



## **Desenvolvimento e validação de modelo visual de receituário adaptado às necessidades da população com doenças crônicas - receita simples**

## **Development and validation of a visual model of prescription adapted to the needs of chronic diseases patients – illustrated prescription**

DOI: 10.55905/oelv21n11-035

Recebimento dos originais: 05/10/2023

Aceitação para publicação: 06/11/2023

### **Estêvão Cubas Rolim**

Doutorando em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade de Brasília

Endereço: Campus Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte, Brasília, DF –

CEP: 70910-900

E-mail: estevaocubasr@gmail.com

### **Felipe Rodrigues Yung**

Graduado em Medicina com Área de Concentração em Emergêncista Pediátrico

Instituição: Hospital Municipal do MBoi Mirim

Endereço: Estrada do MBoi Mirim, Jardim Angela, São Paulo - SP

E-mail: felipeyung95@gmail.com

### **Dais Gonçalves Rocha**

Doutor em Odontologia

Instituição: Universidade de Brasília

Endereço: Brasília – DF, CEP: 70910-900

E-mail: dais.rocha@unb.br

### **Rodrigo Fonseca Lima**

Doutor em Ciências Farmacêuticas

Instituições: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Endereço: Brasília – DF, CEP: 70910-900

E-mail: rodrigo.fonseca@unb.br

### **Rafael Santos Santana**

Doutor em Ciências Farmacêuticas

Instituições: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Endereço: Brasília – DF, CEP: 70910-900

E-mail: rafael.santana@unb.br

**Dayde Lane Mendonça da Silva**

Doutora em Farmácia

Instituição: Universidade de Brasília

Endereço: Brasília - DF, CEP: 70910-900

E-mail: daydelane@gmail.com

**RESUMO**

**Introdução:** Um dos pilares do tratamento das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis, a adesão à farmacoterapia, é influenciada pela capacidade de leitura, compreensão e utilização de informações. **Objetivo:** a fim de concretizar a adesão à farmacoterapia, foi desenvolvido e validado um modelo visual de receituário para usuários com comorbidades crônicas, em especial hipertensão e diabetes, com baixo letramento e/ou dificuldades visuais, constituído de tabela de horários de medicamentos e estratégia de agrupamento das embalagens primárias dos medicamentos por meio de ligas elásticas coloridas em paralelo com os períodos das três principais refeições do dia (café da manhã, almoço e jantar) **Métodos:** Trata-se de um modelo validado por painel de 42 profissionais da Atenção Primária do Distrito Federal pelo método Delphi, validando 8 categorias do instrumento quanto a clareza e pertinência das informações e viabilidade de execução do modelo proposto. **Resultados:** Após duas rodadas de validação, todos os 36 itens julgados obtiveram Índice de Validação de Conteúdo acima de 0,8 e coeficiente alfa de Cronbach de 0,9876, indicando adequada precisão na medida das respostas dos avaliadores. **Conclusão:** Em decorrência da avaliação e validação pelos especialistas foi possível aprimorar o modelo visual de receituário e disponibilizá-lo para aplicação em outros serviços e para mais usuários a fim de potencializar a capilaridade da ferramenta em nível nacional. Constatou-se que os resultados de validação com concordância em todos os itens (IVC > 0,8) demonstram a legitimidade de conteúdo para a Receita Simples por parte de profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** atenção primária à saúde, populações vulneráveis, doenças crônicas não transmissíveis, estudos de validação, letramento funcional em saúde.

**ABSTRACT**

**Introduction:** One of the pillars of the treatment of Non-communicable Chronic Diseases, adherence to pharmacotherapy, is influenced by the ability to read, understand and use information. **Objective:** in order to implement adherence to pharmacotherapy, a visual prescription model was developed and validated for users with chronic comorbidities, especially hypertension and diabetes, with low literacy and/or visual difficulties, consisting of a medication schedule table and strategy of grouping the primary packaging of medicines using colored elastic bands in parallel with the periods of the three main meals of the day (breakfast, lunch and dinner) **Methods:** This is a model validated by a panel of 42 Primary Care professionals of the Federal District by the Delphi method, validating 8 categories of the instrument regarding the clarity and pertinence of the information and feasibility of executing the proposed model. **Results:** After two rounds of validation, all 36 judged items had a Content Validation Index above 0.8 and a Cronbach's alpha coefficient of 0.9876, indicating adequate precision in measuring the

evaluators' responses. Conclusion: As a result of the evaluation and validation by the specialists, it was possible to improve the visual model of the prescription and make it available for application in other services and for more users in order to enhance the capillarity of the tool at a national level. It appears that the validation results with agreement on all items (CVI > 0.8) demonstrate the legitimacy of content for the Simple Recipe by health professionals.

**Keywords:** primary health care, vulnerable populations, non-communicable chronic diseases, validation studies, health literacy.

## 1 INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) respondem por 70% das mortes mundialmente, incluindo doenças cardiovasculares e diabetes mellitus (DM).<sup>1,2</sup> Em concordância com dados mundiais, a população adulta brasileira apresenta prevalência de DM é 6,2% e de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 32%.<sup>3-5</sup> No Distrito Federal, a prevalência auto-referida em inquérito telefônico pela população acima de 18 anos em 2015 foi de 20,4% HAS e 7% DM.<sup>6</sup>

Nesse cenário de alta prevalência, soma-se o fato do impacto financeiro ser significativo: em relação à diabetes, os gastos mundiais triplicaram de 2003 a 2013. O impacto financeiro e em qualidade de vida exige resolução adequada em diferentes níveis de saúde.<sup>4,7</sup>

Um dos níveis de saúde estratégico para o enfrentamento das DCNT é a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial pela Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF conta com atores em diferentes esferas de gestão pública - municipal, estadual, distrital e nacional<sup>3</sup>.

