



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO  
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA**



**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**ASSISTÊNCIA AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA PACIENTES COM DIFI-  
CULDADE PARA LEITURA**

**ELISA QUARESMA COELHO**

**Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
à Universidade Federal de São Paulo para ob-  
tenção do Título de Especialista em Saúde da  
Família.**

**Orientador(a): PRISCILA MINA GALATI**

**São Paulo  
2016**

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO .....	03
2. OBJETIVOS .....	05
2.1. Geral .....	05
2.2 Específicos.....	05
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	06
4. MÉTODO .....	08
4.1. Local .....	08
4.2. Participantes .....	08
4.3. Ações .....	08
4.4. Avaliação e Monitoramento .....	10
5. RESULTADOS ESPERADOS .....	12
6. CRONOGRAMA .....	14
7. REFERÊNCIAS .....	15
8. ANEXOS .....	17
8.1. Anexo 1 .....	17
8.2. Anexo 2 .....	18
8.3. Anexo 3 .....	19

## 1. INTRODUÇÃO

A adesão pode ser conceituada como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações do médico ou de outro profissional de saúde<sup>1,2,3</sup>. É um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Estes fatores, que podem determinar o comportamento da pessoa em relação às recomendações referentes ao tratamento de sua doença, estão vinculados às condições demográficas e sociais do paciente, à natureza da doença, às características da terapêutica, ao relacionamento dele com os profissionais de saúde<sup>4,2</sup>, à comunicação entre pessoas, à complexa relação médico-paciente<sup>5</sup>, bem como a características outras, intrínsecas ao próprio paciente<sup>4,2,6</sup>.

O baixo grau de adesão pode afetar negativamente a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, constituindo-se em problema relevante, que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas<sup>7</sup>. Estima-se que, em situações específicas, como por exemplo pacientes esquizofrênicos e asmáticos, a não adesão ao tratamento medicamentoso pode chegar, em média, a 50%<sup>8</sup>. Resultados bem melhores, no entanto, são vistos em estudos com pacientes em uso de antirretrovirais: oscilam em média entre 70% e 85% de adesão<sup>9,10,11</sup>, corroborando com os vários fatores capazes de interferir no grau de comprometimento do paciente com o tratamento proposto pelo médico.

Um clássico estudo feito com hipertensos<sup>12</sup> demonstrou, que metade, desses pacientes não sabem que o são, sendo que metade dos que sabem ser não são tratados e metade dos que são tratados não estão controlados. No mesmo trabalho se extrapola a mesma regra para pacientes com asma e conclui-se que apenas 12 % das pessoas com doenças crônicas e mais prevalentes estão integralmente diagnosticadas, tratadas e acompanhadas<sup>12</sup>.

Demonstrou-se ainda que a não adesão a estatinas, aspirina e betabloqueadores por pacientes pós-infartados aumenta em mais de três vezes as taxas de mortalidade no primeiro ano depois da alta hospitalar<sup>13</sup>.

Sob o ponto de vista econômico, estima-se que o custo da não adesão nos Estados Unidos da América representa gasto de 100 bilhões de dólares por ano e coloca a situação em nível de uma epidemia de graves consequências<sup>13</sup>.

Desde a década de 1950 descrevem-se problemas de adesão e de atitude de prescritores, uma situação que não se modificou ao decorrer dos anos<sup>11,14,15</sup>. Há várias abordagens propostas, mas poucas têm nível de evidência forte o suficiente para gerar recomendações seguras. Demonstrou-se que as ações para melhorar a adesão medicamentosa aumentam de fato de 4% a 11% a adesão, porém não há evidência que qualquer intervenção isolada seja melhor que outra<sup>14</sup>. O aumento da adesão depende muito da melhoria da comunicação entre médico e paciente, sobretudo quando são entendidos aspectos práticos da condição ou doença e seu tratamento, assim como aspectos fisiopatológicos e efeitos colaterais dos medicamentos<sup>5</sup>.

Percebeu-se que frequentemente, apesar da proximidade com as pessoas, deixa-se de abordar questões decisivas para adesão como expectativa da pessoa sobre o tratamento, efeitos da medicação e reações adversas, de forma que os benefícios do tratamento proposto nem sempre ficam claros para o paciente, bem como a responsabilidade deles sobre os resultados<sup>5</sup>.

