

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

VÍVIAN ELAINE ALFLEN SOARES

**APLICAÇÕES DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO  
PACIENTE AMBULATORIAL QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS**

**São Paulo**

**2019**

**UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO  
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO  
GESTÃO EM SISTEMAS DE SAÚDE**

VÍVIAN ELAINE ALFLEN SOARES

—

**São Paulo**

**2019**

**Vívian Elaine Alflen Soares**

# **APLICAÇÕES DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE AMBULATORIAL QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marcia Cristina Zago Novaretti

**São Paulo**

**2019**

## FICHA CATALOGRÁFICA

Soares, Vívian Elaine Alflen.

Aplicações de instrumentos para avaliação da segurança do paciente ambulatorial quanto ao uso de medicamentos. / Vívian Elaine Alflen Soares. 2019.

122 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Nove de Julho - UNINOVE, São Paulo, 2019.

Orientador (a): Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Marcia Cristina Zago Novaretti.

*I.* Segurança do paciente. 2. Assistência ambulatorial. 3. Medicamentos. 4. Eventos adversos. 5. Atenção primária.

*I.* Novaretti, Marcia Cristina Zago. *II.* Título

CDU 658:616

VÍVIAN ELAINE ALFLEN SOARES

**APLICAÇÕES DE INSTRUMENTOS PARA AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO  
PACIENTE AMBULATORIAL QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Administração - Gestão em Sistemas de Saúde da Universidade Nove de Julho – UNINOVE, como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Administração – Gestão de Sistemas de Saúde.**

---

Prof. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti – Orientadora –UNINOVE

---

Prof. Dra. Sonia Francisca de Paula Monken - Membro interno –UNINOVE

---

Prof. Dr. Antonio Pires Barbosa - Membro interno –UNINOVE (Suplente)

---

Prof. Dr. Marcelo Caldeira Pedroso - Membro externo – FEA- USP

---

Prof. Dra. Marcia Costa De Liberal - Membro externo – UNIFESP (Suplente)

---

Ms. Elizienne de Sousa Costa Horvath – Profissional de Mercado – UNINOVE

São Paulo, 30 de setembro de 2019.

## **DEDICATÓRIA**

As minhas amadas filhas Alice e Júlia que renovam minhas esperanças na humanidade e me fazem querer ser melhor todos os dias.

Aos meus pais, André Alflen e Claudete Alflen, apoio e incentivo constantes. Vocês me ensinaram a ter garra e dedicação para vencer obstáculos e conquistar meus sonhos. A minha irmã Lilian Alflen por me inspirar sempre.

Dedico-lhes esta obra, pois sem vocês nada teria sido possível.

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, minha enorme gratidão a Deus gratidão à vida.

Aos meus familiares que são exemplo de vida e inspiração.

A minha orientadora que me apresentou a Segurança do Paciente, depositou toda confiança e encorajamento no meu potencial. Sua inteligência coberta de boa vontade fez com que passasse cada vez mais a admirá-la. Exigiu esforço, mas foi um trabalho instigante e aprazível ao mesmo tempo graças à profa. Dra. Márcia Novaretti.

Aos especialistas que compuseram o painel aqui discutido. Sem eles esse trabalho não seria possível.

A todos os professores e colegas de sala de aula pelas discussões produtivas que me trouxeram um grande aprendizado com seus diversos pontos de vista sobre Gestão de Sistemas de Saúde e a Saúde Pública.

Dos colegas de mestrado, quero agradecer por todos os momentos de alegria e de dificuldade do curso. Unimos as forças e somamos o aprendizado. Que o querer bem dure por toda uma vida.

## RESUMO

Há grande diversidade de características nos ambientes ambulatoriais, principalmente relacionadas às configurações de cuidados em saúde. Sobre o conceito da segurança do paciente é necessário compreender sobre os erros de medicação e eventos adversos relacionados a esse contexto. Esta pesquisa teve como objetivo principal detectar as principais falhas de segurança do paciente relacionada ao uso de medicamentos em nível ambulatorial no em um ambulatório público multidisciplinar de saúde. Trata-se de um estudo de caso de delineamento transversal, prospectivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa. A partir da revisão bibliográfica dos diversos instrumentos existentes, fez-se necessário optar por um agrupamentos de questões que avaliassem as variáveis propostas e correlações. Realizada coleta de dados para aplicação do questionário adaptado no ambulatório multidisciplinar da Universidade Nove de Julho. A população de estudo foi composta por 207 participantes, com a média de idade de 59,7 anos, frequência de 64,9% do sexo feminino e ensino médio completo em 47,8%. Os principais diagnósticos dos agravos à saúde foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Também foram identificadas alterações na tireóide, hipercolesterolemia, gastrite e outros. Números de consultas no último ano em média 7,9/ paciente (DP=6,7), 140 (67,6%) participantes faziam uso do serviço há mais de um ano, 150 (72,5%) dos pacientes já faziam uso prévio de medicamentos, o tempo médio de uso do medicamento é de 71,5 ( $\pm 70,5$ ) meses. Em 34,8% dos pacientes apresentam dois agravos à saúde e foi encontrada prescrição de 2,4 medicamentos por paciente, em média. Foi verificado que 97 (46,8%) dos pacientes desta pesquisa esquecem de tomar o medicamento. Cerca de 24% dos pacientes fazem ou fizeram uso de algum medicamento sem prescrição; dentre os mais utilizados são os analgésicos e antiinflamatórios. Setenta e seis pacientes (36,7%) falham no cumprimento da administração do medicamento no horário preestabelecido e 49 (23,7%) dos pacientes não tem aderência total quanto à dosagem preconizada. Na população estudada, 25 (12%) relataram ter tido evento adverso relacionado a medicamentos. Além disso, muitos eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos em 129 (62,3%) também estão associados a erros na adesão do paciente. Concluímos que o questionário aplicado em um cenário ambulatorial em unidade pública de assistência à saúde trouxe informações significativas para o entendimento da ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos e da aderência dos pacientes à terapêutica medicamentosa. Ressaltamos a importância da disseminação do conhecimento sobre medicamentos para os profissionais em saúde e para os portadores dos agravos à saúde contribuindo para o olhar ampliado das práticas adequadas para aprimorar a adesão ao

tratamento, reduzir a ocorrência de eventos adversos relacionada aos medicamentos e essencial para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

**Palavras-chave:** segurança do paciente, assistência ambulatorial, medicamentos, eventos adversos, atenção primária

## ABSTRACT

There is a considerable diversity in outpatient settings, especially those related to health care assistance. It is necessary to understand medication errors and adverse events to have a whole concept of patient safety. The main objective of this research was to detect the main patient safety flaws related to outpatient drug use in the public service. This is a prospective and exploratory cross-sectional case study with a quantitative and qualitative approach. We reviewed the literature available and we have chosen from the existing questionnaires a group of questions related to drugs and patient safety. Data collection was performed to apply the adapted questionnaire at the Universidade Nove de Julho multidisciplinary clinic. Study population was composed by 207 participants, with a mean age of 59.7 years, 64.9% are female and, 47.8% of participants completed high school. Most common diagnoses were systemic arterial hypertension and diabetes. Thyroid disorders, hypercholesterolemia, gastritis and other diseases have also been identified. Number of consultations was of 7.9 / patient (SD= 6.7), on average, 140 (67.6%) participants had been using the service for over a year, 150 (72.5%) of patients had already used medications. Medication have been used for 71.5 ( $\pm$  70.5) months. Two diseases were diagnosed in 34.8% of patients evaluated and, 2.4 drugs per patient were prescribed on average. In this study 97 (46.8%) of patients has forgotten to take the drugs prescribed at least once. Analgesics and antinflammatory were the most used drugs in this research. Seventy-six patients (36.7%) failed to comply with medication administration at the pre-established schedule and, 49 (23.7%) patients did not fully adhere to the recommended dosing. In the study population, 25 (12%) reported having had a drug-related adverse event. Furthermore, in 129 (62,3%) preventable drug-related adverse events were associated with errors in patient compliance. In conclusion, the questionnaire applied at multidisciplinary clinic brought sensitive information regarding medication in outclinic setting. We emphasize the importance of disseminate knowledge on medication to health professionals and patients contributing to the broadened view of appropriate practices to improve treatment adherence, to reduce adverse events related to medication and to promote better quality of life of patients.

