surpresa, estão sendo utilizados corretamente. Entretanto, quando chegam na Isossorbida, mais um erro: José estava tomando apenas dois por dia, um pela manhã e um pela noite, quando o correto seriam dois pela manhã e dois pela noite – ou seja, o dobro da dosagem. Quando Cláudia o corrige, ele demonstra preocupação em aumentar a dose desse medicamento: “Mas, doutora, esse daqui... Será que a minha pressão não vai a zero não?”. A farmacêutica então explica a ele que se a alimentação for feita corretamente, não

terá problemas com a pressão mesmo aumentando a dosagem do remédio. No entanto, deixa claro que caso ele não se alimente da forma adequada, corre um risco maior de infartar, no que José responde com espanto: “Mesmo sem sentir dor, sem nada, eu posso infartar?!”. Ela então confirma seu medo e ele diz que tomará dois de manhã e dois de noite.

Logo após começa a orientação sobre os adesivos e os horários respectivos:

C: Ó: duas bolinhas amarelas...?
J: Certo.
C: Dois de manhã! Duas bolinhas pretas?
J: À noite!
C: Dois de noite.
J: À noite mais ou menos que horário que eu tomo?
C: O senhor pode tomar depois da janta!
J: Depois da janta? Ah, tá.

Durante a consulta, essa explicação da quantidade de adesivos e cores teve que ser repetida mais de uma vez, pois José continuava esquecendo e se confundindo: “Duas bolinhas significa quatro por dia?”. Ao ser questionado sobre o uso do AAS, José afirma que toma esse medicamento só às vezes, quando sente dores no peito. Cláudia dá risada e solta um “Bonito, né, seu José? O senhor só toma quando o bicho pega, né?”, que o faz rir também. Depois do momento de descontração, Cláudia novamente faz uso de um pouco de chantagem para convencê-lo sobre o tratamento: “E se o bicho pega de uma vez? O senhor acha que o AAS vai ajudar? Não vamos brincar! O senhor, apesar de tudo isso

que aconteceu, o senhor tá perfeito. Movimento, fala, tudo. Não se confunde com as palavras, o senhor tá perfeito! Então vamos continuar desta forma!”. Nisso, José reclama dos lapsos de memória que tem experienciado, e Cláudia brinca com ele para deixar o clima mais leve, dizendo que até ela se esquece das coisas e que isso é normal. Ele então reafirma sua teimosia: “É que nem eu acabei de te falar, né... É que eu sou teimoso. Quando eu tô um pouquinho melhor eu acho que eu tô bem e que não precisa”.

J: Tá bom. E esse daqui é o do coração (aponta para o medicamento)... Então ele é quatro por dia.
C: Isso...
J: Esses dois pretinhos à noite, né?
C: Isso.
J: E esses depois do café.
C: Duas bolinhas [de adesivo] significa o quê?
J: Duas bolinhas significa quatro.
C: Duas bolinhas significa...?
J: Ah! Dois, dois, dois! Quer dizer, ah, tá, tá, tá.
C: E de noite? Mais...
J: Dois!
C: Isso!
J: Esse é pro coração, né?
C: Pro coração.
J: Tá bom.
C: Esse daqui, uma bolinha significa um de manhã, né, que é o amarelinho, e uma bolinha preta significa que o senhor vai tomar um...?
J: À noite! Esse é o da pressão.
C: À noite... Perfeito. E o AAS após o almoço todos os dias.
J: Todos os dias!

Assim como os outros pacientes, José também tem certa dificuldade para identificar os medicamentos pelos

nomes, para ele é muito mais fácil se referir a eles pelo objetivo ou cor: “Esses dois pretinhos”, “Esse daqui é o do coração”, “Esse é o da pressão”. Após conferirem o uso do Clonazepam, que estava correto, o paciente pede permissão à Cláudia para falar: “É que me dá um esquecimento das coisas... Mas que que eu ia falar? Ô doutora, mas olha, que nem, eu tô fazendo e não sei se eu tô errado. Olha, então... Que nem esse aqui, eu tomo de manhã e tomo à noite, eu tomo dois, entendeu? Mas só que é o seguinte, digamos que aqui tem meia dúzia, então eu pego assim e tal, e vai naquele pacotinho, e tomo água. Isso é depois do café. Quando é lá pra umas 20h, 20h e pouco, eu tomo mais uns quatro, entendeu? Também, quer dizer... É que a gente toma assim, como é que fala? Assim, de qualquer jeito, o que eu não tô entendendo. Agora o que eu tô entendendo certinho é só o... é quatro... como é que é? A Sinvastatina e o Clonazepam quando eu vou dormir, é o último do dia, entendeu? Agora eu tô tomando o de 20 [mg], porque não tem o outro. Mas quando vem o de 40 eu tomo dois. Quando não tem eu compro aquele de 80 e tomo um. Agora os outros tudo bem, né? Esse aqui eu tomo dois porque é de dois...” Quanto mais tentava explicar, mais José se embaralhava nas palavras, mas já parecia estar entendendo mais se comparado ao começo da consulta.

Em seguida, ao ser orientado sobre o uso do medicamento da diabetes, que deveria ser utilizado 3 vezes ao dia, José demonstrou preocupação, principalmente por

“É que a gente toma assim, como é que fala? Assim, de qualquer jeito, o que eu não tô entendendo. Agora o que eu tô entendendo certinho é só o... é quatro... como é que é?”

- José

conta do que tinha ouvido falar de conhecidos: “Doutora, eu tenho um colega meu que é da igreja. (...) A minha filha também tem diabetes, a minha neta também tem e tal. A minha filha falou assim: ‘Pai, não toma, porque senão o senhor vai ficar muito dependente e é triste.’ Aí meu colega, meu irmão da igreja, falou assim: ‘Olha, eu tomo, mas é muito ruim, muito ruim. Dá até disenteria.’” Ao perceber a recusa de José devido às histórias que tinha ouvido falar, Cláudia mais uma vez teve que se utilizar da chantagem: “A diabetes é uma doença silenciosa. Eu trabalho há 11 anos na área da saúde. Há uns três anos atrás eu perdi um paciente por diabetes. Por quê? Ele era um paciente resistente, teimoso. Todo mês ele chegava pra pegar Metformina, que era o medicamento da diabetes, e ele falava assim pra mim: ‘Cláudia, eu não vou levar tudo isso, eu só vou tomar um’. Eu falava pra ele ‘O senhor tem que tomar de acordo com o que tá na receita, senão o senhor pode ter problemas, pode ficar cego, ter problema de locomoção.’ Eu citava todo mês, seu José, todo mês. Ele nunca acreditou no que eu falava pra ele. Um belo dia ele apareceu na janela da farmácia, acompanhado. E eu falei com ele e ele ficava assim, ó, olhando pra um lado e pro outro. Eu falei pra ele ‘Que que aconteceu, o senhor não tá me vendo?’ e ele falou ‘Fiquei cego das duas vistas’. Eu não tive coragem de falar pra ele ‘Eu não falei pro senhor?’. Não tive coragem, eu fiquei chocada. um mês depois ele tava na cadeira de rodas e dois meses depois ele faleceu. Isso tudo por causa da diabetes. Então eu vou dizer para o senhor:

não vá pelo que os outros falam. Acredite em quem atende o senhor”.

Ao fim da história, a cara de José era de completo espanto, mas pôde-se perceber uma rápida mudança de atitude: em vez de questionar o uso do medicamento, ele agora só estava confirmando quais seriam os efeitos colaterais, perguntando se teria disenteria, se sentiria sede, em seguida afirmando que se acostumaria com essas questões. Depois que Cláudia explicou os efeitos colaterais e novamente ressaltou qual seria o uso correto, José perguntou rindo “Mas eu tenho que tomar esse daí mesmo?”, no que Cláudia confirmou e ele apenas respondeu com “Sangue de Jesus tem poder! Mas é que tem tanta coisa acontecendo na minha vida...”. Cláudia novamente repetiu que estava lá para ajudá-lo e garantiu que as coisas iam melhorar. Em seguida, a conversa ficou um pouco mais leve enquanto José contava sobre o final de semana que havia passado com o filho e com a nora.

Após queixar-se sobre uma coceira nas pernas, proferiu mais um autodiagnóstico confuso a partir do que ouvira de terceiros: “Essa coceira que eu tô sentindo à noite quando eu vou dormir, não sei se é do começo da diabetes, porque eu escutei isso já, não sei se é isso aí. Ou também será que não é o sangue que tá grosso e dá essa coceira?”. Cláudia então o questiona, indaga-o sobre animais de estimação, cremes e roupas, mas sem sucesso. Então afirma que marcará

“Mas eu tenho que tomar esse daí mesmo?”

- José

uma consulta com um médico para que a sua coceira possa ser propriamente diagnosticada e tratada. Ele, assim, tenta procurar outra causa para a coceira, um hipotético câncer de pele: “Como é que é essa ansiedade, né? Eu já pensei várias vezes naquele rapaz que morreu de câncer de pele, aquele... Eu fico pensando, meu Deus... E outra, eu tô tendo muita queda de cabelo. Eu já sou careca, mas quando eu cortava o cabelo ficava cheinho assim e tal, né. E agora... Eu fiquei pensando nisso”. Nesse momento, Cláudia o interrompe e esclarece que a queda de cabelo não é um sintoma do câncer, mas sim do tratamento, e que ele pode estar ficando careca devido à idade ou à genética, ao que ele responde mais calmo: “Tá bom, menos mal, menos mal”.

Quando Cláudia sai do consultório para ir até a recepção tentar agendar a consulta de seu José, ele vira para mim e afirma: “Agora o que eu tô cabreiro é com esse negócio da pressão que tava 9 por 6, né? Tá baixa, não tá? Eu tô cabreiro, tô cabreiro, eu não queria tomar esse remédio da diabetes... Mas tem que tomar, né? Três vezes ao dia. É que meu vizinho falou assim pra mim ‘É ruim, é ruim...’ E eu tomei um só. Minha filha falou ‘Pai, não toma não, senão você vai ficar dependente’. Mas fazer o que, né? Esse Clonazepam eu tomo desde 2005. Dependendo do dia, tem dia que eu tomo e dia que eu não tomo. Só que esse remédio aqui que ela passou, eu posso tomar junto? Eu tomo meia dúzia depois do almoço. É que eu não sei assim, nesse caso eu não sei mais o horário”. Ou seja, ainda havia resistência por parte dele e

também dúvidas com relação ao horário, mesmo depois de uma longa consulta. Em seguida, enquanto Cláudia ainda não havia voltado, ele me contou que havia recebido orientações sobre a alimentação por causa da diabetes, mas que não estava seguindo à risca: “O médico aqui me deu aquele papel com o que eu posso comer e o que eu não posso por causa da diabetes. Aí um não pode, um tem que evitar. Ele falou ‘O senhor tem que comer o que cabe na sua mão’, mas a gente sempre come um pouco a mais, não é?”, contou-me enquanto dava risada.

Mesmo com essas questões que apareceram de última hora – quase como uma confissão após a saída de Cláudia da sala do consultório médico –, assim que ela voltou para entregar a ele o papel do agendamento da próximas consultas médica e farmacêutica, José se mostrou muito agradecido pela experiência e disse: “Olha, Cláudia, você é uma boa pessoa. Gostei. Mora no meu coração e não paga aluguel! (risos) Bruna, fica com Deus, filha. Foi um prazer falar com vocês. Eu vou ter um dia feliz agora!”

“Dependendo do dia, tem dia que eu tomo e dia que eu não tomo. Só que esse remédio aqui que ela passou, eu posso tomar junto? Eu tomo meia dúzia depois do almoço. É que eu não sei assim, nesse caso eu não sei mais o horário”

- José

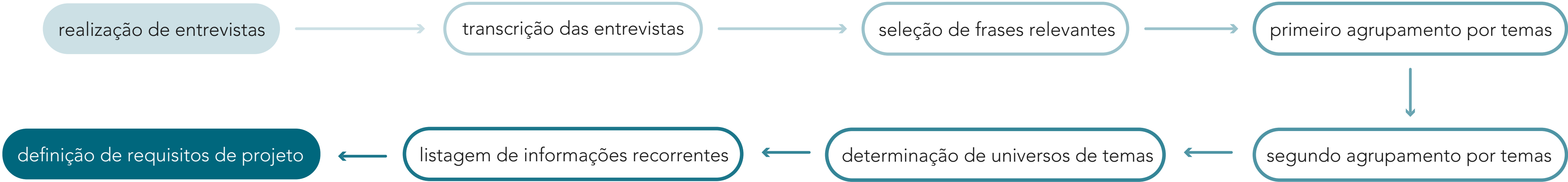
Síntese e análise dos dados obtidos

O processo de análise dos dados obtidos durante visitas de campo, entrevistas e shadowing de consultas farmacêuticas contou com diversas etapas até chegar ao momento final de estabelecimento dos requisitos de projeto. Durante as visitas de campo iniciais para reconhecimento da UBS e dos primeiros contatos, foram feitas apenas fotos e fluxogramas de jornada dos pacientes dentro da Unidade. Em seguida, estabelecidos os contatos principais na UBS (farmacêutica Cláudia, médico Fernando e gerente Gabriela), foram realizadas as entrevistas com os profissionais. Depois, foram agendados e realizados os acompanhamentos em consultas farmacêuticas para conhecer pacientes e observar a troca entre eles e Cláudia. Todos esses contatos, desde entrevistas, passando por conversas de horas com Cláudia, até os shadowings de consultas, tiveram seus áudios gravados, com o consentimento de todos os participantes.

Após a finalização da pesquisa em campo, todos os áudios gravados foram transcritos, resultando em mais de 100 páginas escritas de transcrição. Em seguida, com todos esses dados bruto em mãos, as frases mais relevantes das transcrições foram selecionadas e exportadas para a plataforma Miro por meio de post-its, com separação de cores por pessoa. Como fica claro na imagem da página a seguir, as conversas com a farmacêutica Cláudia, por terem sido muito mais longas e realizadas em diversos momentos, resultaram em uma quantidade muito maior de post-its.

Então, com essa organização geral realizada por meio da seleção das frases mais impactantes de cada uma das pessoas contatadas, foi proposto um primeiro agrupamento das frases por temas, misturando-se assim as falas de pessoas diferentes dentro de um único tema. Durante esse primeiro agrupamento, os temas que apareceram foram: agenda dos profissionais, receita médica, consulta médica, adesão terapêutica, expectativa dos pacientes, apoio familiar, retorno precoce, entre outros.

Diagrama do método utilizado na análise e síntese dos dados obtidos



FERNANDO

10 perguntas que os pacientes fazem sobre a farmacologia

1. "Atendo de 40 a 60 pacientes por dia"
 "Se você tem apenas um paciente, não há problema. Mas se você tem 40 ou 60, não há problema também. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

2. "Fomeço remédio? Para todas as pessoas que atendem?"
 "A maior dificuldade dos médicos é saber a diferença entre o remédio que é para todos e o remédio que é para cada um. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

3. "Porque me dão a medicação e não o medicamento?"
 "O medicamento é a substância que produz o efeito. O remédio é a substância que contém o medicamento. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

4. "Se eu tenho uma doença, posso tomar qualquer remédio?"
 "Não. Cada doença tem um tratamento específico. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

5. "A forma do remédio não muda o tratamento?"
 "Não. A forma do remédio não muda o tratamento. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

6. "Quando devo tomar o remédio?"
 "Depende do remédio. Alguns devem ser tomados antes das refeições, outros depois. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

7. "Se eu tomar o remédio errado, posso ficar doente?"
 "Sim. Se você tomar o remédio errado, pode ficar doente. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

8. "Se eu tomar o remédio errado, posso morrer?"
 "Sim. Se você tomar o remédio errado, pode morrer. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

9. "Se eu tomar o remédio errado, posso ficar surdo?"
 "Sim. Se você tomar o remédio errado, pode ficar surdo. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

10. "Se eu tomar o remédio errado, posso ficar cego?"
 "Sim. Se você tomar o remédio errado, pode ficar cego. O importante é que você esteja atento a cada um deles."

MARIANA

<p>Onde ele está? Qual o seu endereço? Qual o seu nome? Qual o seu telefone? Qual o seu e-mail? Qual o seu endereço eletrônico? Qual o seu endereço físico? Qual o seu endereço eletrônico? Qual o seu endereço físico?</p>	<p>"Quem se apresenta sempre tem um endereço físico e eletrônico. Quem não se apresenta não tem endereço físico e eletrônico."</p>	<p>"Dependa do dia. Em média, de 40 a 60 pessoas por dia".</p>	<p>"A maioria morou (ou recentemente mora) em Portugal".</p>	<p>"São pessoas que vão para o país a procura de uma vida melhor, de uma educação, de uma carreira, de uma família, de uma vida melhor."</p>
<p>"Ele tem uma profissão, mas não sabe qual é." "Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"A maioria mora em Portugal, mas não sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>
<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"A maioria mora em Portugal, mas não sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>
<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"A maioria mora em Portugal, mas não sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>
<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"A maioria mora em Portugal, mas não sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>
<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"A maioria mora em Portugal, mas não sabe qual é a sua profissão."</p>	<p>"Ele não sabe qual é a sua profissão, mas sabe qual é a sua profissão."</p>

VITÓRIA

[illegible]

ANDRÉ

[illegible]

CLÁUDIA

[illegible]

MÁRCIO

<p>"Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p> <p>Chico: "Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p>	<p>"Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p> <p>Chico: "Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p>	<p>"Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p> <p>Chico: "Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>
<p>"Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p> <p>Chico: "Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p>	<p>"Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p> <p>Chico: "Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p>	<p>"Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p> <p>Chico: "Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>
<p>"Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p> <p>Chico: "Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p>	<p>"Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p> <p>Chico: "Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p>	<p>"Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p> <p>Chico: "Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>
<p>"Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p> <p>Chico: "Ele tem um jeito de falar que dá vontade de rir."</p>	<p>"Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p> <p>Chico: "Não dá para fazer tudo ao mesmo tempo. Tem que escolher o que é mais importante."</p>	<p>"Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p> <p>Chico: "Tinha que ter mais paciência, não é assim que se faz as coisas."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>	<p>"Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p> <p>Chico: "Toma um café, relaxa um pouco, não precisa se preocupar com isso agora."</p>

LEILA

[illegible]

JOSÉ

[illegible]

Mural produzido na plataforma Miro a partir de frases selecionadas retiradas de todas as entrevistas e shadowings realizados.

No entanto, percebeu-se que havia temas com poucos ou quase nenhum post-it, e outros em que havia uma grande incidência de frases, com mais de 100 selecionadas. Devido a isso, prezando por uma organização mais homogênea das frases, foi proposto um segundo agrupamento por temas, tendo como base o primeiro realizado. Nesse segundo agrupamento percebeu-se que a divisão de quantidade de post-its por tema havia ficado menos heterogênea e que o número de temas havia diminuído, não havendo mais aqueles muito específicos nem muito generalizados.

Os temas selecionados ao final desse segundo agrupamento foram: agenda dos profissionais; receita médica; consulta médica; dificuldades enfrentadas pelos profissionais; apoio familiar; o que pode ser melhorado; ferramentas para melhorar a adesão; consulta farmacêutica; efeitos colaterais/dores/sequelas/preocupações; retirada de medicamentos na farmácia; humanização e acolhimento; prevalência de doenças crônicas; impacto da pandemia; dificuldades ou dúvidas sobre tratamentos e doenças; questões socioeconômicas, de acesso e de educação em saúde; adesão terapêutica e outros.

AGENDA DOS PROFISSIONAIS	"Seguimos com o mesmo ritmo, mas com mais cuidado e atenção para os pacientes."	"Mundo de 40 a 40, pacientes por dia."	"Temos que manter o ritmo, mas com mais cuidado e atenção para os pacientes."	"Temos que manter o ritmo, mas com mais cuidado e atenção para os pacientes."	"Temos que manter o ritmo, mas com mais cuidado e atenção para os pacientes."	"Temos que manter o ritmo, mas com mais cuidado e atenção para os pacientes."
RECEITA MÉDICA	"Fizemos uma receita para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma receita para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma receita para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma receita para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma receita para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma receita para o paciente, mas ele não tomou."
CONSULTA MÉDICA	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
RETIRADA DE MEDICAMENTOS NA FARMÁCIA	"Fizemos uma retirada de medicamentos na farmácia, mas ele não tomou."	"Fizemos uma retirada de medicamentos na farmácia, mas ele não tomou."	"Fizemos uma retirada de medicamentos na farmácia, mas ele não tomou."	"Fizemos uma retirada de medicamentos na farmácia, mas ele não tomou."	"Fizemos uma retirada de medicamentos na farmácia, mas ele não tomou."	"Fizemos uma retirada de medicamentos na farmácia, mas ele não tomou."
CONSULTA FARMACÊUTICA	"Fizemos uma consulta farmacêutica para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta farmacêutica para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta farmacêutica para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta farmacêutica para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta farmacêutica para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta farmacêutica para o paciente, mas ele não tomou."
DOENÇAS CRÔNICAS	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
O QUE PODERIA SER FEITO	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."

FOURFARMACIA	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
IMPACTO DA PANDEMIA	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS PACIENTES	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."

ADESÃO TERAPÊUTICA	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
HUMANIZAÇÃO	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
EXPECTATIVA DOS PACIENTES	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
PROBLEMAS COM O SISTEMA	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
FERRAMENTAS PARA MELHORAR ADESAO	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."

RETORNO PRECOCE	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
DEMONSTRAÇÃO INICIAL	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
APOIO FAMILIAR	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."
OUTROS	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."	"Fizemos uma consulta para o paciente, mas ele não tomou."

Mural resultante do primeiro agrupamento por temas.

Em seguida, concluídos os agrupamentos por tema, a fim de se olhar para os dados de outra maneira, foram produzidos mapas mentais de cada um dos universos de temas. Esses mapas foram imprescindíveis para a expansão das ideias e insights advindos de cada uma das conversas, entrevistas e shadowings. Por meio também da produção desses mapas, as primeiras deduções sobre as informações coletadas começaram a surgir.