Mesmo com estas limitações, o presente PI justifica-se pela relevância do tema para a prática clínica do médico de família e comunidade, pois se pode observar que mais de 85% dos pacientes podem ser não aderentes em algum momento do curso de sua doença<sup>13</sup>.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Geral**

Desenvolver ações na unidade de saúde buscando adesão ao tratamento medicamentoso pelo paciente com dificuldade ou ausência de habilidade para leitura

### **2.2 Específicos**

- 1) Facilitar tomada de medicação da população-alvo
- 2) Melhorar a condição clínica crônica ou aguda por meio da melhora de adesão ao tratamento
- 3) Diminuir a necessidade de supervisão diária da medicação por parte de familiares ou afins
- 4) Ampliar a autonomia e participação no tratamento do paciente com dificuldade ou ausência de habilidade para leitura
- 5) Capacitar a equipe de saúde e a família para orientação para uso adequado do medicamento
- 6) Reduzir custos e mortalidade com condições graves decorrentes da má adesão ao tratamento de doenças crônicas.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Estudo realizado por Haynes *et al.*<sup>16</sup> não evidenciou intervenção eficaz para otimizar os resultados terapêuticos sugerindo, entretanto, que a combinação de diferentes intervenções é promissora. Em novo estudo realizado Haynes *et al.*<sup>16</sup> reafirmaram esse achado. Em 2002, Schroeder *et al.*<sup>17</sup> apontaram que a simplificação do tratamento anti-hipertensivo é uma das intervenções capazes de ajudar no controle da pressão arterial em pacientes ambulatoriais e a utilização de intervenções complexas mostrava-se promissora, apontando ainda que a utilização de um sistema organizado de revisão regular dos serviços prestados, associado a uma rigorosa farmacoterapia anti-hipertensiva é caracterizada como a melhor intervenção a ser realizada. O mesmo autor contribui apontando que revelou se ser promissor para o controle da hipertensão a participação de farmacêuticos ou enfermeiros nos cuidados do paciente. Recentemente, Castro *et al.*<sup>18</sup> demonstrou que o farmacêutico pode aumentar o grau de adesão e correção do tratamento anti-hipertensivo e que técnicas de atenção farmacêutica e seguimento farmacoterápico aumentam a probabilidade de controle de pressão arterial.

Em estudo, com médicos da zona rural na Escócia, que atenderam pacientes com diferentes doenças por meio de discussão em grupo, abordou algumas variáveis dentre elas: compreensão, aceitação, nível do controle pessoal e motivação. Nesse foi demonstrado que conversar sobre a condição crônica em grupo com pessoas em situação semelhante pode melhorar a adesão<sup>19</sup>, podendo este tipo de abordagem ser recomendada em caso de condições crônicas, proporcionando espaço para conversar sobre o assunto e assim melhorar a adesão ao tratamento crônico<sup>5,19</sup>.

Sugere-se o uso do modelo teórico de Prochaska e DiClementi, também chamado de teoria de estágios de mudança, no qual descreve-se a mudança de comportamento como um processo no qual os indivíduos progridem, por meio de cinco estágios: pré-contemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção<sup>20</sup>. Esses estágios ou fases têm sido utilizados para melhor compreender o processo na mudança comportamental de indivíduos, como por exemplo, no uso de substâncias que levam a dependência química, controle do peso, uso de protetor solar, uso de preservativos e promoção da atividade física, para melhor definir o momento do pacien-

te em relação a sua doença e a melhor forma de abordar a adesão ao tratamento<sup>21</sup>. Sendo o envolvimento da família e a abordagem familiar fundamentais<sup>9,19,22</sup>.

Em caso de medicações de curta duração devem-se fazer as orientações e fornecer demais informações sobre o medicamento por escrito, podendo ser feitas ligações telefônicas pessoais para auxiliar na adesão<sup>23</sup>. Já no caso de medicações de uso crônico, nenhuma intervenção isolada é eficaz, recomendando-se a combinação de várias estratégias como informação adequada, aconselhamento, auto monitoramento, lembretes, reforços periódicos, terapia familiar, psicoterapia, acompanhamento por telefone e outras formas cabíveis para cada caso. Outra opção é o uso de instrumentos como a escala ROMI ou o modelo SIMPLE, como sugerido a seguir, útil para avaliar a adesão e sistematizar o acompanhamento tanto individual como coletivo<sup>5</sup>.

