

INFORMAÇÃO DO PACIENTE SOBRE SUA DOENÇA E TERAPÊUTICA EM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Patient's information on their disease and therapy in an academic extension project

Artigo Original

RESUMO

Objetivo: Avaliar a informação adquirida pelo paciente sobre sua doença e terapêutica após seis meses de acompanhamento ambulatorial em Hospital Universitário com ações de educação em saúde de um projeto de extensão. **Métodos:** O modelo do estudo foi experimental. A cada visita mensal do paciente ao ambulatório, os alunos do Curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) participantes do Projeto *Continuum* de Extensão forneceram, de forma repetida, informações sobre a doença crônica e tratamento, realizando orientação educativa individual durante cada consulta. Para a realização das entrevistas, foi utilizado um questionário elaborado pelos autores para avaliar a retenção da informação pelo paciente, aplicado no atendimento inicial e seis meses após a execução do projeto de educação em saúde. **Resultados:** Houve ampliação da informação sobre diagnósticos, que foram congruentes com os reais, assim como sobre os medicamentos em uso; os 33,3% que relataram conhecer o nome dos medicamentos em uso no início do acompanhamento passaram para 65,5%; os 12,5% que sabiam os efeitos colaterais dos medicamentos aumentaram para 41,7%. **Conclusão:** Conclui-se que, em curto prazo, houve uma melhora da informação adquirida pelos pacientes após as ações de educação em saúde promovidas pelo projeto de extensão universitária.

Descritores: Continuidade da Assistência ao Paciente; Doença Crônica; Ambulatório Hospitalar; Cuidados Terciários de Saúde; Educação Sanitária.

ABSTRACT

Objective: To assess the patient's acquired information about their disease and treatment after six months of outpatient follow-up in a University Hospital with health education actions of an academic extension project. **Methods:** The study design was experimental. At each monthly visit of the patient to the clinic, Medical School students from Federal University of Paraíba (UFPB) participants of the Continuum Extension Project, repeatedly provided information on chronic disease and its treatment, conducting educational orientation individually during each consultation. For the interviews, we used a questionnaire created by the authors to assess the retention of information by the patient, applied at the initial medical appointment and six months after implementation of the health education project. **Results:** There was an increase of information on diagnoses consistent with reality, as well as on the drugs in use; the 33.3% that reported knowing the names of the medications in use at the beginning of follow-up changed to 65.5%; the 12.5% that knew the side effects of medications increased to 41.7%. **Conclusion:** We conclude that, in short term, there was an improvement in information acquired by patients after health educations actions provided by the academic extension project.

Descriptors: Continuity of Patient Care; Chronic Disease; Outpatient Hospital; Education Health; Community-Institutional Relations; Tertiary Health Care.

Rilva Lopes de Sousa-Muñoz⁽¹⁾
Bruno Melo Fernandes⁽¹⁾
Rodolfo Augusto Bacelar de
Athayde⁽¹⁾
Samuel Gouveia da Costa
Duarte⁽¹⁾
Isabel Barroso Augusto Silva⁽¹⁾
Ângela Siqueira de Figueiredo⁽¹⁾

1) Universidade Federal da Paraíba (UFPB)
- João Pessoa - PB - Brasil

Recebido em: 05/03/2010
Revisado em: 22/03/11
Aceito em: 20/04/2011

INTRODUÇÃO

A prática educativa em saúde não se restringe às ações no âmbito da atenção primária, como geralmente é entendida, mas se faz necessária nos três campos de atenção. Este pensamento é expresso no Relatório Final da XI Conferência Nacional de Saúde no capítulo Democratização das Informações⁽¹⁾.

Nesse sentido, uma das importantes mudanças na atenção à saúde nos últimos tempos foi aquela que reconheceu o direito dos doentes à informação sobre seu problema de saúde⁽²⁻⁵⁾. Este tema implica na necessidade da participação do paciente na sua terapêutica e na importância dos processos educativos ao cliente de serviços de saúde. No entanto, ainda são poucos os trabalhos que abordam esta temática no âmbito da atenção terciária ao doente.

Tendo em vista que a conscientização e a educação são fatores fundamentais para um adequado controle das doenças crônicas, sobretudo *diabetes mellitus* e hipertensão arterial, que levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo, graves repercussões para o paciente, a família e a sociedade, é importante a implantação de ações educativas sobre seu controle em locais de atendimento terciário, onde se encontram com maior frequência pacientes com dificuldade de obtenção de controle clínico adequado⁽⁴⁾.