Um dos pilares do tratamento das DCNT, a adesão à farmacoterapia sofre influência de inúmeros fatores: escolaridade, idade, sexo, sintomatologia, efeitos adversos, esquemas de administração complexos, não reconhecimento do agravo e relação médico paciente.<sup>8</sup>

Além do impacto das DCNT, também há riscos em seu tratamento medicamentoso, incluindo eventos adversos e erros medicamentosos.<sup>9</sup> Anualmente, 7000 mortes por erro medicamentoso e 1,5 milhão de eventos adversos preveníveis ocorrem

considerando estimativas somente dos Estados Unidos. Esses erros envolvem principalmente inadequação em prescrição, administração, documentação, dispensação e monitoramento <sup>10</sup>. No SUS, há impacto especialmente no indicador de internações por condições sensíveis à atenção primária, representando aproximadamente 20% das internações no SUS <sup>11</sup>.

Envolvendo a temática de autocuidado e erro medicamentoso nas DCNTs está o conceito de Letramento Funcional em Saúde (LFS). Este é entendido como competências cognitivas e sociais que permitam ler, entender e agir sobre a informação de saúde permitindo acesso, compreensão e utilização para boa saúde <sup>12,13</sup>.

Uma estratégia para melhor adesão ao tratamento farmacológico são modelos visuais de receituário, especialmente HAS e DM. Estes incluem formatos para aplicação direta sobre embalagens de medicamentos a serem utilizadas, visando ao aumento de segurança e efetividade do tratamento com maior capacidade de autocuidado <sup>9,14</sup>. Apesar do potencial, modelos alternativos de prescrição encontram dificuldades operacionais importantes, desde recursos humanos até recursos financeiros e de tempo para execução <sup>9</sup>.

A autopercepção de saúde mostrou-se fortemente em estudos prévios associada à baixa adesão ao tratamento, isto é, a probabilidade de baixa adesão foi cerca de três vezes maior naqueles que apresentaram autopercepção de saúde ruim ou muito ruim. Em relação ao número de doenças crônicas, naqueles com três ou mais, a prevalência de baixa adesão foi cerca de duas vezes maior do que indivíduos com apenas uma doença. Aqueles que referiam limitação causada por uma das doenças crônicas apresentaram cerca de 80,0% a mais de baixa adesão ao tratamento (53). O regime terapêutico utilizado para tratar as comorbidades referidas, os que estavam em uso de cinco medicamentos ou mais apresentaram 2,4 vezes mais baixa adesão ao tratamento em relação aos que usavam apenas um medicamento.(54)

Nesse contexto, no ano de 2016, o governo do Distrito Federal iniciou projeto de fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde e padronização dos atendimentos para DCNT com risco cardiovascular aumentado, em conjunto com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS. As ações se deram por meio do projeto “Brasília

Saudável - Fortalecimento da Atenção Primária”<sup>15</sup>. Duas UBS em região socialmente vulnerável foram escolhidas como unidades “Laboratórios” para desenvolvimento da Planificação da APS, organizada pelo CONASS<sup>15</sup>.

Diante desse cenário, este estudo teve como objetivo descrever a validação por profissionais da APS do modelo visual de receituário “Receita Simples” para usuários com DCNT e medicamentos de uso contínuo em Unidade Básica de Saúde de região socialmente vulnerável em Brasília – Brasil.

## 2 MÉTODO

A partir da experiência profissional, vivenciada entre 2016 e 2018, foi desenvolvida no serviço a “Receita Simples”, um modelo visual de receituário para usuários com comorbidades crônicas, em especial hipertensão e diabetes, com baixo letramento e/ou dificuldades visuais. O modelo visual de receituário tem dois componentes: 1- tabela de horários dos medicamentos com pictogramas para registro e organização por escrito das informações sobre o tratamento medicamentoso (Figura 1); 2- estratégias e recursos físicos (ligas elásticas) para organização das embalagens primárias dos medicamentos conforme as orientações contidas na tabela de horários. As ligas elásticas coloridas são utilizadas de forma correspondente aos períodos das três principais refeições do dia (café da manhã, almoço e jantar) (Figura 2).

Houve participação marcante de farmacêuticos da residência multiprofissional na Atenção Básica e alunos do último semestre do curso de medicina da Universidade de Brasília com vinculação ao território, durante o desenvolvimento e adaptação progressiva do modelo à realidade do serviço e necessidades dos usuários até se alcançar a versão suscetível de validação pela técnica Delphi. A Técnica Delphi consiste em método sistematizado de julgamento de informações por um grupo de especialistas, localizados em áreas geograficamente distintas, para obtenção de confiável consenso em determinado tema<sup>16</sup>.

Para assegurar a heterogeneidade do grupo de especialistas, convidou-se para formação do painel de juízes profissionais de diferentes Regiões de Saúde do Distrito Federal. Foram incluídos enfermeiros, farmacêuticos e médicos com atuação na APS,

uma vez que esses profissionais estão envolvidos na prescrição e orientação do uso de medicamentos pelos usuários do SUS.

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

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

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

A primeira rodada ocorreu entre 13 de novembro e 29 de novembro de 2018 e a segunda entre 30 de novembro a 30 de dezembro de 2018, com envio do formulário e do modelo visual de receituário para os especialistas. O formulário da segunda rodada continha apenas os itens que demandaram novo julgamento, acompanhados das considerações e argumentações dos especialistas, bem como de alguns esclarecimentos do pesquisador principal sobre pontos críticos observados na primeira rodada.

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

Cada item apresentado para julgamento estava acompanhado por uma escala numérica tipo *Likert* para ser assinalada pelo avaliador de acordo com o grau de concordância: 1. Discordo totalmente; 2. Discordo parcialmente; 3. Concordo parcialmente e 4. Concordo totalmente<sup>16-18</sup>.

Após a primeira rodada de validação, fez-se uma análise quantitativa do percentual de concordância para cada afirmação do questionário. Adotou-se o IVC como indicativo de consenso. A afirmação foi considerada validada e em consenso quando o  $IVC \geq 0,8$  (80%)<sup>17,19</sup>. Esse índice é calculado pela comparação entre o número de especialistas concordantes com a afirmação em relação ao número total de especialistas participantes. Desta forma, o cálculo do IVC se deu pela soma dos itens 3 (“concordo”) e 4 (“concordo totalmente”) dividido pelo total de especialistas participantes. Para as afirmações com  $IVC < 0,8$ , as sugestões de modificações foram acatadas ou devidamente justificadas.

As respostas aos itens foram tabeladas em Excel e contabilizadas para cálculo do alfa de Cronbach de forma a confirmar a validade interna do teste<sup>19,20</sup>.