A escala ROMI (Rating of Medication Influences - Escala de Influências em Medicacões)<sup>8</sup> está dividida em duas partes. A primeira aborda questões sobre estilo de vida, local do tratamento, regime medicamentoso prescrito, atitude do paciente perante o tratamento e a postura da família perante a condição clínica, tratamentos e orientações indicadas. A segunda envolve questões sobre as razões de adesão ou não ao tratamento, iniciando com questões sobre qual a motivação primária para tomar a medicação (ou para não tomar a medicação, em caso de não adesão). Em seguida, o paciente atribui um grau de influência, ou um “peso”, para cada item numa escala de motivos para tomar ou não a medicação “nenhuma influência”, “moderada influência” ou “forte influência”, pontuando-se, respectivamente, em 1, 2 ou 3 e, em caso de não ser possível avaliar o grau de influência do item, pontua-se com 9. Já o método SIMPLE<sup>24</sup> sugere o uso de abordagem combinada para melhorar a adesão e para facilitar o acompanhamento: S - Simplificação do regime terapêutico; I - Intensificar a oferta dos seus conhecimentos sobre a condição do paciente; M - Modificar crenças e mitos; P - Promover a melhoria da comunicação com pacientes e familiares; L - Levar em consideração aspectos demográficos; E - Evolução da adesão.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Local**

Será realizado na UBS/ESF Vila Margarida em São Vicente, São Paulo, Brasil.

### **4.2 Participantes (público-alvo)**

Pacientes em condições crônicas e agudas com dificuldade para leitura.

### **4.3 Ações**

Assegurar que toda a equipe de Saúde da Família utilize a mesma metodologia de trabalho buscando adesão ao tratamento medicamentoso pelo paciente com dificuldade ou ausência de habilidade para leitura.

Associar a droga de uso contínuo com uma cor específica (Utilização de método de cores). Esta droga terá a mesma cor na receita médica e no local de armazenamento da medicação e permitirá a associação também do número de tomadas. Exemplo: a medicação captopril 25mg é identificada como cor rosa, e, portanto, na receita haverá duas etiquetas rosas, mostrando que o medicamento rosa será tomado duas vezes ao dia (ver anexo 1).

Empregar receituário didático – Uso de receita didática separada por horários com desenhos de fácil compreensão, que facilitem o entendimento inclusive dos familiares e cuidadores (ver anexo 2). O receituário didático pode estar associado ao método de cores para facilitar ainda mais o entendimento, se necessário (por exemplo, para um paciente analfabeto funcional ou com comprometimento visual). O anexo 3 mostra um exemplo de esquema com associação das duas técnicas: a parte de cima mostra o armazenamento das medicações por cores, de acordo com a receita oficial (à direita). Isto facilita que o paciente associe a medicação às cores e possa ter autonomia para organizar suas medicações mesmo não sabendo ler a embalagem. O receituário didático (à esquerda) serve como guia ao paciente dos horários em que as medicações devem ser tomadas e pode ser colocado em local de fácil acesso, como por exemplo, fixado na geladeira da casa. Toda semana as medicações são



organizadas em pequenas caixas portáteis, que podem ser levadas com o paciente, facilitando a tomada da medicação fora de casa (como na parte de baixo da figura). A caixa com o desenho do “jejum - de manhã” tem, além do desenho, também **um quadrado** amarelo, o que significa que ao jejum, **um comprimido** da “medicação amarela” (omeprazol) será tomada. Já no café da manhã, a caixa portátil mostra dois quadrados, um azul e um rosa, que indica que no café da manhã o paciente tomará os “medicamentos rosa (captopril) e azul (hidroclorotiazida)” e assim por diante.

Simplificar a posologia – Sempre que possível associar medicações que possam ser administradas no mesmo horário, assim como adequar a dose total diária para um número simplificado de tomadas (por exemplo, duas ou três vezes ao dia). Avaliar caso a caso o custo-benefício de aumentar a frequência e o número das medicações considerando a adesão do paciente ao tratamento.

Inserir a família no cuidado – Importantíssimo insistir na presença de familiares e cuidadores no momento da consulta, para que todos compreendam e reforcem o uso correto das medicações.

Assegurar retornos frequentes – Garantir retornos com intervalos pequenos, avaliado caso a caso (variando de 1 semana até 3 meses), para manter a longitudinalidade do acompanhamento e reavaliações frequentes da adesão e também da resposta ao tratamento. Isso é importante inclusive para reforçar as orientações e para esclarecer dúvidas de orientações que não tinham sido totalmente entendidas em consultas prévias.