Nesse sentido, a orientação educativa em saúde é considerada, atualmente, uma prática intrínseca ao projeto assistencial em todos os níveis de atenção à saúde, pois possibilita a organização de estratégias individuais e coletivas para o enfrentamento de problemas no processo saúde-doença. Informação, educação e comunicação são bases de mudança do comportamento do usuário de serviços de saúde, constituindo um fator de importância clínica e social^(5,6). Quanto maior o grau de conhecimento do paciente sobre sua doença, maior o comprometimento no auto cuidado e adesão ao tratamento^(7,8).

O objetivo deste trabalho foi avaliar a informação retida pelos usuários de serviço ambulatorial do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW) após ações educativas sobre doença e terapêutica realizadas por alunos do curso de Medicina da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) participantes do Projeto *Continuum* de Extensão.

MÉTODOS

O delineamento deste estudo foi experimental, com abordagem quantitativa. A amostra selecionou-se por conveniência, uma vez que se pretendeu apreender o comportamento dos pacientes atendidos ambulatorialmente em relação à informação retida por eles no contexto da ação

educativa realizada por alunos extensionistas do curso de Medicina da UFPB.

Os critérios de inclusão foram: estar recebendo acompanhamento no ambulatório de egressos de internação, a partir da segunda visita ambulatorial; ter idade igual ou superior a 18 anos; comparecer mensalmente aos retornos ambulatoriais agendados; receber informações educativas dos estudantes de medicina extensionistas do projeto; e aceitar a participação no estudo. Foram excluídos os pacientes com deficiências que impedissem a comunicação e que tivessem domicílio distante do serviço, impedindo o comparecimento mensal ao ambulatório.

O estudo realizou-se no Ambulatório de Egressos de Internação do Serviço de Clínica Médica, do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW), da UFPB, em João Pessoa-PB, onde funciona o Projeto *Continuum* de extensão. Este projeto é vinculado ao Programa de Bolsas de Extensão / UFPB, enfoca a continuidade do cuidado, no sentido de reduzir o alto índice de novas hospitalizações de portadores de doenças crônicas, como hipertensão arterial, *diabetes mellitus* e doença renal crônica, enfermidades que apresentam elevada prevalência entre os pacientes que foram internados nas enfermarias de clínica médica do HULW. Nesse projeto, aplicaram-se ações educativas com periodicidade mensal em visitas pelos referidos clientes egressos de hospitalização no serviço.

As atividades de extensão deste projeto desenvolveram-se através de seguimento clínico pós-hospitalização no ambulatório de egressos das enfermarias de clínica médica do HULW. Os principais objetivos operacionais foram a orientação educativa sobre sua doença e terapêutica não farmacológica e farmacológica.

A atividade educativa ao usuário tem recebido diferentes denominações, porém o termo “orientação” é o mais usado na literatura. A orientação de pacientes é uma experiência planejada, usando uma combinação de fornecimento de informações e aconselhamento, que influenciam o conhecimento do paciente e, consequentemente, o seu comportamento em relação à sua saúde⁽⁹⁾.

As orientações ao hipertenso foram feitas de acordo com as V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial⁽¹⁰⁾, as orientações ao diabético, segundo às Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes⁽¹¹⁾, e às orientações ao portador de doença renal crônica, conforme as Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica⁽¹²⁾.

A cada visita mensal do paciente ao ambulatório, forneceu-se, de forma repetida, informação sobre sua doença e tratamento. Empregando orientação educativa durante as visitas ao ambulatório, os estudantes extensionistas esclareceram sobre medidas de tratamento

não medicamentoso, como dieta, exercícios físicos, redução do peso, combate ao tabagismo e consumo alcoólico, e cuidados com os pés, no caso dos diabéticos; quanto ao tratamento medicamentoso, esclareceu-se a importância de manter a adesão com o uso regular dos remédios prescritos.

Para a realização das entrevistas face a face e a coleta dos demais dados, utilizou-se dois instrumentos: um questionário semiestruturado e padronizado (Quadro I), elaborado pelos autores para avaliar a retenção da informação pelo paciente, e um formulário de dados clínicos e demográficos. Esse questionário com as perguntas sobre o conhecimento do paciente sobre sua doença principal e tratamento foi aplicado no atendimento inicial no ambulatório de egressos de internação e seis meses após a execução das orientações educativas individuais e de periodicidade mensal.