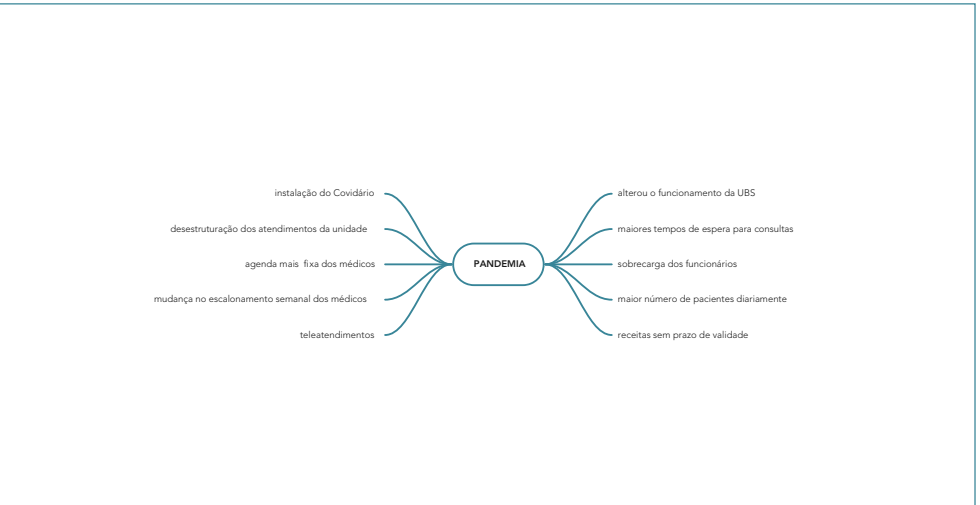
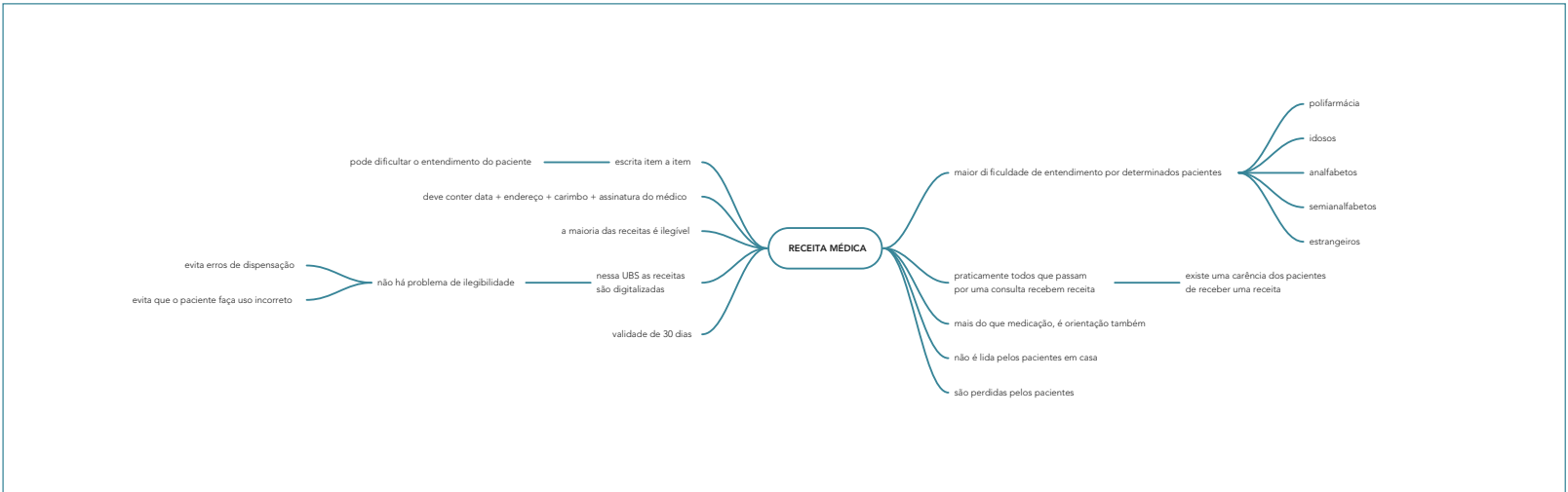
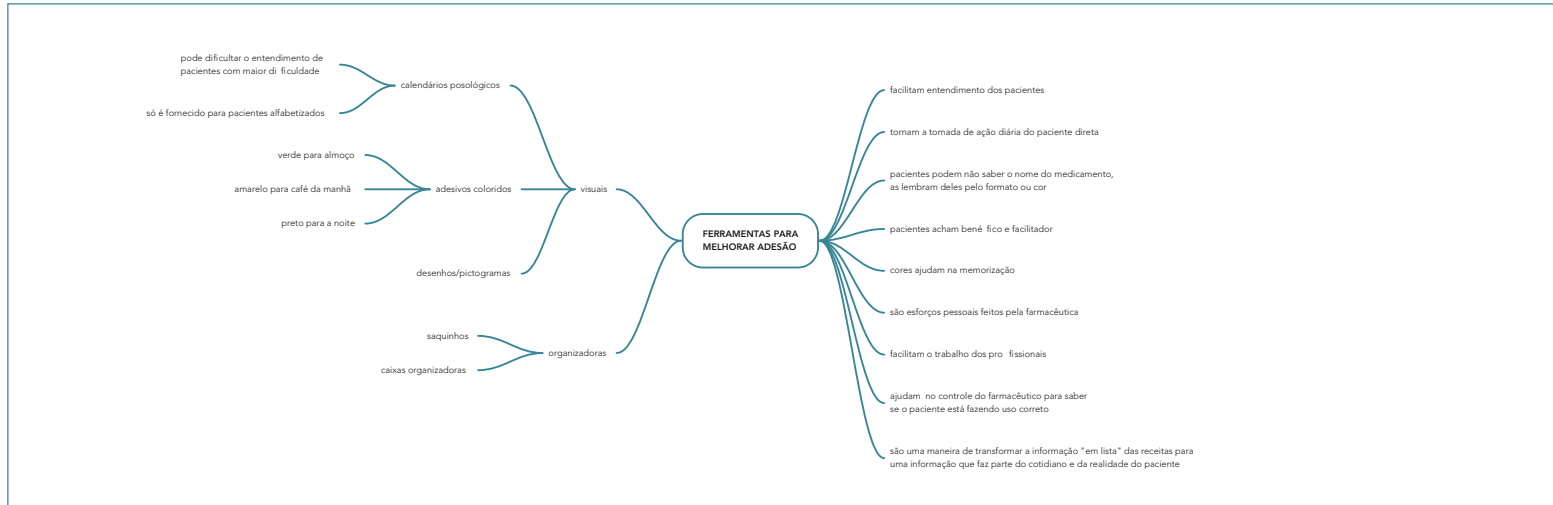
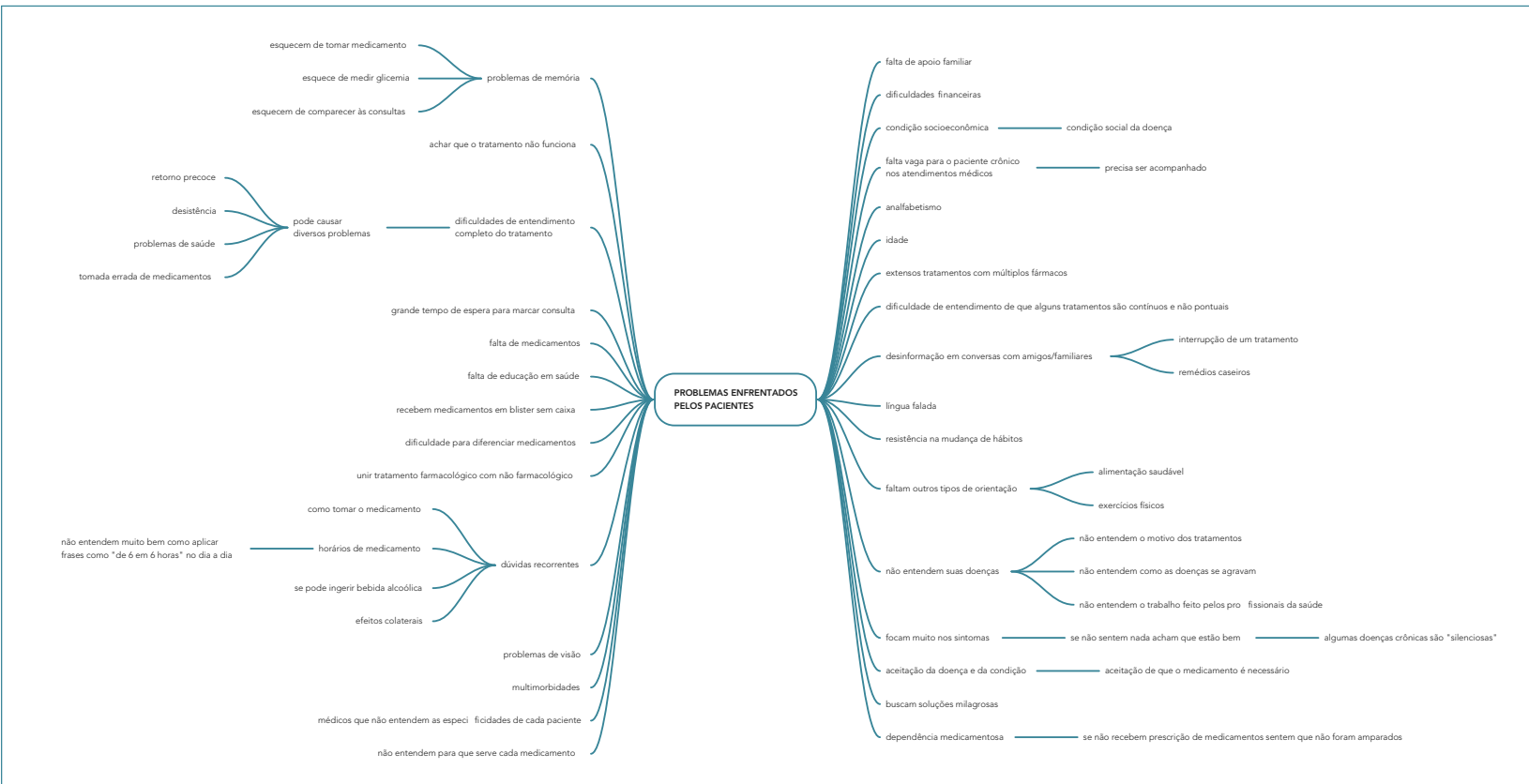
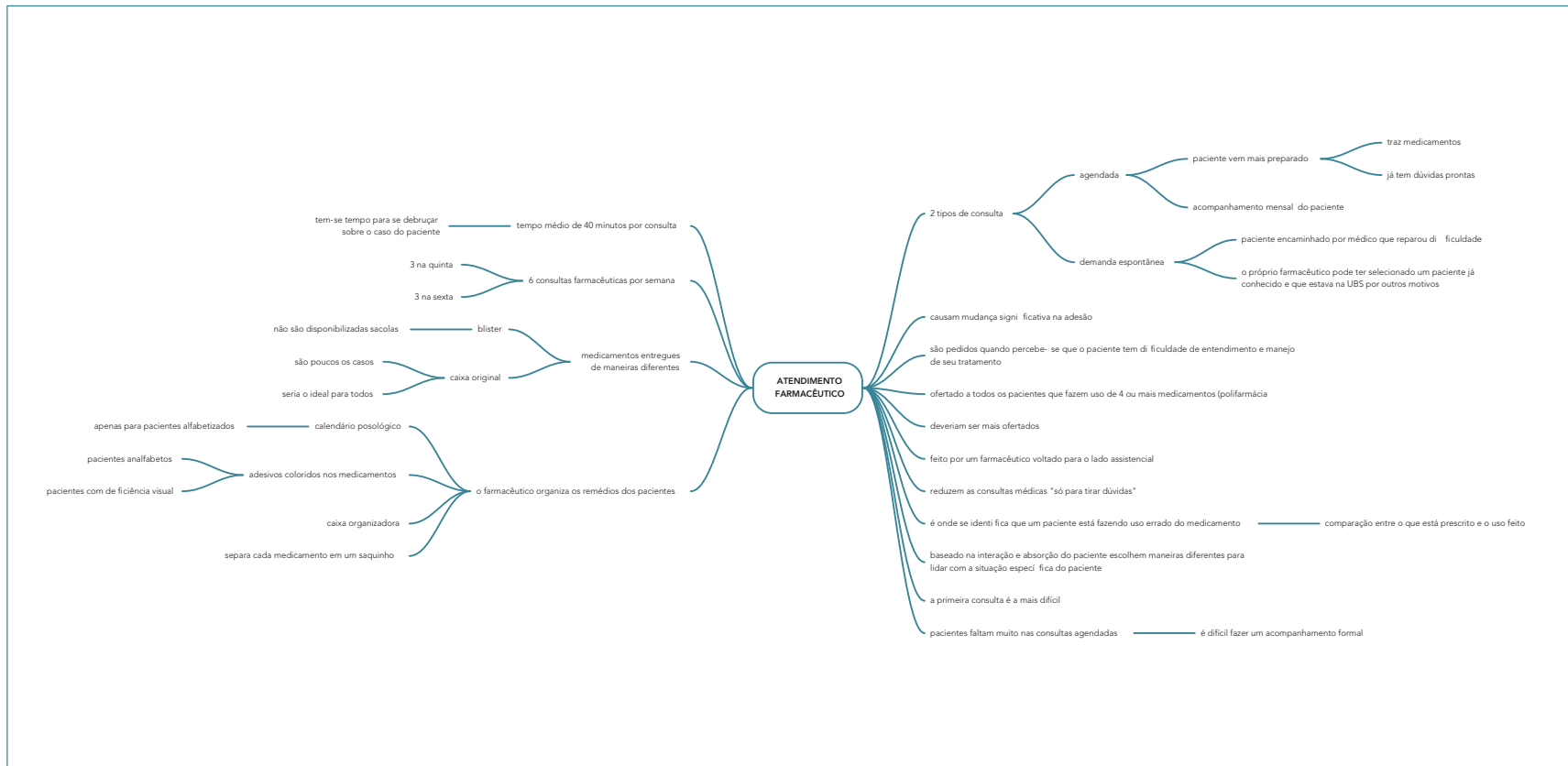
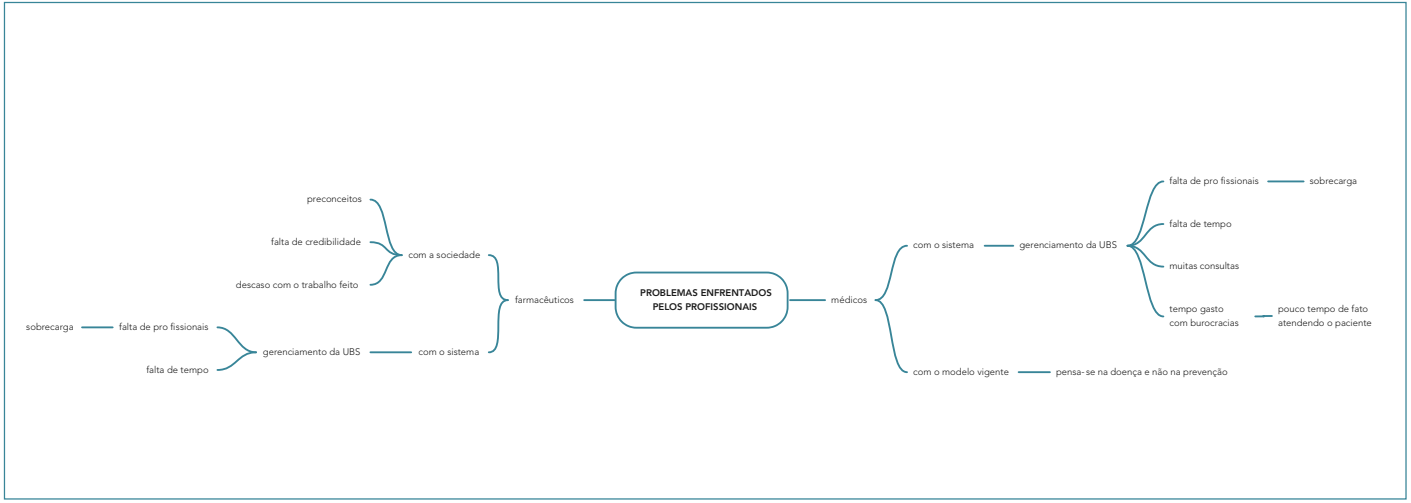
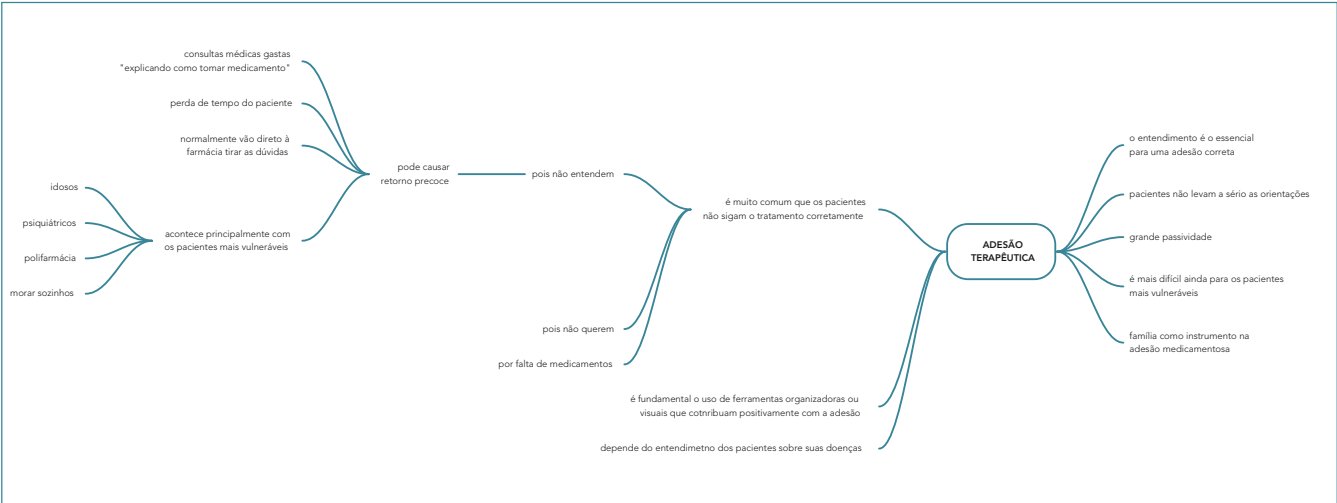
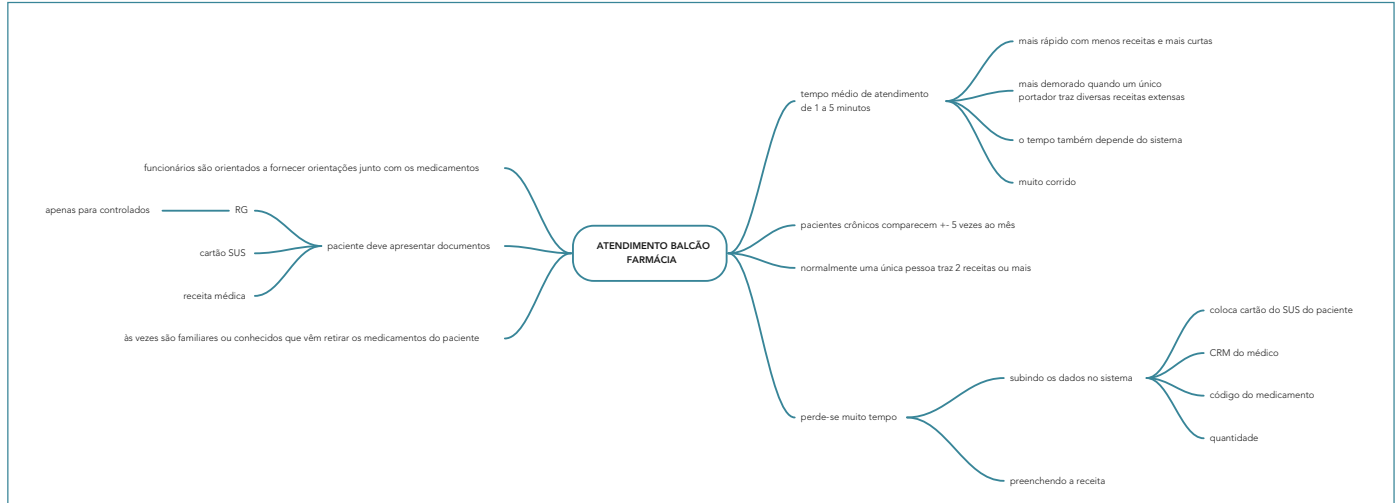
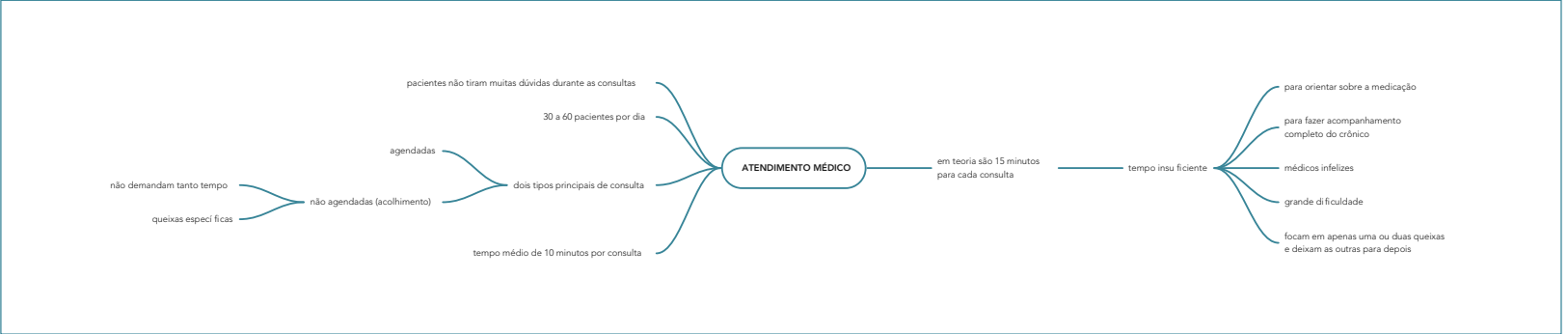
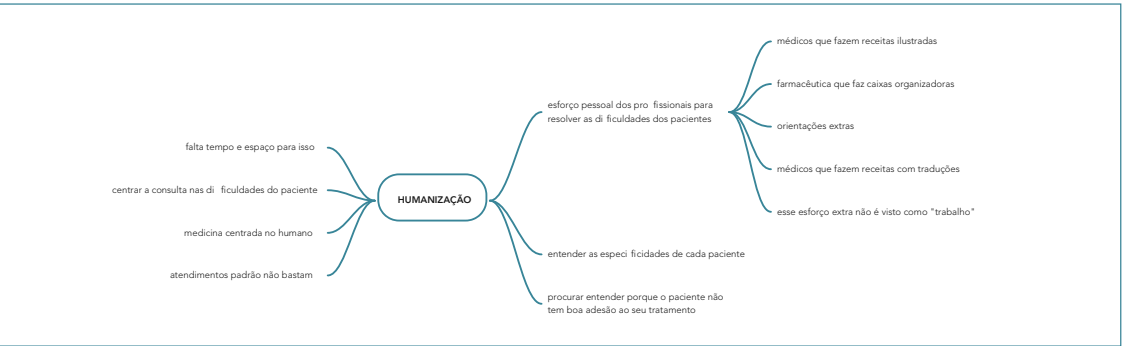
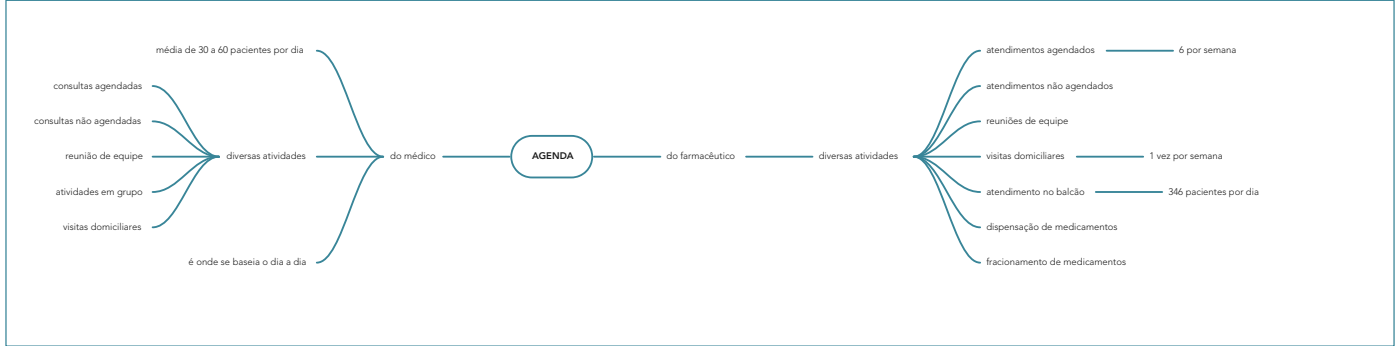
A partir dessa expansão dos universos de temas, foi feita uma listagem das informações mais recorrentes. Por mais que pareça uma repetição das etapas anteriores, esse vai-e-vem foi importante para se certificar de que nenhuma informação importante estava sendo deixada para trás ou que, de fato, as informações selecionadas eram imprescindíveis. Essa listagem em forma de um mural de post-it permitiu uma visualização bem mais direta e clara de todas as informações com as quais se estava trabalhando. Entre as questões selecionadas, estavam: dificuldade na mudança de hábitos; melhorar rastreo do paciente crônico; pacientes não tiram dúvidas durante consulta; grande tempo de espera para marcar consulta; trabalho deve ser voltado para a família; receitas digitalizadas são favoráveis; falta de medicamentos; dificuldade do paciente em compreender o tratamento; pacientes não fazem uso da receita em casa; falta humanização; consultas farmacêuticas ajudam na adesão; entre outros.

FALTA DE TEMPO	SOBRECARGA	ESFORÇOS PESSOAIS DOS PROFISSIONAIS	MUITOS PACIENTES POR DIA	PANDEMIA DESESTRUTUROU A UBS	FAZER MAIS CONSULTAS FARMACÊUTICAS	DIFICULDADE NAS VISITAS DOMICILIARES	RECEITA É ESCRITA ITEM A ITEM E NÃO COMO DEVE SER USADA	ESPECIFICAR E FORMALIZAR PROTOCOLOS	PACIENTES FALTAM MUITO NAS CONSULTAS	VULNERABILIDADE SOCIOECONÔMICA DOS PACIENTES
ESCALAR INDUSTRIALMENTE ESFORÇOS PESSOAIS E PONTUAIS	AUMENTAR O TEMPO DE CONSULTA	DEPENDÊNCIA MEDICAMENTOSA	UTILIZAÇÃO DE FERRAMENTAS VISUAIS NAS RECEITAS	FALTA DE CREDIBILIDADE DA SOCIEDADE COM O SERVIÇO PRESTADO	CONSULTAS MULTIDISCIPLINARES	MELHOR ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES CRÔNICOS	PADRONIZAÇÃO DE RECEITAS	PANDEMIA AUMENTOU O NÚMERO DE PACIENTES/CONSULTAS	PACIENTE VEM MAIS PREPARADO PARA CONSULTAS AGENDADAS	PACIENTE NÃO DÁ CREDIBILIDADE AO SERVIÇO FARMACÊUTICO
CONSULTAS DE ACOLHIMENTO SÃO MAIS RÁPIDAS	FALTA HUMANIZAÇÃO	COMPREENDER AS ESPECIFICIDADES DE CADA PACIENTE	CONSULTAS FARMACÊUTICAS AUMENTAM A ADESAO	MUITO TEMPO DE ESPERA PARA MARCAR CONSULTA	FALTA DE MEDICAMENTOS	MÉDICOS NÃO ORIENTAM CORRETAMENTE PACIENTE	AUMENTAR O NÚMERO DE PROFISSIONAIS	GARANTIR A ADESAO É FUNDAMENTAL	FALTA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A POPULAÇÃO	EXPECTATIVA DOS PACIENTES ≠ REALIDADE
PERDE-SE MUITO TEMPO COM BUROCRACIAS	ENTENDIMENTO É ESSENCIAL PARA ADESAO	PENSA-SE NA DOENÇA E NÃO NA PREVENÇÃO	PANDEMIA AUMENTOU O NÚMERO DE CONSULTAS	RECEITA TAMBÉM É ORIENTAÇÃO	RECEITAS SÃO ESCRITAS ITEM A ITEM	TRABALHO VOLTADO PARA A FAMÍLIA	RECEITAS DIGITALIZADAS SÃO FAVORÁVEIS	O MODO COMO AS RECEITAS SÃO FEITAS NÃO AJUDA OS PACIENTES NO COTIDIANO	PACIENTES PERDEM AS RECEITAS	COMPREENDER AS DIFICULDADES DE CADA PACIENTE
UTILIZAR ADESIVOS NOS MEDICAMENTOS AUMENTA A ADESAO	CAIXAS ORGANIZADORAS MELHORAM ADESAO	GRANDE TEMPO DE ESPERA PARA MARCAR CONSULTA	MELHORAR RASTREIO DO PACIENTE CRÔNICO	EDUCAR A POPULAÇÃO SOBRE A FUNÇÃO DE CADA PROFISSIONAL DA SAÚDE	EDUCAR A POPULAÇÃO SOBRE DOENÇAS PREVALENTES	DIFICULDADE NA MUDANÇA DE HÁBITOS	MAIOR VULNERABILIDADE DE DETERMINADOS PACIENTES (POLIFARMÁCIA, ANALFABETOS, COM PROBLEMAS DE VISÃO, MEMÓRIA)	ENCAMINHAR DIRETAMENTE O PACIENTE PARA CONSULTA FARMACÊUTICA	ATENDIMENTOS PADRÃO SÃO INEFICIENTES	
PACIENTE NÃO LEVA O TRATAMENTO A SÉRIO	PACIENTE NÃO SABE DIFERENCIAR OS MEDICAMENTOS	DIFICULDADE DO PACIENTE EM COMPREENDER SUA DOENÇA	DIFICULDADE DO PACIENTE EM COMPREENDER O TRATAMENTO	PACIENTES NÃO TIRAM DÚVIDAS DURANTE CONSULTAS	PACIENTES NÃO FAZEM USO DA RECEITA EM CASA	É COMUM QUE PACIENTES NÃO SIGAM OS TRATAMENTOS CORRETAMENTE	PACIENTES NÃO COMPREENDEM O FUNCIONAMENTO DOS MEDICAMENTOS	ALGUNS PACIENTES SÃO PASSIVOS	PACIENTES RECONHECEM MEDICAMENTOS POR COR, FORMATO, PARA QUE SERVE	
O NÃO ENTENDIMENTO CAUSA RETORNO PRECOCE	A LÍNGUA TAMBÉM É UMA BARREIRA	TORNAR O PACIENTE AGENTE ATIVO DE SEU TRATAMENTO	FALTA ENVOLVIMENTO DOS FAMILIARES	PACIENTE NÃO VEM PREPARADO PARA AS CONSULTAS	PACIENTE TEM DIFICULDADE DE MANTER UM TRATAMENTO	PACIENTE VEM MAIS PREPARADO PARA CONSULTAS AGENDADAS	FAMÍLIA COMO INSTRUMENTO DA ADESAO	PRATICAMENTE TODOS OS PACIENTES RECEBEM UMA RECEITA	PACIENTES NÃO RECONHECEM MEDICAMENTOS PELO NOME	

Mapas mentais dos universos de temas obtidos.

Esse processo de síntese e análise de todos os dados obtidos em campo foi primordial para a delimitação e escolha dos requisitos de projeto.³⁵

³⁵ Os requisitos de projeto podem ser conferidos no capítulo 5 “Requisitos de Projeto”.



Conclusões da etapa de pesquisa

Durante a fase de pesquisa buscou-se mapear e compreender quais são as dificuldades enfrentadas por pacientes crônicos em tratamento contínuo na atenção primária, no que tange principalmente a adesão medicamentosa e a tarefa da automedicação. Percebeu-se lacunas em pesquisas na área do Design para Saúde, especialmente em pesquisas centradas no paciente para elucidar sua perspectiva.

Tendo a perspectiva do paciente como foco principal, para além do levantamento teórico bibliográfico, houve a necessidade de se realizar a pesquisa de campo, de modo a garantir o entendimento do problema do erro de medicação em todo seu âmbito, afinal este processo depende de muitas pessoas e etapas. A utilização do método qualitativo tornou possível um maior aprofundamento dos temas pesquisados.

Por meio principalmente do acompanhamento nas consultas farmacêuticas, ficou nítida a necessidade de se trabalhar de uma maneira que proporcionasse maior autonomia aos pacientes e uma melhor adesão medicamentosa aos tratamentos. Durante as consultas, pôde-se perceber a grande dificuldade que os pacientes enfrentam tentando diferenciar seus medicamentos e

organizar seus próprios tratamentos em casa. Nas três consultas observadas os pacientes estavam cometendo erros de medicação por não terem uma compreensão total de seus tratamentos. Assim, percebeu-se a importância de se trabalhar no contínuo da prescrição e dispensação de remédios de modo a melhorar a compreensão do paciente de seu próprio tratamento, estimulando seu empoderamento, suas escolhas e suas opções. Ademais, também procurou-se contemplar as demandas que envolvem o trabalho dos farmacêuticos, auxiliando no seu dia-a-dia de trabalho, tanto na farmácia quanto no atendimento mensal aos pacientes que acompanham.

Por meio de um trabalho colaborativo entre as áreas do Design e da Saúde, foram buscadas propostas e soluções viáveis para o setor público da atenção primária e do atendimento farmacêutico, focando nas comorbidades crônicas, cujo crescimento tem se mostrado visível no país.

5. REQUISITOS DE PROJETO

Através da revisão bibliográfica, da análise dos projetos análogos, das entrevistas, dos shadowings em consultas farmacêuticas, das visitas de campo à UBS, da análise do trabalho já produzido pela farmacêutica e do processo de síntese e análise de todos os dados obtidos, foi possível realizar a definição dos requisitos de projeto.

Estes requisitos nortearam o desenvolvimento do projeto e foram divididos em três partes, com focos distintos: requisitos voltados ao paciente, ao farmacêutico e os voltados ao sistema público de saúde brasileiro. Dentro de cada um desses âmbitos, os requisitos foram novamente divididos, dessa vez em duas partes: requisitos obrigatórios e requisitos desejáveis.

REQUISITOS PARA O PACIENTE

Desejáveis:

- Conscientizar os usuários;
- Provocar mudanças de comportamento;
- Melhorar a adesão medicamentosa;
- Minimizar erros de administração de medicamentos;
- Motivar o paciente e sua família.

Obrigatórios:

- Ser de fácil utilização, tanto por pacientes crônicos quanto por familiares e cuidadores;
- Ser de fácil manipulação;
- Facilitar a tomada de ação diária com relação aos tratamentos de doenças crônicas;
- Ser inclusivo, permitindo a utilização por idosos, adultos com baixa escolaridade, baixa acuidade visual e dificuldades de memorização;
- Utilizar diferentes mecanismos que auxiliem na percepção, entendimento e memorização;
- Auxiliar na rotina diária de tomada de medicamentos;
- Utilizar linguagem simples e de fácil compreensão;
- Auxiliar na diferenciação de medicamentos.

REQUISITOS PARA O FARMACÊUTICO

Desejáveis:

- Facilitar a dispensação de medicamentos;

Obrigatórios:

- Ser de rápida e fácil manutenção durante consultas farmacêuticas;

- Facilitar e agilizar a organização dos medicamentos já feita;
- Não tomar tempo extra da agenda do farmacêutico para ser produzido;
- Facilitar as orientações dadas pelo farmacêutico ao paciente.

REQUISITOS PARA O SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Desejáveis:

- Fazer parte de um protocolo geral para acompanhamento dos pacientes crônicos;
- Facilitar o acompanhamento e rastreio de pacientes crônicos;
- Ser de baixo impacto ambiental;
- Melhorar a adesão medicamentosa dos pacientes crônicos atendidos pelo SUS.

Obrigatórios:

- Viabilidade de ser implementado no SUS;
- Viabilidade econômica;
- Viabilidade de ser produzido em larga escala;
- Ter unidade e caráter de sistema.



Mapa mental da definição dos requisitos de projeto.

6. GERAÇÃO DE ALTERNATIVAS

A primeira divergência e convergência serviu para se delimitar e encontrar o problema correto. Após este momento inicial, e em concordância com o processo de trabalho do modelo Double Diamond, começou-se a segunda etapa de divergência, cujo objetivo foi descobrir a solução mais adequada para a questão determinada. Antes de se iniciar a fase de projeto oficialmente, buscou-se uma rápida pesquisa de alternativas.

Por meio da análise de organizadores de medicamentos já existentes, percebeu-se a necessidade da criação de um organizador focado nos blisters em si e não nas pílulas, ou seja, na contramão dos organizadores já conhecidos. Preferiu-se prosseguir com alternativas que não retirassem os medicamentos de seus respectivos blisters por dois motivos principais: a falta de tempo hábil do farmacêutico para realizar esta tarefa durante a consulta farmacêutica e

as consequências negativas que a retirada da pílula de sua embalagem original pode ocasionar, como diminuição de sua eficácia e validade ou possibilidade de erros de medicação pela semelhança entre pílulas.

Com isso em mente, e tendo as embalagens organizadoras produzidas pela farmacêutica como referência principal de partido e volume, foram concebidos estudos rápidos de volumetrias. Neste processo, visou-se a concepção de uma embalagem para armazenamento e organização dos medicamentos a ser utilizada pelos pacientes crônicos acompanhados na UBS. Deste modo, por meio destes estudos sem grandes pretensões, foi possível ampliar o repertório de possibilidades projetuais, ora com sugestões mais literais e eficazes, ora com sugestões mais complexas e até menos eficazes, mas ainda assim interessantes, a fim de se chegar a uma solução final apta e viável.