Orientar adequadamente os profissionais da atenção farmacêutica com relação aos métodos – O trabalho em equipe é essencial para o aumento da adesão desse paciente que apresenta algum grau de dificuldade de entendimento. Quanto mais vezes as mesmas informações forem repetidas, de formas diferentes e por pessoas diferentes, amplia-se as chances de aumento de adesão. Os farmacêuticos têm papel essencial neste sentido, orientando a forma correta de tomar a medicação.

Reforçar o retorno à consulta na orientação farmacêutica – Além da orientação do tratamento medicamentoso em si, este projeto busca utilizar a equipe toda para reforçar os conceitos já ditos anteriormente. Papel importante do farmacêutico, que

entra em contato mensalmente com o paciente é reforçar a importância do agendamento de retorno à consulta, aproveitando-se assim a “janela de oportunidade” da vinda do paciente à unidade para retirar as medicações.

Reforçar o retorno precoce à consulta feito na recepção – No mesmo sentido do farmacêutico incluído na estratégia de adesão ao tratamento, também se objetiva trazer os funcionários da recepção ao papel de orientação. Logo que os pacientes chegam à recepção para marcação de exames, encaminhamentos ou afins, são orientados pelos funcionários a reagendar o retorno precoce, de acordo com a orientação médica.

Treinar aplicação de insulina com a enfermagem – Quando da introdução da auto aplicação de insulina, solicita-se ao paciente que faça durante pelo menos uma semana (podendo este período ser prolongado se necessário), aplicações supervisionadas pela equipe de enfermagem. Isto tem como objetivos reforçar a aplicação correta, aumentar a autonomia do paciente, reduzir suas dúvidas e medos diante do novo tratamento. Pede-se ainda que o paciente compareça com acompanhante (familiar ou cuidador) para que o aprendizado seja compartilhado com pessoas próximas ao paciente.

Assegurar periodicamente Visita Domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para monitorização e orientação (reforços periódicos) – O papel dos agentes comunitários é de extrema importância nesse contexto pois são o contato mais próximo e mais frequente que o paciente tem com a unidade de saúde. Por isso é necessário manter os agentes informados com relação ao tratamento dos munícipes, para que reforcem todas as orientações dadas pela equipe de saúde. Além disso, é muito importante também que os ACS conheçam bem os munícipes e as fragilidades da região para que possam reconhecer e dar mais atenção aqueles que precisam de ajuda.

#### **4.4 Avaliação e Monitoramento**

Poderia ser utilizada a escala ROMI<sup>8</sup>, para avaliar a aderência<sup>5</sup>. Além disso, poderia ser feito um levantamento dos pacientes-alvo para atendimento individualizado e específico, tanto na farmácia como na Unidade de saúde.

## 5. RESULTADOS ESPERADOS

Após implementação das ações propostas”, espera-se que seja cumprido o principal objetivo, que é facilitar tomada de medicação da população-alvo. Como consequência disso, é esperado também a melhora da condição clínica crônica por meio do aumento de adesão ao tratamento, a diminuição da necessidade de supervisão diária da medicação por parte de familiares ou afins, a ampliação da autonomia e participação no tratamento do paciente, bem como a capacitação da equipe de saúde e da família para orientação ao uso do medicamento. Outras consequências esperadas, porém a longo prazo, são a redução da mortalidade por doenças crônicas e a redução dos custos destinados à saúde.

Conforme citado por Haynes *et al.*<sup>16</sup> a combinação de diferentes intervenções que facilitem a adesão parece ser mais promissora do que a utilização de método isolado. Ações voltadas para a simplificação do tratamento (como simplificação de posologia, criação de uma receita didática, utilização de método de cores), porém com farmacoterapia rigorosa bem como a utilização de um sistema organizado de revisão regular dos serviços prestados (retornos precoces, visitas pelos agentes comunitários e orientação dada na farmácia) parecem estar de acordo com a proposta de Schroeder *et al.*<sup>17</sup> como a melhor intervenção a ser realizada. A proposta deste projeto de intervenção também se enquadra nas sugestões de Castro *et al.*<sup>18</sup>, que demonstrou que que técnicas de atenção farmacêutica e seguimento farmacoterápico aumentam a probabilidade de doenças crônicas.