Esta pesquisa envolveu todos os pacientes atendidos continuamente no referido ambulatório, excetuando-se os que preenchiam critérios de exclusão. Neste ambulatório, a maioria dos pacientes que recebem alta hospitalar das enfermarias de clínica médica é atendida apenas uma vez após a internação, sendo posteriormente encaminhados para os postos do Programa Saúde da Família. Os clientes que permanecem em acompanhamento por mais de duas visitas no ambulatório de egressos são aqueles que não alcançam controle clínico adequado após a primeira visita de retorno depois da alta hospitalar. Estes foram os pacientes incluídos na amostra do presente estudo.

Quadro I - Questionário sobre conhecimento do paciente sobre a sua doença, aplicado no início e seis meses depois do acompanhamento ambulatorial. João Pessoa-PB, 2009.

Questionário - Perguntas
1- Sabe qual é o nome da doença que causou sua internação recente?
2- Qual é o diagnóstico que o paciente relata?
3- Sabe quais os nomes dos medicamentos que vai ficar tomando em casa?
4- Se resposta 3 foi positiva, qual(is) os nomes dos medicamentos, segundo o paciente?
5- Sabe que efeitos colaterais podem apresentar esses medicamentos?
6- Qual(is) os efeitos colaterais, segundo o paciente?
7- Sabe que cuidados foram recomendados pelo médico para seguir em casa? Se sim, quais?

Submeteu-se o projeto à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa do HULW/UFPB, sob registro SISNEP – CAAE 0070.0.126.000-07. Esclareceram-se os sujeitos participantes quanto aos objetivos e a natureza da investigação e iniciaram-se as entrevistas após terem assinado o termo de consentimento.

RESULTADOS

As atividades assistenciais do projeto *Continuum* de extensão no ambulatório de egressos de internação das enfermarias de clínica médica foram realizadas entre junho e dezembro de 2009, com a inclusão de 32 pacientes recém-internados nas enfermarias de clínica médica do HULW. Vinte e quatro destes foram acompanhados ambulatorialmente com periodicidade mensal, pois oito pacientes tinham domicílio em cidades distantes, não permitindo o seu acompanhamento como planejado.

Na caracterização sociodemográfica da clientela atendida, verificou-se que a idade média dos 24 pacientes acompanhados variou de 18 a 77 anos (média de 51,8±15); 17 (70,8%) do sexo masculino; 10 (41,7%) brancos, 9 (37,5%) pardos e 5 (20,8%) negros; 16 (66,7%) casados, 17 (70,8%) procedentes da cidade de João Pessoa e área metropolitana, com 5,0 ± 4,2 anos de instrução (escolaridade básica em 65% dos casos, e 20% analfabetos) e renda mensal de até um salário mínimo em 70,8% dos casos.

Na avaliação dos diagnósticos principais, doenças renais, cardiovasculares e endócrinas foram as enfermidades mais frequentes. Quinze (62,5%) dos pacientes atendidos eram hipertensos, e seis (42%) destes tinham concomitantemente hipertensão e diabetes mellitus. As frequências de doenças crônicas principais estão demonstradas na Tabela I.

Todos os pacientes apresentavam comorbidades, e 40% possuíam mais de cinco problemas ativos. A observação dos eventos registrados ao término da vigência do projeto indicou que 16 pacientes (66,7%) não faltaram a nenhuma das consultas marcadas. Oito pacientes faltaram aos atendimentos agendados: cinco deles faltaram uma vez, retornando após solicitação de seu comparecimento ao ambulatório por telefone. Dois pacientes faltaram duas vezes, em virtude de dificuldade de comparecimento por problemas de transporte até o hospital, e um faltou três vezes, não retornando mais ao ambulatório, e com o qual não foi possível manter contatos posteriores por mudança de domicílio e ausência de contato telefônico.

Durante os seis meses de acompanhamento, foram realizadas visitas mensais, mas alguns dos pacientes tiveram um número menor de visitas, em virtude de sua inclusão posterior no projeto. Por essa razão, o número de visitas variou de dois a cinco, com média de 3,4 visitas.

As respostas dos pacientes à aplicação do questionário sobre a informação retida no início do acompanhamento no projeto de extensão e após seis meses de continuidade da atenção mostram que houve aumento do conhecimento sobre diagnóstico e tratamento medicamentoso (Tabelas II e III).