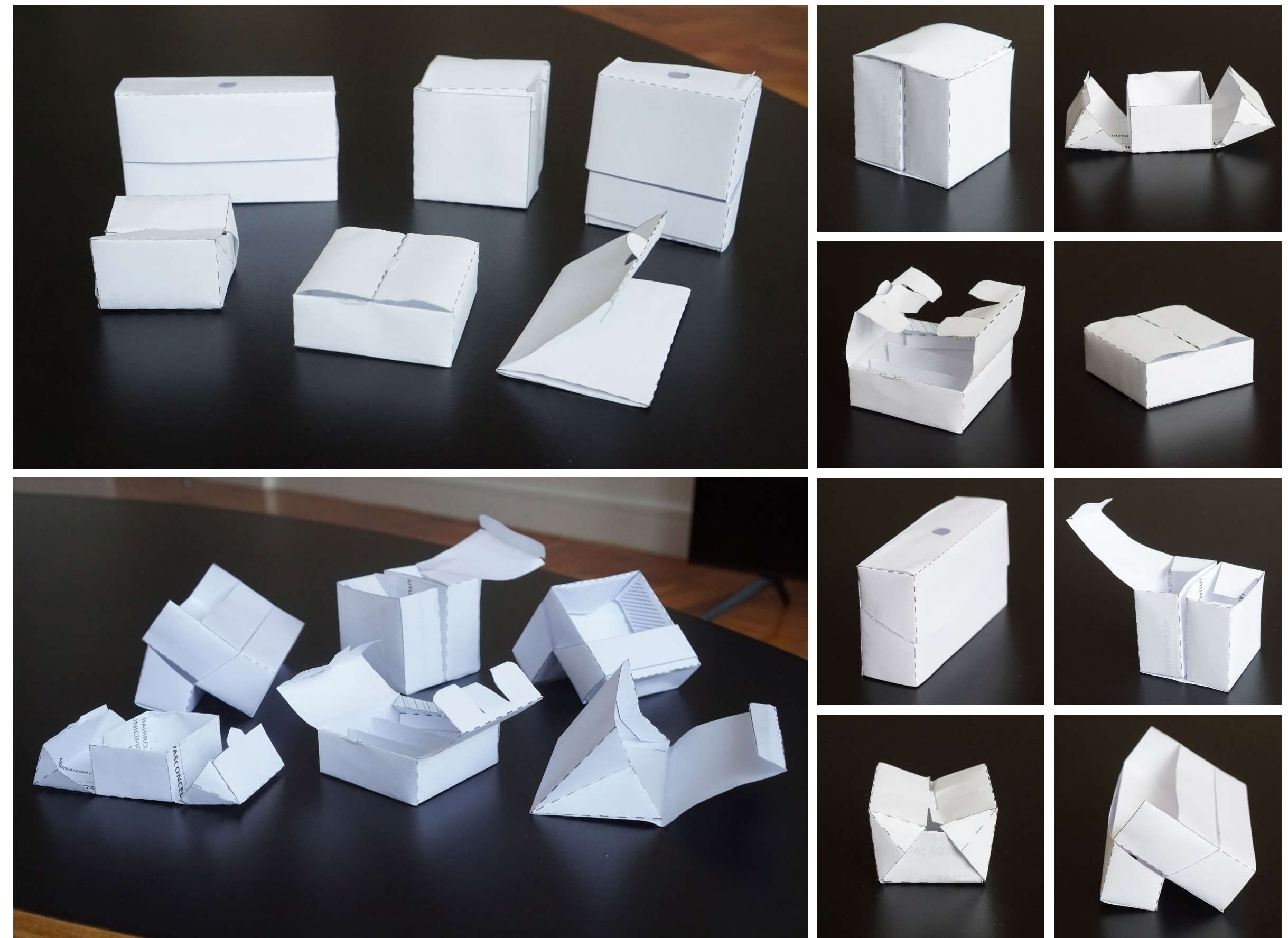
Compilado de diferentes
organizadores de comprimidos.

Primeiras ideias

Durante um brainstorm inicial de ideias, os primeiros modelos desenvolvidos buscaram explorar alternativas de cortes, vincos, dobras, volumes, encaixes, materiais, espaços de armazenamento, manuseio e divisórias.

Cada uma das embalagens foi testada individualmente com foco em suas características e mecanismos próprios. Prezando pela rapidez e facilidade dos testes, os modelos produzidos foram feitos em escala reduzida e em papel sulfite. A partir do manuseio das soluções, constatou-se que algumas se provavam sugestões interessantes de fechamentos, outras de exposição, e outras ainda de divisões internas.

Ao final do brainstorm e diante do conjunto de alternativas, constatou-se que, por mais que tenham sido encontradas soluções intrigantes, nenhum dos modelos reunia em si todas as características necessárias. Sendo assim, optou-se por selecionar o modelo mais promissor e de maior destaque, a fim de detalhá-lo e garantir sua continuação, mas também levando em consideração e incorporando elementos positivos dos outros estudos.

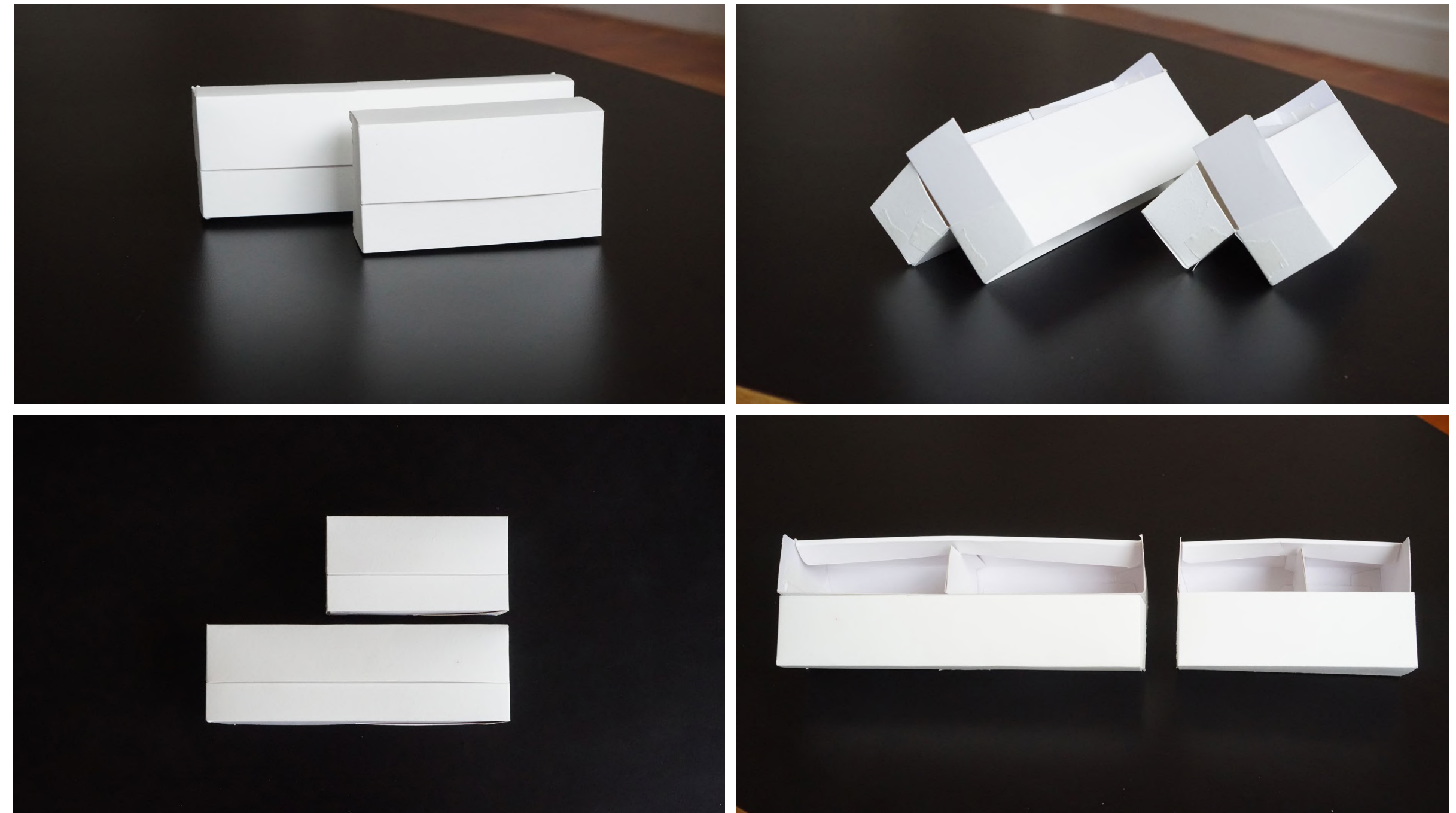


Fotos dos protótipos produzidos durante a etapa de brainstorming.

Desenvolvimento de partidos promissores

A escolha da alternativa selecionada se deu por diversos motivos: proporções, volume, fechamento, exposição quando aberta, área disponível para o apoio de informações gráficas, capacidade de modularidade, aproveitamento de papel, facilidade de produção industrial e manuseio. Logo de início, por conta da variabilidade na quantidade de medicamentos que pacientes diferentes podem tomar, e pela multiplicidade de tratamentos, foram imaginados dois tamanhos de embalagem, a serem fornecidos de acordo com a necessidade e o contexto de cada usuário.

O modelo criado é composto por uma embalagem interna com fundo automático e uma luva externa que se abre ao meio, servindo tanto para o fechamento da embalagem quanto para a exposição da mesma sobre uma superfície, mantendo-a aberta e inclinada. Pensando em todas as etapas de produção e requisitos a serem cumpridos, o primeiro protótipo passou por diversos refinamentos de modo a fazer sentido dentro das diversas necessidade envolvidas: processo de fabricação, fornecimento das embalagens na farmácia, transporte do paciente até sua casa, área disponível para o sistema gráfico de informações que apoiaria, facilidade de manuseio, entre outros.



Fotos do protótipo selecionado e que foi detalhado.

Um dos nortes principais na definição da volumetria da embalagem foi a variabilidade nas dimensões dos blisters existentes. O tamanho deles pode variar tanto em largura quanto em comprimento, dependendo da marca do fármaco, da quantidade de pílulas em cada embalagem, ou mesmo por conta do formato das pílulas em si. Sendo assim, a volumetria das embalagens começou a ser pensada tendo como base as dimensões mínimas e máximas dos blisters de alguns dos medicamentos selecionados pela farmacêutica Cláudia como os mais usuais³⁶.

Com alguns blisters em mãos, foram tomadas suas medidas, que serviram de base para o estabelecimento das dimensões de um módulo mínimo de compartimento para armazenamento dentro das caixas. Levando em conta que tanto a renovação de algumas receitas quanto os atendimentos farmacêuticos são realizados uma vez ao mês, é comum que um mesmo paciente saia da UBS com vários blisters de um mesmo medicamento em mãos. Desse modo, o módulo foi pensado tendo largura e comprimentos que acomodassem os maiores blisters encontrados nessas duas dimensões, mas que também acomodasse mais de um blister em um mesmo compartimento.

Sendo a altura máxima dos blisters analisados 120mm, a largura máxima 60mm e a profundidade média de 5 blisters acomodados juntos 35mm, chegou-se às medidas de 65x40x125mm, respectivamente: profundidade, largura e altura para cada compartimento.



DIMENSÕES DOS BLISTERS

40x120mm	Ácido acetilsalicílico 100mg
39x98mm	Alendronato de sódio 70mg
39x98mm	Alopurinol 100mg
39x98mm	Atenolol 50mg
45x97mm	Besilato de anlodipino 5mg
60x95mm	Captopril 25mg
45x97mm	Carvedilol 12,5mg
46x101mm	Cloridrato de amiodarona 200mg
39x98mm	Cloridrato de metformina 500mg
42x102mm	Cloridrato de metformina 850mg
45x96mm	Cloridrato de propranolol 40mg
39x67mm	Dinitrato de isossorbida 5mg
49x65mm	Espironolactona 25mg
39x120mm	Furosemida 40mg
45x97mm	Glibenclamida 5mg
45x97mm	Gliclazida 60mg
39x98mm	Hidroclorotiazida 25mg
53x95mm	Levotiroxina sódica 50mcg
49x92mm	Losartana potássica 50mg
35x60mm	Maleato de enalapril 5mg
39x98mm	Maleato de enalapril 20mg
39x98mm	Nifedipino 20mg
45x97mm	Omeprazol 20mg
38x93mm	Sinvastatina 20mg

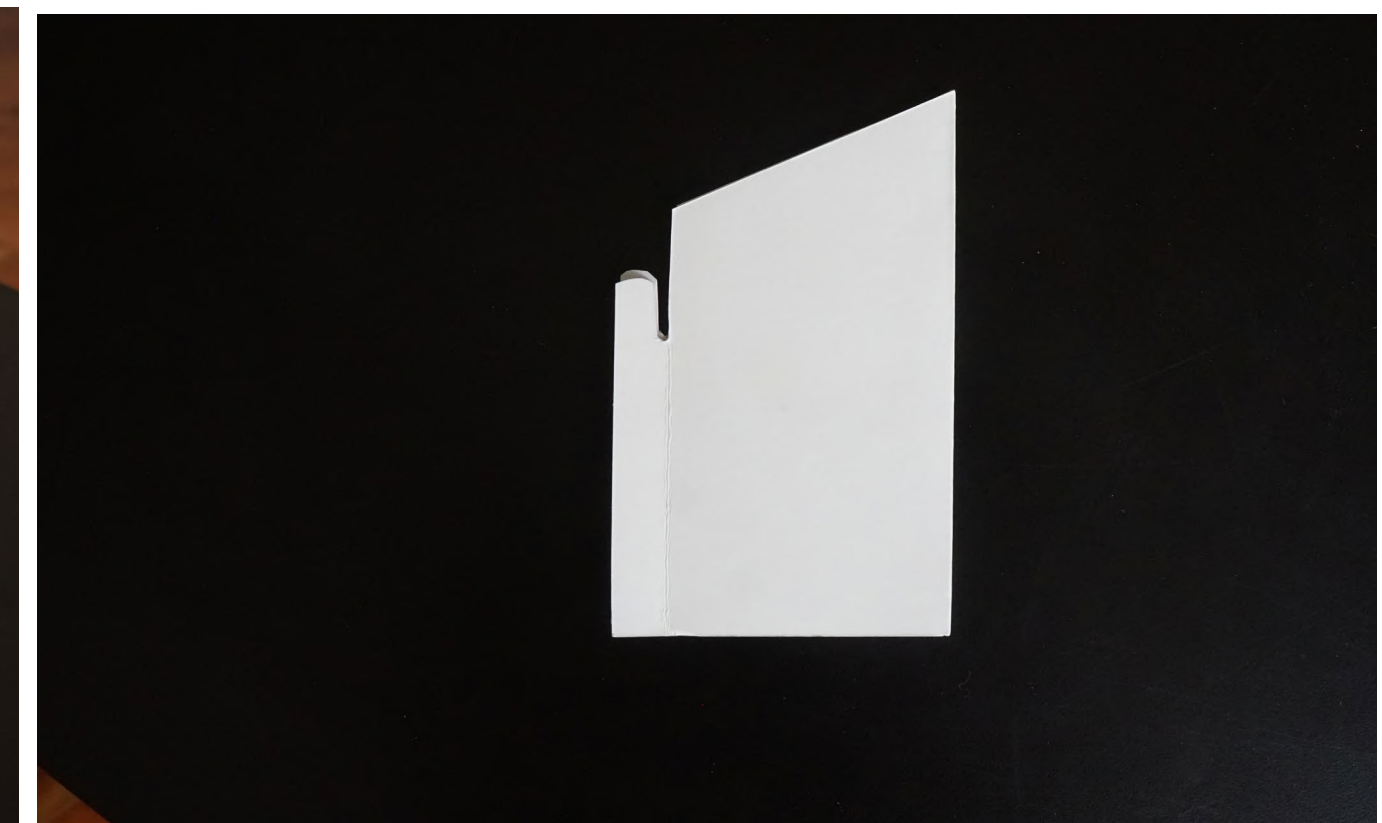
Foto de diferentes blisters de medicamentos coletados durante visitas de campo e ao lado tabela com as dimensões de alguns dos blisters coletados.

É necessária a ressalva de que, por mais que o módulo de armazenamento tenha sido dimensionado com base nos blisters à disposição na UBS Vila Ramos, há blisters cujo tamanho ainda pode variar, a depender do seu fabricante.

³⁶ O recorte dos medicamentos trabalhados no projeto pode ser checado no capítulo 7 “Projeto” em “Projeto Gráfico”.

Como os primeiros modelos haviam sido produzidos em escala reduzida e com material não pretendido para o produto final (papel sulfite), elaboraram-se modelos com materiais finais (papel cartão e microondulado) e em tamanho real, de modo a testar questões como durabilidade, rigidez, manuseio e dimensões. A partir dos testes, novas alterações precisaram ser feitas de modo a refinar o projeto de embalagem: foram ajustadas folgas e medidas para garantir uma boa abertura da luva e evitar pontos de atrito que pudessem desgastar o material com o uso ao longo do tempo.

Outro avanço possível com a produção dos novos protótipos foi o maior detalhamento das divisórias, já que o módulo de espaçamento mínimo dos compartimentos estava definido. Optou-se por divisórias encaixáveis e não fixas, justamente prezando por uma maior possibilidade de personalização das caixas pelo farmacêutico, a depender da necessidade individual de cada paciente. Após diversos ajustes, chegou-se na versão final do desenho das divisórias, que, para garantir uma maior resistência, consiste em um papel cartão reforçado, dobrado sobre si mesmo e colado.

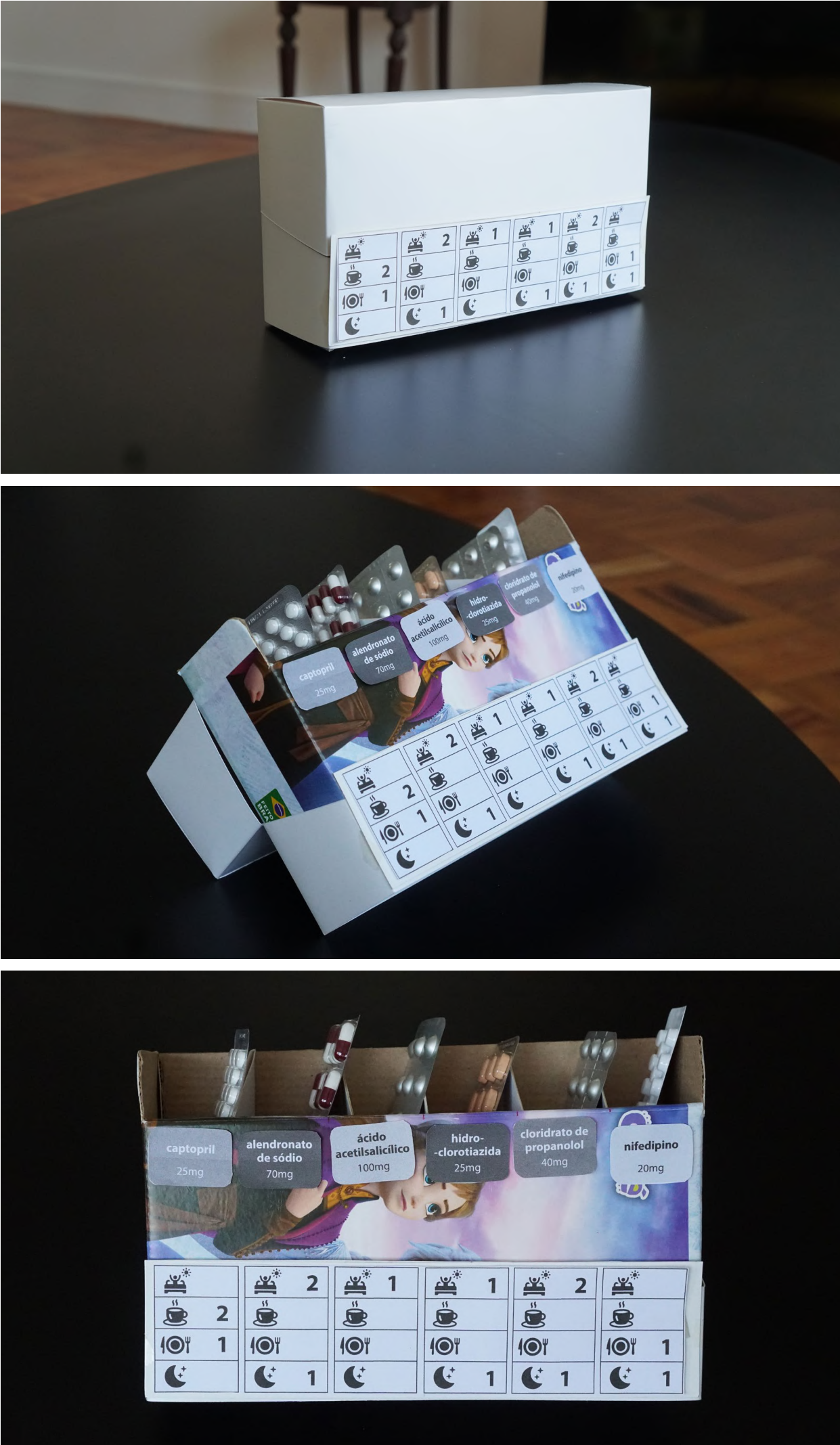


Fotos do protótipo em tamanho real e com materiais mais fiéis.

Com o projeto de embalagem encaminhado, começou-se a testar o projeto gráfico nesse suporte. Assim como foi feito durante o brainstorm de ideias, os modelos de teste foram feitos rapidamente por meio de impressões caseiras, prezando-se menos pela qualidade do material e mais pela testagem do produto em si.

Da mesma maneira que o projeto da embalagem levou em consideração a possibilidade de personalização das embalagens pelo farmacêutico para cada paciente, o projeto gráfico contou com este mesmo mote: percebeu-se na utilização de adesivos uma grande vantagem, já que estes poderiam ser facilmente destacados e colados nas embalagens pelo próprio farmacêutico durante a organização dos medicamentos e a orientação dos pacientes nas consultas farmacêuticas.

A partir desses testes do projeto gráfico, percebeu-se a necessidade de se realizar pequenas correções no projeto do produto, a fim de se estabelecer uma melhor relação entre ambos. Como uma última etapa, os ajustes finais foram feitos nos dois projetos já com o processo de produção industrial em mente, ou seja, ajustes de dimensões por conta de aproveitamentos de papel ou por conta do ferramental necessário. No capítulo seguinte, serão explicadas as justificativas do projeto e toda a logística envolvida.



Fotos do protótipo durante os primeiros testes do projeto gráfico.

7. PROJETO

Apresentação do projeto

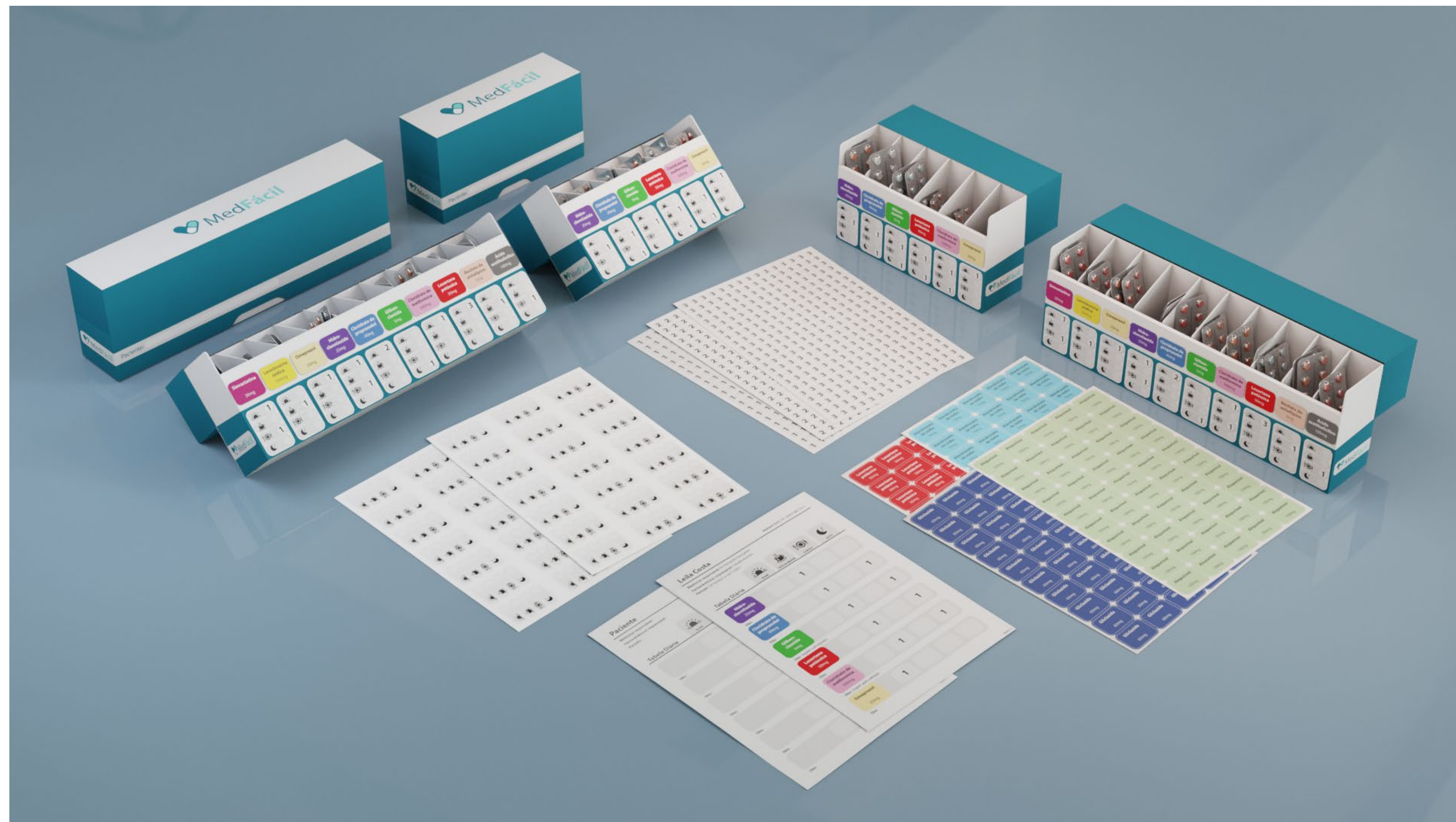
Como resultado de toda a pesquisa envolvida e dos requisitos definidos, o projeto configurou-se não como um produto único, mas como um sistema informacional voltado para a organização dos medicamentos utilizados por pacientes com doenças crônicas atendidos na atenção primária. Todos os componentes integrantes deste sistema serão apresentados com mais detalhes ao longo deste capítulo, mas, em suma, as peças constituintes são:

- Duas embalagens de tamanhos diferentes com luvas;
- Divisórias encaixáveis;
- Cartelas de adesivos para identificação de medicamentos;
- Cartelas de adesivos para identificação de horários;
- Cartelas de adesivos para identificação de quantidades;
- Receita visual.

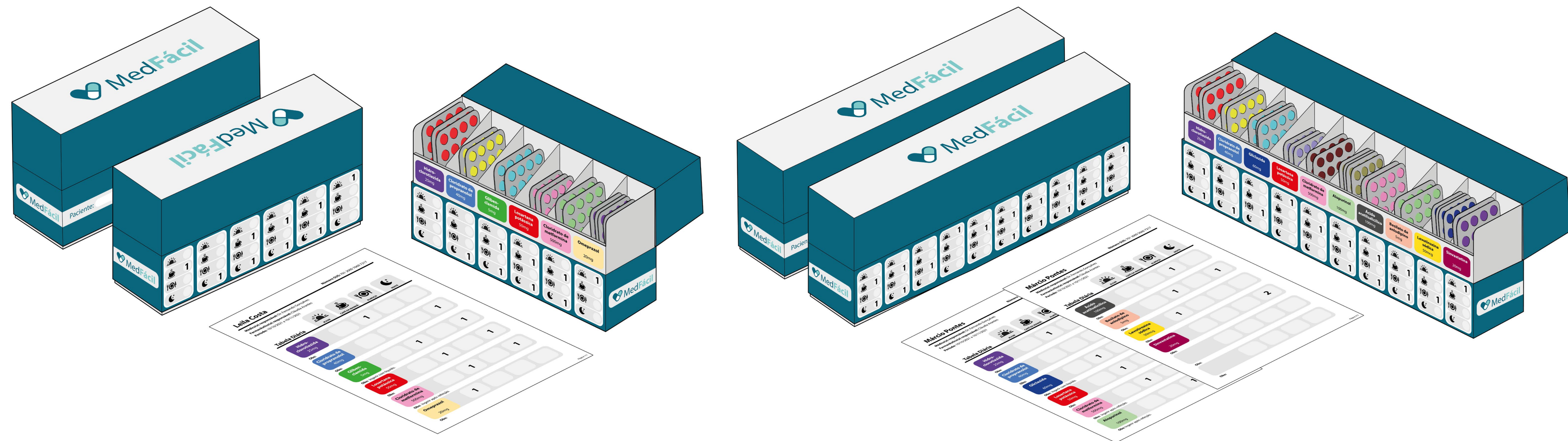
O partido primordial do projeto foi o pensamento sistêmico, levando em consideração a necessidade, as dificuldades dos usuários, o manuseio pelos farmacêuticos, os materiais e processos de produção, a aplicação em larga escala e a industrialização.



Representação da caixa menor com a respectiva receita visual.



Representação do sistema completo com todos seus componentes.