### 3 RESULTADOS

A partir de abril de 2016 iniciou-se a sistematização e os ajustes de versões do modelo visual de receituário “Receita Simples”, visando ao uso para atendimentos individuais, visitas domiciliares e grupos de autocuidado. Em novembro de 2018 chegou-se à versão submetida para validação na rodada 1, acompanhada da padronização de ligas de cor verde, vermelha e azul-escuro segundo os três períodos do dia, considerando as principais refeições (café da manhã, almoço e jantar), para organização dos blisters de medicamentos (Figuras 1 e 2).

Na tabela de horários dos medicamentos, optou-se por desenhar círculos e pintá-los com canetas coloridas ou giz de cera utilizando as mesmas cores padronizadas para as ligas. Nas situações em que o medicamento não deveria ser ingerido com alimentos associou-se uma liga de cor branca a uma das três cores já utilizadas, por exemplo: para medicamentos administrados em jejum padronizou-se uma liga de cor branca associada

a um liga de cor verde, utilizada para sinalizar o horário do café da manhã (Figuras 1 e 2).

As respostas aos 32 itens da Rodada 1 foram tabuladas para cálculo de coeficiente de alfa de Cronbach, sendo o valor de alfa igual a 0,9812. Na rodada 2, as respostas aos 36 itens foram igualmente tabuladas, com alfa de 0,9876. As informações do formulário *online* foram agrupadas segundo 1) clareza, 2) pertinência (quão fidedignas estavam em relação ao receituário convencional), e 3) se o formato da proposta permitia a sua execução no serviço considerando tempo e materiais necessários.

### 3.1 PERFIL DOS ESPECIALISTAS

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

A maior parte dos especialistas era composta de mulheres jovens (abaixo de 39 anos de idade) e com menos de 15 anos de atuação profissional, ambas categorias com mais de 2 terços dos especialistas. Mais de dois terços dos profissionais concluíram suas graduações em instituições de ensino superior públicas. Entre os 42 especialistas, 30 realizavam atividades assistenciais (71,4%), sendo a maioria somente em instituições públicas (n = 26; 86,7%).

Apesar da grande participação em atividades assistenciais, mais da metade do grupo (59,5%) revelou nunca ter feito alguma disciplina sobre Segurança do Paciente. Quarenta e oito pós-graduações foram contabilizadas, sendo a Saúde da Família a mais prevalente (n = 20, 41,6%) e realizada por catorze médicos e 6 enfermeiros. Oito farmacêuticos (66,7%) relataram pós-graduação em Farmácia clínica, segunda pós-graduação mais frequente neste estudo (n = 8; 16,6%). Outras áreas incluíram Gestão do Trabalho, Gestão da Assistência Farmacêutica, Educação em Saúde, Enfermagem Neonatal, Enfermagem Obstétrica, Enfermagem em Saúde Mental, Infectologia, Pediatria e Coordenação Médica.

### 3.2 RODADAS DE VALIDAÇÃO

A Figura 1 apresenta o modelo da tabela de horários que foi submetido à primeira etapa de validação pelos especialistas, composto por tabela de horário de medicamentos e paralelo com ligas elásticas coloridas. Na Figura 2 é possível observar a organização das embalagens primárias com emprego das ligas elásticas coloridas.

Trinta e dois itens foram submetidos à Rodada 1 de validação, com 8 questões compostas dos 4 itens padrão avaliando clareza, pertinência, viabilidade de tempo e de material. Do total, 5 itens (16,5%) obtiveram IVC menor que 0,8. Após ajustes no modelo considerando os comentários dos especialistas da Rodada 1 sobre clareza e pertinência, todos os itens obtiveram IVC maior que 0,8.

Na primeira parte do instrumento, referente a tabela de horários dos medicamentos, avaliou-se 7 componentes, totalizando 28 itens. Os dois primeiros componentes da tabela de horários foram: cabeçalhos de identificação da instituição e do usuário. Todos os itens desses dois componentes obtiveram índice maior que 0,8 na primeira rodada. Houve sugestão de ajuste de dados de identificação no cabeçalho em relação a identificação institucional, telefone da UBS e espaço adequado para identificação do usuário com nome e cartão nacional de saúde.

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

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

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

Todos os itens de todas as categorias receberam IVC acima de 0,8 na rodada 2, sendo a versão apresentada na Figura 3, validada pelos profissionais de saúde da APS do Distrito Federal.

Cabe ressaltar que na Rodada 1 houve 168 comentários, que após leitura, sistematização e análise foram categorizados em dois grupos: 1- forma e conteúdo da Receita Simples; e 2- viabilidade da implementação da Receita Simples no serviço (fluxo de uso em serviço, profissionais envolvidos e mecanismos de obtenção do material). Dentro do possível, as considerações sobre forma e conteúdo foram atendidas e incorporadas à versão final, com todos os itens obtendo IVC superior a 0,8 na segunda rodada de validação.

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

#### **4 DISCUSSÃO**

Este estudo descreve a elaboração e validação do modelo visual facilitado de receituário - Receita Simples. Destaca a importância de tecnologias que fortaleçam a capacidade de cuidado e autocuidado, principalmente para DCNT. Especialmente, usuários de risco aumentado para erro medicamentoso como por exemplo pessoas com deficiência intelectual muitas vezes não compreendem a sua medicação, incluindo o seu nome, finalidade e quando e como tomá-la(55), mostrando potencial de maior benefício, em consonância com o princípio de oferta dos serviços de saúde guiada de acordo com as necessidades da população <sup>21</sup>.



Os resultados de validação com concordância em todos os itens ( $IVC > 0,8$ ) demonstram a legitimidade de conteúdo para a Receita Simples por parte de profissionais de saúde<sup>22</sup>. Como colocado na literatura, o painel de especialistas está entre os métodos normalmente utilizados para esse tipo de validação, especialmente em relação à clareza e adequação de conceitos<sup>20</sup>.

A consistência interna para cada teste aplicado foi superior a 0,98 em cada rodada, indicando adequada precisão com baixo grau de erro na medida das respostas dos avaliadores<sup>19</sup>. Vale lembrar que a medição indica o grau de liberdade do instrumento como isenção de erro aleatório<sup>20</sup>, sendo o valor próximo de 1 indicador de adequada consistência.