Para obter algum resultado, o ideal é que os pacientes se mantenham supervisionados sempre, visto que são pacientes com fragilidade de adesão ao tratamento e dificilmente (tanto pela idade quanto pelo nível intelectual) irão alcançar uma melhora tão substancial que possibilite uma total autonomia e independência dos métodos de supervisão. Pretende-se uma melhora gradual da adesão e da autonomia, com intuito de diminuir aos poucos a necessidade e dependência dos pacientes, porém o acompanhamento deve ser avaliado individualmente.

É recomendado que novo estudo seja realizado para poder avaliar de fato o impacto das estratégias utilizadas para facilitar a adesão ao tratamento medicamentoso. Conforme comentado anteriormente, poderia ser utilizada a escala ROMI<sup>8</sup>, útil para

avaliar a adesão e sistematizar o acompanhamento tanto individual como coletivo<sup>5</sup>. Além disso, poderia ser feito um levantamento dos pacientes-alvo para atendimento individualizado e específico, tanto na farmácia como na Unidade de saúde.

## 6. CRONOGRAMA

Atividades	Junho de 2015 a Abril de 2016	Mai 2016	Junho 2016	Julho 2016	Agosto 2016	Setem- bro 2016	Outubr o 2017	Novem- bro 2017
Revisão Bibliográfica	x	x	x	x	x	x	x	x
Aprovação no Comitê de Ética		x	x					
Treinamento da equipe			x					
Implantação das Ações			x	x				
Monitoramento e ajustes				x	x	x		
Análise dos dados					x	x	x	
Apresentação dos resultados							x	x
Acompanhamento do Projeto								x


## 7. REFERÊNCIAS

- 1 - HAYNES, R.B; TAYLOR, D.W; SACKETT, D.L. **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins. University Press, 1981. 516 p.
- 2 - WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Disponível em: <[http://www.who.int/chronic\\_conditions/en/adherence\\_report.pdf](http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf)>. Acesso em: 15 de fevereiro de 2016.
- 3 - OSTENBERG, L.; BLASCHKE, T. **Adherence to medication**. *N. Engl. J. Med.*, v. 353, p 487-497, 2005.
- 4 - VERMEIRE, E.; HEARNSHAW, H.; VAN ROYEN, P.; DENEKENS, J. **Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review**. *J. Clin. Pharm. Ther.*, v. 26, p. 331-345, 2001.
- 5 – ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes adesão a Tratamento Medicamentoso**. 24 de julho de 2009.
- 6 – DEWULF, N.L.S.; MONTEIRO, R.A.; PASSOS, A.D.C.; VIEIRA, E.M.; TROCON, L.E.A. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário**. Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas vol. 42, n. 4, out./dez., 2006
- 7 - MARINKER, M.; SHAW, J. **Not to be taken as directed: putting concordance for taking medicines into practice**. *BMJ*, n. 326, p. 348-349, 2003.
- 8 - ROSA M.A.; MARCOLIN, M.A., ELKIS, H. **Avaliação dos fatores de adesão ao tratamento medicamentoso entre pacientes brasileiros com esquizofrenia**. Rev Bras Psiquiatr 2005;27:178-84.
9. CARVALHO, C.V.; DUARTE, D.B.; MERCHÁN-HAMANN E.; BICUDO, E.; LA-GUARDIA J. **Determinantes da adesão à terapia antirretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000**. Cad Saúde Pública 2003;19:593-604.
10. LIGNARI, J.L.; GRECO, D.B.; CARNEIRO, M. **Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids**. Rev Saúde Pública 2001;35:495-501.
11. VLAHOV, D.; CELENTANO, D.D.; **Acesso de usuários de drogas injetáveis ao tratamento anti-retroviral altamente potente: adesão, resistência e mortalidade**. Cad Saúde Pública 2006;22:705-18.
- 12- HART, J.T. **Rule of halves: implications of increasing diagnosis and reducing dropout for future workload and prescribing costs in primary care**. Br J Gen Pract 1992; 42:116-9.