**Keywords:** patient safety, outpatient care, medication, adverse events, primary care.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Configuração da temática da pesquisa .....	25
Figura 2: Ciclo de investigação na área de segurança do paciente.....	26
Figura 3: Forma de dosagem dos medicamentos de acordo com ICFT.....	49
Figura 4: Frequência da dose das medicações de acordo com o ICFT.....	50
Figura 5: Instruções adicionais para as medicações de acordo com o ICFT.....	51
Figura 6: Modelo hierárquico do processo de determinação do consumo de medicamentos...	66
Figura 7: Fluxo de participantes durante o estudo elaborado pela autora.....	69
Figura 8: Uso prévio do medicamento indicados pelos participantes da pesquisa.....	71
Figura 9: Quantitativo de agravos à saúde por participantes da pesquisa .....	71
Figura 10: Prevalência dos agravos à saúde na população estudada.....	72
Figura 11: Tempo de utilização do serviço ambulatorial.....	73
Figura 12: Frequencia de esquecimento para tomar os remédios prescritos.....	74
Figura 13: Aderência a horário determinado para uso de medicamentos pelo paciente.....	75
Figura 14: Aderência do paciente à doses de medicamentos como indicadas.....	75
Figura 15: Alteração da dose ou interrupção da medicação sem comunicação ao profissional de saúde.....	76
Figura 16: Frequencia de desconforto por ter que tomar medicamentos cronicamente.....	77
Figura 17: Administração do medicamento e condição de dependência de terceiros.....	78
Figura 18: Esforço do paciente para realizar o tratamento medicamentoso.....	79
Figura 19: Instrução adicional para realizar o tratamento medicamentoso.....	79

## LISTA DE TABELAS E QUADRO

Tabela 1: Escala de Adesão Terapêutica de <i>Morisky</i> de 8 Itens – MMAS-8.....	43
Tabela 2: Questões do Teste de <i>Morisky- Green</i> (TMG).....	44
Tabela 3: Versão em português do instrumento <i>Brief Medication Questionnaire</i> .....	44
Tabela 4: Versão final do Martín-Bayarre-Grau adaptado ao contexto brasileiro.....	47
Tabela 5: Resumo dos instrumentos selecionados e suas características principais.....	54
Tabela 6: Estatística de atendimentos Ambulatórios Uninove 2018.2.....	68
Tabela 7: Características gerais da amostra da pesquisa.....	70
Tabela 8: Classificação dos principais medicamentos utilizados pela amostra.....	72
Tabela 9: Tomada de decisão sobre o tratamento em conjunto com o médico.....	78
Tabela 10: Classificação e exemplos dos tipos de eventos adversos encontrados.....	80
Quadro 1: Perguntas selecionadas e suas respectivas referências .....	63

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMA: *American Medical Association*

BMQ: *Brief Medication Questionnaire*

DANT: Doenças e Agravos Não Transmissíveis

DATASUS/MS (departamento de dados de informática do Sistema Único de Saúde)

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EAD: Evento Adverso à Droga

EAMs: Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos

IBGE: Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICFT: Índice de Complexidade da Farmacoterapia

LFS: Letramento Funcional em Saúde

MBG: *Martín-Bayarre-Grau*

MMAS-8: Escala de Adesão Terapêutica de *Morisky* de 8 Itens

MRCI: *Medication Regimen Complexity Index*

OMS: Organização Mundial de Saúde

PCS: Práticas Clínicas Seguras

PNAD: Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNS: Pesquisa Nacional de Saúde

RAM: Reações Adversas aos Medicamentos

SABE: Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento

SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TMG: Teste de *Morisky-Green*

UBS: Unidades Básicas de Saúde

UNINOVE: Universidade Nove de Julho

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1</b>	<b>Problema de Pesquisa.....</b>	<b>200</b>
<b>1.1.1</b>	<b>Questão de Pesquisa .....</b>	<b>222</b>
<b>1.2</b>	<b>OBJETIVOS .....</b>	<b>222</b>
<b>1.2.1</b>	<i>Geral.....</i>	<i>222</i>
<b>1.2.2</b>	<i>Específicos .....</i>	<i>222</i>
<b>1.3</b>	<b>JUSTIFICATIVA PARA ESTUDO DO TEMA .....</b>	<b>233</b>
<b>1.4</b>	<b>ESTRUTURA DO TRABALHO.....</b>	<b>234</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>255</b>
<b>2.2</b>	<b>USO DE MEDICAMENTO.....</b>	<b>30</b>
<b>2.3</b>	<b>SERVIÇO DE SAÚDE AMBULATORIAL .....</b>	<b>34</b>
<b>3</b>	<b>PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>38</b>
<b>3.1</b>	<b>DELINEAMENTO DA PESQUISA .....</b>	<b>39</b>
<b>3.2</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>3.2.1</b>	<b>ANÁLISES PREGRESSAS PARA ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DE PESQUISA .....</b>	<b>41</b>
<b>3.2.2</b>	<b>ELABORAÇÃO DO INSTRUMENTO DA PESQUISA .....</b>	<b>54</b>
<b>3.2.2.1</b>	<b>IDENTIFICAÇÃO .....</b>	<b>54</b>
<b>3.2.2.2</b>	<b>DOENÇAS PREEXISTENTES .....</b>	<b>55</b>
<b>3.2.2.3</b>	<b>PLANILHA DOS MEDICAMENTOS.....</b>	<b>55</b>
<b>3.2.2.4</b>	<b>QUESTÕES MAIS DETALHADAS .....</b>	<b>56</b>
<b>3.3</b>	<b>PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....</b>	<b>62</b>
<b>3.3.1</b>	<b>TAMANHO DA AMOSTRA.....</b>	<b>62</b>
<b>3.3.2</b>	<b>COLETA DE DADOS.....</b>	<b>63</b>

<b>3.3.3 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....</b>	<b>64</b>
<b>3.3.4 ÉTICA EM PESQUISA .....</b>	<b>65</b>
<b>4        RESULTADOS DA PESQUISA .....</b>	<b>66</b>
<b>4.2 CARACTERÍSTICAS DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO</b>	
<b>DETALHADAMENTE .....</b>	<b>69</b>
<b>5        DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>81</b>
<b>6        CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA .....</b>	<b>92</b>
<b>7        CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>97</b>
<b>APÊNDICES (E/OU ANEXOS)</b>	

## 1 Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) representam uma ameaça as condições de saúde e ao desenvolvimento a todas as nações. Nas últimas décadas, observa-se o aumento das DCNT como característica de transição epidemiológica. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), no Brasil, realizada pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE), 31,3% dos participantes afirmaram apresentar pelo menos uma doença crônica. Em 2013, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), revelaram prevalência de 45,1% de DCNT (Seus et al, 2019).

Reconhece-se que, no novo horizonte da Saúde Pública, há aumento de taxas de obesidade e de DCNT. No Brasil, constituem o problema de saúde pública de maior relevância, correspondendo a 72% das causas de óbitos (Botelho et al., 2014). As desigualdades em saúde e no acesso aos serviços de saúde são questões de grande repercussão e permitem conhecer as necessidades de saúde, a procura por serviços e as condições socioeconômicas da população (Viacava et al., 2019).

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições que apresentam curso clínico de longo prazo, com possíveis períodos de agudização da condição clínica, podendo gerar complicações, incapacidades e até o óbito. Estima-se que no ano 2020, as doenças crônicas serão responsáveis por 80% de representatividade nos países em desenvolvimento (Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2013). De acordo com os autores Malta et al. (2006) visando responder a esse quadro desafiador da complexidade dos problemas clínicos, desenvolvem a necessidade da abordagem com aplicação de estratégias múltiplas de agentes terapêuticos. Dentre algumas ações estratégicas em prática são capacitação de recursos humanos, conhecer a prevalência dos fatores de risco, monitoramento e proteção, apoio a pesquisas para ampliar o conhecimento do problema entre outros.

Sabe-se que além das orientações para mudança de estilo de vida, da prática de exercícios, há a indicação de medicamentos com finalidade de controle de doenças crônicas. No Brasil, especialmente as pessoas acima de 60 anos, estima-se que 23% da população consome 60 % da produção nacional de medicamentos. Destaca-se no Estudo Saúde, Bem-estar e Envelhecimento (SABE) realizado com 2.143 idosos da cidade de São Paulo apontou que 84,3% deles usavam medicamentos (Secoli, 2010).