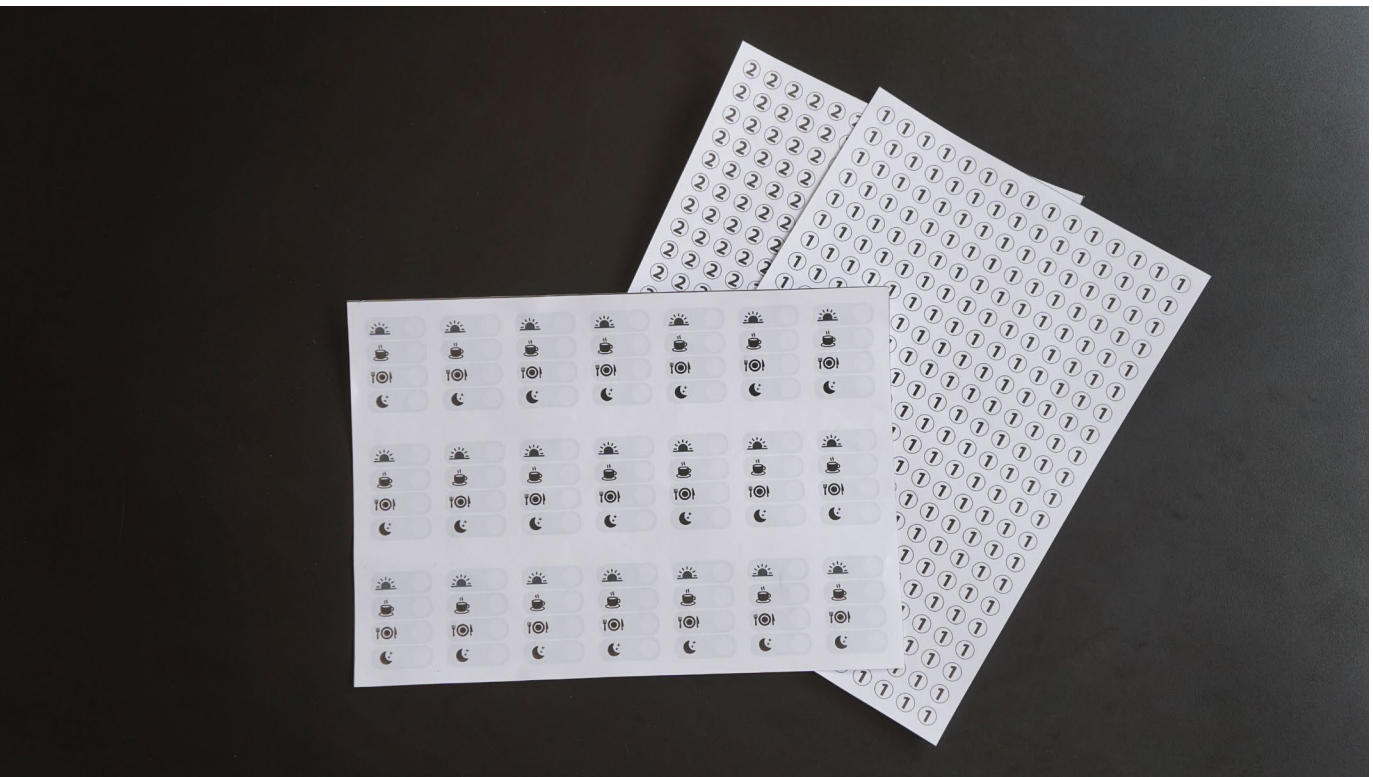
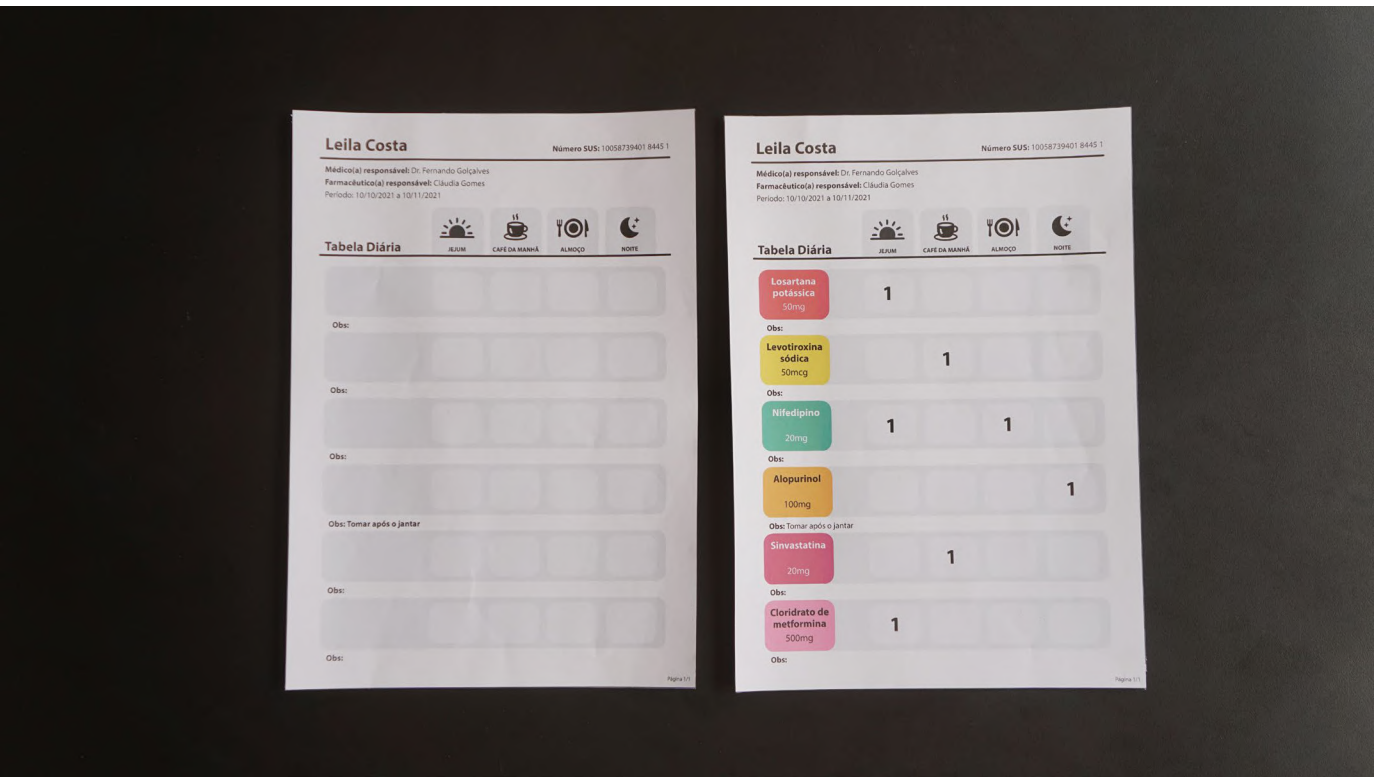
O sistema tem como peça principal uma caixa personalizável que deve ser preparada e organizada pelo farmacêutico durante a consulta com o paciente, enquanto o orienta. A escolha da montagem da embalagem durante a consulta se dá visando uma melhor orientação: acredita-se que, ao acompanhar e participar do processo de preparação de sua própria embalagem organizadora, o paciente se verá na posição de agente ativo de seu próprio tratamento, ao invés de apenas receber algo previamente preparado. Ademais, ao ser incluído neste processo de preparação, o paciente poderá absorver e compreender de maneira mais didática as orientações de uso dos medicamentos que normalmente são feitas apenas verbalmente.

As caixas são personalizáveis em questão de tamanho, quantidade de compartimentos para medicamentos, horários de tomada de medicação e indicação dos medicamentos armazenados. O sistema foi pensado de maneira que as embalagens já venham previamente coladas de fábrica, sendo necessário apenas estruturá-las, adicionar as divisórias e, em seguida, colar os adesivos. Desse modo, a produção e personalização das embalagens é uma atividade relativamente rápida, que não requer tempo para além do disponível durante uma consulta farmacêutica.

Isométricas dos dois tamanhos de embalagem com as respectivas receita visuais.



Protótipos em uso durante testagem.



Protótipos em uso durante testagem.

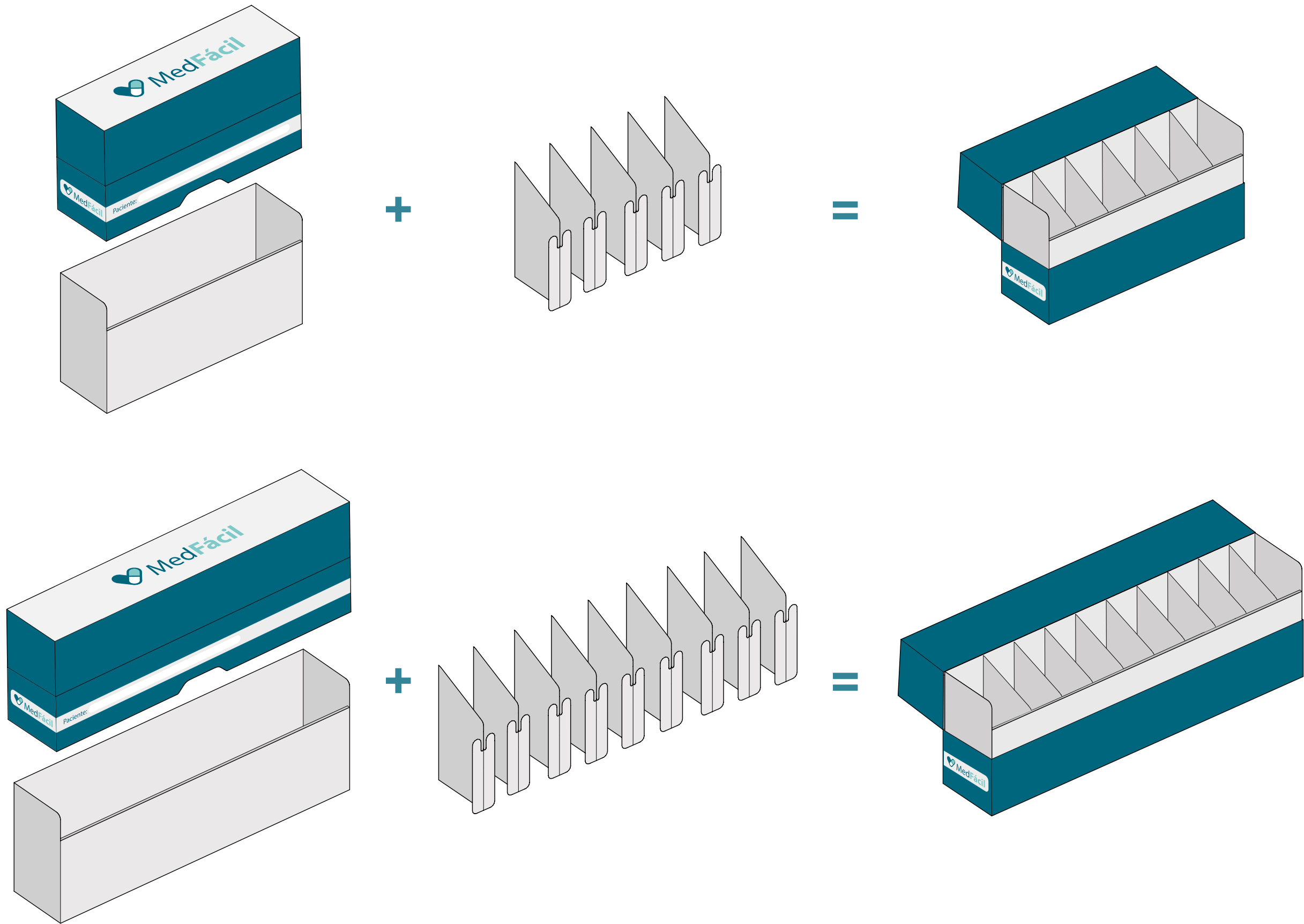
Projeto da embalagem

COMPONENTES

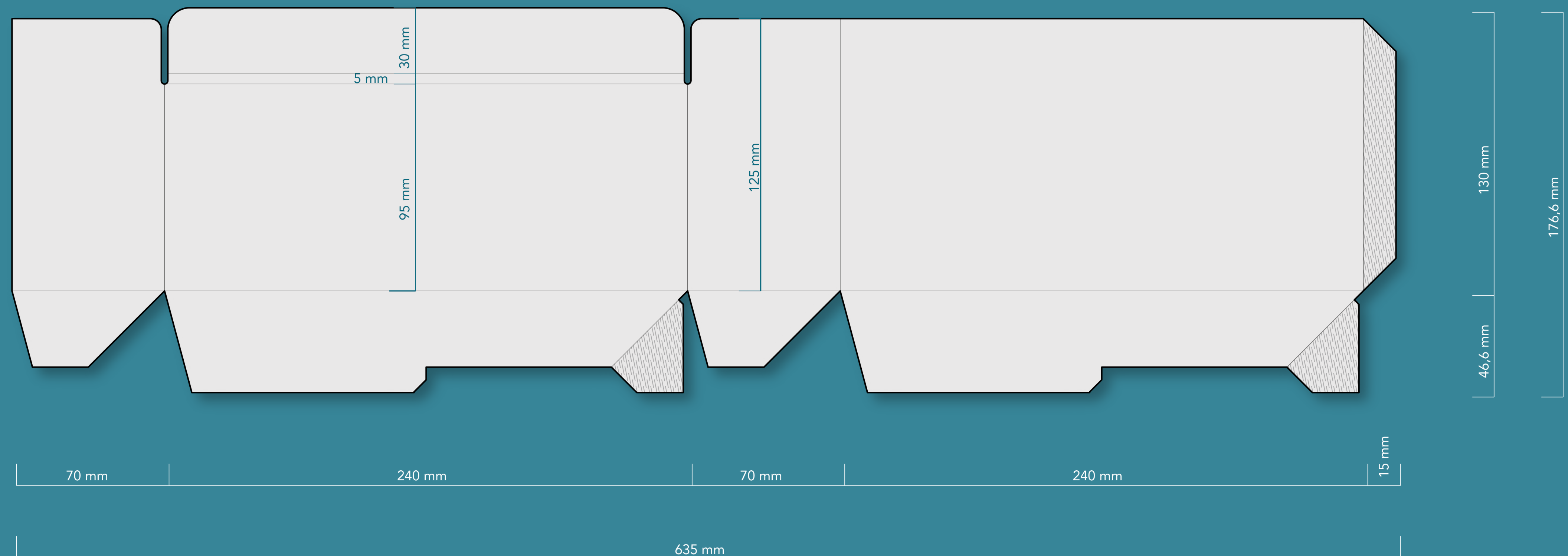
Os componentes do sistema de embalagem são duas embalagens de tamanhos diferentes com luvas e divisórias encaixáveis. As divisórias foram pensadas de maneira que podem ser adicionadas ou retiradas das caixas dependendo da necessidade do paciente para o qual a caixa será feita. Com a possibilidade de adicionar mais ou menos divisórias, os espaçamentos deixados em cada compartimento podem ser maiores ou menores.

O farmacêutico deve utilizar a quantidade de divisórias necessárias de modo a criar a quantidade de compartimentos requisitados para cada paciente: se um paciente utiliza 5 medicamentos diferentes, devem ser utilizadas 4 divisórias na embalagem menor; caso o paciente faça uso de 9 medicamentos diferentes, o farmacêutico deve se utilizar de 8 divisórias na embalagem maior para garantir o atendimento das necessidades do paciente.

Os aproveitamentos de todos os componentes do projeto de embalagem podem ser conferidos nos Anexos 5 a 9.

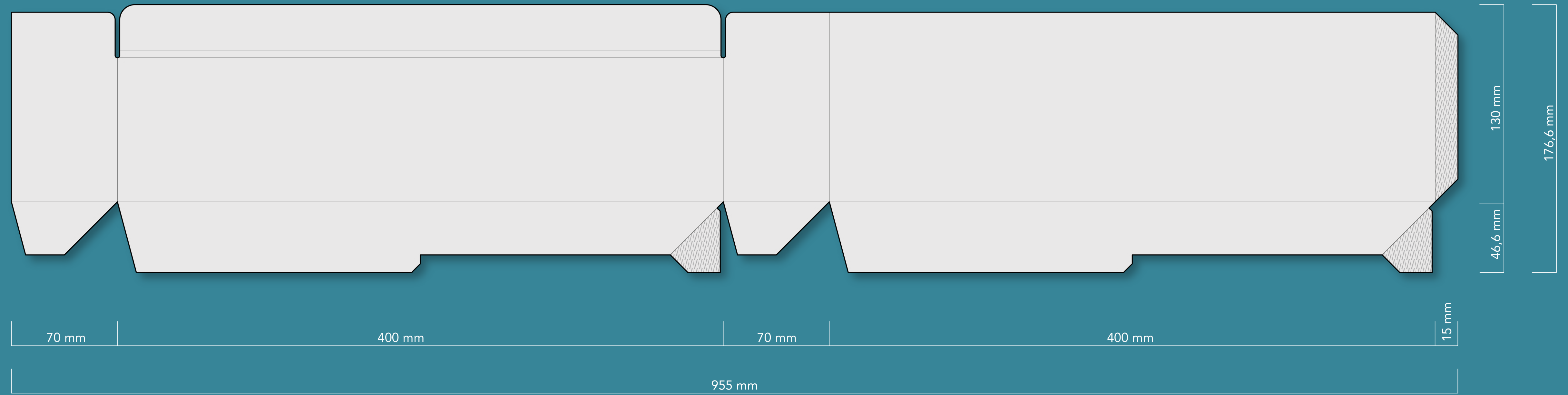


Isométricas mostrando os componentes constituintes das embalagens.

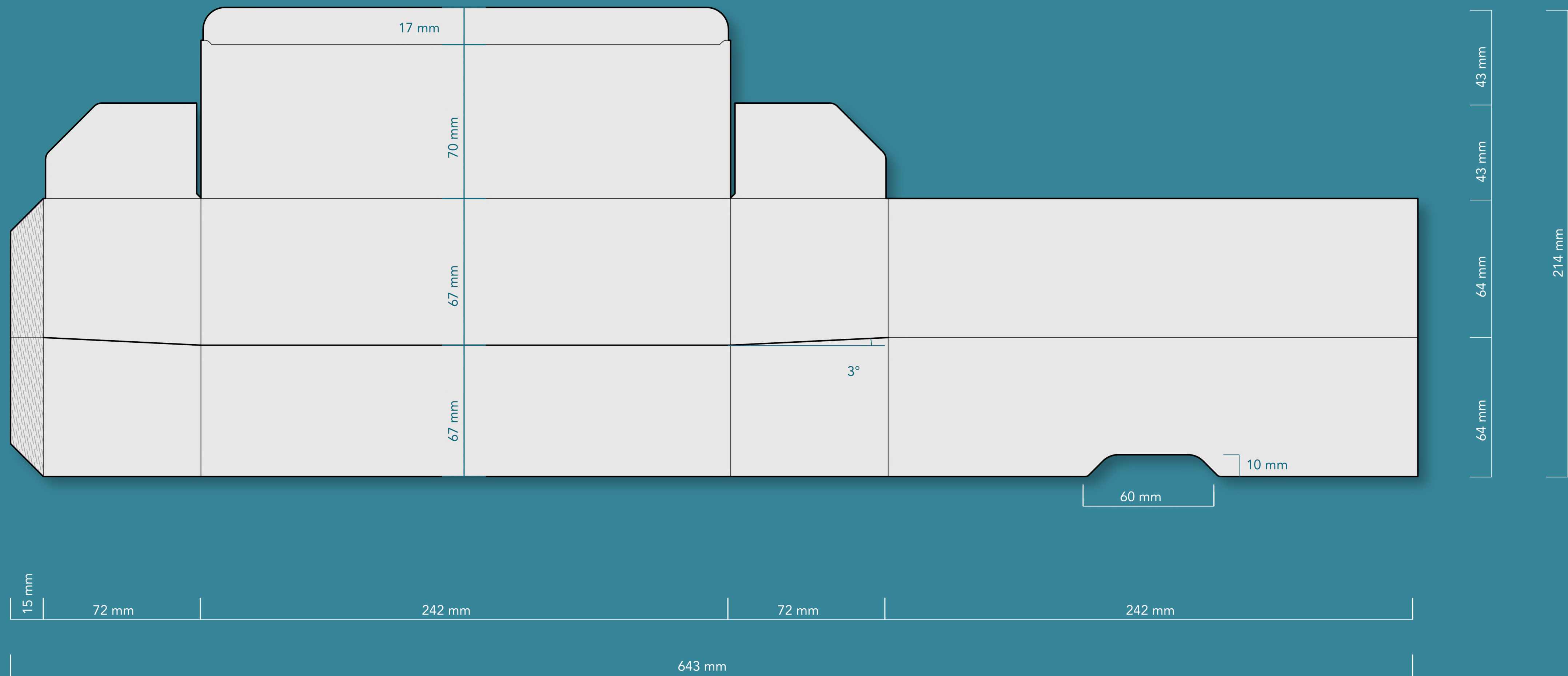


-  Aba de cola
-  Corte
-  Vinco

Dimensões da base da embalagem menor.

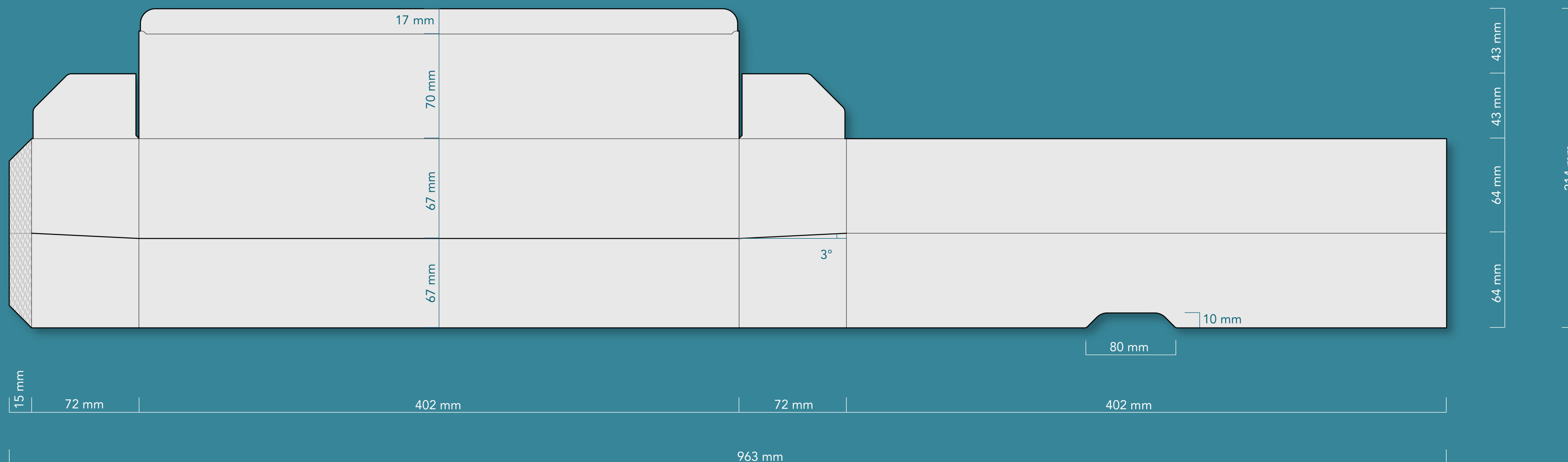


Dimensões da base da embalagem maior.

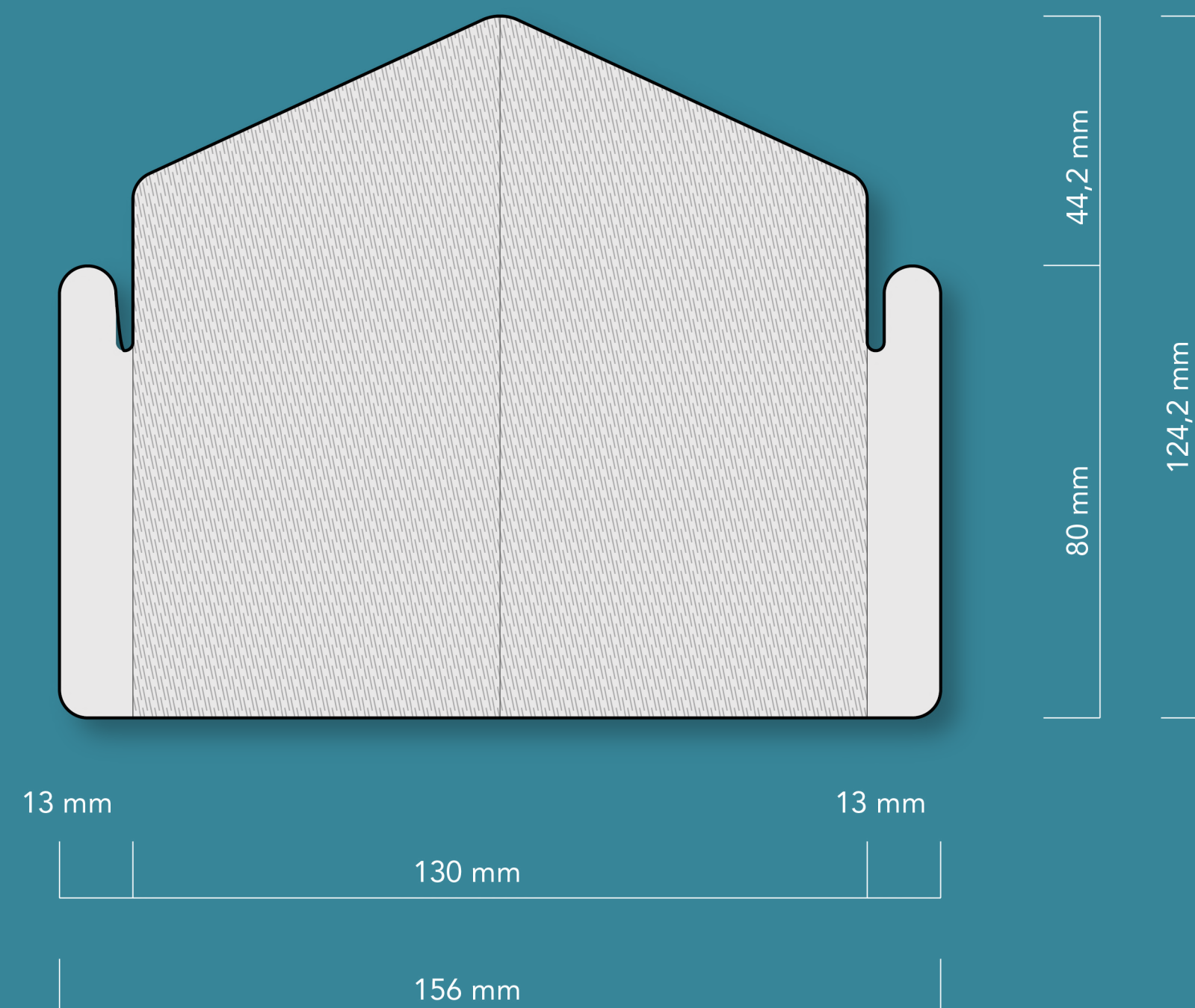


-  Aba de cola
-  Corte
-  Vinco

Dimensões da luva da embalagem menor.



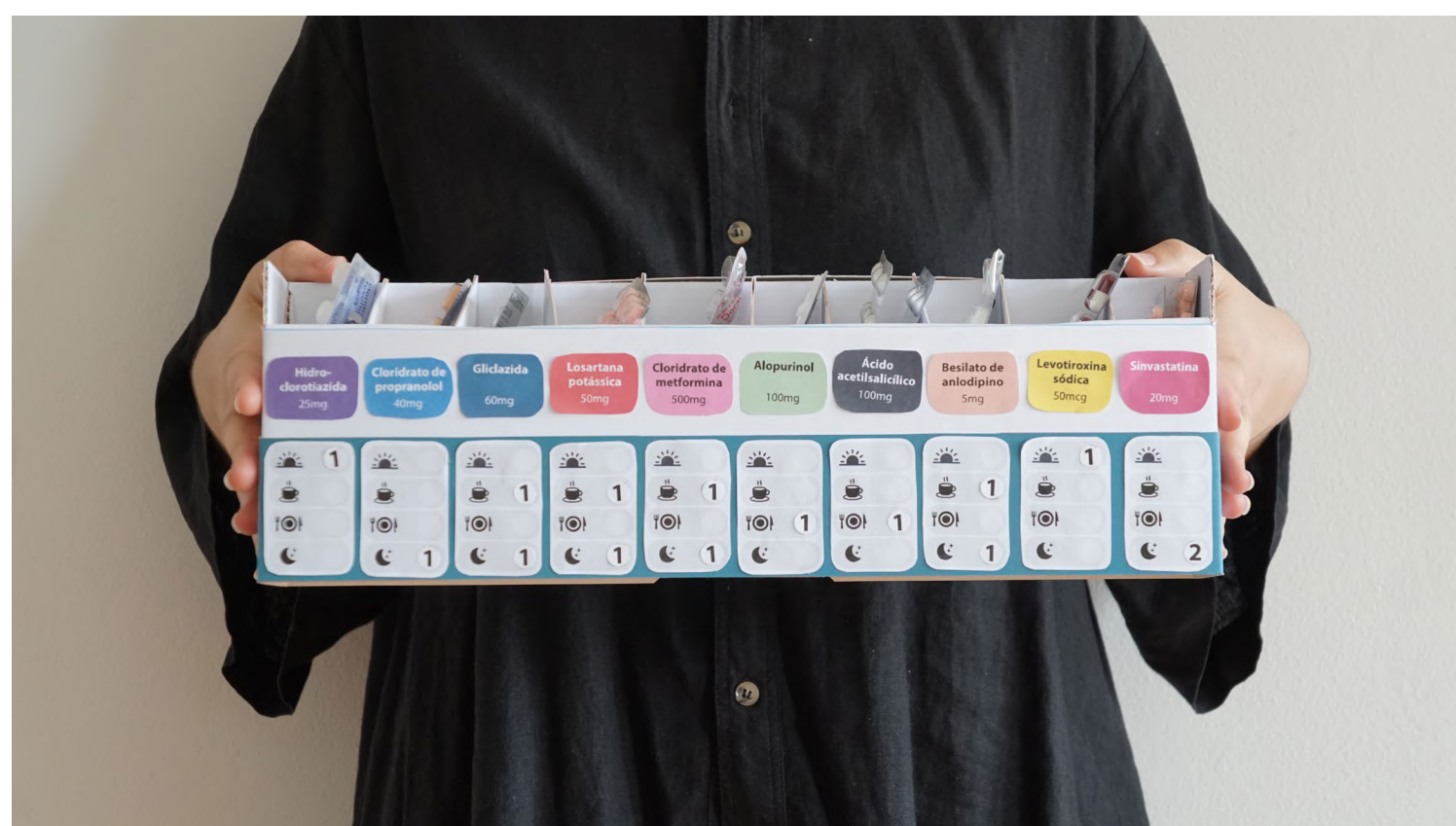
Dimensões da luva da embalagem maior.



Dimensões das divisórias.



Protótipos produzidos das duas embalagens.



Protótipos dos dois tamanhos de embalagem sendo segurados.

O projeto da caixa conta com dois tamanhos, que diferem entre si apenas no sentido do comprimento: a menor pode conter de 4 a 6 compartimentos, enquanto a maior pode ter de 7 a 10 compartimentos (tudo depende da quantidade de divisórias a ser utilizada). A modularidade linear foi pensada de modo a permitir a visualização única de todos os medicamentos a partir de um único ângulo, sem que haja confusão de qual medicamento está presente em cada compartimento.

A opção da organização da caixa por meio da separação por medicamentos e não por dias da semana ou horários – como é comumente utilizado em separadores de comprimidos – se deu principalmente pelas indicações da farmacêutica, que afirmou que esse tipo de organização (cuja separação é feita de acordo com blisters e não comprimidos) têm os melhores resultados de adesão e gera menos confusão nos pacientes. Além disso, como a grande maioria dos medicamentos utilizados em tratamentos de doenças crônicas devem ser utilizados diariamente, não haveria sentido em promover uma organização por dias da semana ou horários.

ROTEIROS DE FABRICAÇÃO

Pensando na produção industrial em larga escala deste sistema de modo que ele possa ser disponibilizado em massa nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, foram produzidos roteiros de fabricação para as embalagens, já que estes são os componentes mais complexos do conjunto. Ambas as embalagens têm seu interior de microondulado com laminação em papel cartão 250g. Após esta etapa, deve ser feita outra laminação, desta vez em BOPP³⁷. Então, esses componentes devem passar pela máquina de corte e vinco automática, onde são processados 5 por vez no caso do aproveitamento da embalagem menor e 4 no caso da embalagem maior. A seguir, devem ser coladas as abas de cola tanto nos fechamentos laterais, quanto nos fundos automáticos.