13. O'CONNOR, P.J. **Improving medication adherence: challenges for physicians, payers, and policy makers.** Arch Intern Med 2006;166:1802-4.
14. PETERSON, A.M.; TAKIYA, L.; FINLEY, R. **Metaanalysis of trials of interventions to improve medication adherence.** Am J Health Syst Pharm 2003;60:657-65.
- 15 – SACKETT, D.L.; SNOW, J.C.; **Compliance in Health Care.** Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
- 16 – HAYNES, R.B.; MCDONALD, H.; GARG, A.X.; MONTAGUE, P. **Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications (Cochrane review).** *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004. Oxford: Update software.
- 17 – SCHROEDER, K.; FAHEY, T.; EBRAHIM, S.; **Intervention for improving adherence to treatment in patients with high blood pressure in ambulatory settings. (Cochrane review).** *The Cochrane Library*, Issue 4, 2007. Oxford: Update software.
- 18 - CASTRO, M.S.; FUCHS, F.D. **Abordagens para aumentar a adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial de difícil controle.** Rev Bras Hipertens vol.15(1):25-27, 2008.
- 19 – DOWELL, J.; JONES, A.; SNADDEN, D. **Exploring medication use to seek concordance with 'non-adherent' patients: a qualitative study.** Br J Gen Pract 2002;52:24-32.
- 20 – KONKLE-PARKER, D.J. **A motivational intervention to improve adherence to treatment of chronic disease.** J Am Acad Nurse Pract 2001;13:61-8.
21. ASSIS, M.A.A.; NAHAS, M.V. **Aspectos motivacionais em programas de mudança de comportamento alimentar.** Rev Nutr 1999;12:33-41.
- 22 – MICHAUD, P.A.; SURIS, J.C.; VINER, R. **The adolescent with a chronic condition.** Part II: healthcare provision. Arch Dis Child 2004;89:943-9.
- 23 – HAYNES, R.B.; ACKLOO, E.; SAHOTA, N.; MCDONALD, H.P.; YAO, X. **Interventions for enhancing medication adherence.** Cochrane Database Syst Rev 2008;(2):CD000011.
- 24 – ATREJA, A.; BELLAM, N.; LEVY, S.R. **Strategies to enhance patient adherence: making it simple.** Med Gen Med 2005;7:4.

## ANEXOS

### ANEXO 1 – EXEMPLO DE RECEITA COM CORES


**Prefeitura Municipal de São Vicente**  
 SECRETARIA DA SAÚDE  
 RECEITUÁRIO

UNIDADE:

Nome do Paciente \_\_\_\_\_  
 — uso oral contínuo —

① Omeprazol 20mg ■  
 tomar 1 cp em jejum e só  
 comer após 30 minutos.

② Captopril 25mg ■ ■  
 tomar 2 cp ao dia, 1 no café  
 de manhã e outro no jantar

③ Hidroclorotiazida 25mg ■ ■  
 tomar 2 cp ao dia, 1 no café  
 da manhã e outro no jantar

④ AAS 100mg ■  
 tomar 1 cp no almoço.

⑤ Simvastatina 20mg ■  
 tomar 1 cp antes de dormir



Assinatura  
 Elsa Quaresma Coelho  
 Médica  
 CRM-162947

Data: \_\_\_\_\_

É vedado ao médico: receitar, atestar ou emitir laudos de  
 forma secreta ou ilegível, sem a devida identificação de  
 seu número de registro no CRM - Lei Municipal n. 2556-A  
 MOD. 148



ANE  
 XO  
 2:  
 EXEMPLO DE RECEITUÁRIO DIDÁTI-  
 CO

 JEJUM - DE MANHÃ	0mg)----- Tomar 1 comprimido
	Captopril (25mg) ----- Tomar 1 comprimido Hidroclorotiazida (25mg) - Tomar 1 comprimido





# ANEXO 3 – EXEMPLO DE RECEITUÁRIO DIDÁTICO E COM CORES

The image displays a comprehensive set of educational tools for a medication regimen. At the top, five blister packs of pills are shown, each with a colored sticker (blue, purple, pink, green, and yellow) indicating a specific medication. Below these are two printed prescription cards. The left card is a template with fields for patient name, time of day (JEJUM - DE MANHÃ, CAFÉ-DA-MANHÃ, ALMOÇO, JANTAR, ANTES DE DORMIR), medication name, dose, and frequency. It includes icons for each time of day and color-coded boxes for medication placement. The right card is a handwritten version of the same prescription, listing: Omeprazol 20mg, Captopril 25mg, Hidroclorotiazida 25mg, AAS 100mg, and Sinvastatina 20mg. Below the printed cards is a clear plastic pill organizer with a yellow sticker and a label for 'JEJUM - DE MANHÃ'. At the bottom, four white pill boxes are shown, each with a different time-of-day icon and color-coded boxes: CAFÉ-DA-MANHÃ (blue and pink), ALMOÇO (green), JANTAR (blue and pink), and ANTES DE DORMIR (purple).