As repercussões desse uso podem ser consideradas um importante problema de saúde pública, pois se verifica que estão relacionadas ao aumento da morbimortalidade (World Health Organization, 2002). Nos Estados Unidos evidenciou-se a polifarmácia como um dos problemas de segurança relacionados ao uso de medicamento (Secoli, 2010).

Em 2003, a Organização Mundial de Saúde (OMS) no relatório sobre a adesão à medicação, afirma que "aumentar a efetividade das intervenções de adesão pode ter um impacto muito maior sobre a saúde da população do que qualquer melhoria no tratamento médico específico". Em contrapartida, a não adesão leva a desfechos clínicos precários, elevando das taxas de morbidade e óbito e gasto desnecessário com a saúde (Lam & Fresco, 2015).

O medicamento pode ser entendido como um bem essencial à saúde e uma importante ferramenta terapêutica nas mãos do profissional, sendo responsável por parte significativa da melhoria da qualidade e expectativa de vida da população. Entretanto, seu uso irracional e suas consequências elevam os gastos na área da saúde, o que torna o tema de grande relevância para os que trabalham principalmente com saúde pública.

É fundamental compreender os padrões de utilização de medicamentos para garantir a segurança do paciente (Vieira e Cassiani, 2014). Ressalta-se a garantia da segurança da terapia medicamentosa para programar melhorias e intervenções nos serviços de atenção à saúde, e para apoiar as ações dos profissionais envolvidos no processo de cuidado.

A Segurança do Paciente é uma das dimensões da qualidade. Para os autores Reis, Martins & Laguardia (2013) a relevância dessa temática ressalta o fato de que na prática muitas falhas de segurança do paciente são evitáveis totalmente, ao passo que sua ocorrência pode ter impacto no sistema de saúde significativo. Nos últimos anos, observa-se crescente número de pesquisas relacionadas a esse tema como pode ser observado no <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> que de 8741 pesquisas sobre segurança do paciente publicadas em 2013 atingiu 11.296 no fim de 2017, um aumento de aproximadamente 29%.

De acordo com Marques & Romano-Lieber (2014a) o atual movimento mundial para a segurança do paciente reforça a necessidade de desenvolver ações preventivas, visando proteger os pacientes do excessivo intervencionismo diagnóstico e terapêutico e minimizar o risco de iatrogenia, para evitar danos ao paciente e gastos desnecessários ao sistema de saúde.

A Aliança Mundial para a Segurança do Paciente foi criada em 2004, pela Organização Mundial de Saúde, com o objetivo de facilitar o desenvolvimento de políticas e práticas para a segurança do paciente. No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente em 2013.

De acordo com a OMS, a adesão aos cuidados de saúde em pacientes com doenças crônicas tem uma média apenas 50% nos países desenvolvidos. Uma vez que a não adesão à medicação origina-se a resultados de saúde precária e aumento dos custos de saúde, isso é reconhecido como um importante problema de saúde pública. É, portanto crucial em muitos estudos a melhoria da adesão medicamentosa (Lam & Fresco, 2015).

Dada sua importância, define-se Obreli-Neto et al (2010) a **adesão** como "a medida em que o comportamento das pessoas (incluindo a tomada de medicação) corresponde a recomendações acordadas de um prestador de cuidados de saúde"; constitui-se o início do tratamento, a implementação do regime prescrito e a descontinuação da farmacoterapia. Constitui-se nesse cenário um dos principais desafios da segurança do paciente no Brasil, contribuir na promoção do uso racional dos medicamentos.

O amplo uso de medicamentos tem como consequência impacto no âmbito clínico e econômico repercutindo na segurança do paciente. Para o autor Secoli (2010) algumas estratégias que podem ajudar a prevenir e minimizar os eventos adversos deles decorrentes são: a educação dos usuários à prática da automedicação; a orientação dos riscos da interrupção, troca, substituição ou inclusão de medicamentos sem conhecimento dos profissionais da saúde; horários da prescrição/ receita médica, de modo a evitar a administração simultânea de medicamentos que podem interagir entre si ou com alimentos; o monitoramento das reações adversas aos medicamentos (RAM) implicadas em desfechos negativos.

A prevalência do uso de medicamentos prescritos entre a população adulta ambulatorial tende a aumentar com o avançar da idade. Numa pesquisa nacional da população adulta não institucionalizada dos Estados Unidos indicou que mais de 90% das pessoas com 65 anos ou mais usavam pelo menos um medicamento por semana. E, mais de 40% usavam cinco ou mais medicamentos diferentes por semana e 12% usavam 10 ou mais medicamentos diferentes por semana (Gurwitz, Field, & Harrold, 2003).

Em 2011, na revisão intitulada "Pesquisa na Segurança Ambulatorial do Paciente" no *American Medical Association (AMA)* identificou seis erros cometidos na configuração ambulatorial e lacunas atuais na pesquisa: erros de medicação, erros de diagnóstico, erros laboratoriais, erros de conhecimento clínico, erros de comunicação e erros administrativos (Fondahn & Lane, 2016).

Há uma diversidade de ambientes ambulatoriais, e também de programas de qualidade e iniciativas de segurança. Existem várias barreiras segurança no ambiente ambulatorial. No entanto, essas barreiras precisam ser abordadas para melhorar o atendimento ao paciente.

Em um momento, os prestadores de cuidados de saúde podem deixar de reconhecer a contribuição da não adesão para a saúde do paciente e a condição médica, e superestimar a compreensão do paciente quanto aos medicamentos (Fondahn & Lane, 2016). Os medicamentos para doenças crônicas, tais como diabetes, hipertensão e hiperlipidemia são mais prováveis de ter seu uso mais suscetível de ser descontinuado, sendo um fato preocupante. As estratégias de prevenção utilizando abordagens baseadas em sistemas, como a prescrição e o controle dos erros de medicamentos, no ambiente ambulatorial podem ser particularmente favoráveis (Gurwitz et al., 2003). Há diversas estratégias quanto ao uso de medicamentos que incluem: Padronização, Verificação dos “Cinco Certos”, dupla checagem, evitar interrupções desnecessárias, uso racional entre outros (Wachter, 2013).

Consideram-se escassos os estudos sobre estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após a alta hospitalar, no Brasil. Dificultando, assim, o conhecimento sobre a atuação nessa área (Marques & Romano-Lieber, 2014a). Numa coordenação das práticas clínicas destinadas a alguém que sofre com problemas de saúde, com o objetivo de assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos, consiste na integração dos cuidados (Hartze Contandriopoulos, 2004).

Segundo Monteiro *et al.* (2015) a complexidade do cuidado, considerável variabilidade na qualificação, quantidade de profissionais de saúde disponíveis para os cuidados, diversidade de procedimentos, deficiências da infraestrutura e de gestão, portanto de falhas em sistemas de atividade que desconsideram o fator humano no desenho e concepção das ações são razões que definem grande parte destes erros.

Faz-se necessário entender a epidemiologia de erros de medicação e eventos adversos relacionados a erros em contextos de atendimento comunitário. De fato, são potencializados os erros ocorridos, pois os pacientes são cada vez mais manuseados em ambientes ambulatoriais e domiciliares (Assiri et al. 2016).

No momento em que a saída do atendimento intensivo hospitalar para o ambulatorial, situações de transição do cuidado, pode promover a ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos resultando em readmissão hospitalar ou necessidade de atendimento ambulatorial especializado ou em serviços de urgência (Marques & Romano-Lieber, 2014a).

De acordo com o Conselho Britânico de Erros de Medicação define-se **erro de medicação** como “qualquer evento evitável que possa causar ou levar a uso medicamentos inapropriados ou danos para o paciente, pois a medicação é de controle do profissional de

saúde” (Façanha, 2019). Portanto, entende-se que os erros de medicação são quaisquer erros, em qualquer estágio do gerenciamento de medicamentos.

Já o **Evento Adverso à Droga (EAD)**, por outro lado define-se como um dano resultante de intervenção médica relacionada a um medicamento, independentemente da ocorrência de erro (Assiri et al., 2016).