Embora tenha ocorrido a redução pela metade do número de especialistas da Rodada 1 para a Rodada 2, houve manutenção da participação de profissionais de enfermagem, farmácia e medicina, com predomínio de médicos. A maior presença de profissionais da Medicina entre os especialistas pode ser devido ao fato de o contingente médico no país ser o mais numeroso dentre os profissionais de saúde com nível superior<sup>23</sup>. No entanto, considerou-se a pertinência do envolvimento dos 3 profissionais na validação, uma vez que todos estão diretamente envolvidos no cuidado clínico e terapêutico dos usuários no SUS.

O painel de especialistas foi formado majoritariamente por mulheres jovens, formadas em instituições públicas, com pós-graduação e atuantes no SUS, semelhante ao que tem sido relatado por outros estudos sobre a prática profissional em saúde no Brasil<sup>24,25</sup>.

A maior presença do sexo feminino nos cursos de graduação na saúde e na prática profissional na APS está compatível com os fenômenos de juvenescimento e feminização da força de trabalho em saúde<sup>23,24</sup>, sobretudo nas áreas de Farmácia e Enfermagem e também para as gerações mais recentes em Medicina<sup>25</sup>. É interessante notar também que os trabalhadores na ESF são em média mais jovens que os da APS de modelo tradicional<sup>24</sup>, e que, em 2017, a APS no Distrito Federal foi unificada e padronizada como ESF (GDF, 2017a).

Mais da metade dos especialistas havia feito alguma disciplina relacionada à segurança do paciente, indicando interesse pela temática. Contudo, o número é bem inferior a 100%. A oferta institucional de programas de educação permanente neste sentido pode ser uma solução, bem como o monitoramento e avaliação dos dados de notificação e sua devolução aos profissionais da ponta.

Em relação à instituição formadora, houve nítido predomínio de instituições públicas de graduação (80%), corroborando o papel de instituições públicas na formação da força de trabalho do sistema público de saúde, em consonância com o princípio constitucional do art. 200, III da Carta Magna, que traz o SUS como “ordenador da formação de recursos humanos em saúde”<sup>26</sup>.

Nesse sentido, a APS é cenário privilegiado para exercer papel condutor nas práticas de formação profissional e de práticas de saúde, atendendo o interesse público em formação acadêmico-científica, ética e humanística<sup>27</sup>. Essa tendência é fortalecida por marcos como as Diretrizes Curriculares Nacionais, o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde e o Programa de Incentivo às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina<sup>28</sup>. Percebeu-se baixa prevalência nas atividades de preceptoria, o que indica aparente contrassenso nas características de ordenação do cuidado e formação profissional discutidas acima.

Chama atenção que a principal área de capacitação foi de Saúde da Família, tanto para médicos quanto para enfermeiro, reiterando a importância de políticas e programas públicos de capacitação de profissionais de saúde para atuarem na APS (21). Por outro lado, a gama de especializações (pós-graduações) não relacionadas a APS pode estar relacionada a conversão e implementação do modelo ESF, com cobertura plena no DF, que incluiu a incorporação de especialistas de diferentes áreas na prática clínica da atenção básica, conforme preconizado na Portaria 78 (GDF, 2017b).

A ênfase dada ao aspecto visual do receituário foi estratégica no serviço de saúde frente às necessidades percebidas da população assistida. No intuito de aumentar a efetividade da comunicação, tais auxílios visuais podem ser valiosos<sup>29</sup>, sendo necessária atenção especial em relação à compreensão dos símbolos visuais utilizados, particularmente para idosos<sup>30</sup>.

Nesse contexto, a validação dos componentes da Receita Simples permitiu ganho progressivo de clareza e organização na indicação dos horários e princípios ativos. Tais ajustes permitiram direcionar esforços para evitar erros medicamentosos mais comuns, entre os quais o erro de administração ganha destaque <sup>31</sup>. Vale lembrar que os riscos de erros medicamentosos se alastram pelo país em maior ou menor grau – frequentemente maior do que o minimamente aceitável em termos de cidadania, educação e saúde <sup>32</sup>. Tal cenário reforça a vulnerabilidade em relação a informações escritas <sup>33</sup>.

Especialmente, na coluna “Símbolos”, que na Rodada 1 não tinha alcançado 80% de concordância em relação a clareza, houve ajuste de símbolo de comprimido inteiro ou meio comprimido, saindo de círculo vazio ou meio-círculo vazio para um círculo preenchido ou meio círculo preenchido, respectivamente. Embora com frequência pequena, a divisão de comprimidos ocorre na prática em situações diversas, e a orientação específica deve estar disponível na prescrição <sup>34</sup>.

No que tange ao tamanho de caracteres e espaço para indicação visual clara somando às cores indicativas na tabela e nas ligas coloridas, os ajustes ilustram a necessidade de contínua renovação da assistência na APS, ao fortalecer o cuidado frente a transições epidemiológicas e se antecipar a comorbidades mais frequentes com o aumento de idade, incluindo as que afetam acuidade visual <sup>35</sup>. De toda forma, a compreensão da maioria dos auxílios visuais está diretamente relacionada ao nível educacional de quem analisa <sup>30</sup>.

O perfil de comentários foi majoritariamente de sugestão e/ou limitações, que ensejaram as mudanças já descritas em formato, clareza e pertinência. Em relação ao segundo maior grupo - limitações, chama atenção que a preocupação dos avaliadores com a disponibilidade de impressora e risco referido de profissional ter que arcar com possíveis gastos em caso de desabastecimento, especialmente no caso de ligas elásticas. Nacionalmente, há desafios relacionados à infraestrutura e disponibilidade de recursos tecnológicos <sup>36</sup>, embora não haja previsão normativa de gasto com recursos de remuneração ou provento para manutenção de serviço público <sup>26</sup>.