As luvas têm como material o papel cartão 350g, que deve ter a arte do projeto impressa em impressora offset. Em seguida, deve seguir para a máquina de corte e vinco automático e logo após ter as abas de cola coladas. Nesse processo, são processados 4 produtos por vez de acordo com os aproveitamentos de ambas as embalagens. Por fim, as divisórias de cartão – que são as mesmas para os dois tamanhos de caixas – devem ser produzidas em papel cartão 350g: primeiro deve ser realizada a laminação BOPP fosca, e em seguida, o processamento pela máquina de corte e vinco automática (serão 25 produtos por vez), finalizando com a colagem.

EMBALAGEM MENOR

Base de Microondulado

- Dimensões do papel: 66 x 96 cm
- Material: Papel cartão 250g laminado no papelão microondulado de forro branco, com as ondas no sentido menor.
- Roteiro de produção:
 1. Laminação das ondas no papel cartão;
 2. Laminação BOPP fosca;
 3. Corte e vinco automática (5 produtos por vez);
 4. Colagem do fechamento lateral;
 5. Colagem do fundo automático.

Luva de cartão

- Dimensões do papel: 66x96 cm
- Material: Papel cartão 350g
- Roteiro de produção:
 1. Impressão offset (4 produtos por vez);
 2. Laminação BOPP fosca;
 3. Corte e vinco automática (4 produtos por vez);
 4. Colagem do fechamento lateral.

Divisórias de cartão

- Dimensões do papel: 66 x 96 cm
- Material: Papel cartão 350g
- Roteiro de produção:
 1. Laminação BOPP fosca;
 2. Corte e vinco automática (25 produtos por vez);
 3. Colagem.

Após a produção de cada componente, eles deverão ser planificados e enviados em caixas separadas para cada UBS, facilitando a montagem realizada pelos farmacêuticos para cada paciente.

Roteiros de fabricação dos componentes das duas embalagens: bases, luvas e divisórias.

EMBALAGEM MAIOR

Base de Microondulado

- Dimensões do papel: 77x113 cm
- Material: Papel cartão 250g laminado no papelão microondulado de forro branco, com as ondas no sentido menor.
- Roteiro de produção:
 1. Laminação das ondas no papel cartão;
 2. Laminação BOPP fosca;
 3. Corte e vinco automática (4 produtos por vez);
 4. Colagem do fechamento lateral;
 5. Colagem do fundo automático.

Luva de cartão

- Dimensões do papel: 77x113 cm
- Material: Papel cartão 350g
- Roteiro de produção:
 1. Impressão offset (4 produtos por vez);
 2. Laminação BOPP fosca;
 3. Corte e vinco automática (4 produtos por vez);
 4. Colagem do fechamento lateral.

Divisórias de cartão

- Dimensões do papel: 66 x 96 cm
- Material: Papel cartão 350g
- Roteiro de produção:
 1. Laminação BOPP fosca;
 2. Corte e vinco automática (25 produtos por vez);
 3. Colagem.

Após a produção de cada componente, eles deverão ser planificados e enviados em caixas separadas para cada UBS, facilitando a montagem realizada pelos farmacêuticos para cada paciente.

³⁷ A laminação BOPP fosca foi selecionada para ser utilizada em todos os componentes do sistema de modo a garantir maior resistência e durabilidade do produto devido ao transporte casa-UBS e ao manuseio diário.

Projeto Gráfico

SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS

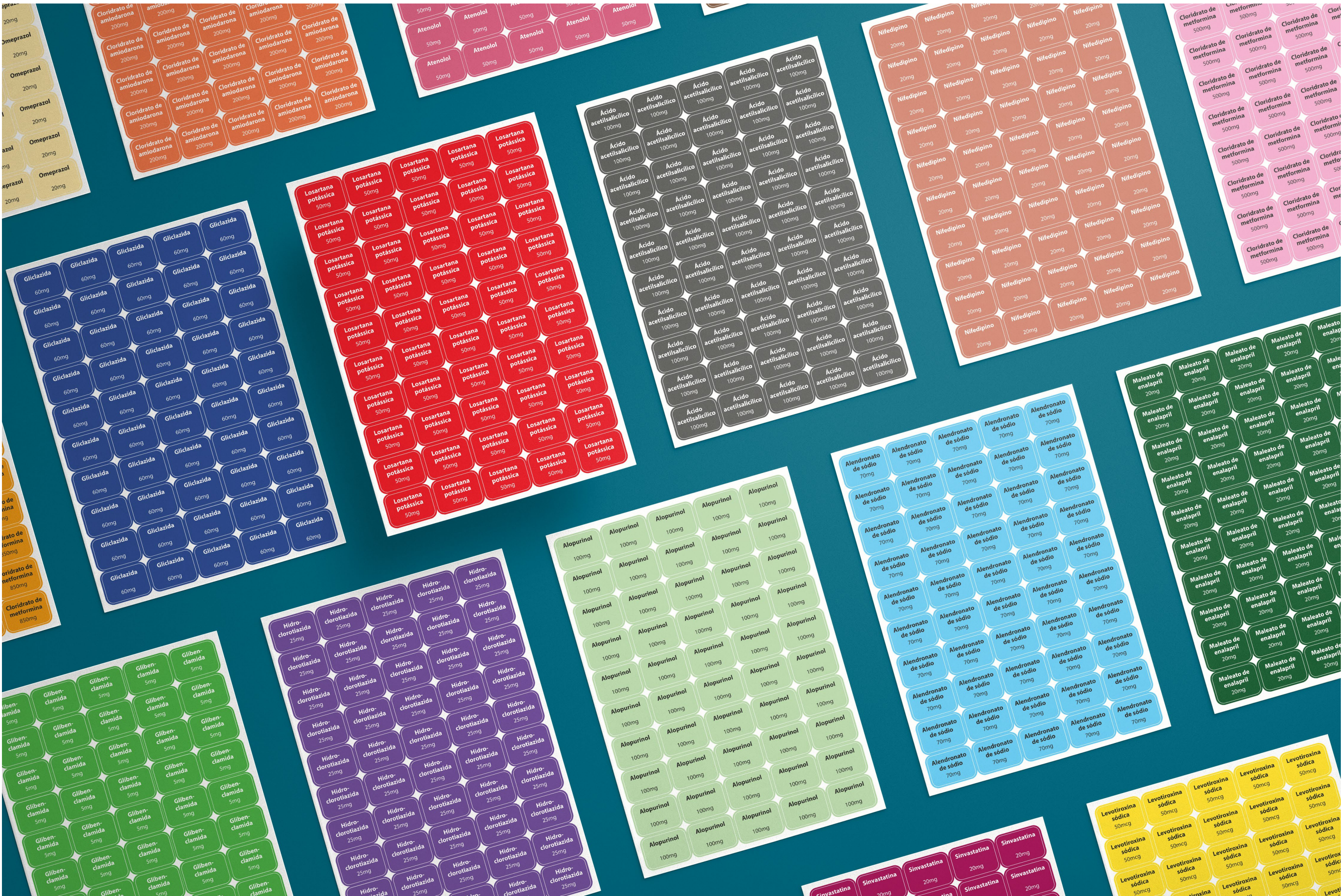
Dada a grande variedade de medicamentos existentes e dispensados na farmácia da Unidade Básica de Saúde Vila Ramos, foi realizado um recorte de medicamentos a serem trabalhados no projeto. Essa escolha se deu a partir dos dados obtidos durante as conversas com médicos e com a farmacêutica, além dos dados obtidos durante o levantamento bibliográfico. Foi levado em conta principalmente quais eram os medicamentos mais usuais no tratamento de pacientes com doenças crônicas, e também quais tinham a maior saída na farmácia da Unidade.

A partir disso, foram selecionados e analisados 24 medicamentos para o sistema de identificação. Desde os primeiros estudos, foi perceptível a necessidade de identificá-los de maneira clara e visual, já que, durante as consultas farmacêuticas, notou-se a grande confusão dos pacientes ao tentar identificar os diferentes medicamentos que faziam parte de seus tratamentos. Ao invés de utilizar os nomes ou marcas dos medicamentos – que podem variar –, optou-se por trazer os princípios ativos e as dosagens aos títulos de identificação. Além disso, uma seleção de cores foi utilizada para auxiliar nessa diferenciação.

RECORTE DE MEDICAMENTOS TRABALHADOS

- Ácido acetilsalicílico 100mg - Anticoagulante
- Alendronato de sódio 70mg - Osteoporose
- Alopurinol 100mg - Gota
- Atenolol 50mg - Pressão alta
- Besilato de anlodipino 5mg - Pressão alta
- Captopril 25mg - Pressão alta
- Carvedilol 12,5mg - Pressão alta
- Cloridrato de amiodarona 200mg - Problemas cardiovasculares
- Cloridrato de metformina 500mg - Diabetes
- Cloridrato de metformina 850mg - Diabetes
- Cloridrato de propranolol 40mg - Pressão alta
- Dinitrato de isossorbida 5mg - Pressão alta
- Espironolactona 25mg - Pressão alta
- Furosemida 40mg - Pressão alta
- Glibenclamida 5mg - Diabetes
- Gliclazida 60mg - Diabetes
- Hidroclorotiazida 25mg - Pressão alta
- Levotiroxina sódica 50mcg - Hipotireoidismo
- Losartana potássica 50mg - Pressão alta
- Maleato de enalapril 5mg - Pressão alta
- Maleato de enalapril 20mg - Pressão alta
- Nifedipino 20mg - Pressão alta
- Omeprazol 20mg - Gastrite
- Sinvastatina 20mg - Colesterol alto

Lista dos 24 medicamentos selecionados para serem trabalhados no projeto.



Layout final das cartelas de adesivos de identificação de medicamentos.

Após diversos testes, escolheu-se a família Myriad Pro, por se tratar de uma tipografia dinâmica, com possibilidade de aplicação em todos os componentes do projeto e, principalmente, por ser uma família tipográfica open source. Definida a fonte, a próxima etapa consistiu na definição do sistema cromático que auxiliaria na diferenciação entre medicamentos. Pensando na dificuldade de percepção e diferenciação de cores frias - principalmente verdes e azuis - por pessoas idosas, foram priorizadas cores quentes.

A definição das cores para cada um dos medicamentos foi pensada de maneira que os medicamentos mais comumente prescritos associadamente não tivessem cores semelhantes³⁸. Ademais, para um mesmo medicamento que tem duas dosagens diferentes, como é o caso do Cloridrato de Metformina 500 e 800mg, por exemplo, foram escolhidas cores distintas entre si para evitar confusões no momento da preparação das caixas e receitas pelo farmacêutico.

Em alguns casos, não foi possível manter esses nomes em uma linha única, sendo necessário o uso da hifenização para registrar os medicamentos. Isso porque prezou-se por manter todos os nomes com o mesmo corpo de fonte (15pt) de acordo com a limitação imposta pela dimensão disponível para os adesivos (definida a partir da largura dos compartimentos nas embalagens),

Os aproveitamentos das cartelas de adesivos de identificação de medicamentos podem ser conferidos no Anexo 10.

Myriad Pro Regular
ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
0123456789

Myriad Pro Italic
ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
0123456789

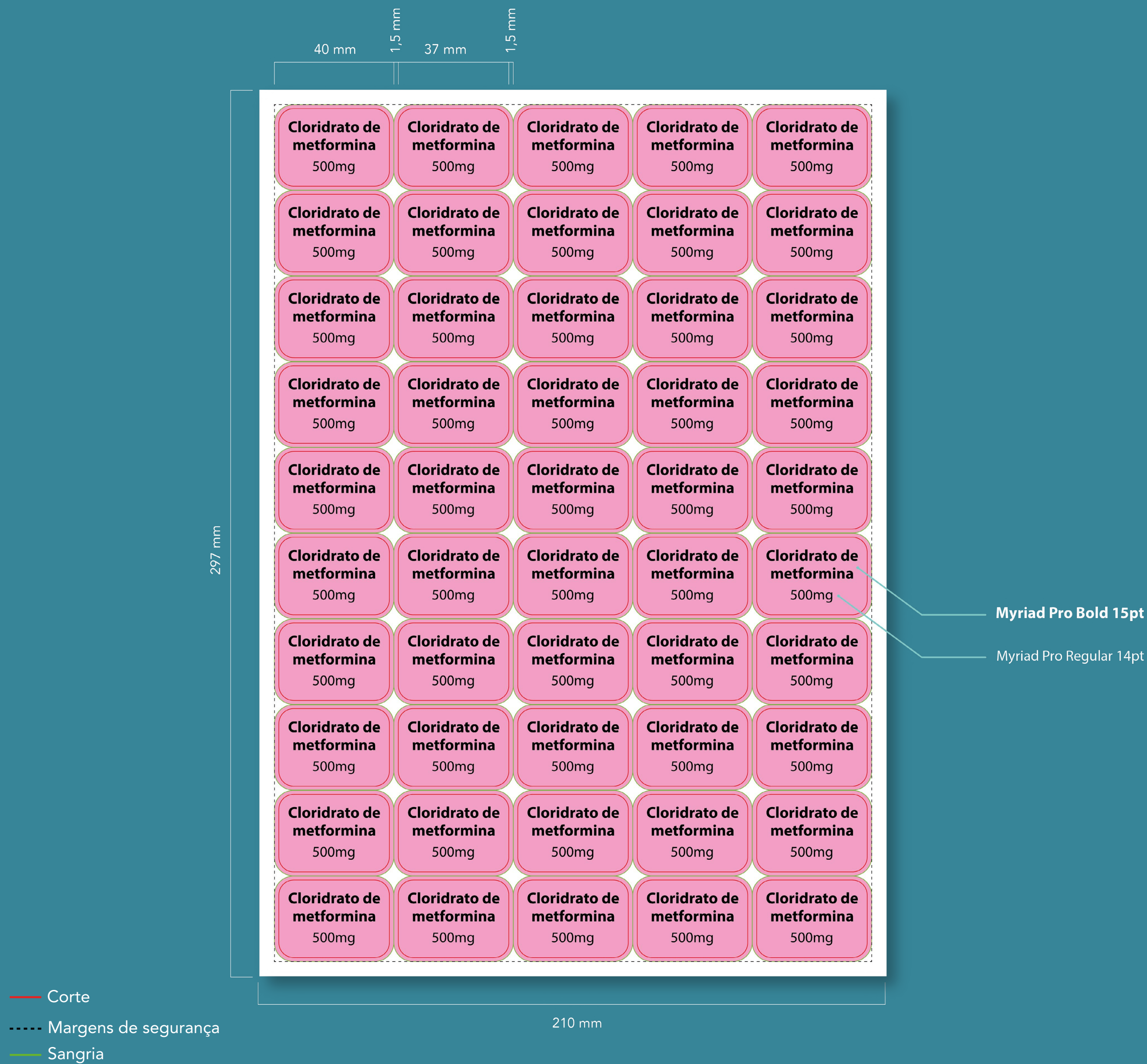
Myriad Pro Semibold
ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
0123456789

Myriad Pro Bold
ABCDEFGHIJKLMNOPQRSTUVWXYZ
abcdefghijklmnopqrstuvwxyz
0123456789

Besilato de anlodipino 5mg	Nifedipino 20mg	Cloridrato de propranolol 40mg	Maleato de enalapril 20mg	Sinvastatina 20mg	Losartana potássica 50mg
Gliclazida 60mg	Ácido acetilsalicílico 100mg	Captopril 25mg	Hidro-clorotiazida 25mg	Furosemida 40mg	Cloridrato de amiodarona 200mg
Carvedilol 12,5mg	Dinitrato de isossorbida 5mg	Atenolol 50mg	Levotiroxina sódica 50mcg	Maleato de enalapril 5mg	Cloridrato de metformina 850mg
Espiro-nolactona 25mg	Omeprazol 20mg	Alopurinol 100mg	Cloridrato de metformina 500mg	Alendronato de sódio 70mg	Gliben-clamida 5mg

Layout final dos adesivos de identificação de medicamentos.

³⁸ Para implementação do projeto, seria necessário fazer uma revisão das cores selecionadas por meio de testes de cor de alta qualidade, além da testagem com usuários.



Diagramação e aproveitamento das cartelas de adesivo de identificação de medicamentos.

SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DE HORÁRIOS

Como constatado durante a pesquisa bibliográfica e confirmado durante a pesquisa de campo, quanto mais numerosos forem os momentos de tomada de medicação que um paciente tiver em um dia, menores serão as chances de que ele tenha uma adesão terapêutica satisfatória.

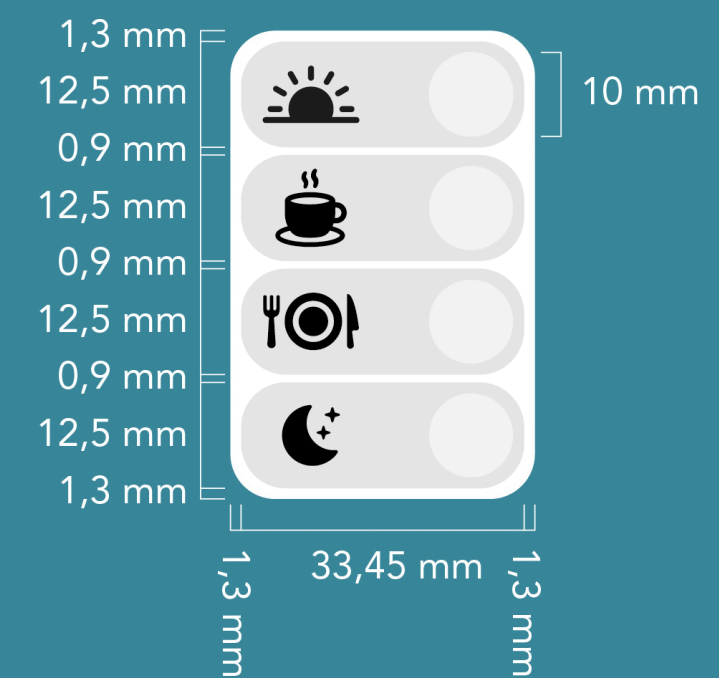
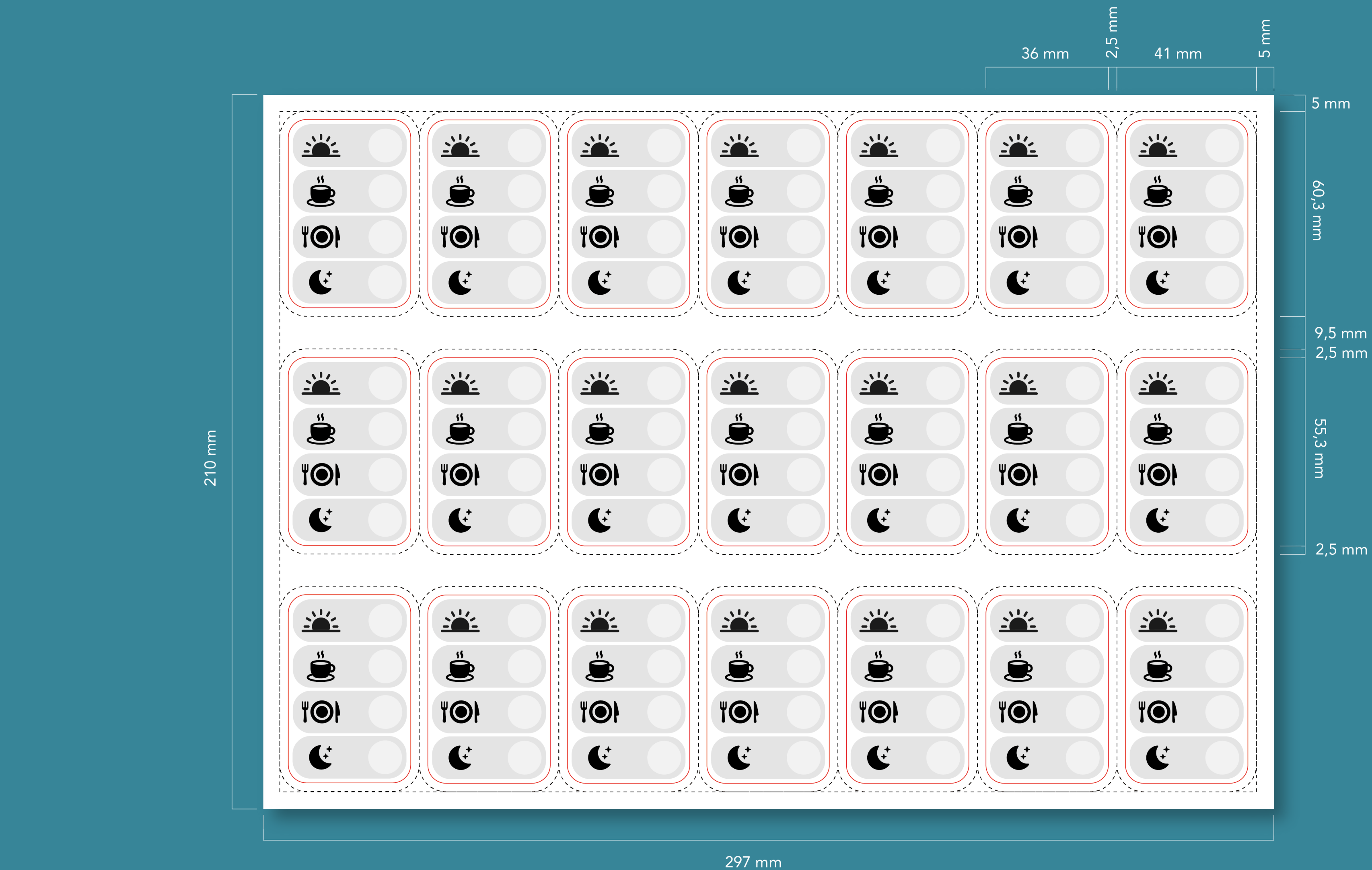
Com isso em mente e com as informações passadas pela farmacêutica Cláudia durante nossas conversas, foram delimitados quatro momentos principais do dia para uso no projeto como os momentos de tomada de medicação: jejum, café da manhã, almoço e noite.

Sendo assim, foram projetados adesivos de formato retangular que delimitam esses quatro momentos ou horários principais para a ingestão dos medicamentos. Para a representação de cada deles, foram desenhados ícones como um sol nascendo para o jejum, uma xícara de café para o café da manhã, talheres e prato para o almoço e a lua para o período da noite ou jantar. Do lado esquerdo do adesivo estão estes ícones descritos, enquanto do lado direito encontram-se círculos cinzas indicando onde devem ser colados os adesivos que identificam a quantidade de comprimidos que devem ser tomados naquele determinado momento.

O aproveitamento da cartela de adesivos de identificação de horários pode ser conferida no Anexo 11.



Layout final das cartelas de adesivos de identificação dos horários e detalhe dos ícones utilizados.



— Corte

----- Margens de segurança

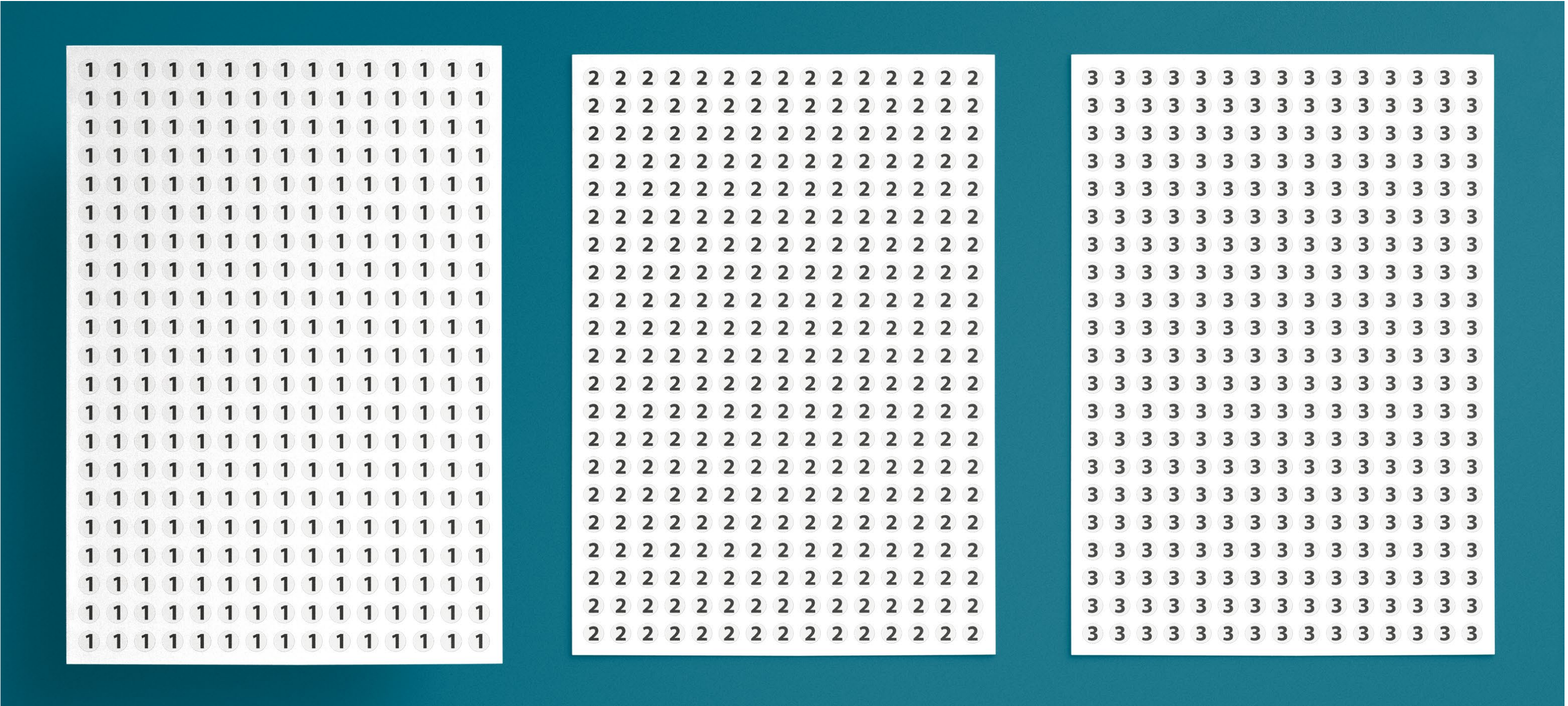
Diagramação e aproveitamento das cartelas de adesivos de identificação dos horários.

SISTEMA DE IDENTIFICAÇÃO DE QUANTIDADES

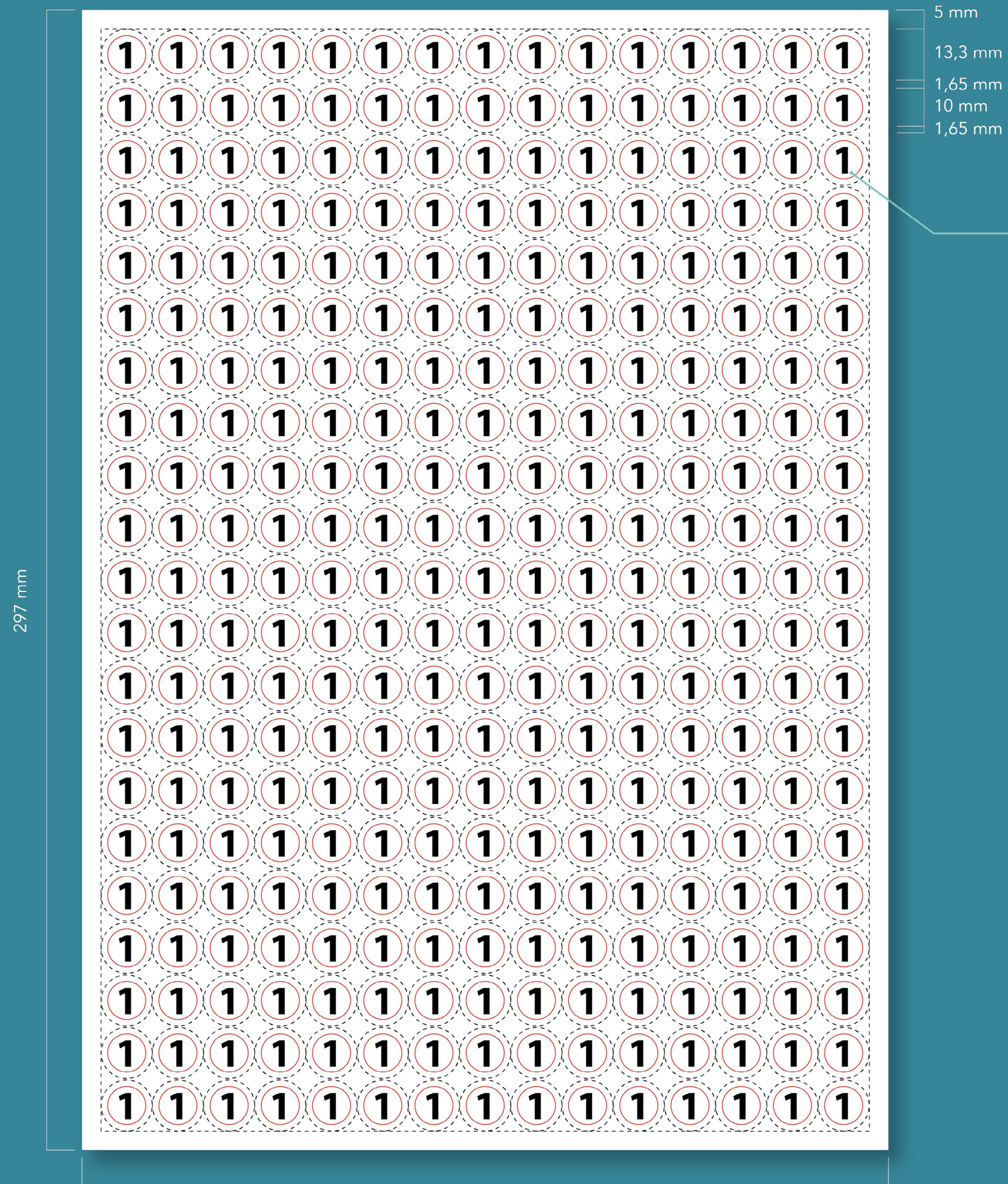
Para especificar a quantidade de comprimidos a ser ingerida pelo paciente em determinado momento do dia, foram projetadas três cartelas de adesivos com os números 1, 2 e 3. Prezou-se pelo tamanho grande desses números (30pt), já que precisam ser facilmente visualizados quando se olha o cronograma da caixa como um todo. Esses adesivos têm

formato circular e fundo transparente, pois devem ser colados em cima do adesivo de identificação de horários, alinhados ao círculo cinza que delimita sua localização.