Nessa perspectiva o número de pacientes que experimentam erros de medicação no ambiente ambulatorial é surpreendente. E, freqüentemente ele é o responsável pela coordenação da maioria da sua saúde. Comparado a internação hospitalar não tem o mesmo nível de apoio; o ônus da atenção é sobre o paciente e seus cuidadores ambulatoriais que podem ser familiares, profissionais, amigos entre outros.

A maior responsabilidade do paciente pelo gerenciamento de sua própria saúde e tomada decisões de tratamento podem potencializar a ocorrência dos eventos adversos (Fondahn & Lane, 2016). De acordo com Secoli (2010) quanto maior a complexidade da terapia, maior será a freqüência de eventos adversos relacionados aos medicamentos. O risco de ocorrência aumenta em 13% com uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos.

Conforme os autores Marques & Romano-Lieber (2014c) numa revisão sistemática realizada para estimar a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos (EAMs) em atendimento ambulatorial demonstrou variação da taxa de prevalência conforme a faixa etária, sendo de 2,45% para crianças, 5,27% para adultos, e 16,1% para pacientes idosos. Contudo, estão entre as preocupações mais sérias os eventos adversos a medicamentos, especialmente aqueles que podem ser prevenidos, em pessoas idosas. Estes com maior taxa de prevalência de eventos adversos atendidas em ambiente ambulatorial (Gurwitz et al., 2003).

A falta de preparo para o autocuidado falta ou inadequação de orientação, falta de acesso a profissional de saúde que tenham conhecimento de seu plano de cuidado, quando as dúvidas surgem, descontinuidade de cuidado na interface do atendimento hospitalar e ambulatorial, transferência incorreta ou incompleta de informações, além de ausência de sistema integrado de informações nos diferentes serviços de atendimento à saúde do paciente são diversas razões que podem apresentar-se com maior suscetibilidade a danos imediatamente após alta hospitalar (Marques & Romano-Lieber, 2014a).

Para os autores Gurwitz et al. (2003) é importante observar que muitos eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos também estão associados a erros na adesão do paciente. Estes erros incluem: tomar a dose errada, continuar a tomar a medicação apesar de instrução do

médico para descontinuar a terapia medicamentosa, recusa em tomar a medicação necessária, continuar a tomar a medicação apesar dos efeitos adversos conhecidos ou interações medicamentosas conhecidas pelo paciente e tomar a medicação de outra pessoa.

Os tipos de medicamentos mais comumente envolvidos nos eventos adversos relacionados aos medicamentos estão intimamente relacionados àqueles mais freqüentemente prescritos no ambulatório, sendo as drogas cardiovasculares e os antibióticos/ anti-infecciosos as categorias de medicamentos mais freqüentemente utilizadas e implicadas.

Em estudos de eventos adversos evitáveis os erros envolvendo a adesão do paciente não foram identificados como uma questão importante quando realizados em hospitais e instituições de cuidados em longo prazo (Mendes et al, 2013). Presume-se, nesse contexto clínico, que todos os aspectos da assistência farmacêutica sejam supervisionados; normalmente, o paciente recebe pouca ou nenhuma responsabilidade relacionada à administração ou monitoramento de medicamentos.

Em contrapartida, no ambiente ambulatorial tais responsabilidades se estendem ao paciente e/ou membros da família (Gurwitz, 2003). A maioria das pesquisas sobre segurança do paciente foi realizada com pacientes hospitalizados.

Sabe-se que se por um lado, o paciente ambulatorial pode apresentar menor risco de falhas relativas ao uso de medicamentos, esta afirmativa não representa uma realidade na prática (menor monitorização, maior exposição aos eventos adversos). E, também há que se considerar o nível de compreensão dos pacientes e responsáveis quanto ao uso adequado de cada droga e dos riscos da automedicação. Além do mais, freqüentemente, os erros não são relatados no ambiente ambulatorial (Fondahn & Lane, 2016).

A prática de relato dos erros é difícil no cenário ambulatorial devido às curtas interações com o paciente, vários provedores em diferentes configurações, falta de consenso sobre definições de erros e falta de sistema ambulatorial de relatórios de erros.

### **1.1 Problema de pesquisa**

Ao ressaltar ainda mais a problemática quanto à ocorrência de eventos adversos na falha no uso de medicamentos, em todo o mundo os erros de medicação custam uma estimativa de US \$42 bilhões anualmente. Isto é 0,7% do gasto total de investimentos na saúde global. Em uma estimativa conservadora pelo Instituto de medicina dos EUA, em 2007, deu o custo anual adicional total de tratamento de pacientes hospitalizados o valor de \$3,5 bilhões. De acordo

com os estudos do referido artigo, séria fonte de danos evitáveis e morte em conflito com os cuidados de saúde foram claramente delineados há 60 anos (Donaldson, 2017).

Embora muitos dos estudos disponíveis tenham o foco no ambiente hospitalar, os erros médicos apresentam um problema em qualquer ambiente, não apenas nos hospitais. Os erros também são dispendiosos em termos de custos de oportunidade. Os dólares gastos em ter que repetir testes diagnósticos ou neutralizar eventos adversos da droga seriam disponíveis para outras finalidades.

Percebe-se que nem todos os custos podem ser medidos diretamente. Os erros podem também representar a perda de confiança no sistema pelos pacientes e diminuição da satisfação por parte dos usuários e profissionais de saúde. Em consequência dos erros os pacientes experimentam uma estadia mais prolongada no hospital ou uma deficiência com transtornos físicos e psicológicos. E, os profissionais de saúde pagam com perda de moral e frustração de não ser capaz de fornecer o melhor cuidado possível (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Uma vez que os pacientes hospitalares representam apenas uma pequena proporção da população total em risco, e os custos hospitalares diretos são apenas uma fração dos custos totais os números estimados representam uma magnitude muito modesta de todo o contexto. Os custos totais são avaliados com perda de rendimentos, perda de produção doméstica, incapacidade e custos de cuidados de saúde devido à eventos adversos evitáveis representam mais da metade dos custos em cuidados de saúde (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000).

Por serem agravos, geralmente, de longa duração, as DCNT são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os cuidados cada vez mais complexos são prestados nos ambientes ambulatoriais, centros cirúrgicos ambulatoriais, consultórios médicos e clínicas atendendo milhares de pacientes diariamente (Malta et al., 2006).

De acordo com a literatura, a baixa adesão aos cuidados de saúde prejudica a evolução clínica do paciente e sua qualidade de vida, causando desfechos adversos, tais como o aumento da morbimortalidade e dos gastos em saúde (Oliveira-Filho et al, 2012). Enquanto as doenças não transmissíveis e mentais devem exceder 65% do ônus global da doença em 2020, aproximadamente 50% – 60% dos pacientes são não aderentes aos medicamentos que foram prescritos, especialmente aqueles que sofrem de doenças crônicas.

Resultando mais de 30% das internações hospitalares relacionadas à não adesão medicamentosa (Lam & Fresco, 2015). Implicando-se no prejuízo do resultado clínico, como também afeta o resultado financeiro do sistema de saúde. São estimados que a não adesão à medicação afete aproximadamente 30-50% dos pacientes com condições crônicas. As

conseqüências incluem uma oportunidade perdida para o efeito de tratamento, maus resultados de saúde e aumento dos custos de saúde (Garfield et al, 2011).

Torna-se um obstáculo fundamental na luta contra os desafios da saúde pública, nos países desenvolvidos e em desenvolvimento, a má adesão à medicação. Os profissionais de saúde e pesquisadores devem utilizar todos os métodos disponíveis dentro de seus limites de prática para melhorar a adesão à medicação a fim de uma farmacoterapia bem-sucedida (Lam & Fresco, 2015).

Este estudo preocupa-se com a capacidade de fornecer uma orientação geral para que os profissionais escolham as medidas mais adequadas para seus objetivos e, posteriormente, proporcionem intervenções eficientes e adaptadas para melhorar os comportamentos de tomada de medicação do paciente.

### ***1.1.1 Questão de pesquisa***

Embasada nas referências apresentadas até o momento, desenvolve-se a seguinte questão de pesquisa: Quais são as principais falhas de segurança do paciente relacionada ao uso de medicamentos em nível ambulatorial em ambulatório multidisciplinar público de saúde?

## **1.2 Objetivos**

### ***1.2.1 Geral***

Detectar as principais falhas de Segurança do Paciente relacionada ao uso de medicamentos em nível ambulatorial no serviço público.