Os comentários de limitação de tempo também chamam atenção. A depender da pressão assistencial, é prevista na literatura a adequação da oferta de cuidado em

proporção com a necessidade de cada usuário, tanto em princípio de equidade na Lei Orgânica da Saúde <sup>37</sup> quanto em modelo de atenção clínica a comorbidades crônicas no funcionamento de rede <sup>21</sup>. De toda forma, todos os usuários têm direito e necessidade de comunicação eficiente em relação aos diversos aspectos de consulta, incluindo tratamento medicamentoso. Embora tal comunicação possa ser difícil mesmo em países com alto LFS, o uso de auxílios visuais pode aumentar o entendimento de pacientes sobre seu tratamento <sup>29</sup>.

Ainda houve destaque para o tempo como fator limitante, dificuldade semelhante às encontradas na incorporação de outras novas tecnologias <sup>28</sup>. Mesmo em cenários de disponibilidade profissional variada <sup>25</sup> e consequentes pressões assistenciais díspares, a APS continua sendo porta de entrada prioritária do SUS. Especialmente para usuários com risco aumentado, é destacada a importância percebida de acompanhamento mais próximo, sendo a APS um cenário privilegiado de oportunidade para esse acompanhamento <sup>9</sup>.

O perfil de votação dos ajustes pontuais realizados aproximou todos os indicadores de 100% de concordância (notas 3 e 4), estando de acordo com o poder de confiabilidade do método (Polit 2007). As adequações especificamente para clareza ainda estão de acordo com a recomendação do Ministério da Saúde brasileiro em relação à adequação de necessidades individuais e comunitárias <sup>38</sup>. É importante lembrar que os comentários de sugestão ainda possibilitam ajuste fino de adaptação local do modelo, incorporando aspectos culturais, atitudes e expectativas. Essa incorporação é fundamental para ensejar oportunidade de aumento da compreensão por parte do usuário e seu empoderamento no autocuidado <sup>(39-41)</sup>.

As adaptações feitas promovem maior facilidade de incorporação do modelo visual de receituário no sistema de prescrição do prontuário eletrônico – ESUS, com potencial alcance nacional da ferramenta, conforme comentários dos especialistas e em alinhamento com a expansão do uso do prontuário eletrônico e suas novas versões (Brasil, 2018). De toda forma, independente do momento de confecção ou impressão da Receita Simples, é oportuno ressaltar a importância de haver orientação específica feita por profissional de saúde para recursos visuais de apoio à prescrição <sup>39,42,43</sup>. As informações

de posologia já estão disponíveis no ESUS, facilitando a aplicabilidade da tabela de medicamentos.

É interessante notar que a institucionalização da Receita Simples, e em especial em sistema eletrônico de informação, tem potencial de atuar em elementos sistêmicos que vão além do fator individual de erro, seja do profissional seja do usuário. Essa abordagem auxilia na solução de elementos estruturais ligados aos erros medicamentosos, dando ênfase ao desenvolvimento de estratégias para evitar tais erros. Ainda assim, elementos como treinamento adequado e percepção da importância da prescrição permanecem fundamentais <sup>31</sup>.

A perspectiva de ampliação do uso da Receita Simples em diferentes níveis de atenção da rede de saúde vai além do fortalecimento da coordenação de cuidado, potencialmente impactando a reflexão sobre valores sociais e determinantes fundamentais de saúde, especialmente para usuários de risco clínico e social aumentados. Assim, a abordagem pela APS vai além das evidências técnicas restritas relacionadas a DCNT: passa a englobar não só um aumento de participação do usuário e da rede de apoio no tratamento, mas também a justiça social <sup>35</sup>. Ainda que tardias e visando somente ao aumento da adesão, é valiosa a proteção de abordagens que se dirijam especialmente a questões sociais, familiares, psicológicas e culturais dos usuários na pactuação do tratamento, buscando fortalecer a clínica ampliada <sup>44</sup>.

O estudo incluiu a análise de clareza e pertinência pelo método Delphi, embora não tenham sido avaliadas as dimensões objetividade e simplicidade <sup>16,19</sup>.

Entre as limitações do método, se destaca a dificuldade de seleção dos juízes, embora o grande contingente de profissionais da APS tenha sido uma atenuante. A disponibilidade para resposta dos questionários também se mostrou impactante, aliada à perda compatível com o descrito na literatura de 50% dos especialistas. <sup>16,45</sup>.

Por fim, por mais clara que a versão validada seja, é fundamental que as informações escritas sejam acompanhadas de reforço verbal <sup>46-49</sup>. Além da explicação presencial, também há potencial da disponibilização das informações relativas ao uso da Receita Simples em formato de vídeo, podendo ser incorporada na linha de pesquisa de

educação permanente e educação popular em saúde – Escola de Pacientes DF, conduzida em parceria com a SES-DF e UnB <sup>50-52</sup>.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo de validação por profissionais da APS reforça a legitimidade da ferramenta proposta. São necessários novos estudos para validação com os usuários e análises de efetividade. Também necessita de atenção o modo de capilarização das informações sobre a Receita Simples, inclusive para incorporação institucional. Assim, é destacada a importância da temática de segurança do paciente, merecendo enfoque institucional progressivo. Por fim, percebe-se a necessidade de aperfeiçoamento e disseminação da ferramenta de forma a popularizar seu uso principalmente entre a população, de modo a expandir e sedimentar seu uso e de outras práticas de autocuidado inclusive por meio audiovisual – Escola de Pacientes DF (link exemplificativo: <http://www.youtube.com/c/EstêvãoRolimEscoladePacientes>).

## REFERÊNCIAS

World Health Organization. Noncommunicable diseases: progress monitor 2017 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. 230 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258940>

World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases : report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva: WHO; 2002. World Health Organization. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42665>

Brasil. Política Nacional de Atenção Básica. 2012; Available from: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

World Health Organization. Global report on diabetes [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016. 83 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204871>.

Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*. dezembro de 2012;380(9859):2224–60. [https://doi:10.1016/s0140-6736\(12\)61766-8](https://doi:10.1016/s0140-6736(12)61766-8).

Brasil. VIGITEL BRASIL 2015: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estado [Internet]. Vigitel. 2016. 162 p. Available from: [http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel\\_brasil\\_2015.pdf](http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/16/vigitel_brasil_2015.pdf)

Bloom DE, Caféero E, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fátima S. The global economic burden of noncommunicable diseases. *Progr Glob Demogr Aging*. 2012. Available from: [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Harvard\\_HE\\_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases\\_2011.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf).