Tabela I - Frequência simples e percentual de hipertensão arterial, diabetes mellitus e doença renal crônica nos pacientes atendidos no Projeto Continuum de extensão. João Pessoa-PB, 2009. (n=24)

Doenças crônicas*	n	%
Hipertensão arterial	15	62,5
Doença renal crônica	14	58,3
Diabetes mellitus	8	33,3
Hipertensão arterial + <i>diabetes mellitus</i>	7	29,2

* As categorias acima não são mutuamente excludentes.

Tabela II - Frequência simples e percentual do conhecimento dos pacientes sobre sua doença e tratamento no início do acompanhamento ambulatorial pós-hospitalização. João Pessoa-PB, 2009. (n=24)

Informação retida pelo paciente	n	%
Tratamento não medicamentoso	20	83,3
Diagnóstico	18	75
Diagnóstico correto	11	45,8
Nomes dos medicamentos	8	33,3
Nomes dos medicamentos corretos	6	25
Efeitos colaterais	3	12,5
Efeitos colaterais coincidentes com os reais	1	4,2

Tabela III - Frequência simples e percentual do conhecimento dos pacientes sobre sua doença e tratamento após seis meses de acompanhamento ambulatorial pós-hospitalização. João Pessoa-PB, 2009. (n=24)

Informação retida pelo paciente	n	%
Tratamento não medicamentoso	20	83,3
Diagnóstico	19	79,1
Diagnóstico correto	16	66,6
Nomes dos medicamentos	15	65,5
Nomes dos medicamentos corretos	11	45,8
Efeitos colaterais	10	41,7
Efeitos colaterais coincidentes com os reais	5	20,8

Não se observou mudanças no conhecimento dos pacientes sobre o tratamento não medicamentoso, havendo também pouca alteração nas respostas quanto ao conhecimento do diagnóstico, mas houve aumento do percentual de diagnósticos congruentes com os seus reais. Porém, os demais itens sofreram alterações nas respostas: dos 8 (33,3%) que relataram conhecer o nome dos medicamentos em uso no início do acompanhamento, passaram para 15 (65,5%); dos 3 (12,5%) que sabiam os efeitos colaterais dos medicamentos, passaram a 10 (41,7%). Houve aumento das respostas corretas referentes aos medicamentos em uso e seus respectivos efeitos adversos.

DISCUSSÃO

O enfoque do presente trabalho é sobre atendimento ao paciente na atenção terciária, onde é atendido um grande número de pacientes portadores de doenças crônicas de alta complexidade. É esse cliente, ou o responsável por ele, o objetivo das principais ações do projeto *Continuum* de extensão universitária que ocorre no ambulatório de egressos de internação do HULW.

Os usuários do Projeto *Continuum* de extensão apresentam diagnósticos de hipertensão, diabetes *mellitus* e doença renal crônica, associação que eleva muito sua morbidade. A Organização Mundial da Saúde reconhece que quando bem informado, esse cliente recupera-se mais rapidamente, o que motivou a inserção do direito à informação entre os sete itens que compõem os direitos dos pacientes enquanto consumidores, estabelecendo o direito destes a uma explicação clara sobre suas alternativas de tratamento, efeitos colaterais e consequências no caso de abandono de determinado tratamento⁽¹³⁻¹⁵⁾.

A dimensão de cuidado requer a integração de ações para a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, incluindo ainda a eficácia, a organização das ações, os modelos de gestão dos serviços e a formação dos profissionais que atendem no sistema de saúde^(16,17,18). Além disso, assistência e educação para saúde devem ser realizadas durante a consulta ambulatorial, aproveitando o quão propício é este momento⁽¹⁹⁾.

No que concerne às ações realizadas no atendimento da clientela do Projeto *Continuum* de extensão, pacientes hipertensos, diabéticos e nefropatas ampliaram suas relações com a equipe no segmento ambulatorial pós-internação através das ações de orientação educativa realizadas. O fato de terem ocorrido consultas frequentes não indicou necessariamente maior gravidade das manifestações e, ao contrário do que admitem gestores dos sistemas de saúde, a utilização elevada não decorreu de uso inadequado⁽²⁰⁾.