### ***1.2.2 Específicos***

- Identificar os principais fatores de risco para as falhas de segurança do paciente relacionadas aos medicamentos.
- Elaboração de um questionário para identificação dos fatores de risco de falhas de segurança do paciente relacionados ao uso de medicamentos.
- Proposição de estratégias para redução de falhas de segurança do paciente ambulatorial quanto ao uso de medicamentos.

### **1.3 Justificativa para estudo do tema**

O panorama apresentado demonstra que a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos, representa uma importante causa de morbidade e mortalidade. Resultando em sofrimento e aumento dos custos do atendimento em serviços de saúde em abrangência mundial.

A relevância da utilização de estratégias para evitar a ocorrência de eventos adversos são reforçadas pelos dados e, justifica-se o estudo do tema tanto pelo impacto social como econômico, como para diminuir e/ou eliminar os resultados prejudiciais aos pacientes. Assim, permitindo melhor utilização dos recursos financeiros destinados ao atendimento à saúde da população (Marques & Romano-Lieber, 2014a).

De acordo com alguns estudos conclui-se que são desenvolvidas algumas estratégias, porém com limitações e sem articulação adequada com outros serviços de saúde para a continuidade do cuidado. É necessária a concentração de esforços para transpor as barreiras identificadas, contribuindo para a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica, comunidade e domicílio.

Os benefícios relacionados a colaboração dos participantes nessa pesquisa são a oportunidade de conhecer mais sobre o assunto por meio da troca de informações com os demais (comunidade e especialistas) e o de contribuir para o aprimoramento da qualidade do cuidado em segurança do paciente no Brasil.

À pertinência da proposta está subordinada à qualidade da avaliação diagnóstica do profissional. Ressalta-se que se ponham em prática os esquemas de assimilação já construídos para com base neles, construir novos conhecimentos, estabelecer novas relações.

### **1.4 Estrutura do trabalho**

Estabelece-se com a intenção de posicionar o leitor em relação ao conteúdo dessa dissertação, segue breve descritivo dos capítulos subsequentes. No capítulo dois, apresentamos os pólos teóricos pertinentes à questão principal da pesquisa, dentre os quais se destacam: segurança do paciente, uso de medicamentos e ambiente ambulatorial.

O capítulo três aborda os procedimentos metodológicos detalhadamente responder à pergunta da pesquisa. No capítulo quatro é reservado para discussão e explanação das limitações da pesquisa. E, o quinto capítulo com as referências bibliográficas.

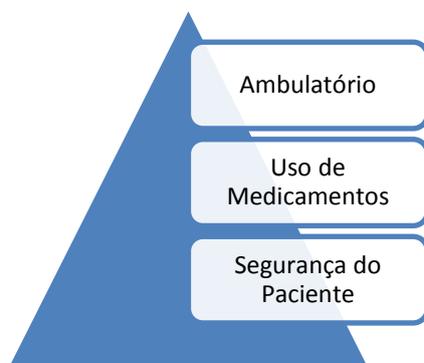
Acredita-se que para conduzir uma investigação possível é necessário que haja o delineamento da pesquisa, identificando novos problemas por meio das limitações metodológicas e dos próprios resultados encontrados na pesquisa realizada.

## 2 Referencial Teórico

Neste capítulo são apresentados os três principais pólos teóricos desta pesquisa: segurança do paciente, uso de medicamentos e ambiente ambulatorial.

A fundamentação teórica fornece consistência ao estudo, com pressupostos estabelecidos e propicia uma discussão mais profunda na interpretação dos resultados.

A seguir apresentam-se os pressupostos teóricos relacionados à questão de pesquisa e aos objetivos geral e específicos.



**Figura 1** – Configuração da temática da pesquisa, elaborada pela autora.

### 2.1 Segurança do paciente

A segurança do paciente é um aspecto explícito na assistência à saúde desde Hipócrates e Florence, que afirmavam a necessidade de não causar mal ao paciente (Carollo et al., 2017).

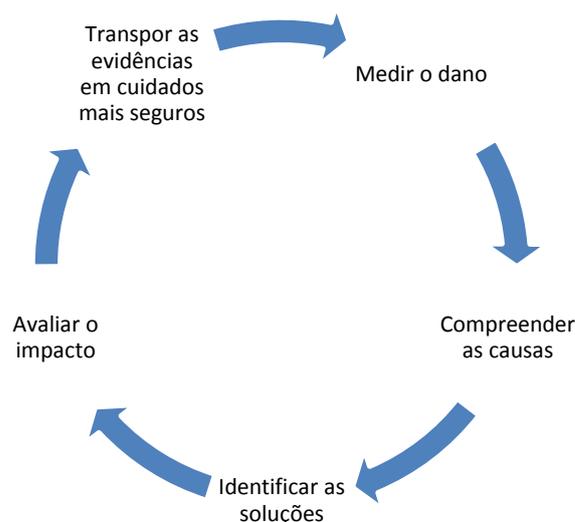
#### 2.1.1 Conceito de segurança do paciente

A definição de **Segurança do Paciente** sob a ótica da OMS (2009): “ a segurança do paciente corresponde a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado à atenção à saúde”. Numa situação em que os pacientes vêm vários prestadores de serviços em diferentes configurações, nenhum deles têm acesso a informações completas. Essa condição é mais fácil para algo dar errado do que quando o cuidado é melhor coordenado. Dentre estes cuidados, a administração de medicamentos pode representar um risco para a segurança do indivíduo (Mendes et al., 2018).

De acordo com Kohn et al.(2000) o cuidado inseguro é uma consequência que se tem por não organizar sistemas de cuidado com linhas claras de responsabilização. Quando comparada com outras indústrias, a assistência à saúde está a uma década ou mais atrás para garantir a atenção à segurança básica.

Por meio de uma revisão bibliográfica os autores Reis, Martins, & Laguardia (2013) discutiram sobre a segurança do paciente a partir do século XXI. Nesse trabalho teve como foco sua relevância enquanto problema global de saúde pública. Os desafios relacionados às lacunas e perspectivas em termos de pesquisa acerca do tema e sua abordagem na realidade brasileira.

Na atualidade, relata-se sobre o Letramento Funcional em Saúde (LFS) que é a capacidade de obter, processar e compreender informações de forma a tomar decisões apropriadas quanto ao autocuidado, definido pela Organização Mundial de Saúde como um determinante social da saúde. Ao avaliar esse conceito tem importância especial em pessoas com DCNT, pela necessidade de cuidados permanentes em saúde(Chehuen Neto et al., 2019).



**Figura 2** – Ciclo de investigação na área de segurança do paciente

Diante da mobilização mundial a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em 2004. Isso despertou os países membros, incluindo o Brasil, o compromisso de desenvolver políticas públicas e práticas voltadas para a segurança do paciente

Há um movimento mundial para a segurança do paciente e o desenvolvimento do nível de prevenção, a fim de proteger os pacientes de novas intervenções médicas inapropriadas e sugerir alternativas eticamente aceitáveis. Indo mais além, promover um aumento da comunicação entre estes profissionais de saúde e atitudes médicas assertivas e efetivas (Santos, 2014).

Assim como, a OMS define a saúde como “ um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”, a nova abordagem define a segurança como a capacidade de fazer as coisas acontecerem e não apenas a ausência de falhas ou consequências adversas.

A segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde no uso de medicamentos tem sido o foco de preocupação e estudos em nível mundial.

### 2.1.2 Eventos adversos

Denomina-se erro como a falha de uma ação planejada para ser concluída como pretendido ou o uso de um plano errado para atingir um objetivo (World Health Organization, 2002). De acordo com Reason (2004) os erros dependem de dois tipos de falhas: ou a ação correta não proceder como pretendido (um erro de execução) ou a ação pretendida original não está correta (um erro de planejamento).

Os erros que representam uma oportunidade importante para identificar melhorias no sistema com potencial para prevenir eventos adversos são aqueles que não resultam em danos. Wachter (2013) destaca que a importância da compreensão das falhas da segurança do paciente baseia-se em distinguir “erro” ou “engano” para desenvolver a área da segurança e, atualmente, centraliza-se em eventos e danos adversos como foco de medidas e intervenções.