De Araujo, Ludmilla Costa Lindolfo; Da Silva EV. Avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes atendidos na Unidade de Saúde de Cocalzinho de Goiás. 2010;83–93. Available from: <https://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/881/844>.

Almeida ACV. Estratégias voltadas para o autocuidado do paciente. *Curso Espec em Atenção Básica em Saúde da Família* [Internet]. 2014;3(2):1–46. Available from: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10984>

Kuo GM, Phillips RL, Graham D, Hickner JM. Medication errors reported by US family physicians and their office staff. *Quality and Safety in Health Care*. 1º de agosto de 2008;17(4):286–90. <https://doi:10.1136/qshc.2007.024869>.

Marchon SG, Mendes Junior WV, Pavão ALB. Características dos eventos adversos na

atenção primária à saúde no Brasil. *Cad Saúde Pública*. novembro de 2015;31(11):2313–30. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194214>

World Health Organization. Health promotion glossary. 1998; Available from: [http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR\\_Glossary\\_1998.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR_Glossary_1998.pdf)

Health literacy: report of the Council on Scientific Affairs. Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs, American Medical Association. *JAMA*. 10 de fevereiro de 1999;281(6):552–7. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.552>

Hogerzeil H V, Barnes KI, Henning RH, Kocabasoglu YE, Moller H, Smith AJ, et al. Teacher's guide to good prescribing. 2001. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67010/WHO\\_EDM\\_PAR\\_2001.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67010/WHO_EDM_PAR_2001.2.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Brasil. Brasília saudável – Fortalecimento da atenção primária à saúde no Distrito Federal. 2016; Available from: [http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA\\_SAUDAVEL\\_DOCUMENTO\\_REFERENCIAL.pdf](http://www.coren-df.gov.br/site/wp-content/uploads/2016/06/BRASILIA_SAUDAVEL_DOCUMENTO_REFERENCIAL.pdf)

Revorêdo LDS, Maia RS, Torres GDV, Chaves Maia EM. O USO DA TÉCNICA DELPHI EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE ESTUDOS BRASILEIROS. *RACS*. 13 de julho de 2015;22(2):16. <http://dx.doi.org/10.17696/2318-3691.22.2.2015.136>

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Ciênc saúde coletiva*. julho de 2011;16(7):3061–8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000800006>

Castro AV, Rezende MA. A técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. *Revista Mineira de Enfermagem*. 2009;

Pasquali L. *Psicometria*. *Rev esc enferm USP*. dezembro de 2009;43(spe):992–9. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000500002>

Ferreira PL, Marques FB. Avaliação Psicométrica e Adaptação Cultural e Linguística de Instrumentos de Medição em Saúde: Cent Estud e Investig em Saúde da Univ Coimbra. 1998;0–24. Available from: [file:///C:/Users/ana.miranda/Downloads/Avaliacao\\_psicometrica\\_e\\_adaptacao\\_cultural\\_e\\_ling%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ana.miranda/Downloads/Avaliacao_psicometrica_e_adaptacao_cultural_e_ling%20(1).pdf).

Mendes E vilaça. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. 512 p. Available from: [https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado\\_condicoes\\_atencao\\_primaria\\_saude.pdf](https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf)

Polit DF, Beck CT, Owen SV. Is the CVI an acceptable indicator of content validity? Appraisal and recommendations. *Res Nurs Health*. agosto de 2007;30(4):459–67.

[https://doi: 10.1002/nur.20199](https://doi.org/10.1002/nur.20199).

Wermelinger M, Helena Machado M, de Fátima Lobato Tavares M, dos Santos de Oliveira E, Maria Nogueira Moysés N. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil. *Divulg em Saúde para debate* [Internet]. 2010;45:154–70. Available from: [http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A Forca de Trabalho do Setor de Saude no Brasil .pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/A%20Forca%20de%20Trabalho%20do%20Setor%20de%20Saude%20no%20Brasil.pdf)

Tomasi E, Facchini LA, Piccini RX, Thumé E, Silveira DSD, Siqueira FV, et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(suppl 1):s193–201. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300023>

Scheffer M et al. *Demografia Médica no Brasil 2018*. Cremesp. 2018. 286 p.

Brasil. Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. 1988; Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)

Machado MDFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. *Ciênc saúde coletiva*. abril de 2007;12(2):335–42. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009>

Cucolo DF, Perroca MG. Instrument to assess the nursing care product: development and content validation. *Rev Latino-Am Enfermagem*. agosto de 2015;23(4):642–50. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0448.2599>.

Sorfleet C, Vaillancourt R, Groves S, Dawson J. Design, Development and Evaluation of Pictographic Instructions for Medications Used during Humanitarian Missions. *Can Pharm J*. março de 2009;142(2):82–8. <https://doi.org/10.3821/1913-701X-142.2.82>

Barros I, Alcântara T, Santos A, Paixão F, Araujo G, Junior D. Semantic validation of subtitles and analysis of understanding of pictograms taken from the United States Pharmacopeia Dispensing Information (USP-DI). *African J Pharm Pharmacol* [Internet]. 2015;9(1):53–9. <https://doi.org/10.5897/AJPP2014.%204125>

Silva AEBDC, Cassiani SHDB. Erros de medicação em hospital universitário: tipo, causas, sugestões e providências. *Rev Bras Enferm*. dezembro de 2004;57(6):671–4. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000600007>

Fleury S. Desigualdades injustas: o contradireito à saúde. *Psicol Soc*. 2011;23(spe):45–52. <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400007>

Brasil. Pesquisa distrital por amostra de domicílios – Itapoã. 2014;

Conti M a., Aldelino C a., Leite LB, Vasconcelos SB. Partição de comprimidos: considerações sobre o uso apropriado. *Cons Fed Farmácia*. 2007;set/out(04–05):1–6.