Os aproveitamentos das cartelas de adesivos de identificação de quantidades podem ser conferidas no Anexo 12.



Layout final das cartelas de adesivos de identificação das quantidades de comprimidos.



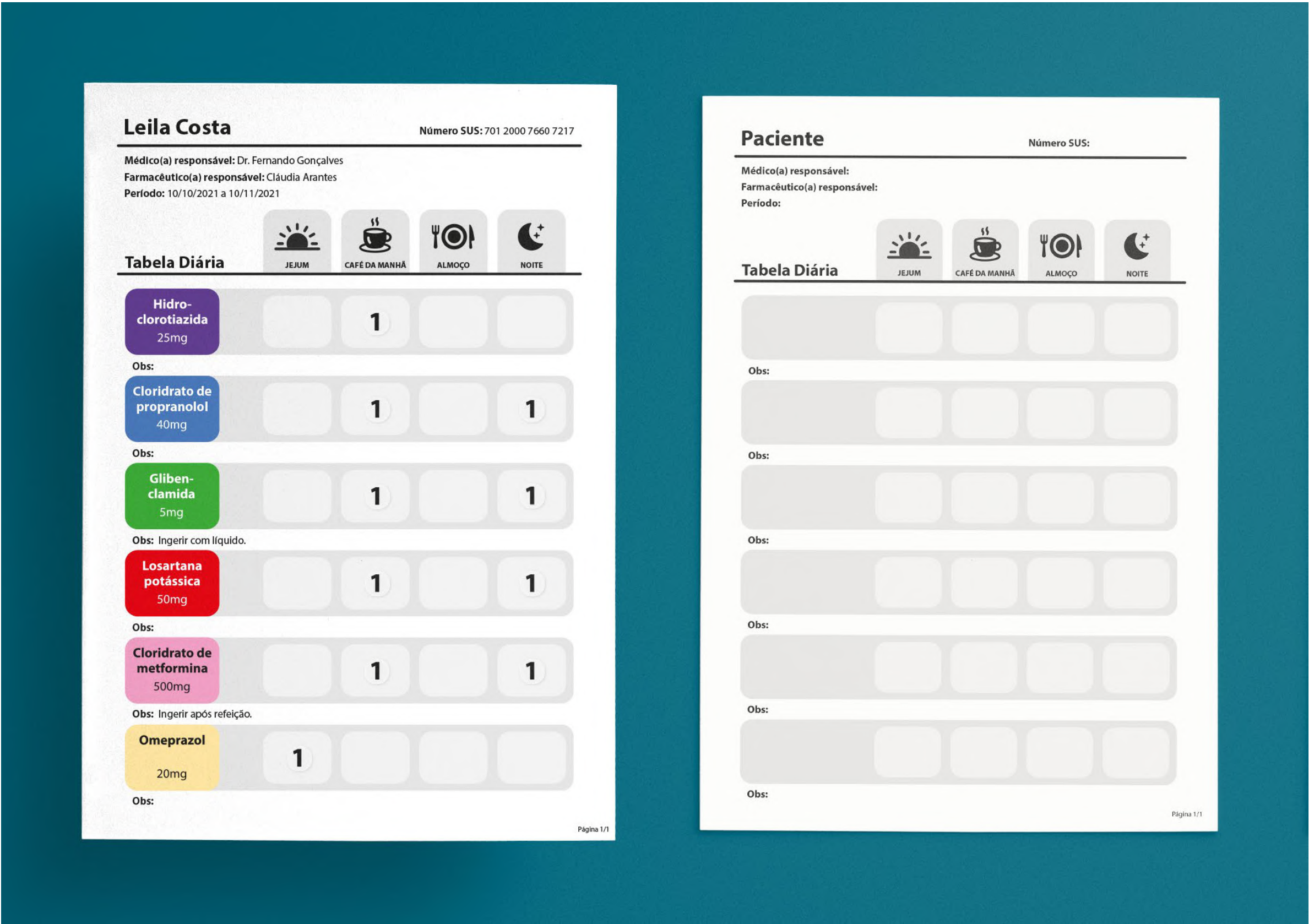
Myriad Pro Bold 30pt

RECEITA VISUAL

A receita visual foi concebida após levantamento de problemáticas nas entrevistas, e levou em conta a questão de que a receita médica convencional é produzida em formato de tópicos e listas, tratando cada medicamento individualmente, quando na verdade poderia pensar no tratamento do paciente como um todo, definido por tomadas de ação diversas ao longo de um dia. Por conta disso, a proposta de receita traz elementos visuais de maneira a deixar a tomada de decisão diária mais objetiva e clara, por meio da utilização de uma tabela com os horários para tomada de medicação e quantidades que devem ser ingeridas.

Trata-se do único componente do sistema que não vem pronto de fábrica: a receita é um template virtual no qual devem ser preenchidas as informações do paciente, como nome, número SUS e possíveis observações de algum medicamento em específico. Após impressa a receita visual – uma única folha para pacientes que utilizam até 6 medicamentos e duas folhas grampeadas para pacientes que utilizam mais de 6 –, o farmacêutico deve colar os mesmos adesivos utilizados na caixa para identificação de medicamentos e de quantidade de comprimidos na receita.

Essa receita nada mais é do que uma repetição do que já está na embalagem organizadora, mas visualizou-se nessa repetição de conceito uma possibilidade de contribuir à memorização do paciente. Além disso, a receita pode ser exposta em casa – como por exemplo, em um mural ou na porta da geladeira –, podendo



ser conferida sempre que necessário. Com relação ao transporte, ela ainda pode ser inserida dentro da luva, ao lado da parte interna da caixa, garantindo que não seja amassada ou perdida no trajeto entre a UBS e a casa.

O template da receita visual pode ser conferido no Anexo 13.

Layout final da receita visual: à esquerda, uma receita preenchida já com os adesivos; à direita, o template que deve ser utilizado pelo farmacêutico.

Márcio Pontes

Número SUS: 701 3000 7660 7217

Médico(a) responsável: Dr. Fernando Gonçalves
Farmacêutico(a) responsável: Cláudia Arantes
Período: 10/10/2021 a 10/11/2021

Tabela Diária

 JEJUM	 CAFÉ DA MANHÃ	 ALMOÇO	 NOITE
---	---	--	---

Hidro-clorotiazida 25mg		1		
Obs:				
Cloridrato de propranolol 40mg		1		1
Obs:				
Gliclazida 60mg		1		1
Obs: Ingerir com líquido.				
Losartana potássica 50mg		1		1
Obs:				
Cloridrato de metformina 500mg		1		1
Obs: Ingerir após refeição.				
Alopurinol 100mg	1		1	
Obs: Ingerir após refeição.				

Márcio Pontes

Número SUS: 701 5000 7660 7217

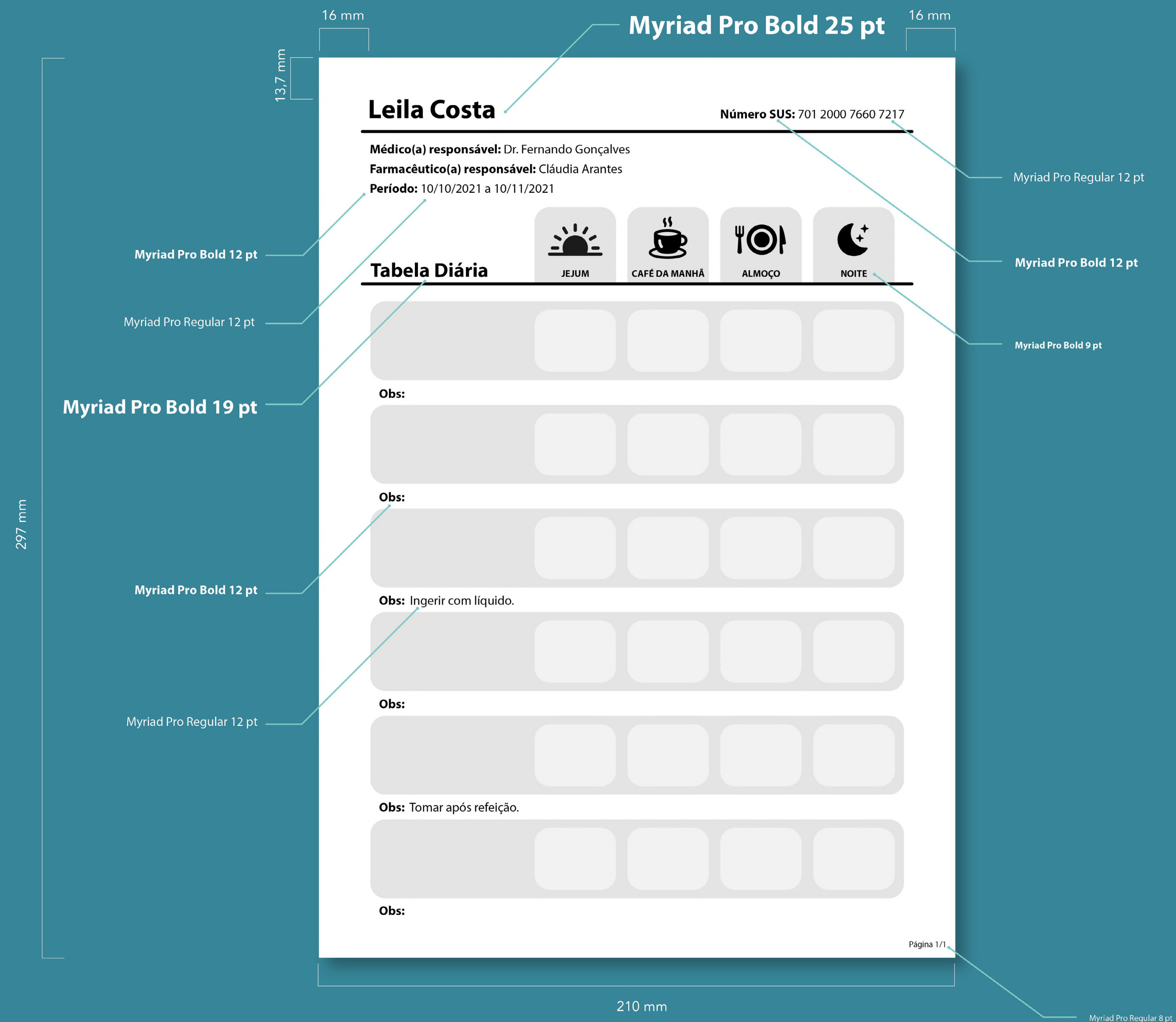
Médico(a) responsável: Dr. Fernando Gonçalves
Farmacêutico(a) responsável: Cláudia Arantes
Período: 10/10/2021 a 10/11/2021

Tabela Diária

 JEJUM	 CAFÉ DA MANHÃ	 ALMOÇO	 NOITE
---	---	--	---

Ácido acetilsalicílico 100mg			1	
Obs:				
Besilato de anlodipino 5mg		1		1
Obs:				
Levotiroxina sódica 50mcg	1			
Obs:				
Sinvastatina 20mg				2
Obs:				
Obs:				
Obs:				

Receita visual de um paciente que precisa de duas páginas impressas por conta da quantidade de medicamentos utilizados.

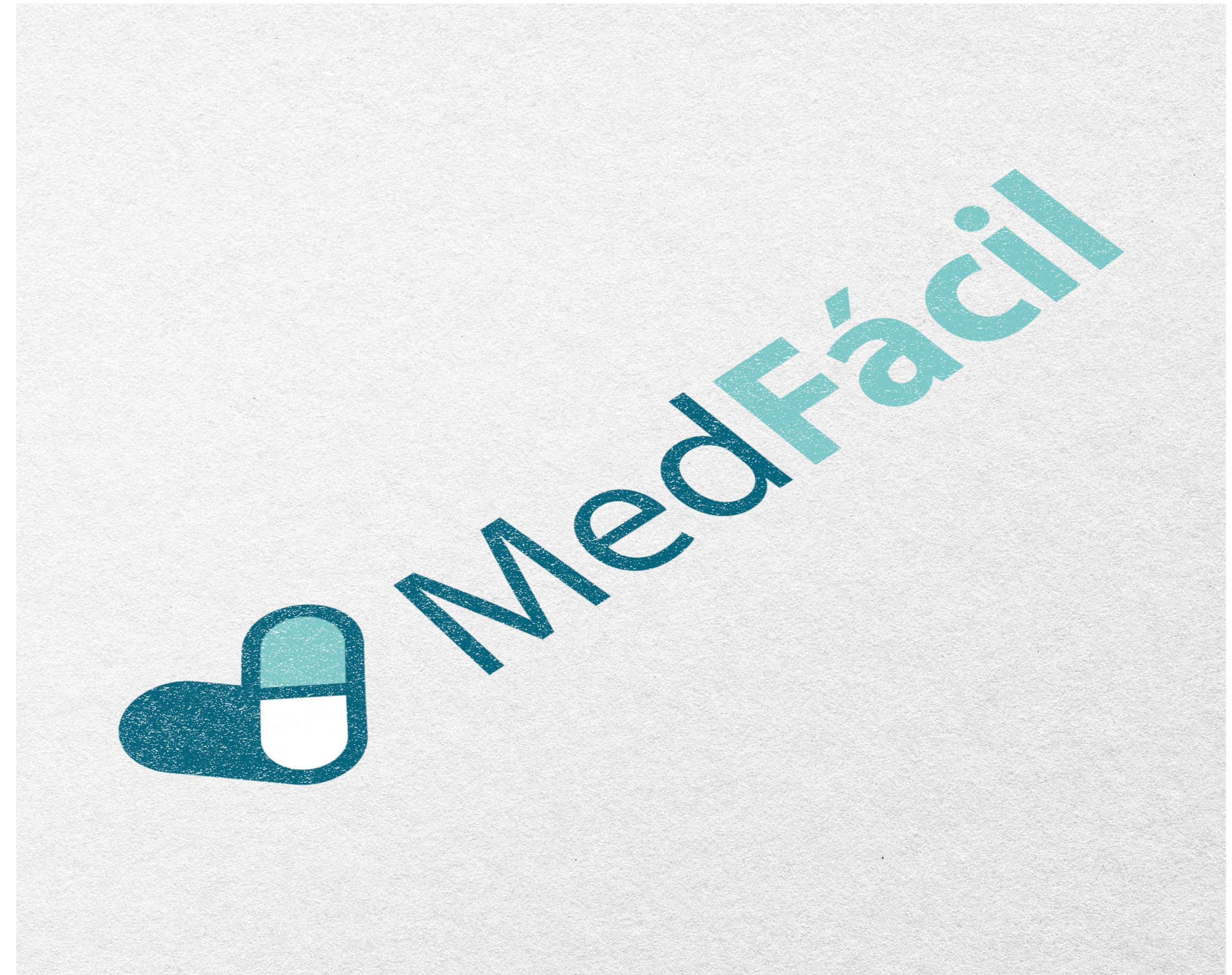


Identidade visual do projeto

O logotipo desenvolvido para o projeto consiste no símbolo e na tipografia. A escolha tipográfica se baseou na escolha da mesma família tipográfica já usada para o restante dos outros itens gráficos do projeto: Myriad Pro.

Para o símbolo, a inspiração veio logo durante os primeiros ensaios do projeto de embalagem: ao se observar o perfil da caixa e da luva quando estas estão expostas em uma mesa, percebeu-se a similaridade com um coração. O uso do coração, para além dessa coincidência com o formato da caixa, também vem para representar a medicina humanizada, como tanto foi conversado durante entrevistas e demais conversas na etapa de pesquisa de campo. Essa escolha do logotipo foi o passo inicial para todas as decisões que se seguiram na identidade visual do projeto.

Utilizando uma paleta de cores recorrentemente utilizada no setor da saúde (uma vez que os tons de azul transmitem a sensação de segurança, vitalidade e força) e mesclando o formato do coração advindo da embalagem com uma pílula, criou-se o logo do projeto. O nome foi resultado de uma extensa lista de possibilidades, que deviam unir de alguma maneira a ideia de medicina, medicamentos ou remédio com o conceito de organização. Foram levantados nomes como OrdenaMed, MedFácil, OrganizaMed, SimpliMed,



Aplicação do logo do projeto.

DecifraMed, MedSimples, MedCaixa, entre outros. Por fim, MedFácil foi selecionado, diante da simplicidade presente em sua pronúncia, além de remeter às ideias de medicamento e garantia de facilidade.

A partir da definição do logo e da paleta de cores, foi pensado o projeto gráfico da luva da embalagem, único componente do produto, para além dos adesivos, que conta com algum tipo de arte impressa. A arte da luva conta com poucos detalhes, conferindo discrição ao paciente, que assim pode manter sua condição privada. O nome dos medicamentos só é acessado quando a embalagem está aberta, e a única informação visível quando ela está fechada é a identificação de horários, o logo do projeto e o nome do paciente no verso, com o objetivo de diferenciar duas caixas caso pessoas que morem juntas utilizem o mesmo sistema. A colocação do logo na luva foi feita de maneira estratégica para que, quando a caixa estivesse exposta, o logo não ficasse invertido.

Para além da escolha da arte em prol da privacidade do paciente, a cor azul petróleo foi escolhida para ser aplicada na luva como um todo por agir como uma aliada contra o desgaste da embalagem: ao optar por uma cor escura nessa cobertura, sujeiras e marcas de uso não ficarão tão visíveis. Por fim, todos os componentes da identidade visual do sistema, levando em conta também os adesivos e a receita visual, contam com cantos arredondados, evocando um visual suave, sem complexidades ou ângulos retos.

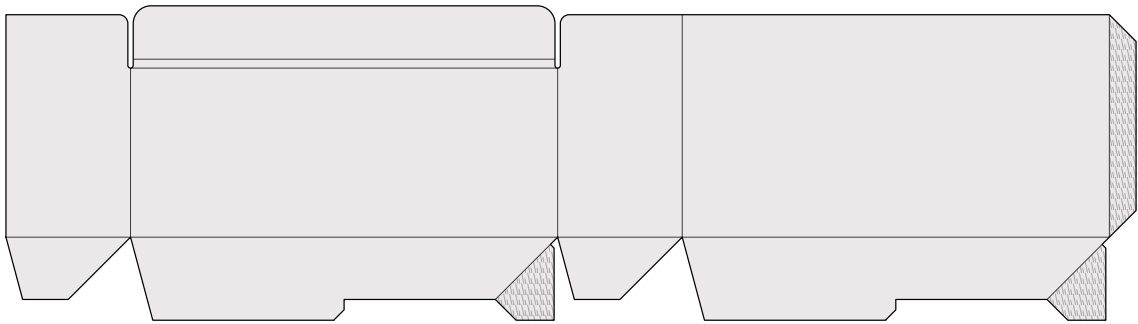


Inspiração do coração do logo; testes de logotipo até se chegar no definitivo e fotos do protótipo.

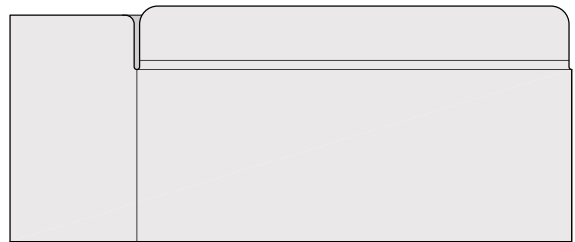
Passo a passo de montagem e preparação

Antes de tudo, o farmacêutico deve definir qual será o tamanho de embalagem utilizada dependendo da quantidade de medicamentos utilizados pelo paciente: caso ele faça uso de 4 a 6 medicamentos, deverá ser usada a embalagem menor; caso o uso seja de 7 a 10 medicamentos, a embalagem maior deverá ser escolhida. Escolhido o tamanho, o farmacêutico pode pegar os materiais necessários, que chegam planejados mas já cortados, vincados, impressos e colados, uma vez que se leva em consideração o pouco espaço disponível para armazenamento na Unidade.

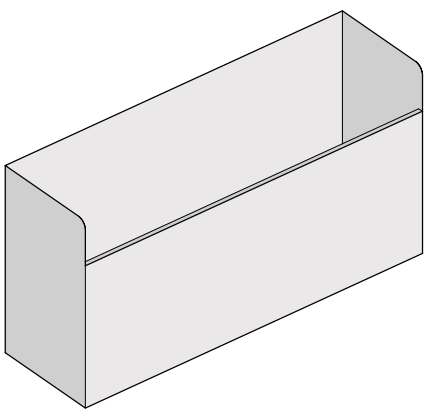
As embalagens devem ser apenas manipuladas para terem o fundo automático encaixado e, após esse encaixe da parte interna, a luva pode ser deslizada pela embalagem até que a envolva por completo. Por fim, para terminar a montagem, devem ser encaixadas as divisórias, que também já devem vir coladas e prontas quando entregues à Unidade. O farmacêutico deve utilizar a quantidade de divisórias necessárias de modo a criar a quantidade de compartimentos necessários para cada paciente: se um paciente utiliza 5 medicamentos diferentes, devem ser utilizadas 4 divisórias na embalagem menor; caso o paciente faça uso de 9 medicamentos diferentes, o farmacêutico deve se utilizar de 8 divisórias na embalagem maior.



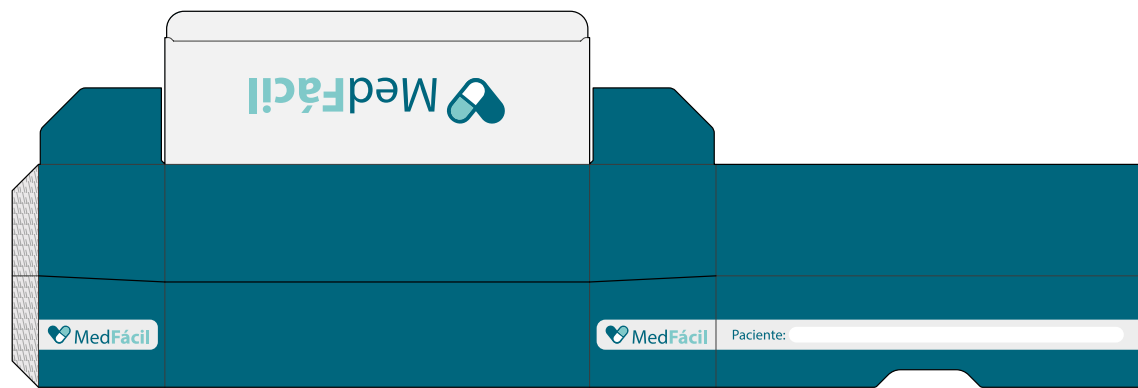
1. Planificação da parte interna da embalagem;



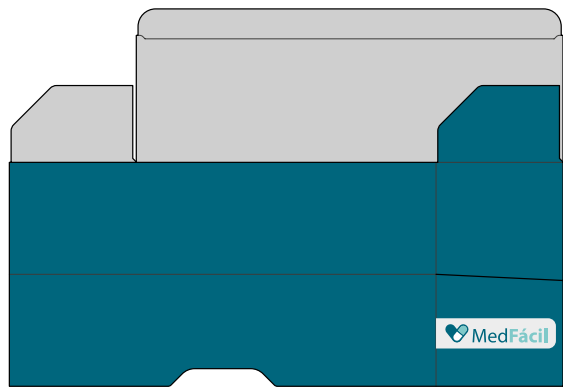
2. Parte interna da embalagem ao chegar à farmácia;



3. Parte interna da embalagem após encaixe do fundo automático;



4. Planificação da luva;



5. Luva ao chegar à farmácia;

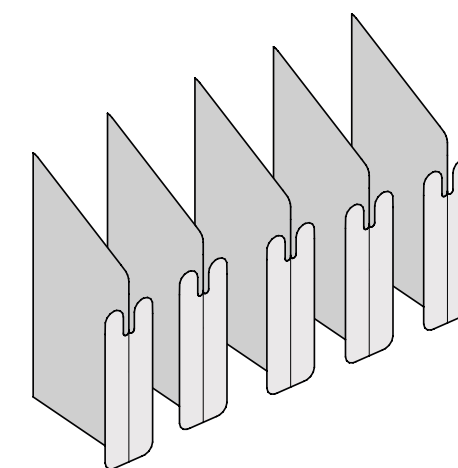


6. Luva pronta para ser colocada na embalagem;

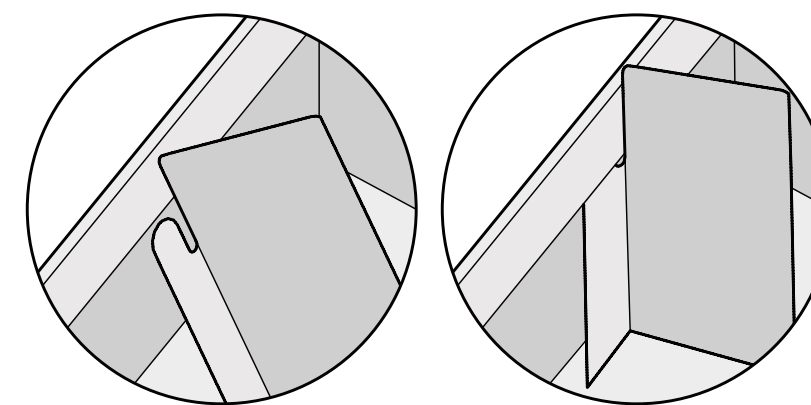
Com caixa, luva e divisórias prontas, o profissional já pode começar a dar as instruções ao paciente: enquanto explica cada um dos medicamentos individualmente, ele deve colocar os blisters referentes a cada fármaco nos diferentes compartimentos, um a um. Em seguida, ele deve colar o adesivo correspondente à identificação de cada medicamento na embalagem, no espaço designado, à frente do compartimento onde está o medicamento.

Após colados todos os adesivos de identificação de medicamentos, o farmacêutico pode prosseguir para os adesivos de identificação de horários, que devem ser colados logo abaixo de cada um dos adesivos de medicamento, mas dessa vez na própria luva. A etapa final da preparação da caixa se dá pela colagem dos adesivos de quantidade de medicamentos (números 1, 2 e 3). Imagina-se que a colagem destes adesivos seja a mais educativa durante o processo de orientação e montagem das embalagens, portanto, acredita-se que este processo deva ser o que recebe maior atenção: o farmacêutico deve colar os adesivos um a um, enquanto reforça com o paciente em qual horário do dia aquela quantidade de comprimidos do medicamento em questão deve ser ingerido.

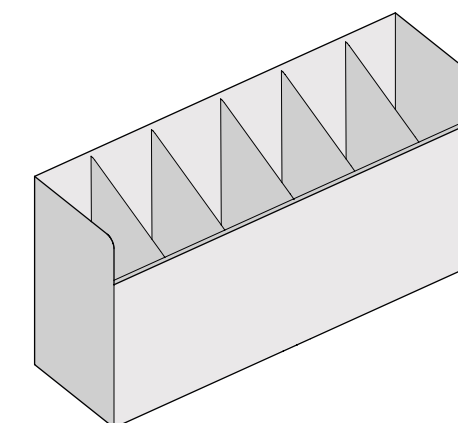
Ao fim da preparação da embalagem, o farmacêutico deve produzir a receita visual com o auxílio de um template previamente fornecido e utilizado no computador em algum software de fácil acesso, como o Microsoft Powerpoint.