No presente trabalho, a frequência de consultas foi determinada pela necessidade de execução das ações educativas do projeto e, apesar do nível de instrução desfavorável, a orientação educativa continuada parece ter apresentado efeito sobre o conhecimento do paciente sobre sua problemática de saúde.

Os dados obtidos aproximam-se dos resultados de outros estudos que abordam o tema⁽²¹⁻²⁵⁾. Mesmo assim, o conceito de conhecimento sobre o medicamento inclui diferentes itens que não são suficientemente equivalentes. Nesse sentido, é preciso distinguir a importância de cada item analisado de acordo com as características do paciente e do tratamento medicamentoso^(26,27).

Estudo semelhante realizado em ambulatório de hospital universitário em Fortaleza-CE⁽²⁸⁾ verificou que, apesar da existência de um nível de informação suficiente pelos pacientes sobre os medicamentos em uso de acordo com a prescrição médica (com índice de acerto para o item nome do medicamento de 69%), o conhecimento dos efeitos adversos foi observado em somente 20%, e apenas 16% correspondiam a efeitos adversos frequentes e/ou graves dos medicamentos em uso, corroborando os dados encontrados no presente estudo. Assim, podemos verificar que o item “nome do medicamento” é conhecido, mas sua real ação e efeitos (benéficos ou não) sobre o tratamento não são, justificando uma maior necessidade de educação do paciente, e a partir desta uma maior adesão e eficácia da terapêutica proposta.

A insuficiência de informações com respeito aos efeitos adversos observada pode estar relacionada à baixa valorização dada a esse item da informação, tanto por quem fornece a prescrição e o medicamento, quanto por quem o utiliza⁽²⁹⁻³¹⁾. A possibilidade do medicamento causar efeitos adversos acaba sendo frequentemente omitida pelo prescritor, talvez por receio de que informações negativas sobre o uso do medicamento prejudiquem a adesão do paciente ou mesmo que ocorra um efeito placebo em decorrência da comunicação.

Não apenas a retenção da informação quanto à medicação é nociva. Muitas vezes a explicação sobre o seu problema de saúde não é aprofundada pelo médico, deixando-se de informar aspectos relevantes sobre a doença e tratamento do paciente atendido⁽³²⁾, como, por exemplo, na atenção ambulatorial aos hipertensos, não havendo recomendação aos pacientes da realização de exercícios, o abandono do tabagismo e a redução do peso corporal⁽³³⁾, prejudicando assim o processo terapêutico como um todo, possivelmente diminuindo a sobrevida e aumentando risco de complicações.

Portanto, apesar de imprescindíveis ao cumprimento do esquema terapêutico, as orientações sobre como

usar o medicamento não seguem as recomendações da Organização Mundial da Saúde para a boa prescrição médica⁽²³⁾. Tais achados salientam a relevância do tema. É, portanto, imprescindível uma boa comunicação médica sobre diagnóstico e tratamento, fator avaliado em diversos estudos⁽³⁴⁾.

Ainda no HULW, foi observado que 27% dos pacientes internados no HULW/UFPB queixaram-se da falta de informações prestadas pela equipe médica sobre os cuidados a serem seguidos após a sua alta hospitalar. Analisando este fato, afirmou-se que tal variável é responsável, muitas vezes, pelo retorno do paciente à unidade de internação em virtude da reincidência ou agravamento da doença provocada pela falta de orientação terapêutica, sendo referido que “os profissionais [os médicos] geralmente não estão preparados para serem educadores em saúde”^(33,60).

Outro problema é que a falta de orientação ao paciente constitui a sua principal insatisfação. Daí o alerta de que o médico precisa reconhecer essa reivindicação e se conscientizar de que o seu diálogo com o paciente é essencial⁽³³⁾.