Os resultados negativos em saúde são conhecidos principalmente como **eventos adversos** ou qualquer tipo de incidente com potencial para causar danos aos pacientes e que pode fornecer importantes informações para a construção de um sistema de saúde mais seguro. Os erros variam no grau no qual eles são configurados por fatores intrínsecos (vieses cognitivos, limitações de atenção) e por fatores extrínsecos (características estruturais da tarefa e os efeitos do contexto).

Na pesquisa de Amato et al. (2017) obteve-se a análise de 2.522 erros de medicação através de relatórios informatizados de segurança dos pacientes. Indicou-se que os fatores de risco, mais comuns à ocorrência dos erros na administração de medicamentos, estão associados ao próprio profissional devido a falta de atenção e dificuldade de entender prescrições médicas. Também foram codificados: recebendo uma duplicata (mesma droga ou na mesma classe terapêutica), dose superior à indicada, fármaco inadequado ou contraindicado (Amato et al., 2017).

Podem ser detectados problemas de qualidade de informações gerenciadas representando riscos potenciais de segurança do paciente se o conteúdo das informações for

mal interpretado pelo pessoal da farmácia e a intenção do prescritor não for completa ou precisamente transmitida ao paciente (Yang et al., (2018). Sugerindo uma oportunidade imediata e prática de melhorar a segurança do paciente e a eficiência do fluxo de trabalho para os prescritores e farmácias.

No estudo de Gandhi et al (2003) para obter os indicadores de eventos adversos de drogas correlacionou características dos pacientes (idade, raça ou grupo étnico, sexo, nível educacional, língua primária, número de condições coexistentes, número de anos como paciente na prática, tipo de prática, ou tipo de sistema de prescrição) e não foram encontraram significativamente associados a eventos de drogas adversas em análises univariada ou multivariadas.

Deve-se prestar atenção à forma como o cuidado clínico pode ser suportado para que o número de resultados pretendidos e aceitáveis se torne o mais alto possível (Braithwaite, Wears & Hollnagel, 2015).

### 2.1.3 Desafios na segurança do paciente

Evitar erros significa projetar o sistema de cuidados de saúde em todos os níveis para torná-lo mais seguro(Kohn et al., (2000). É de comum conhecimento que incidentes em saúde acarretam danos aos pacientes e oneram o sistema de saúde.

Foi publicado na obra de Leape & Berwick (2005) indicando que o ritmo de mudança é susceptível de acelerar, mas a melhoria da magnitude previstarequer um compromisso nacional com objetivos rigorosos, ambiciosos, quantitativos e bem rastreados nacionais.

Representa a qualidade dos cuidados de saúde a principal referência recente que o sustenta necessária para melhorar os cuidados de saúde, sendo esse um determinante imperativo de segurança do paciente, destacando-se os erros de diagnóstico como problemas comuns.

As recomendações dos recursos de sistemas de saúde e atividades que afetam o diagnóstico são fatores contributivos para a qualidade que estão intrinsicamente relacionados com problemas de cuidados de saúde (Singh & Graber, 2015). São vários os desafios que se apresentam para tornar o cuidado de saúde mais seguro.

Verifica-se que transformações importantes ocorreram no cenário moderno e competitivo dos sistemas de cuidados de saúde. Atualmente, a redução da morbimortalidade por diversas doenças contrasta com os risco elevados inerentes a esses sistemas complexos, com demandas ascendentes e investimentos nem sempre suficientes.

Faz-se necessário conhecer a realidade brasileira quanto à ocorrência de incidentes, o que pode ser obtido com o envolvimento das instituições de saúde para que monitorizem essa ocorrência e o tratamento das informações pertinentes além de, notificá-los aos órgãos governamentais. Entretanto, a simples existência de um fluxo de informações organizado não gera conhecimento por si só; depende de atores interdisciplinares que interajam entre si (Capucho & Cassiani, 2013).

A progressão do tema de segurança do paciente até os dias atuais pressupõe a abordagem que os resultados adversos podem ser explicados por cadeias de causa-efeito lineares, e também que todos os efeitos adversos, leves ou graves, tenham causas que possam ser encontradas e fixas, e que diferem das causas do cuidado comum e bem sucedido (Braithwaite, Wears, Hollnagel, 2015).

Um preocupação mais específica quanto a segurança do paciente foi que poderiam ser reduzidos pela implementação resposta de prescrição. Como também, comunicar conteúdo à farmácia em algumas situações (Dhavle, Yang, & Rupp, 2016). Nos Estados Unidos tem ocorrido nos últimos anos a adoção e uso de registros eletrônicos de saúde, como resultado de incentivos financeiros do centro de serviços de Medicare e Medicaid para atender a critérios de uso significativos.

Os autores Hincapie et al., (2016) avaliaram a associação entre a percepção da qualidade da assistência médica, os erros médicos e medicamentos. Acredita-se que os pacientes através dos autorelatos podem ser os repórteres mais confiáveis de alguns aspectos de assistência à saúde; suas perspectivas devem ser consideradas ao buscar mudanças para melhorar a segurança do paciente.

No estudo de Ceccato et al. (2004) as maiores proporções de orientação foram observadas para nome, horário e quantidade dos medicamentos, de acordo com a orientação dos profissionais de saúde segundo a percepção do paciente.

Há quase 30 anos atrás já se falava que as oportunidades e responsabilidades dos cuidados farmacológicos, quando aplicadas adequadamente, reduzem de forma preventiva as morbidades e mortalidades (Hepler & Strand, 1990).

Para os autores Meneses et al. (2018) relatam que o uso das boas práticas por si só não são suficientes para evitar que os incidentes ocorram quando relacionados à administração de medicamentos. É necessário conhecer e controlar os potenciais riscos que possam gerar danos aos pacientes, e ao compreender o que pode ser modificado há a possibilidade de atenuação

e/ou eliminação. É importante assegurar que as ferramentas que usamos correspondem aos problemas de hoje, em vez dos problemas do passado.

O acesso aos medicamentos essenciais é um importante desafio nos países em desenvolvimento. Busca-se experimentar diferentes estratégias para ter garantido a qualidade e medicamentos acessíveis (Dehshal, 2018).

Para a autora Berrier (2016) no cenário ambulatorial pode ocorrer erros de medicação durante a administração de medicamentos prescritos e vendidos sem receita. São dois exemplos de erros na administração do medicamento a interpretação incorreta dos rótulos dos medicamentos e os erros de dosagem. Há também a alfabetização em saúde que pode desempenhar um papel importante na capacidade de gerenciar com segurança o regime de medicamentos.

Ao escolher uma abordagem adequada, pesquisadores e profissionais de saúde devem equilibrar a confiabilidade e praticidade, especialmente a rentabilidade, para sua finalidade. Enquanto isso, como uma medida perfeita não existe, uma abordagem multidimensional parece ser a melhor solução atualmente.

## 2.2 Uso de medicamento

O segundo pólo teórico permeia sobre a discussão das falhas na administração de medicamentos.

### 2.2.1 Uso de medicamentos no Brasil

A mudança do perfil epidemiológico brasileiro é consequência da urbanização, das melhorias nos cuidados com a saúde, das mudanças de estilo de vida e da globalização (Malta et al., (2006). A realidade das últimas décadas também trouxe exemplos de sucesso para o controle dos principais fatores de risco para as DCNT.

Potenciais desafios que levam o sistema de saúde a se organizar para ofertar os serviços adequados estão associados ao aumento da população idosa e as demandas crescentes de um envelhecimento saudável (Duarte & Barreto, 2012). E o principal impasse da segurança do paciente são as consequências do amplo uso de medicamentos que têm impacto no âmbito clínico e econômico.

Conseqüentemente o erro no processo de preparo e administração de medicamentos pode resultar em sérias conseqüências ao paciente e à sua família. Além de, desenvolver incapacidades, prolongar o tempo de internação e recuperação, demandar novos procedimentos e intervenções, atrasar ou impedir o paciente de reassumir suas funções sociais e até levar à morte (Mendes et al., 2018).

As DCNT, de longa duração, são as que mais demandam ações, procedimentos e serviços de saúde. Os gastos decorrentes dessa demanda são denominados custos diretos, contabilizados mediante a realização de estimativas das internações e atendimentos ambulatoriais.

Atualmente o sistema de saúde brasileiro vem enfrentando um conjunto de desafios: a alta demanda, envelhecimento proporcional da população, padrões de morbimortalidade, o aumento dos custos de saúde, associado aos avanços tecnológicos e fatores socioeconômicos culturais relativos ao consumo de produtos médicos (Silva, Novaretti e Pedroso, 2019).