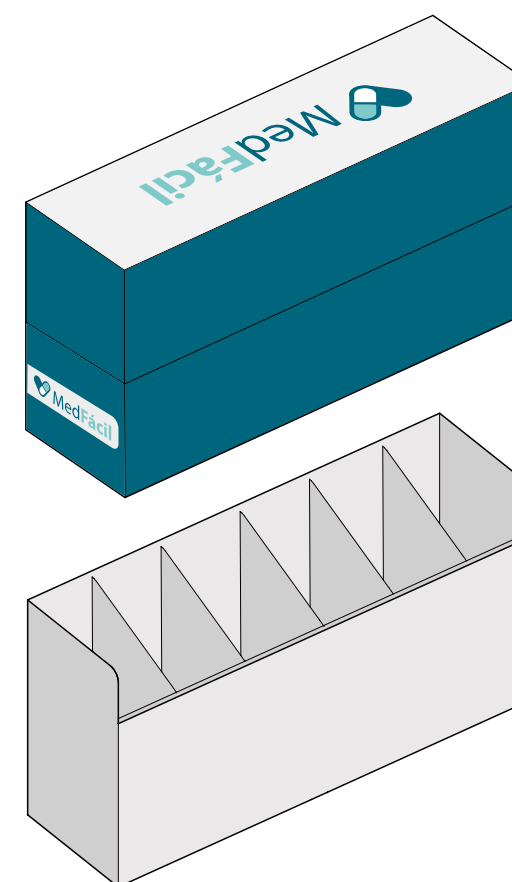
7. Divisórias após terem suas abas dobradas;



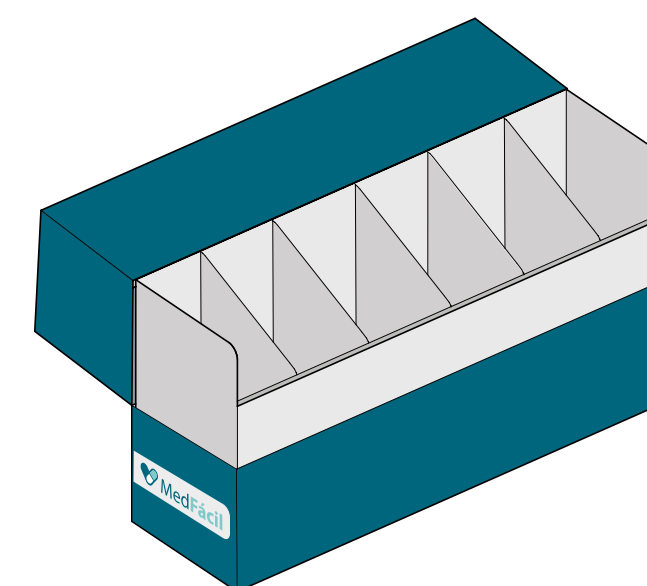
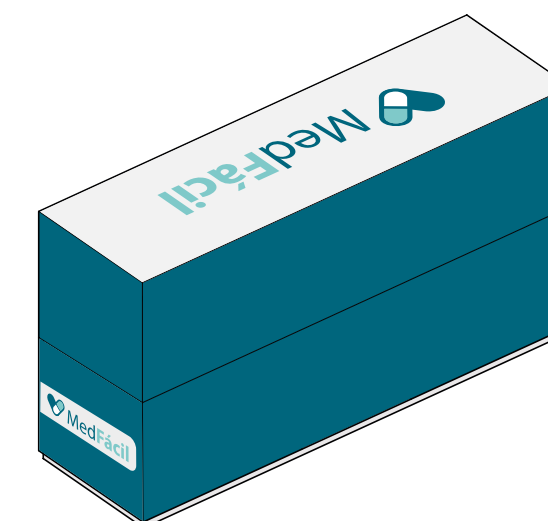
8. Detalhes do encaixe das divisórias na dobra interna;



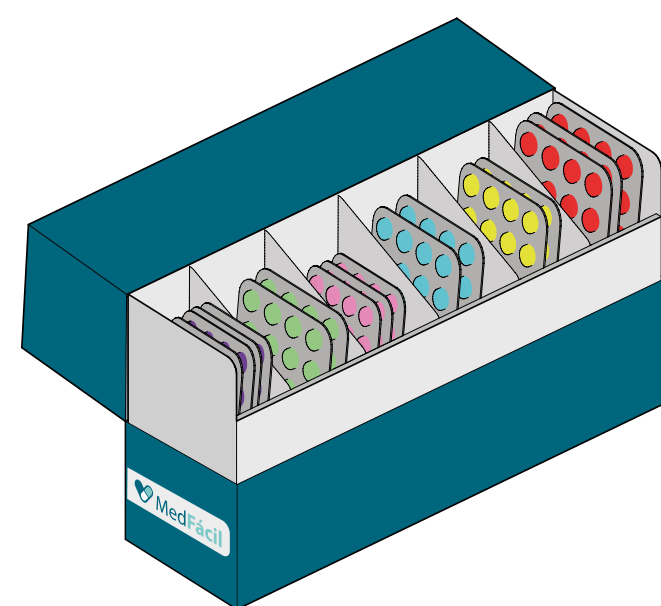
9. Parte interna da embalagem montada com divisórias;



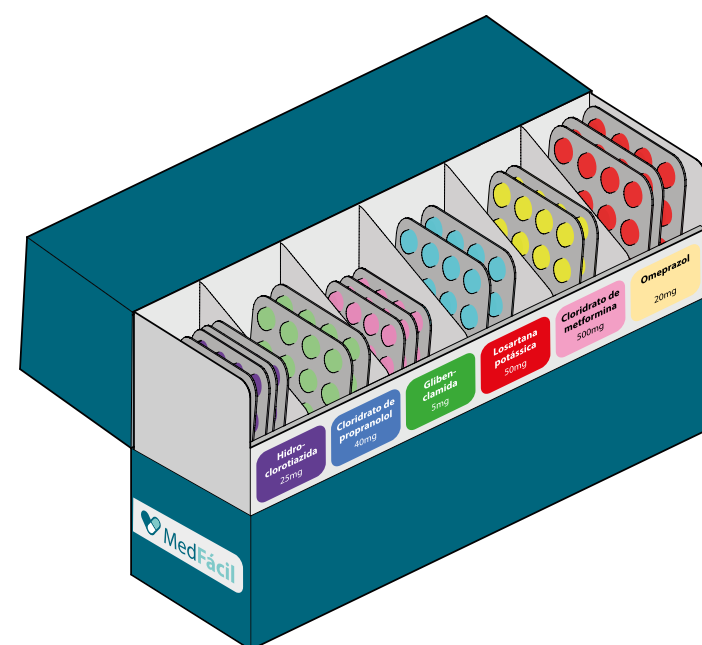
10. Encaixe da luva na parte interna da embalagem;



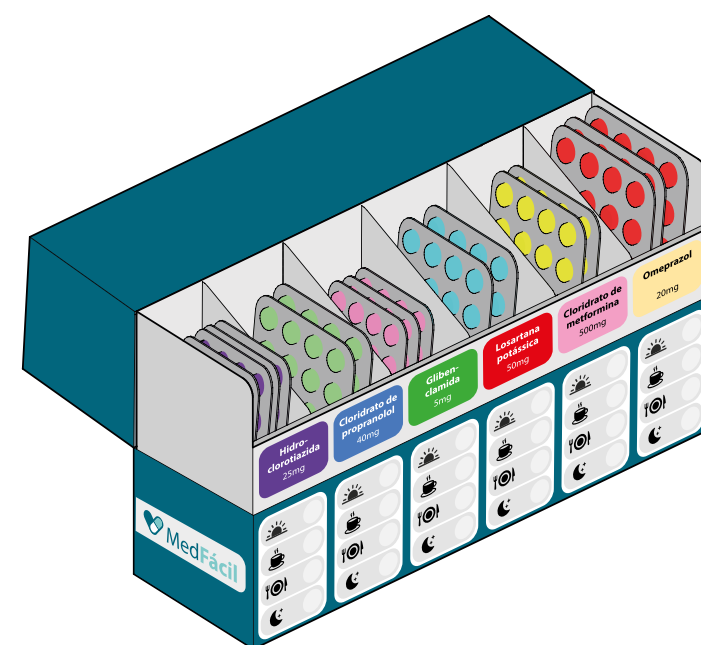
11. Abertura da luva após encaixe;



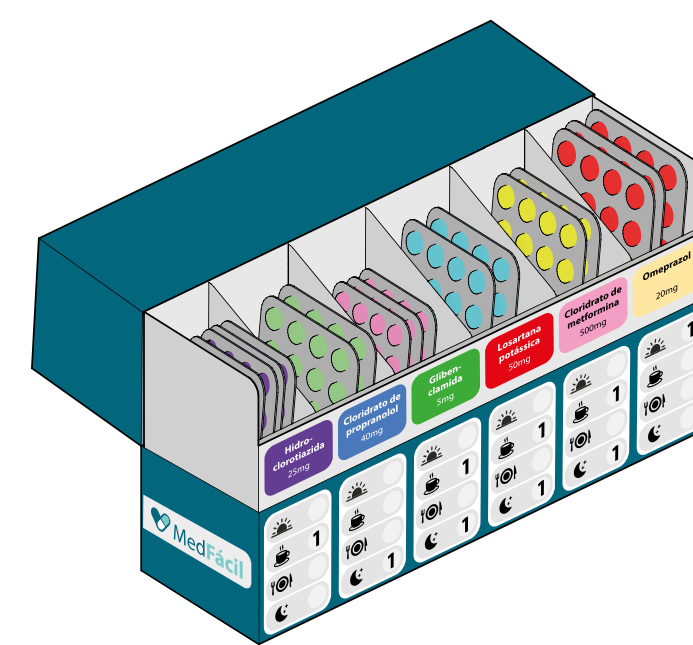
12. Colocação dos medicamentos;



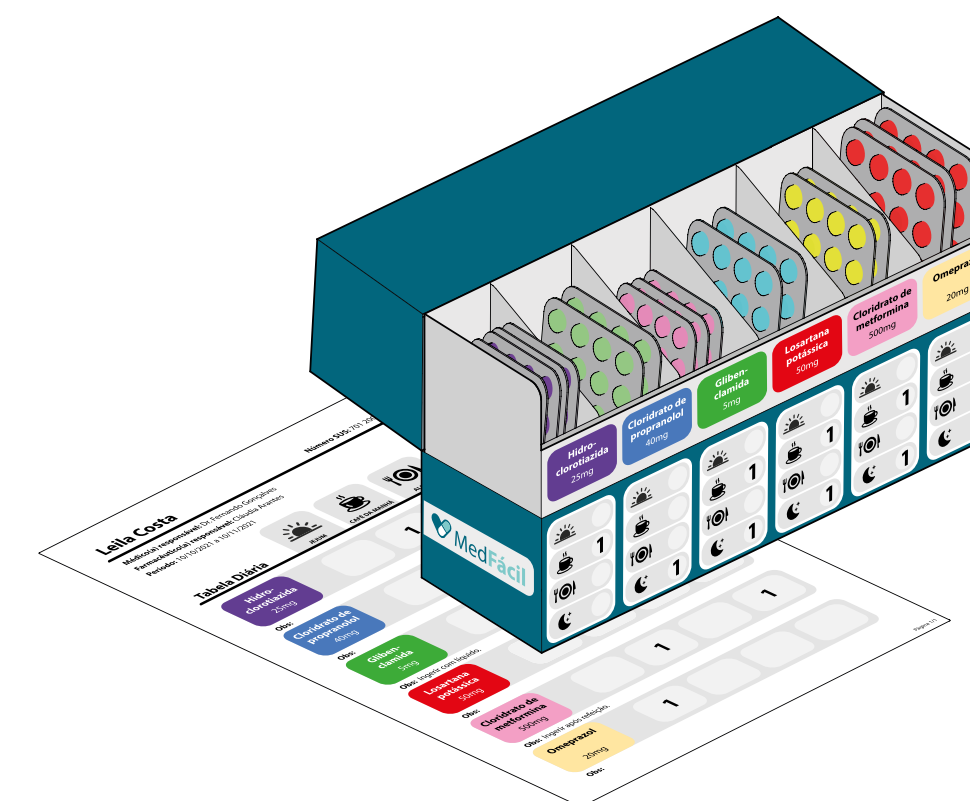
13. Colocação dos adesivos de identificação de medicamentos;



14. Colocação dos adesivos de identificação de horários;



15. Colocação dos adesivos de identificação de quantidades;



16. Caixa pronta para ser entregue ao paciente junto da receita visual.

Devem ser preenchidas todas as informações do paciente, como nome, número SUS, médico e farmacêutico responsáveis, entre outras. Após impressa a receita visual, o farmacêutico deve colar os mesmos adesivos utilizados na caixa para identificação de medicamentos e de quantidade de comprimidos na receita.

Terminada a montagem da caixa e da receita visual e finalizadas todas as orientações e instruções necessárias, o paciente recebe a embalagem com seus medicamentos dentro organizados e sua receita visual, prontos para serem levados para casa. A luva deve ser utilizada para fazer o

fechamento da embalagem durante o transporte e aberta apenas quando o paciente chegar em casa, para expô-la no local de sua preferência. A luva também serve como um mecanismo expositor, já que mantém a caixa inclinada e apoiada, permitindo boa visualização das identificações dos medicamentos, das quantidades de comprimidos e dos horários quando o paciente está em casa.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A motivação inicial deste trabalho sempre foi a de retribuir à sociedade o conhecimento adquirido durante a minha graduação em uma Universidade pública. Um desejo antigo de trabalhar com o aspecto social do design enfim tomou corpo. A definição da temática, do problema e do local de pesquisa, no entanto, não foram premeditados, porém muito bem-vindos e comemorados. Hoje, ao olhar todo o percurso realizado, percebo que os acasos que possibilitaram esse processo realmente não poderiam ter sido planejados intencionalmente, e isso é algo imensamente positivo.

Muito mais do que uma síntese final do processo de pesquisa por meio de um projeto de produto, ou de sistema, o protagonismo, nesse caso, está no processo. O valor do que foi aqui apresentado reside especialmente nas trocas estabelecidas, nas pessoas conhecidas, nas histórias compartilhadas e nas situações experienciadas. O projeto no qual toda a pesquisa culminou em seu fim é a materialização de todas as descobertas realizadas durante meses de pesquisa de campo. Esses aspectos humanos e sociais foram determinantes para o desenvolvimento do trabalho como um todo e responsáveis pelos resultados obtidos.

Graças a esse processo e a todas as pessoas que aceitaram compartilhar uma parte de suas vidas comigo e com este projeto, fico otimista em relação a aperfeiçoamentos no sistema público de saúde brasileiro que possam ser realizados tendo como foco principal o bem-estar dos usuários. Espera-se que surjam novas oportunidades que coloquem essas pessoas como ponto focal para o desenvolvimento de projetos, habilitando-os, capacitando-os e tornando-os agentes ativos de suas próprias vidas e, nesse caso, de seus próprios tratamentos. Espera-se que os resultados deste projeto possam suscitar novas discussões sobre a temática e trazer luz a esse tema tão atual, que impacta milhões de brasileiros.


A mudança de comportamento dos pacientes quanto à autogestão dos cuidados e adesão medicamentosa esperada deste trabalho só poderá ser confirmada após a realização da testagem do sistema. Em um primeiro momento, deveria ser feita uma etapa de validação qualitativa com profissionais da saúde, de modo a levantar opiniões sobre o que foi desenvolvido e possíveis ajustes. A etapa seguinte seria a testagem do sistema informacional por farmacêuticos e pacientes no sistema público de saúde brasileiro. Para a análise do desempenho, poderia ser estipulado um grupo

controle que não tivesse seu acompanhamento farmacêutico e tratamento apoiados no sistema, de modo a se fazer a comparação dos graus de adesão medicamentosa com aquele grupo que fez uso do sistema informacional.

Por fim, reitera-se como é crucial ter o usuário, principalmente as pessoas em situação de maior vulnerabilidade, como foco principal de projetos de Design para Saúde, de modo a torná-las sujeitos ativos de sua própria saúde e tratamentos. Existe uma demanda muito grande de que sejam feitos esforços de modo a priorizar o entendimento do paciente no atendimento primário e do rastreio e acompanhamento mais cuidadosos dos pacientes, sobretudo aqueles com doenças crônicas.

9. ANEXOS

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070

F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

CARTA DE INFORMAÇÃO

E

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa *“Design para saúde: como aperfeiçoar a comunicação médico-paciente na atenção primária e melhorar a adesão medicamentosa de pacientes idosos portadores de doenças crônicas?”*, pelos pesquisadores responsáveis Sara Miriam Goldchmit e Bruna Vasconcellos da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo (FAU-USP), e Eduardo dos Santos Martins Neto, médico generalista da Unidade Básica de Saúde Vila Ramos.

1. **Justificativa e Objetivos:** A pesquisa em questão faz parte de um projeto de entendimento e melhoria no atendimento prestado por profissionais da saúde na Unidade Básica de Saúde Vila Ramos. Este estudo tem como objetivo compreender quais são as necessidades dos pacientes atendidos na atenção primária desta UBS, no que tange a comunicação médico-paciente e a adesão medicamentosa de pacientes crônicos.

2. **Procedimentos:** A sua forma de participação consistirá em participar de uma conversa (entrevista) com duração de 30 minutos. Suas opiniões e sugestões são muito valiosas e fundamentais para que possamos melhorar o serviço.

3. **Desconfortos e riscos:** Como em toda pesquisa com seres humanos, há riscos:

1. De origem psicológica, intelectual; emocional:

a. Possibilidade de constrangimento ao responder o questionário;

b. Desconforto;

c. Medo;

d. Vergonha;

e. Estresse;

f. Quebra de sigilo;

g. Cansaço ao responder às perguntas; e

h. Quebra de anonimato.

4. **Benefícios:** Melhoria na comunicação médico-paciente na UBS Vila Ramos e proposição de sistema informacional para pacientes crônicos.

5. **Acompanhamento Assistencial:** Em qualquer etapa do estudo, o senhor(a) terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. A principal


Investigador

Testemunha

Representante Legal

Participante de Pesquisa

Página 1 de 5



HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070

F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

investigadora Sara Miriam Goldchmit pode ser encontrada na Rua do Lago, 876 – na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo – tel: 3091-4795, e-mail: saragold@usp.br.

6. **Ressarcimento:** Não será cobrado nada, não haverá gastos e não estão previstos ressarcimentos ou indenizações, pois o estudo envolve somente a entrevista e nenhum procedimento ou intervenção será realizado no senhor(a).

7. **Liberdade de recusar ou retirar o consentimento:** Gostaríamos de esclarecer que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar o seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim o preferir, sem penalização alguma ou sem prejuízo ao seu cuidado, a qualquer momento. Os pesquisadores se prontificam a proporcionar informações atualizadas obtidas durante estudo.

8. **Acesso aos resultados:** Os resultados obtidos terão sua divulgação em repositórios digitais, podendo ser acessados publicamente.

9. **Confidencialidade e privacidade:** Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato, e a divulgação pública dos resultados em repositórios digitais será feita de forma a não identificar os voluntários. Será mantido o sigilo e o caráter confidencial das informações, zelando sempre pela sua privacidade e garantindo que sua identificação não seja exposta nas conclusões ou publicações.

Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa e a sua participação como voluntário, e havendo uma confirmação livre e espontânea em aceitar a participar como voluntário(a), você deverá assinar ao final deste documento, em duas vias. Uma das vias ficará com você e a outra via permanecerá com o pesquisador responsável.

Em caso de dúvida em relação aos aspectos éticos deste documento, você poderá procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Santa Marcelina. O CEP é um órgão criado para defender os seus interesses de participante da pesquisa e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa de forma ética.

O Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. Tal definição é baseada nas diretrizes éticas internacionais (Declaração de Helsinke, Diretrizes Internacionais para Pesquisas Biomédicas envolvendo Seres Humanos – CIOMS) e


Investigador

Testemunha

Representante Legal

Participante de Pesquisa

Página 2 de 5



HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070

F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

brasileiras (Res. CNS 466/12 e complementares). Está localizado à Rua Santa Marcelina, 177, telefone (11) 2070.6433 e e-mail (comissoes@santamarcelina.org)- horário de funcionamento de segunda a sexta das 08h às 16h e/ou os pesquisadores responsáveis pela pesquisa através do telefone (11)3091-4795 e e-mail saragold@usp.br .

Investigador

Testemunha

Representante Legal

Participante de Pesquisa

Página 3 de 5

145

ANEXO 1: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)



HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070 F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

TERMO DE CONSENTIMENTO APÓS ESCLARECIMENTO PARA O
PACIENTE/RESPONSÁVEL

Eu li e/ou ouvi a leitura dos esclarecimentos acima e compreendi para que serve o estudo *“Design para saúde: como aperfeiçoar a comunicação médico-paciente na atenção primária e melhorar a adesão medicamentosa de pacientes idosos portadores de doenças crônicas?”* e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará meu tratamento. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Concordo em participar do estudo.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Nome do participante de pesquisa:

RG:

CPF:

Assinatura:

Nome do representante legal:	Nome do membro da equipe da pesquisa:
.....
Parentesco:	RG:CPF:.....
RG:CPF:	Assinatura:
Assinatura:	

Nome da testemunha:

RG:CPF:.....

Este formulário foi lido para (nome do participante de pesquisa) em/...../..... (data), pelo (nome do membro da equipe da pesquisa), enquanto eu estava presente.

Assinatura:



HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070 F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

(PARA PREENCHIMENTO SOMENTE EM CASO DE DESISTÊNCIA)

CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO DAS INFORMAÇÕES APÓS A
RETIRADA DO CONSENTIMENTO PELO PARTICIPANTE DA PESQUISA

Eu,, informo que retiro hoje minha participação da pesquisa *“Design para saúde: como aperfeiçoar a comunicação médico-paciente na atenção primária e melhorar a adesão medicamentosa de pacientes idosos portadores de doenças crônicas?”* por motivos particulares e sabendo que não haverá penalização alguma ou prejuízo ao meu cuidado e tratamento. Deixo aqui expressa minha vontade em (permitir ou não permitir) a inclusão das minhas informações de prontuário médico coletadas até a data de hoje na amostra total do estudo em questão. Sendo assim, não autorizo a coleta de nenhuma informação a partir da presente data a não ser quando me solicitado pelo investigador principal e por mim autorizada.

São Paulo, ____ de _____ de 20 ____.

Nome do participante da pesquisa:

.....

RG:CPF:

Assinatura:

Nome do representante legal:	Nome do membro da equipe da pesquisa:
.....
RG: CPF:	RG: CPF:
Parentesco:	Assinatura:
Assinatura:	

Nome da testemunha:

.....

RG: CPF:

Este formulário foi lido para (nome do participante da pesquisa) em/...../..... (data), pelo (nome do membro da equipe da pesquisa), enquanto eu estava presente.

Assinatura:

Investigador

Testemunha

Representante Legal

Participante de Pesquisa

Página 4 de 5

Investigador

Testemunha

Representante Legal

Participante de Pesquisa

Página 5 de 5

146

ANEXO 2: TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.CEP: 08270-070

F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM E DEPOIMENTOS

Eu,

depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da necessidade do uso de minha imagem e/ou depoimento, especificado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), **AUTORIZO**, através do presente termo, os pesquisadores Sara Miriam Goldchmit, Bruna Vasconcellos e Eduardo dos Santos Martins Neto do projeto de pesquisa intitulado “*Design para saúde : como aperfeiçoar a comunicação médico-paciente na atenção primária e melhorar a adesão medicamentosa de pacientes idosos portadores de doenças crônicas*”, a realizar fotos e/ou vídeos que se façam necessários e/ou a colher meu depoimento sem quaisquer ônus financeiros a nenhuma das partes.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas fotos (seus respectivos negativos), vídeos e/ou depoimentos para fins científicos e de estudos (livros, artigos, slides e transparências), em favor dos pesquisadores da pesquisa acima, obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990), dos idosos (Estatuto do Idoso, Lei N.º 10.741/2003) e das pessoas com deficiência (Decreto Nº 3.298/1999, alterado pelo Decreto Nº 5.296/2004).

São Paulo, ____ de ____ de 20 ____.

Nome do participante da pesquisa:	
.....	
RG:CPF:	
Assinatura:	
Nome do representante legal:	Nome do membro da equipe da pesquisa:
.....
RG: CPF:	RG: CPF:
Parentesco:	Assinatura:
Assinatura:	
Nome da testemunha:	
.....	
RG: CPF:	
Este formulário foi lido para (nome do participante da pesquisa) em	
...../...../..... (data), pelo (nome do membro da equipe da	
pesquisa), enquanto eu estava presente.	
Assinatura:	

Profa Dra

Sara Miriam

Goldchmit

(Nome da testemunha)

Testemunha


Dr. Leonardo Mauri

Diretor Técnico - HSM

(Nome do Participante)

147

ANEXO 3: TERMO DE RESPONSABILIDADE



HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070 F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Nós, **Prof Dr.(a) Sara Miriam Goldehmit**, Investigadora Principal e Profa Dra. Do Departamento de Projeto da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da universidade de São Paulo (FAU-USP), Sandra Regina Santos, gerente da UBS Vila Ramos, **Irmã Rosane Ghedin**, Diretora-Presidente do Hospital Santa Marcelina, e **Dr Leonardo Mauri**, Diretor-Técnico do Hospital Santa Marcelina, nos responsabilizamos pelo estudo intitulado *“Design para saúde: como aperfeiçoar a comunicação médico-paciente na atenção primária e melhorar a adesão medicamentosa de pacientes idosos portadores de doenças crônicas”*, respeitando a Resolução CNS 466/2012, Declaração de Helsínque, GCP/BPC, IHC e a legislação brasileira vigente nos seguintes termos abaixo descritos:

I. Responsabilidades do Investigador Principal e Equipe:

I.1- O Projeto de Pesquisa será conduzido pelo Pesquisador Principal e membros participantes de acordo com a legislação brasileira vigente atual, Preceitos Éticos e Normas Internacionais para pesquisa envolvendo seres humanos.

I.2- Membros participantes do estudo:

Investigador Principal: Sara Miriam Goldchmit, Investigadora Principal e Profa Dra. Do Departamento de Projeto da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da universidade de São Paulo (FAU-USP).

Subinvestigador: Bruna Vasconcellos, graduanda em Arquitetura e Urbanismo na Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo.

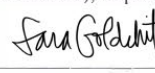
Subinvestigador: Eduardo dos Santos Martins Neto, Médico Generalista da Unidade Básica de Saúde Vila Ramos.

I.3- Somente participarão da pesquisa os sujeitos que preencherem os critérios médicos de elegibilidade, conforme protocolo clínico, e que assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que será aplicado por um membro participante do estudo qualificado, esclarecendo todas as dúvidas e repetando o tempo necessário para compreensão do mesmo. Nenhum procedimento do estudo será iniciado antes da obtenção do TCLE assinado.


I.4- Notificar ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Santa Marcelina a ocorrência de todo e qualquer Evento Adverso Sérioo e as Notificações de Alerta que tiver conhecimento durante a condução desse projeto de pesquisa.

I.5- Sigilo e confidencialidade da identidade dos participantes de pesquisa incluídos nesse estudo. O acesso às informações de seus prontuários médicos poderá ser realizado somente por um membro participante da pesquisa, conforme garantido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Caso o estudo tenha a intenção de realizar uma gravação (vídeo e/ou áudio), adquirir fotografia e/ou coletar um depoimento

Rubrica



Página 1 de 3



HOSPITAL

SANTA MARCELINA

ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.

CEP: 08270-070 F: 55 11 2070.6000

www.santamarcelina.org

do participante da pesquisa e utilizá-los em publicações de livros, revistas, artigos científicos e jornalísticos na internet, slides, pôsteres, aulas e/ou apresentações orais, deverá ser apresentado ao CEP o Termo de Responsabilidade de Utilização de Imagem. Somente poderão ser utilizados os vídeos, áudios, fotos e depoimentos caso o participante da pesquisa assine o Termo de Autorização de Uso de Imagem (TAUI).

Utilização de vídeo: _____

Utilização de áudio: _____

Utilização de foto: _____


Utilização de depoimento: _____

I.6- O referido estudo não deverá causar nenhum aumento na frequência ou duração da rotina de atendimento médico na instituição.

I.7- Caso o projeto de pesquisa também seja realizado em outros centros, garantir que o mesmo seja idêntico ao projeto original apresentado ao Centro Coordenador do Estudo e que as modificações necessárias para adaptá-lo aos nossos participantes de pesquisa foram realizadas conforme recomendação da CONEP/MS. Se o mesmo não for redigido pelos investigadores pertencentes ao Hospital Santa Marcelina, demonstrar ciência e concordância com o seu desenho e embasamento científico do estudo, se responsabilizando pela condução do mesmo conforme protocolo clínico estabelecido.

I.8- Todos e quaisquer materiais biológicos coletados para o Projeto de Pesquisa serão utilizados exclusivamente para a finalidade prevista e descrita no protocolo. Tais materiais somente serão armazenados caso os participantes assinem o “Termo de Autorização de Armazenamento de Material Biológico (TAAMB)”, anexado ao TCLE. Declarar ciência sobre a Resolução CNS 441/2011, a respeito de: **1.** O material biológico armazenado é do sujeito de pesquisa, sendo este sempre comunicado em caso de utilização do material em novos projetos de pesquisa, conforme firmado no TAAMB; **2.** Caso a intenção do armazenamento do material biológico seja a de formar ou incluir o material em um BIOBANCO, o estudo deve ser encaminhado obrigatoriamente à CONEP. Caso a intenção seja a de formar/ incluir o material biológico em um BIORREPOSITÓRIO, a decisão de encaminhar à CONEP caberá ao CEP; **3.** Todo projeto de pesquisa que utilizar esse material armazenado deverá ter aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição; **4.** O prazo máximo de armazenamento do material biológico é de 10 anos, havendo a necessidade de renovação de autorização pelo CEP para prorrogar esse prazo; **5.** O descarte do material biológico armazenado somente será realizado caso o paciente manifeste

Rubrica



Página 2 de 3

ANEXO 3: TERMO DE RESPONSABILIDADE

 **HOSPITAL**
SANTA MARCELINA
ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.
CEP: 08270-070 F: 55 11 2070.6000
www.santamarcelina.org

Formação/ inclusão em Biobanco: _____
Formação/ inclusão em Biorrepositório: _____

II. Responsabilidade do Supervisor do Departamento:

III. Responsabilidades da Instituição:

III.3.- Caso haja necessidade de hospitalização do sujeito da pesquisa por intercorrência e/ou evento adverso decorrente de sua participação no estudo, o mesmo terá assistência através de atendimento e/ou internação nessa Instituição. Tal atendimento/ hospitalização será coberto por Apólice de Seguro .

Página 3 de 3

 **HOSPITAL**
SANTA MARCELINA
ENTIDADE FILANTRÓPICA

Rua Santa Marcelina, 177. Itaquera – São Paulo – Brasil.
CEP: 08270-070 F: 55 11 2070.6000
www.santamarcelina.org

São Paulo, 02 de dezembro de 2020

Sandra Regina Santos
Matrícula: 12092880
Gerente de VSF
UBS Vila Ramos
02/12/2020
Sandra Regina Santos
Gerente da UBS Vila Ramos


Ir. Rosane Ghedin
 RG: 19.838.222-4
 CPF: 028.028-17
 Diretora-Presidente

Irmã Rosane Ghedin
 Diretora-Presidente do HSM

Página 4 de 3

ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO

CASA DE SAÚDE SANTA
MARCELINA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Design para saúde: Como aperfeiçoar a comunicação médico-paciente na atenção primária e melhorar a adesão medicamentosa de pacientes idosos portadores de doenças crônicas?

Pesquisador: sara m goldchmit

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 44932420.2.0000.0066

Instituição Proponente:Casa de Saúde Santa Marcelina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.654.782

Apresentação do Projeto:

Resumo:


Os serviços de saúde são oferecidos visando a promoção da saúde e a segurança dos indivíduos, protegendo-os de doenças, limitando possíveis danos e garantindo tratamentos. Na assistência primária, compreensão do paciente sobre as informações fornecidas no encontro com o profissional da saúde tem considerável relevância e, sendo assim, há uma grande preocupação por parte das instituições de saúde na garantia de atendimento de qualidade. Por conta do rápido processo de envelhecimento da população brasileira e do consequente aumento da incidência de doenças crônicas, o resultante aumento do uso de medicamentos faz crescer o risco de ocorrências de erros de entendimento de prescrição médica e de auto-administração de medicamentos. Para doentes crônicos, principalmente idosos, seguir corretamente um cronograma medicamentoso com muitos remédios é um desafio, pois a quantidade de informações e os possíveis déficits de memória tornam essa uma tarefa muito complexa. Neste contexto, o problema que norteou a pesquisa partiu do seguinte questionamento: Como o Design pode contribuir para aperfeiçoar a comunicação médico-paciente, principalmente no entendimento da receita médica e do cronograma de medicamentos? Visando o aperfeiçoamento do processo de prescrição médica e a melhora na adesão medicamentosa, vislumbra-se na colaboração

Endereço: Rua Santa Marcelina ,177 - 3º andar
Bairro: Itaquera
UF: SP
Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2070-6433
Fax: (11)2070-6433
E-mail: comissoes@santamarcelina.org

CEP: 08.270-070

Página 01 de 04

CASA DE SAÚDE SANTA
MARCELINA



Continuação do Parecer: 4.654.782

multidisciplinar entre Design e Saúde, através das abordagens Human-Centered Design (HCD), Design Thinking (DT) e Design da Informação (DI), métodos, processos e ferramentas que podem ser utilizados para se alcançar tais propósitos. A metodologia, de natureza exploratória, envolve levantamento bibliográfico e pesquisa qualitativa de campo na Unidade Básica de Saúde Via Ramos, em Itaquera, São Paulo, com pacientes, familiares, cuidadores e profissionais da saúde. O objetivo primário é compreender quais são as necessidades dos pacientes atendidos na atenção primária, no que tange a comunicação médico-paciente e a adesão medicamentosa, com o objetivo secundário de realizar a prototipagem e testagem de um sistema informacional que responda a essasnecessidades, com foco na compreensão da receita médica e no cronograma de medicamentos. Espera-se que os resultados deste projeto possam promover a mudança de comportamento dos pacientes quanto à autogestão dos cuidados e adesão medicamentosa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

1. Compreender os problemas relacionados à comunicação médico-paciente e à prescrição médica, junto aos pacientes, familiares, cuidadores e profissionais da saúde no contexto do sistema de saúde pública brasileiro; 2. Compreender como os problemas relacionados à essa comunicação e à prescrição podem interferir na adesão a tratamentos complexos;

Objetivo Secundário:

1. Realizar a prototipagem de um sistema informacional que auxilie a comunicação médico-paciente, com foco na compreensão da receita médica,do cronograma de medicamentos e dos rótulos de embalagens/cartelas de medicamentos.