World Health Organization. *Renovação da atenção primária em saúde nas Américas*

documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde / Organização Mundial da Saúde. Washington, D. C: OPAS / OMS; 2008. Available from: [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=atencao-primaria-em-saude-944&alias=737-renovacao-da-atencao-primaria-em-saude-nas-americas-7&Itemid=965)

Damasceno RF, Caldeira AP. Teleconsultoria na atenção primária no norte de Minas Gerais: cenário e fatores associados à não utilização por médicos. *Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde* [Internet]. 24 de dezembro de 2018 [citado 16 de agosto de 2023];12(4). <https://doi.org/10.29397/reciis.v12i4.1312>

Brasil. Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde. 1990; Available from: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.html)

Brasil. As cartas da promoção da saúde. 2002; Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf)

Cloutier M, Vaillancourt R, Pynn D, Wade J, Preston C, Turpin PM, et al. Design and Development of Culture-Specific Pictograms for Type 2 Diabetes Mellitus Education and Counselling. *Canadian Journal of Diabetes*. dezembro de 2014;38(4):238–45. <https://doi.org/10.1016/j.cjcd.2014.03.010>. Epub 2014 Jul 11.

Goel G. A comparative study to evaluate patients interpretation of USP and locally designed pharmaceutical pictograms. *Pharma Times*. 2010;

Braich PS, Almeida DR, Hollands S, Coleman MT. Effects of pictograms in educating 3 distinct low-literacy populations on the use of postoperative cataract medication. *Canadian Journal of Ophthalmology*. junho de 2011;46(3):276–81. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jcjo.2011.05.004>

Thompson AE, Goldszmidt MA, Schwartz AJ, Bashook PG. A randomized trial of pictorial versus prose-based medication information pamphlets. *Patient Education and Counseling*. março de 2010;78(3):389–93. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.010>

Mansoor L, Dowse R. Written medicines information for South African HIV/AIDS patients: does it enhance understanding of co-trimoxazole therapy? *Health Education Research*. 1º de junho de 2006;22(1):37–48. <http://dx.doi.org/10.1093/her/cyl039>

Tesser CD. CUIDADO CLÍNICO E SOBREMEDICALIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. *Trab educ saúde*. 2019;17(2):e0020537. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00205>

Bellucci Júnior JA, Matsuda LM. Construção e validação de instrumento para avaliação do Acolhimento com Classificação de Risco. *Rev Bras Enferm*. outubro de 2012;65(5):751–7. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000500006>

Montagne M. Pharmaceutical pictograms: A model for development and testing for comprehension and utility. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. setembro de 2013;9(5):609–20. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sapharm.2013.04.003>

Katz MG, Kripalani S, Weiss BD. Use of pictorial aids in medication instructions: A review of the literature. *American Journal of Health-System Pharmacy*. 1º de dezembro de 2006;63(23):2391–7. [https://doi: 10.2146/ajhp060162](https://doi.org/10.2146/ajhp060162).

Monteiro SP, Huiskes R, Dijk LV, Van Weert JCM, De Gier JJ. How Effective Are Pictograms in Communicating Risk About Driving-Impairing Medicines? *Traffic Injury Prevention*. 25 de fevereiro de 2013;14(3):299–308. [https://doi: 10.1080/15389588.2012.710766](https://doi.org/10.1080/15389588.2012.710766).

Soares MA. Legibility of USP pictograms by clients of community pharmacies in Portugal. *Int J Clin Pharm*. fevereiro de 2013;35(1):22–9. [https://doi: 10.1007/s11096-012-9698-z](https://doi.org/10.1007/s11096-012-9698-z)

Rolim EC, Valim JP, Veras J, Oliveira L, Miranda M. Modelo visual facilitado de receituário para população de risco - Receita Simples. 2017;468. Available from: [https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/Livro-Anais-Cong-Políticas3\\_2017.pdf](https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2017/08/Livro-Anais-Cong-Políticas3_2017.pdf)

Rolim EC, Rolim CLRC, Souza MNF de, Garcia CEA, Nobre Junior AF, Silva DLM. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no distrito federal TT - Use of clinical management and patient safety tools in a basic health unit in the federal district. *Comun ciênc saúde [Internet]*. 2018;29(supl. 1):79–83. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs\\_artigos/v29\\_supl\\_uso\\_ferramentas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/ccs_artigos/v29_supl_uso_ferramentas.pdf)

Rolim EC, Gonçalves FS, Rolim CLRC. Conhecimento na palma da mão: auto-cuidado apoiado e letramento funcional em saúde. 2019;

Tavares, N. U. L., Bertoldi, A. D., Mengue, S. S., Arrais, P. S. D., Luiza, V. L., Oliveira, M. A., Ramos, L. R., Farias, M. R., & Pizzol, T. da S. D.. (2016). Factors associated with low adherence to medicine treatment for chronic diseases in Brazil. *Revista De Saúde Pública*, 50, 10s. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006150>

DiMatteo MR. Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42(3):200-9. DOI:10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9

» <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000114908.90348.f9>

Smith, M. V. A., Adams, D., Carr, C., & Mengoni, S. E. (2019). Do people with intellectual disabilities understand their prescription medication? A scoping review. *Journal of applied research in intellectual disabilities: JARID*, 32(6), 1375–1388. <https://doi.org/10.1111/jar.12643>

## ANEXOS

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

Variáveis	Rodada 1 N (%)	Rodada 2 N (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	25 (59,5%)	12 (57,1%)
Masculino	17 (40,5%)	9 (42,8%)
<b>Idade</b>		
20 a 29 anos	2 (4,8%)	1 (4,8%)
30 a 39 anos	29 (69%)	15 (71,4%)
40 a 49 anos	10 (23,8%)	4 (19%)
50 a 59 anos	1 (2,4%)	1 (4,8%)
<b>Categoria profissional</b>		
Enfermeiros	14 (33,3%)	6 (28,5%)
Farmacêuticos	12 (28,6%)	5 (23,8%)
Médicos	16 (38,1%)	10 (47,6%)
<b>Tempo de formação profissional</b>		
Menos de 5 anos	1 (2,4%)	1 (4,8%)
5 a 15 anos	32 (76,2%)	17 (81%)
Mais de 15 anos	9 (21,4%)	3 (14,3%)
<b>Natureza da IES* formadora</b>		
Pública	32 (76,2%)	16 (76,1%)
Privada	10 (23,8%)	5 (23,8%)
<b>Cursos de pós-graduação</b>		
<i>Lato sensu</i> (especializações)	31 (73,8%)	10 (43,5%)
<i>Stricto sensu</i> (mestrado)	6 (14,3%)	1 (4,3%)
<i>Stricto sensu</i> (doutorado)	1 (2,4%)	3 (13%)
Nenhum	4 (9,5%)	-
<b>Tempo de atuação clínica</b>		
Menos de 5 anos	8 (19,0%)	7 (33%)
5 a 10 anos	15 (35,7%)	6 (28,5%)
11 a 15 anos	12 (28,6%)	5 (23,8%)
Mais de 15 anos	2 (4,8%)	1 (4,7%)
<b>Atividades na APS</b>		
Atividades assistenciais	30 (71,4%)	16 (76,2%)