Assim como em todo processo de comunicação, é necessário tanto haver a fonte da informação quanto um “alvo” capaz de compreender tais dados. Observa-se que conhecimento depende do nível de escolaridade do paciente, mas não depende da idade, do tipo de unidade de internação, do tempo de permanência hospitalar e do número de medicamentos prescritos^(35,36). Em ambos os estudos, verificou-se que os pacientes ainda têm dúvidas sobre o tratamento prescrito e sua continuidade no momento da alta hospitalar, mesmo após esclarecimento. Estudos mostram que pacientes com doenças crônicas hospitalizados ou que são acompanhados ambulatorialmente após uma hospitalização recebem em média seis fármacos diferentes, podendo chegar a 20 em internações prolongadas⁽³⁵⁾, e que ao receberem alta hospitalar sem instruções adequadas, estes pacientes provavelmente terão sua adesão terapêutica comprometida. O cliente e os seus familiares devem saber quais são os objetivos da terapêutica, o esquema posológico e quais os cuidados especiais que devem ser seguidos. Estima-se que aproximadamente 50% dos pacientes que usam medicamentos não aderem ao tratamento estabelecido pelo médico por falta de orientação do profissional⁽³⁵⁾.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde coloca que os efeitos do nível de instrução aparecem na capacidade de entendimento das informações sobre saúde⁽²⁵⁾. Aqui cabe acrescentar que os resultados encontrados no presente estudo revelaram que, além desses fatores acima citados, e apesar do nível de instrução desfavorável (20% de pacientes analfabetos), a orientação educativa continuada parece ter apresentado efeito sobre o

conhecimento do paciente sobre sua problemática de saúde, a considerar seu auto-relato.

Embora seja possível postular numerosas razões sociais, psicológicas e econômicas como as já mencionadas para esse fato, os problemas com o seguimento do tratamento podem ser ocasionados, em parte, pela insuficiência de informação sobre o medicamento prescrito, e nesta há o dever de atenuação por parte do profissional, mesmo que o fornecimento de informações adequadas aos pacientes sobre medicamentos possa não ser considerado uma tarefa fácil para médicos⁽³⁶⁾, principalmente pelo fato reconhecido de que, muitas vezes, o médico não dispõe de tempo suficiente para uma informação pormenorizada do tratamento prescrito. Contudo, no contexto de uma internação geralmente prolongada em um hospital terciário, a impossibilidade gerada pela falta de tempo não encontra justificativa.

A informação verbal fornecida pelo médico pode ser insuficiente também em virtude do fato de que o próprio paciente prioriza as informações recebidas sobre a doença e o diagnóstico, prestando menor atenção às informações sobre o medicamento prescrito, sobretudo o paciente de nível socioeconômico desfavorável. Além disso, o paciente pode não compreender a informação verbal, não aceitá-la ou mesmo esquecer parte dela após a orientação médica⁽³⁷⁾. Nesse sentido, tanto a informação verbal feita pelo médico quanto a escrita são importantes e complementares na educação do paciente. O fornecimento de informações escritas deve se constituir em um meio efetivo de apoio às orientações verbais transmitidas ao paciente sobre os medicamentos⁽³⁸⁾.

As recomendações médicas devem ser dadas de forma a minimizar os vários problemas do complexo processo de interpretação da prescrição médica pelos pacientes. Casos de má compreensão mútua, os problemas de falha de comunicação são muito mais frequentes aos dos casos em que ocorre bom entendimento mútuo entre médico e paciente⁽³⁴⁾. Nesse sentido, parece haver necessidade de mais atenção para as habilidades de comunicação na formação médica e na educação médica continuada^(38,39). Considera-se que a questão educativa refere-se não apenas aos pacientes, mas também aos profissionais de saúde^(40,41).

Essa questão é relevante na prática dos serviços terciários porque um grande contingente de pacientes com doenças crônicas é atendido nos ambulatórios dos hospitais universitários brasileiros⁽⁴²⁾. Além disso, muitos desses pacientes recebem tratamento medicamentoso através dos serviços públicos ligados ao Sistema Único de Saúde^(43,44). Contudo, o baixo grau de adesão terapêutica pode afetar a eficiência da utilização desses recursos⁽³⁶⁻³⁸⁾. Estes podem não suprir as demandas, por serem fragmentadas⁽⁴⁵⁾.

CONCLUSÃO

Conclui-se que os benefícios do projeto de extensão foram, em curto prazo, uma melhora da informação adquirida pelos pacientes. Mais do que elaborar conclusões, este estudo levanta a questão da necessidade de se adotarem programas de ações educativas voltadas para o paciente, a fim de aumentar seu conhecimento sobre o próprio tratamento e, conseqüentemente, suas possibilidades de adesão à terapêutica.