2. Realizar a propotipaem do sistema informacional na UBS Vila Ramos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. Nesta pesquisa os riscos podem ser:

1. De origem psicológica, intelectual; emocional:a. Possibilidade de constrangimento ao responder o questionário;b. Desconforto;c. Medo;d. Vergonha;e. Estresse;f. Quebra de sigilo;g.Cansaço ao responder às perguntas; eh. Quebra de anonimato.


Endereço: Rua Santa Marcelina ,177 - 3º andar
Bairro: Itaquera
UF: SP
Município: SAO PAULO
Telefone: (11)2070-6433
Fax: (11)2070-6433
E-mail: comissoes@santamarcelina.org

CEP: 08.270-070

Página 02 de 04

ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO

CASA DE SAÚDE SANTA
MARCELINA



Continuação do Parecer: 4.654.782

Benefícios:

Melhoria na comunicação médico-paciente na UBS Vila Ramos e proposição de sistema informacional para pacientes crônicos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:
Metodologia de Análise de Dados:
Análise temática qualitativa do conteúdo das transcrições das entrevistas gravadas.
Desfecho Primário:
Visualização de dados coletados em diagramas tais como diagramas de afinidades, personas e jornada do paciente.
Desfecho Secundário:
Um novo sistema informacional que apoie a relação médico-paciente a ser implementado na UBS Vila Ramos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
O TLCE esta bem descrito de linguagem de facil entendimento, o projeto contem tambem os termo de Responsabilidade, e termo de Autorizacao de Uso de Imagem e Depoimentos.

Recomendações:
Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
A pesquisa é de grande relevancia e esta bem descrita

Considerações Finais a critério do CEP:
Considerações: Partindo da análise supracitada, o Comitê de Ética em Pesquisa da Casa de Saúde Santa Marcelina, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013 do CNS, assente pela aprovação do projeto de pesquisa proposto. Informamos que a assinatura do coordenador do CEP é automática em todos os pareceres emitidos via Plataforma Brasil. O CEP do Hospital Santa Marcelina se reserva ao direito de não informar o nome do parecerista responsável pela analise de qualquer projeto

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Santa Marcelina ,177 - 3º andar

Bairro: Itaquera

UF: SP

Município: SAO PAULO


Telefone: (11)2070-6433

Fax: (11)2070-6433

E-mail: comissoes@santamarcelina.org

CEP: 08.270-070

CASA DE SAÚDE SANTA
MARCELINA



Continuação do Parecer: 4.654.782

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1648753.pdf	09/03/2021 18:59:39		Aceito
Outros	Termo_de_Responsabilidade.pdf	09/03/2021 18:58:17	Bruna Vasconcellos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Autorizacao_de_Uso_de_Imagem_e_Depoimentos.pdf	09/03/2021 18:55:04	Bruna Vasconcellos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/03/2021 16:04:45	Bruna Vasconcellos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	09/03/2021 15:59:19	Bruna Vasconcellos	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/11/2020 21:49:46	Bruna Vasconcellos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_Detalhado.pdf	06/11/2020 21:47:43	Bruna Vasconcellos	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SAO PAULO, 16 de Abril de 2021

Assinado por:
Belmiro José Matos
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Santa Marcelina ,177 - 3º andar

Bairro: Itaquera

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)2070-6433

Fax: (11)2070-6433

E-mail: comissoes@santamarcelina.org

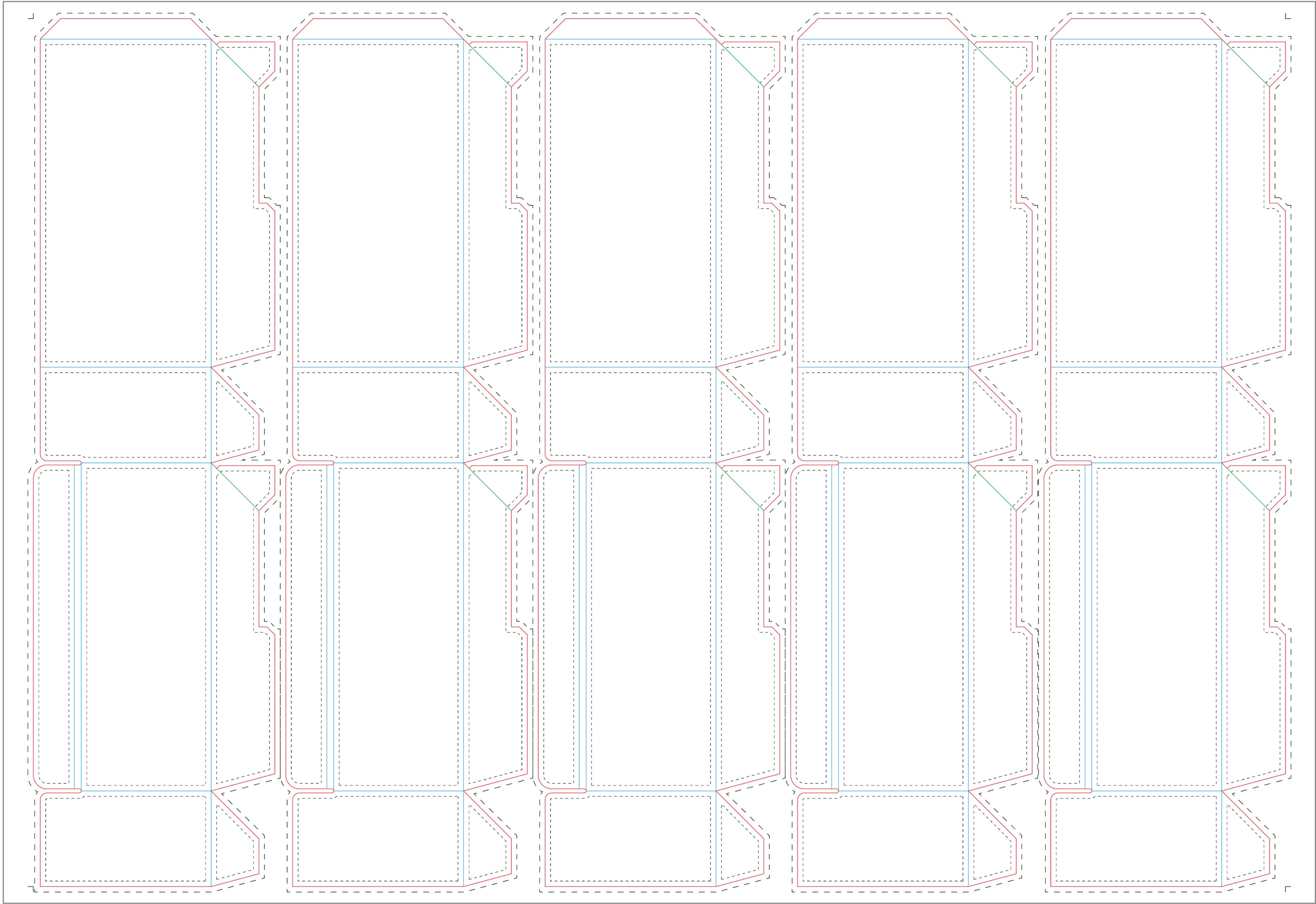
CEP: 08.270-070

Página 03 de 04

Página 04 de 04

151

ANEXO 5: APROVEITAMENTO BASE EMBALAGEM MENOR



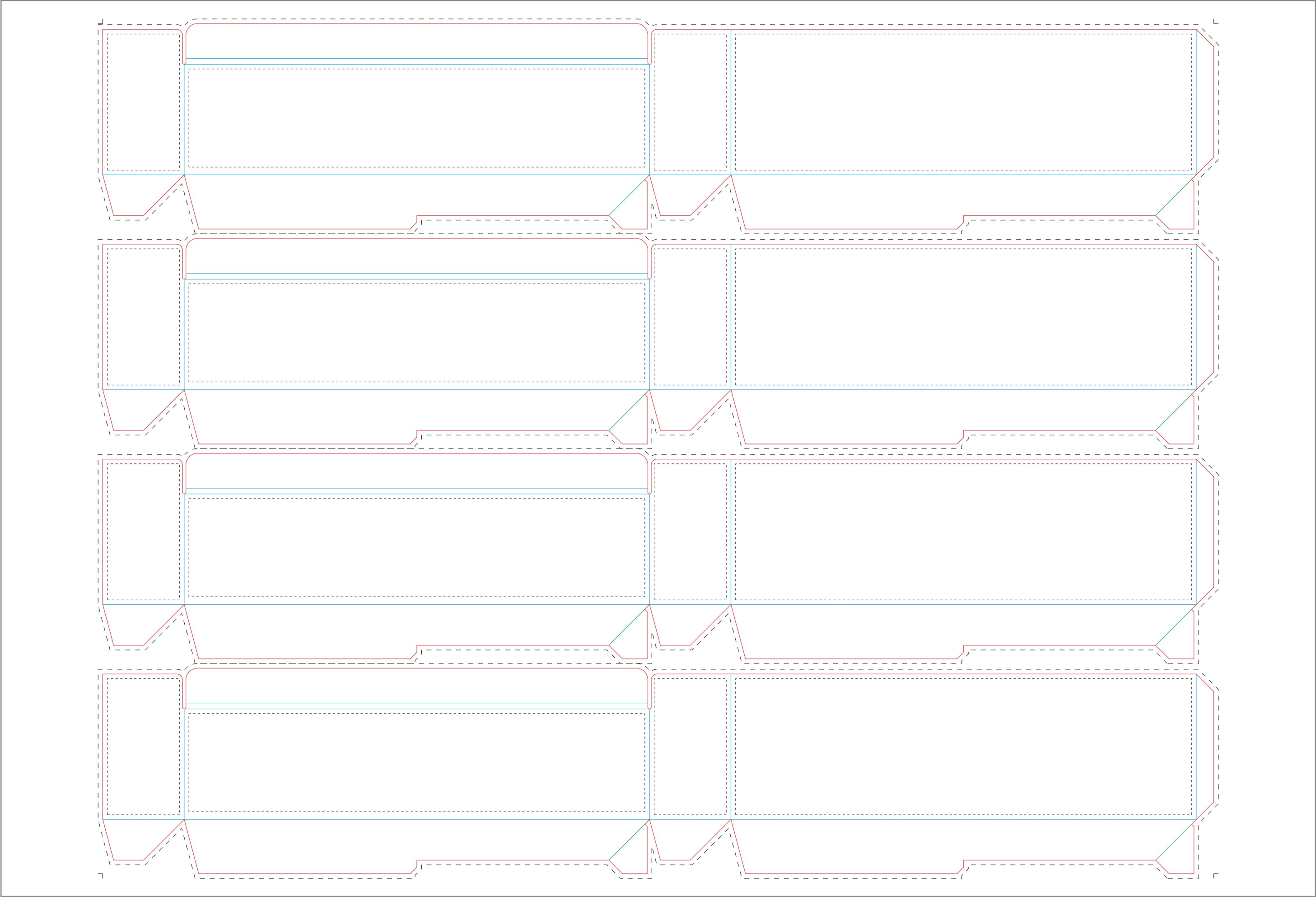
Base em papel microondulado
66x96cm

ANEXO 6: APROVEITAMENTO LUYA EMBALAGEM MENOR



Base em papel cartão 350g
66x96cm

ANEXO 7: APROVEITAMENTO BASE EMBALAGEM MAIOR



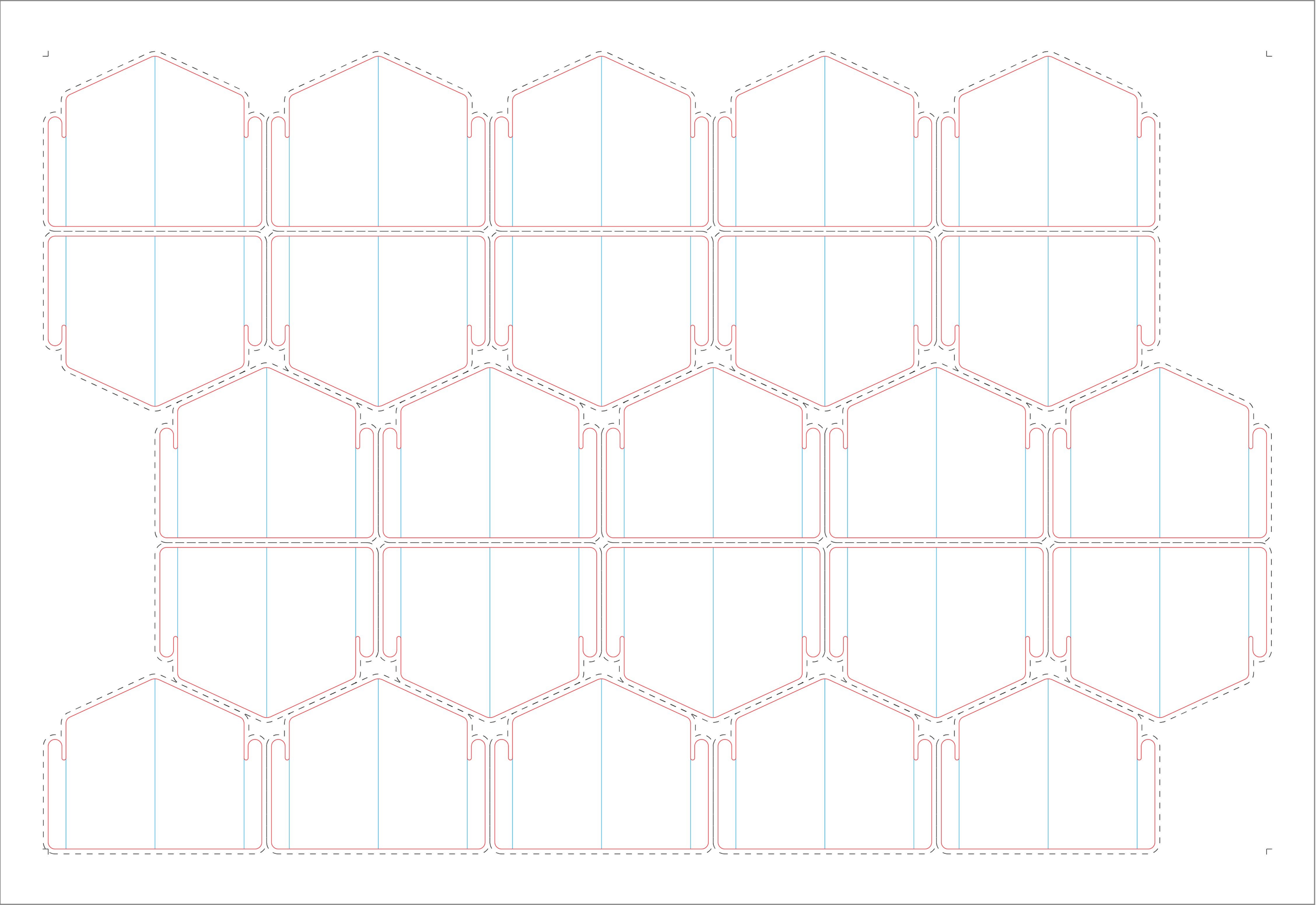
Base em papel microondulado
77x113cm

ANEXO 8: APROVEITAMENTO LUVA EMBALAGEM MAIOR



Base em papel cartão 350g
77x113cm

ANEXO 9: APROVEITAMENTO DIVISÓRIAS



Base em papel cartão 350g
66x96cm

ANEXO 10: APROVEITAMENTO ADESIVOS IDENTIFICAÇÃO MEDICAMENTOS

[illegible]

Base em papel adesivo vinílico
branco fosco 90g A4

ANEXO 10: APROVEITAMENTO ADESIVOS IDENTIFICAÇÃO MEDICAMENTOS

[illegible]

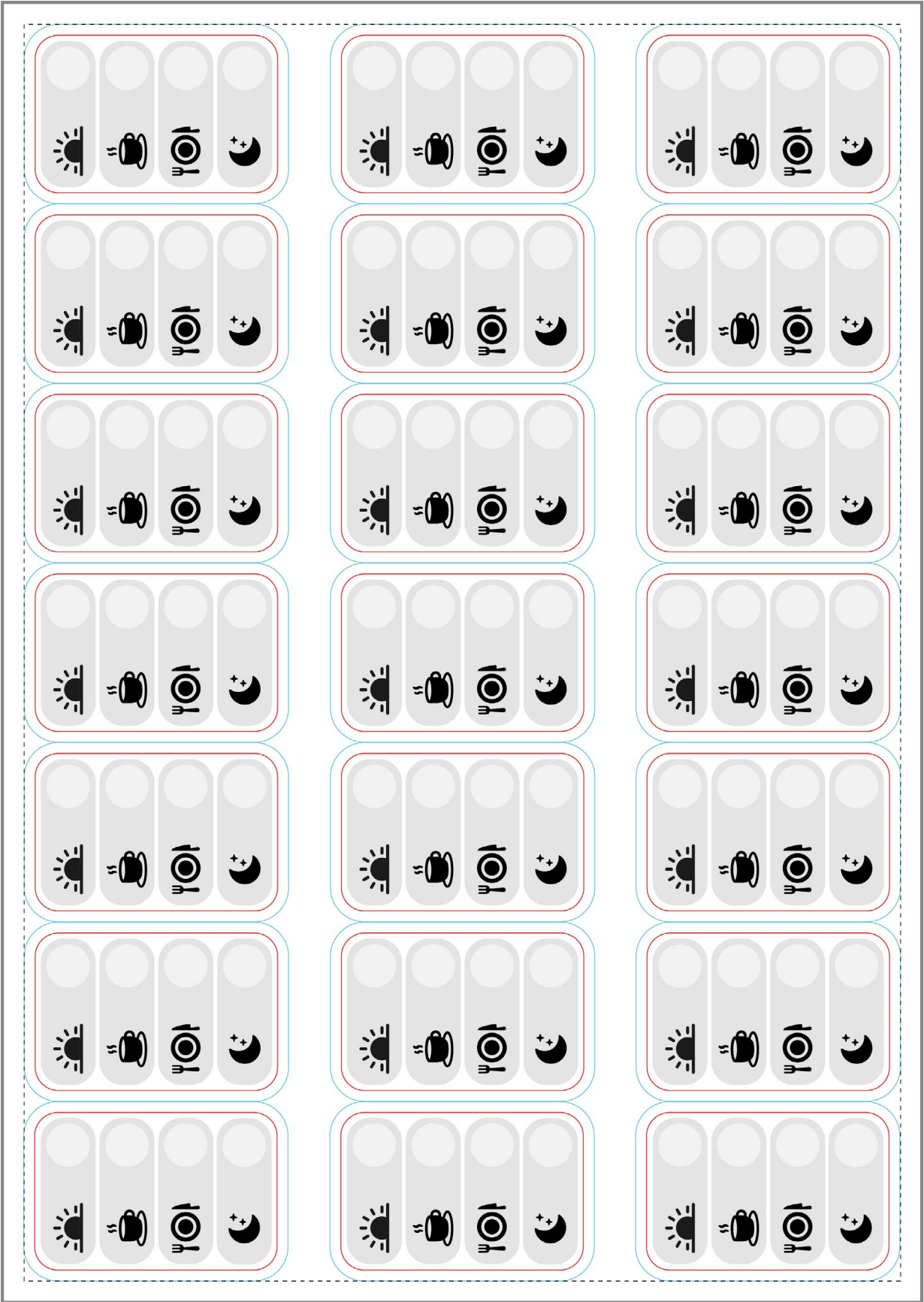
Base em papel adesivo vinílico
branco fosco 90g A4

ANEXO 10: APROVEITAMENTO ADESIVOS IDENTIFICACAO MEDICAMENTOS

[illegible]

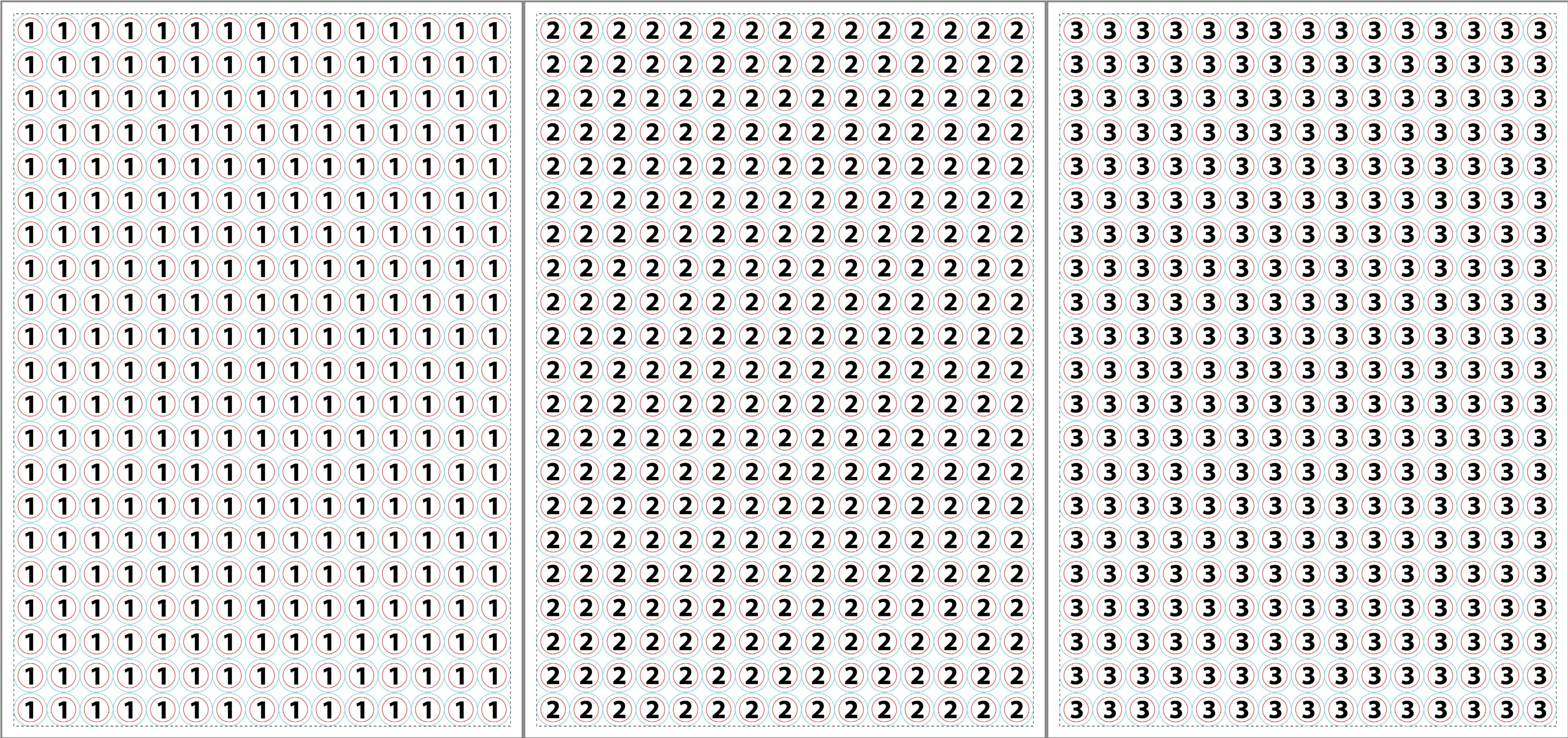
Base em papel adesivo vinílico
branco fosco 90g A4

ANEXO 11: APROVEITAMENTO ADESIVOS IDENTIFICAÇÃO HORÁRIOS



Base em papel adesivo vinílico
branco fosco 90g A4

ANEXO 12: APROVEITAMENTO ADESIVOS IDENTIFICAÇÃO QUANTIDADES



Base em papel adesivo vinílico
transparente 90g A4

ANEXO 13: TEMPLATE RECEITA VISUAL

Paciente


Número SUS:


Médico(a) responsável:


Farmacêutico(a) responsável:


Período:

Tabela Diária

JEJUM

CAFÉ DA MANHÃ

ALMOÇO

NOITE

Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				
Obs:				

Página 1/1

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (BR). **Segurança do paciente e qualidade dos serviços de saúde** [Página da internet]; 2013. Acesso em abril de 2017. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/>.

ANDRIKOPOULOU, E. et al. **What are the important design features of personal health records to improve medication adherence for patients with long-term conditions? A systematic literature review**. BMJ Open, 2019.

BANNING, M. **Older people and adherence with medication: A review of the literature**. International Journal of Nursing Studies, v. 45, n. 10, p. 1550–1561, out. 2008.

BAZZANO, A. N. et al. **Human-centred design in global health: A scoping review of applications and contexts**. PLoS ONE, v. 12, n. 11, 2017.

BAZZANO, A. N.; YAN, S. D. **Design for global health**. In: SASANGO HAR, F.; SETHUMADHAVAN, A. Design for Health: Applications of Human Factors. Academic Press, 2020.

BOCCOLINI, C. S.; CAMARGO, A. **Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, n. 22, 2016.

BOSWORTH, H. B. et al. **Medication adherence: A call for action**. American Heart Journal, v. 162, n. 3, p. 412–424, set. 2011.

BROWN, T; WYATT, J. **Design Thinking for Social Innovation**. Stanford Social Innovation Review, v. 8, n. 1, 2010.

COLEMAN, C. I. et al. **Dosing Frequency and Medication Adherence in Chronic Disease**. Journal of Managed Care Pharmacy, v. 18, n. 7, p. 527–539, set. 2012.

DE MELLO FREIRE, K. **Design para serviços: uma intervenção em uma Unidade Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde Brasileiro**. Estudos em Design, v. 24, n. 2, p. 1–23, 2016.

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa: um guia para iniciantes**. Tradução de Magda Lopes. Revisão técnica de Dirceu da Silva. 1. ed. Porto Alegre: Penso, 256p., 2013.

FRASCARA, J. **Information Design as Principled Action: Making Information Accessible, Relevant, Understandable, and Usable**. [s.l.] Common Ground Research Networks, 2015.

FUJITA, P. L.; SPINILLO, C. G. **A importância da informação no processo de aquisição e uso de medicamentos no Brasil**. 8o USIHC. Anais, São Luís: jun. 2008.

GELLAD, W. F.; GRENARD, J. L.; MARCUM, Z. A. **A Systematic Review of Barriers to Medication Adherence in the Elderly: Looking Beyond Cost and Regimen Complexity.** The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy, v. 9, n. 1, p. 11–23, fev. 2011.

GIACOMIN, J. **What Is Human Centred Design?** The Design Journal, v. 17, n. 4, p. 606–623, 28 dez. 2014.

HENKEL, E.; SPINILLO, C. G. **A relação entre design de informação e a prevenção dos erros de medicação.** Blucher Design Proceedings. Anais. Natal: jun. 2018. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/27986>>.

IDEO.org. **Design Thinking: A Method for Creative Problem Solving.** IDEO U, p. 1–5, 2019. Disponível em: <<https://www.ideo.com/pages/design-thinking>>.

IDEO.org. **The field guide to human-centered design.** Design Kit, p. 192, 2015. Disponível em: <<http://www.designkit.org/resources/1>>.

KU, B.; LUPTON, E. **Health Design Thinking: Creating Products and Services for Better Healthcare.** New York: Cooper Hewitt, Smithsonian Design Museum, 2020.

KVARNSTROM, K.; AIRAKSINEN, M.; LIIRA, H. **Barriers and facilitators to medication adherence: A qualitative study with general practitioners.** BMJ Open, v. 8, n. 1, 2018.

LIMA, V. L.; MORAES, A. **Relevância da comunicação visual na auto-administração de medicamentos por pacientes crônicos: Uma abordagem ergonômica.** Arcos Design, v. 7, n. 2, 15 dez. 2013.

MITCHELL, K. M.; HOLTZ, B. E.; MCCARROLL, A. **Patient-Centered Methods for Designing and Developing Health Information Communication Technologies: A Systematic Review.** Telemedicine and e-Health, 2019.

NORMAN, D. **The design of everyday things.** New York: Perseus Books Group, 2013.

NOËL, G.; FRASCARA, J. **Health and Design: Fostering a culture of collaboration through education.** Health Design Network, ago. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adherence to long-term therapies: Evidence for action.** 2003. Disponível em: <https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/>.

PEREIRA, B. K. et al. **Avaliação do Entendimento da Prescrição Médica pelos Usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) da Regional de Saúde - Costa e Silva em Joinville-SC em 2009.** Vita et Sanitas, n. 7, p. 19–34, 2013.

PETTERSSON, R. **Information Design.** Amsterdam: John Benjamins Publishing Company, v. 3, 2002.

PONTIS, S. **Making Sense of Field Research: A Practical Guide for Information Designers.** New York, NY: Routledge, 2019.

ROBERTS, J. P. et al. **A design thinking framework for healthcare management and innovation**. Healthcare, v. 4, n. 1, 2016.

SILVA, C. H. DA; SPINILLO, C. G. **Dificuldades e estratégias no uso de múltiplos medicamentos por idosos no contexto do design da informação**. Estudos em Design, v. 24, n. 3, p. 130–144, 2016.

TOPOL, E. **The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care**. New York: Basic Books, 2012.

VALADÃO, A. F. et al. **Prescrição médica: um foco nos erros de prescrição**. Rev Bras Farm, v. 90, n. 4, 2009.

WALKER, S. **The contribution of typography and information design to health communication**. In: TSEKLEVES, E.; COOPER, R. Design for Health. New York, NY : Routledge, 2017. p. 92-109.

WOLF, M. S. et al. **Helping patients simplify and safely use complex prescription regimens**. Archives of Internal Medicine, v. 171, n. 4, 2011.

BLACK, A.; LUNA, P., et al. **Information design: research and practice**. London and New York: Routledge, 2017. chap. 45, p. 655-668.