Atividades administrativas	24 (57,1%)	10 (47,6%)
<b>Carga horária semanal na APS</b>		
Dedicação Exclusiva (DE)	6 (14,3%)	2 (9,5%)
< 20 horas	8 (19%)	3 (14,3%)
20 a 39 horas	6 (14,2%)	2 (9,5%)
40 horas	12 (28,6%)	10 (47,6%)
<b>Outras atividades profissionais</b>		
Docência	7 (16,7%)	5 (23,8%)
Pesquisa	6 (14,3%)	3 (14,3%)
Preceptoria	7 (16,7%)	4 (19%)
Extensão	3 (7,1%)	1 (4,8%)
Atenção Secundária ou Terciária	6 (14,2%)	5 (23,8%)
<b>Realização de disciplina sobre Segurança do Paciente</b>		
Sim	17 (40,5%)	8 (38,1%)
Não	25 (59,5%)	13 (61,9%)

\*IES: Instituição Ensino Superior Fonte de pesquisa: os autores

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

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



Viabilidade de material - 0,95

Fonte de pesquisa: os autores

Tabela 3. Índice de Validação de Conteúdo (IVC) das rodadas do método *Delphi* para cada afirmação do questionário em relação à concordância total.

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




Fonte de pesquisa: os autores

Figura 1: Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Tabela de horários dos medicamentos de uso contínuo submetida à primeira rodada de validação pela Técnica Delphi.


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

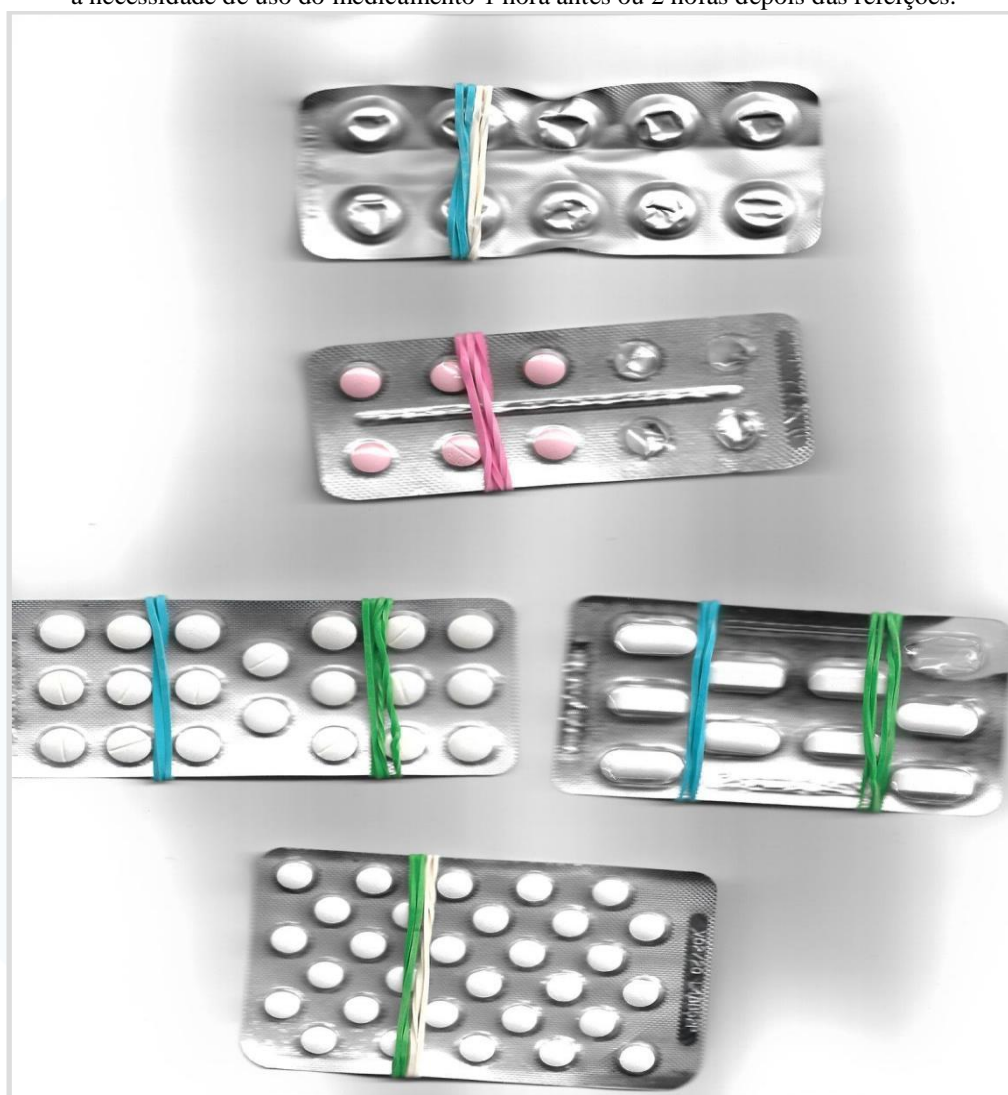
### RECEITA SIMPLES – VERSÃO 5 COM INSTRUÇÕES

PACIENTE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

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

Fonte de pesquisa: os autores

Figura 2. Modelo visual de receituário (Receita Simples) - Organização das cartelas dos medicamentos de uso contínuo com ligas elásticas coloridas conforme horário de administração. A liga verde utilizada para informar que o medicamento deve ser administrado na hora do café da manhã, liga rosa na hora do almoço e liga azul na hora do jantar, sendo que a liga branca acompanhada de qualquer outra cor sinaliza a necessidade de uso do medicamento 1 hora antes ou 2 horas depois das refeições.



Fonte de pesquisa: os autores