A capacitação de profissionais e de pessoal de saúde, em especial com técnicas de aconselhamento em intervenção de promoção, proteção e apoio ao paciente com doença crônica, deveriam ser utilizadas ambulatorialmente após a alta hospitalar. É fundamental que os profissionais de saúde, que lidam com essa clientela, desenvolvam habilidades específicas de aconselhamento, o que se aplica também aos ambulatórios de hospitais universitários. Isso decorre da questão de que capacidade de comunicação tem sido apontada como uma das habilidades clínicas fundamentais para todos os prestadores de cuidados de saúde, seja de cuidados primários ou terciários de saúde.

Trabalho realizado no Programa de Bolsas de Extensão da Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

REFERÊNCIAS

1. Conselho Nacional de Saúde. 11^a Conferência Nacional de Saúde: Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização na atenção à Saúde, com Controle sócio-Relatório Final. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/11conferencia/anexos/relatorio.pdf>
2. Silva CAB. A educação no tratamento das doenças crônico-degenerativas. Rev Bras Promoç Saúde. 2000;19(4): 195-6.
3. Caprara A, Franco ALS. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad Saúde Pública. 1999;15(3): 648-654.
4. Mercado-Martínez FJ et al. La perspectiva de los sujetos enfermos: reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico. Cad Saúde Pública. 1999;15(1):179-86.
5. Vigil JLG. Modelo de comunicación para el aprendizaje independiente y de la clínica. Rev Med IMSS. 2000;38(1):61-8.

6. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* [acesso em 2011 Abr 27]; 2004. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800014&lng=en&nrm=iso.
7. De Marco MA. Abordagem integral e integrada. In: Prado FC, Ramos JÁ, Do Valle JR Atualização terapêutica. São Paulo: Artes Médicas; 2005.
8. Oshiro ML, Castro MMC, Cymrot R. Fatores para não-adesão ao programa de controle da hipertensão arterial em Campo Grande, MS. *Rev Ciênc Farm Básica Apl*. 2010; 31(1): 95-100.
9. Melle AM, Zago MMF. Análise da educação de clientes/pacientes na literatura brasileira de enfermagem. *Rev Latinoam Enfermagem*. 1999;7(5):85-94.
10. V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arq. Bras. Cardiol*. 2007;89(3):24-79.
11. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes para tratamento e acompanhamento do diabetes mellitus 2007 [acesso em 2011 Abr 11]. Disponível em: http://www.anad.org.br/profissionais/images/Diretrizes_SBD_2007.pdf.
12. Sociedade Brasileira de Nefrologia. Diretrizes Brasileiras de Doença Renal Crônica. *J Bras Nefrol*. 2004;26(3):S1-S49.
13. Sousa MRMGC, McIntyre GC. Conhecimento do diabético sobre a doença e a repercussão no tratamento *Rev Bras Promoç Saúde*. 2008;21(4):281-9.
14. Olivares J, Espinoza Y. Determinación del nivel de información sobre el uso de antiinflamatorios no esteroideos en pacientes ambulatorios de un hospital general. *Medicamentos y Salud Popular*. 1996; 33:19-28.
15. Azevedo NDA. Conhecimento do paciente hospitalizado sobre o uso de digital. *Revista Baiana de Enfermagem*; 1987; 3:95-111.
16. Vargas M, Domecq C, Maureira C. Análisis del grado de cumplimiento y de conocimiento del tratamiento entre los pacientes ingresados en un Servicio de Medicina. *Revista de la OFIL*. 1991;1:2-10.
17. Dewulf NLS, et al. Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrintestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2006;42(4):575-84.
18. Moreira LB, Fernandes PFCCC, Monte SF, Galvão RIM, Marins AMC. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. *Rev Bras Ciênc Farm*. 2008; 44(2):315-25.
19. Ascione FJ, Kirscht JP, Shimp LA. An assessment of different components of patient medication knowledge. *Medical Care*. 1986;24(1):1018-28.
20. Silva T, Schenkel EP, Mengue SS. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Cad Saúde Pública*. 2000;16(2):449-55.
21. Franco ALS, Bastos ACS, Alves VS. A relação médico-paciente no Programa Saúde da Família: um estudo em três municípios do Estado da Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2005;21(1):246-55.
22. Piccini RX, Victora CG. How well is hypertension managed in the community? A population-based survey in a Brazilian city. *Cad Saúde Pública*. 1997; 13:595-600.
23. Organização Mundial da Saúde. Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2001.
24. Levinson W, Chaumeton N. Communication between surgeons and patients in routine office visits. *Surgery*. 1999;125(2):127-34.
25. Gulinelli A, Aisawa RK, Konno SN, Morinaga CV, Costardi WL, Dumarco RB et al. Desejo de informação e participação nas decisões terapêuticas em caso de doenças graves em pacientes atendidos em um hospital universitário. *AMB Rev Assoc Med Bras*. 2004;50(1):41-7.
26. Oliveira VZ, Oliveira MZ, Gomes, WB et al. Comunicação do diagnóstico: implicações no tratamento de adolescentes doentes crônicos. *Psicol Estud*. 2004;9(1): 9-17.
27. Gonçalves H. A adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: a perspectiva do paciente. *Cad Saúde Pública*. 1999;15(4):777-87.
28. Arrais PSD, Barreto ML, Coelho HLL. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007;23(4):927-37 .