Para Leite et al.(2019) o adoecimento pode ocasionar diversas alterações físicas, emocionais e sociais. A cronicidade é de natureza multifatorial, tem como característica o avanço lento e pode levar a limitações físicas ou dependência de medicações, dietas restritivas e prejuízo nas relações.

Os medicamentos representam um suporte essencial da prática em saúde. Os autores Silva, Schenkel e Mengue (2000) relatam que nenhum estudo tivesse como foco a informação quantos os medicamentos utilizados em nível ambulatorial realizado no Brasil foi localizado. De acordo a repercussão mundial e nacional sobre o tema, a OMS já tem programas como o monitoramento internacional de medicamentos. E, no Brasil não se conhece a magnitude real do problema dos erros de medicação. Tem a colocação de ser o quinto país em consumo de medicamento o primeiro lugar na América Latina. Conforme a Política Nacional de Medicamentos brasileira compreende-se o processo da prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e o consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo determinado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (Oliveira-Filho et al., (2012).

Para a OMS o **uso racional de medicamentos** ocorre quando “os pacientes recebem o medicamento apropriado às suas necessidades clínicas, nas doses e posologias corretas, por um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e para a comunidade ““(Arrais et al., 2005).

Como citado por Donaldson (2017) com o intuito de reduzir o nível de danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos em 50% ao longo de cinco anos, globalmente. Para este feito foi proposto o Terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente alinhando o compromisso de ministros da saúde, líderes de sistemas de saúde e uma série de partes interessadas, incluindo instituições educacionais, especialistas, reguladores de medicamentos, pesquisadores, empresas farmacêuticas, órgãos representativos de pacientes e organizações profissionais.

Numa revisão integrativa da literatura, com a finalidade de reunir e analisar o conhecimento científico anterior, os erros de medicação são indicadores de causas de morbidade e mortalidade (Góis et al., (2017). Para estudos da morbidade é possível obter informações sobre as doenças que motivaram procura pelo serviço. As repercussões são um potencial problema de saúde pública, pois estão relacionadas ao aumento da morbimortalidade.

Conforme os autores Neiva et al (2019) a utilização de vários medicamentos administrados de forma simultânea a um paciente é um ato comum na prática clínica e encontra-se relacionado diretamente ao risco de ocorrência de interações medicamentosas. Essa administração simultânea é aceitável quando tem o objetivo de uma terapia sinérgica ou para o tratamento de pacientes com múltiplos agravos à saúde.

Para almejar um indicador de qualidade na assistência é imprescindível que se assuma racionalidade terapêutica como elemento de preocupação e atenção da equipe multiprofissional de saúde, garantindo a segurança do paciente com uma farmacoterapia racional e segura(Cuentro et al., (2014).

É possível que mais da metade de todas as orientações dos pacientes no ambiente ambulatorial podem ser categorizadas. Sugerindo uma oportunidade prática imediata para melhorar a segurança do paciente e a eficiência do fluxo de trabalho para prescritores e farmácias(Yang et al., 2018). São importantes as revisões da medicação para pacientes evitando seu uso impróprio, como também o monitoramento e atuação em sintomas (Kiel & Phillips, 2018).

### 2.2.2 Continuidade do tratamento medicamentoso para os cuidados em saúde

A não efetividade do tratamento medicamentoso pode ocorrer por diversos fatores como barreiras de acesso aos serviços de saúde e aos medicamentos, pela ineficácia dos fármacos e, sobretudo, pela não adesão à terapia (Araújo et al., 2019).

Em seus estudos Morisky et al. (2008) apresentou a escala da aderência da medicação. É relativamente simples e prática em ajustes clínicos, pode identificar pacientes com problemas de aderência e também para monitorar a aderência ao longo do tratamento.

Na atenção primária tem-se uma intensa demanda de acompanhamentos de pessoas com agravos à saúde exigindo-se cada vez mais ferramentas para aumento de eficiência de tratamento e maior segurança do usuário e da equipe de saúde (Rolim et al., (2018).

No artigo de Krousel-Wood (2005) com o tema “Confiabilidade de uma medida de adesão ao medicamento em um ambiente ambulatorial” relata que as abordagens confiáveis para mensurar a complacência medicamentosa anti-hipertensiva no ambulatório não estão prontamente disponíveis.

Durante a hospitalização muitos pacientes relatam que não tiveram a oportunidade de fazer perguntas sobre seus medicamentos para os membros da equipe de saúde. Frequentemente, recebem alta hospitalar com informação inadequada ou insuficiente sobre seus medicamentos ou mesmo não recebem qualquer orientação sobre continuidade do seu tratamento.

É amplamente aceito o uso combinado de dois ou mais medicamentos, a exemplo da hipertensão arterial sistêmica, como uma tentativa de aperfeiçoar os níveis de pressão arterial, minimizar os efeitos adversos e obter efeitos sinérgicos. Porém, esta ação deve ser cautelosa evitando assim possíveis resultados negativos à medicação (Dantas et al., 2017).

Uma das principais causas da falta de adesão do paciente ao seu regime farmacoterapêutico e plano de monitorização é conhecimento insuficiente sobre seus problemas de saúde e medicamentos, que pode levar ao comprometimento dos resultados do tratamento, deterioração do estado de saúde do paciente, além de aumento da utilização e dos custos do atendimento em saúde (Marques & Romano-Lieber, 2014a).

Na pesquisa de Marques & Romano-Lieber (2014b) foram citados casos eventuais de retorno do paciente ou familiar ao hospital por não conseguir adquirir o medicamento. Devido a problemas com a receita médica, como o uso de abreviatura em nomes de medicamento, apresentações não disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou no comércio, uso de receituário inadequado para a prescrição de psicofármacos e carimbo do médico.

As falhas na administração de medicamentos foram identificados e descritos detalhadamente em estudos realizados em vários estados brasileiros, demonstrando que prescrições incompletas e o uso de abreviaturas são frequentes, assim como a ilegibilidade das prescrições (Marques & Romano-Lieber, 2014b).

No artigo titulado “Medidas de adesão à medicação: uma visão geral” de Lam & Fresco (2015) revela que para melhoria da adesão medicamentosa é crucial e estratégico compreender a magnitude da adesão à medicação. No entanto, há falta de orientação geral para que pesquisadores e profissionais de saúde escolham as ferramentas apropriadas para explorar a temática da adesão à medicação e as razões por trás desse problema e possíveis intervenções subsequentes.

No artigo de Lam & Fresco (2015) revê as medidas subjetivas e objetivas da adesão da medicação. As medidas subjetivas propiciam explicações para a não adesão do paciente, enquanto as medidas objetivas indicam um registro mais preciso do comportamento do paciente em tomar medicação. Embora a adesão seja um fenômeno complexo, os responsáveis pelas políticas e pelas práticas de saúde devem apoiar medidas que estimulem um maior engajamento e educação aos pacientes para demonstrar a importância do uso correto dos medicamentos.

### 2.3 Serviço de saúde ambulatorial

Sabe-se que poucos dados sobre eventos adversos de drogas entre pacientes ambulatoriais estão disponíveis. A articulação entre o hospital e outros serviços de saúde, no olhar do uso de medicamentos, é restrita à viabilização de acesso aos medicamentos prescritos na alta, não abrangendo iniciativas de integração para a transferência de informações acuradas e completas para a continuidade do tratamento, nem para o seguimento do paciente.

De acordo com os autores Gertler et al. (2016) os eventos adversos a medicamentos entre os pacientes que administram medicamentos em casa / comunidade são uma causa comum de visitas emergenciais, mas as causas desses eventos permanecem incertas. A análise da causa raiz, raramente aplicada em ambiente ambulatorial, pode revelar os fatores que contribuem para eventos adversos.

No artigo sobre “Tomada de decisão informada na prática ambulatorial” o não relato dos erros reforça o desafio de envolver os pacientes na tomada de decisões que intensificou-se nos últimos anos. Tendo que as decisões clínicas e as configurações sofreram mudanças drásticas (Braddock et al., (1999).