29. Barrón-Rivera AJ, Torreblanca-Roldán FL, Sánchez-Casanova LI, Martínez-Beltrán M.. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. *Salud Pública de México* 1998;40(6):503-9.
30. Terra MF, Bertolozzi MR. O tratamento diretamente supervisionado (DOTS) contribui para a adesão ao tratamento da tuberculose?. *Rev Latinoam Enferm*. 2008;16(4): 659-64.
31. Ponte CMM, Fernandes VO, Gurgel MHC, Veras VS, Quidute ARP, Montenegro RM et al. Projeto Sala de Espera: uma proposta para a educação em diabetes. *Rev Bras Promoç Saude*. 2006; 19(4) :197-202.
32. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti AA. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*. 2007; 20(3):345-50.
33. Santos SR, Andrade CPR., Magalhães ASO. Qualidade total na perspectiva da satisfação do paciente. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 1997;1(1/3):57-62.
34. López M. Promoção da relação médico-paciente adequada. In: *Fundamentos da Clínica Médica*. Rio de Janeiro: Medsi; 1997. p. 343-354.
35. Gorzoni ML, Fabri RM, Pires SL. Medicamentos em uso à primeira consulta geriátrica. *Diagn Tratamento*. 2006;11(3):138-42.
36. Nogueira AB. O acompanhamento terapêutico e sua caracterização em Betim e Belo Horizonte. *Psicol Rev*. 2009;15(2):204-22.
36. Martins AP, Ferreira AP, Costa FA, Cabrita J. Como medir (ou não medir) a adesão a terapêutica de erradicação. *Pharmacy Practice*. 2006;4 (2):88-94.
38. Kenny D, Veldhuijzen W, Leblan CT et al. Interpersonal perception in the context of doctor-patient relationships: A dyadic analysis of doctor-patient communication. *Soc Scien Med*. 2009;23(8):56-62.
39. Meeuwesen L, Twilte S, Thije J. “Ne diyor?” (What does she say?): Informal interpreting in general practice. *Patient Educ Counsel*. 2010; 81(2):198-203.
40. Batista KT, Caldas, KR, Portillo, JAR. Integralidade da saúde: significado e situação atual. *Com. Ciências Saúde*. 2009; 20 (1):9-16
41. Rossi OS, Batista NA. The teaching of communication skills in medical schools: an approach. *Interface (Botucatu)*. 2006;10(19):93-102.
42. Barroso MGT, Vieira NFC, Varela ZMV. Ensino de Educação em Saúde, Interdisciplinaridade e Políticas Públicas. *Rev Bras Promoç Saude*. 2006;19(3):182-7.
43. Canabarro IM, Hahn S. Panorama da assistência farmacêutica na saúde da família em município do interior do estado do Rio Grande do Sul. *Epidemiol Serv Saúde*. 2009; 18(4):345-55.
44. Organização Pan-Americana de Saúde. Experiências e desafios da atenção básica e saúde familiar: Caso Brasil. Brasília: OPAS; 2004.
45. Rosa TEC, Bersusa APS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venâncio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Rev Bras Epidemiol*. 2009;12(2):158-71.

Endereço primeiro autor:

Rilva Lopes de Sousa-Muñoz
Rua Severino Massa Spinelli, 160/302
Bairro: Tambaú
CEP: 58039-210 - João Pessoa - PB - Brasil
E-mail:rilvalopes@hotmail.com

Endereço para correspondência:

Departamento de Medicina Interna / Hospital Universitário
Lauro Wanderley
Campus I, s/n - Cidade Universitária
CEP: 58050-000 - João Pessoa - PB - Brasil
E-mail: dmi@ccm.ufpb.br