Há grande diversidade de características de pacientes ambulatoriais relacionada a configurações de cuidados em saúde. São indicados nas pesquisas de Cuentro et al. (2014) como: polifarmácia, interações medicamentosas, medicamentos inapropriados e duplicidade

terapêutica, avaliação do plano terapêutico, complexidade, riscos ou danos em potencial relacionados aos medicamentos prescritos.

Nos ambientes ambulatoriais a instalação do serviço de saúde tem efeito sobre o efeito na segurança do paciente, na experiência do paciente e na disponibilidade de serviços para procedimentos em ambientes ambulatoriais não hospitalizado. Berglas et al. (2018) destacam-se que características das instalações que podem resultar em melhoramentos consistentes na segurança, sem afetar negativamente experiência do paciente ou disponibilidade de serviços.

No mundo há a Rede Européia de Segurança do Paciente e Qualidade dos Cuidados com um total de 220 organizações de saúde de 18 países europeus participaram da seleção, implementação e monitoramento de práticas clínicas seguras (PCS), 106 delas estavam envolvidas na reconciliação medicamentosa (Bottaro, Garel & Agra, 2016).

No estudo de Capucho & Cassiani (2013) discute-se a necessidade de se implementar programa brasileiro de segurança do paciente, com a finalidade de promover a cultura pela segurança do paciente e da qualidade em saúde no SUS. E, seus resultados são utilizados para avaliação da qualidade dos serviços de saúde.

São determinadas como as principais estratégias direcionadas à prevenção e manejo da ocorrência de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos: reconciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador, seguimento domiciliar do paciente após alta hospitalar, comunicação efetiva entre hospital e demais serviços de saúde, e articulação do cuidado entre o hospital e os demais serviços de atendimento à saúde do paciente. (Marques & Romano-Lieber, 2014a).

### 2.3.1 Fatores diversos relacionados aos erros nos cuidados de saúde

Os participantes do estudo podem ter comprometimento na segurança no seguimento da farmacoterapia, mesmo sendo aderentes ao tratamento, pois para utilizar adequadamente e de forma segura os medicamentos prescritos, subentende-se que seja necessário conhecer a prescrição.

O paciente precisa conhecer outros elementos relacionados ao transtorno, tratamento, manejo de sintomas, estilo de vida saudável, entre outros além do esquema terapêutico (Ibanez et al, 2014).

Segundo a OMS, há múltiplos fatores que levam à má adesão a medicação, sendo classificadas em cinco categorias: fatores socioeconômicos, fatores relacionados à terapia,

fatores relacionados ao paciente, fatores relacionados à condição e sistema de saúde(Lá & Fresco, 2015).

São importantes para o sucesso do tratamento as orientações sobre medicamentos fornecidas aos pacientes. Na sua ausência representa uma das principais causas do uso incorreto dos medicamentos. O nível de conhecimento foi verificado mediante perguntas relativas ao nome do medicamento, indicação, dose, frequência de uso, duração do tratamento, efeitos adversos e precauções (Oenning, Oliveira & Blatt, 2011). O sistema deve ser capaz de sustentar suas operações em condições esperadas e inesperadas, ajustando seu funcionamento antes, durante e após os eventos (mudanças, distúrbios ou oportunidades).

Embora a prevalência e as implicações da não adesão sobre os desfechos clínicos venham se tornando cada vez mais reconhecidas, o impacto de medidas reconhecidamente efetivas, como o acesso gratuito à farmacoterapia provido em nível ambulatorial pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em especial por meio da Estratégia de Saúde da Família, ainda é ignorado (Oliveira-Filho et al., 2012). Desse modo, a sistematização é fundamental para a investigação do impacto nos desfechos clínicos.

A falta de informações ou a não compreensão das informações realizadas pelos profissionais da saúde aos pacientes podem trazer conseqüências como: não adesão ao tratamento, conseqüentemente insucesso terapêutico; atraso na administração do medicamento, agravamento do quadro clínico do paciente; aumento da incidência de efeitos adversos, por inadequada administração e/ou duração do tratamento; dificuldades na diferenciação entre manifestações da doença e efeitos adversos da terapêutica; e incentivo à automedicação, bem como outras conseqüências que podem piorar o estado de saúde do paciente(Oenning et al., 2011).

### 2.3.2 A segurança do paciente ambulatorial relacionada ao uso de medicamentos

A vulnerabilidade a danos imediatamente após alta hospitalar pode ocorrer por várias razões: falta de autocuidado; falta ou inadequação de orientação; falta de acesso a profissionais de saúde com conhecimento de seu plano de cuidado; descontinuidade do cuidado; transferência incorreta ou incompleta de informações (Marques & Romano-Lieber, 2014a).

As intervenções tomadas estão relacionadas à punição, educação e as propostas para minimizar as ocorrências dos erros, também com reciclagem dos profissionais envolvidos, diante do conhecimento insuficiente sobre os problemas de saúde e medicamentos (Carvalho, Cassiani & Chiericato, (1999).

Dentre as estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos visam promover efetiva transição do cuidado na alta hospitalar. E há evidências de que algumas intervenções têm impacto positivo sobre a segurança do paciente, especialmente com componentes educacionais e que combinam intervenções pré e pós-alta.

### **3 Procedimentos Metodológicos**

Neste capítulo foram expostos os procedimentos metodológicos utilizados para alcançar os objetivos desta pesquisa.

Para Yin (2010) uma pesquisa é um plano de ação para sair de um lugar e chegar a outro. Onde o lugar de saída pode ser definido como o conjunto inicial de questões a serem respondidas, e o lugar de chegada como o conjunto de conclusões/respostas sobre essas questões. No momento intermediário pode-se encontrar um grande número de etapas, incluindo a coleta e a análise de dados. Atualmente, há muitas modalidades de pesquisa na área da saúde e em outros ramos da ciência. Para cada situação um método pode ser mais adequado do que outro, embora vários sejam usados no estudo de um mesmo tema.

O estudo de caso é um estudo profundo de um determinado objeto, de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento. Um caso pode ser uma pessoa, uma comunidade, uma empresa, ou um determinado grupo de pessoas que compartilham o mesmo ambiente e a mesma experiência.

Busca-se coletar e examinar o máximo de dados disponíveis sobre o tema para descrevê-los posteriormente, de forma abrangente, envolvendo as possíveis inter-relações dos diversos componentes envolvidos no estudo. Os estudos de caso são úteis quando o pesquisador deseja compreender, capturar e entender a dinâmica da vida organizacional, tanto no que diz respeito às atividades e ações formalmente estabelecidas quantas àquelas que são informais (Godoi et al, 2006).

Sendo o objeto de pesquisa a análise dos incidentes relacionados à segurança do paciente ambulatorial com doenças crônicas, a estratégia de pesquisa mais apropriada a ser utilizada, considerando as referências acima citadas, caracterizando um estudo de caso único. Realiza-se a investigação de um caso específico, contextualizado em tempo e lugar para que se possa realizar uma busca com profundidade das informações e maior riqueza de detalhes. Tem a preocupação de não analisar apenas o caso em si, mas o que ele representa dentro do todo.

Amplia-se o conhecimento do objeto de pesquisa, descobrindo e sugerindo intervenções preventivas que, no presente estudo, contribuam para a minimização dos incidentes de segurança do paciente.

Conforme o que foi descrito acima, o estudo de caso desenvolvido foi na linha descritiva. E, o procedimento adotado para a coleta dos dados foi à aplicação de um questionário (estudo prospectivo) baseado em informações coletadas de outras propostas de avaliação, traduzidas e validadas, em pacientes atendidos nos ambulatórios da Universidade Nove de Julho

(UNINOVE) portadores de doenças crônicas e que fazem uso contínuo de medicamentos de novembro a dezembro de 2018. A natureza do estudo é de aplicabilidade prática, visando as possíveis propostas de mudanças dirigidas à solução de problemas evidenciados nos processos de cuidado à saúde e passíveis de intervenção.

Como fluxo das etapas metodológicas do estudo cita-se: escolha do delineamento da pesquisa, elaboração do instrumento de intervenção, identificar a população, estabelecer um plano de amostragem, especificar os métodos de mensuração das variáveis da pesquisa, coleta dos dados, preparar os dados para análise, interpretar os resultados, comunicar os resultados e utilizar os resultados na prática.

### **3.1 Delineamento da pesquisa**

Iniciou-se com uma revisão de literatura para conhecer os principais eventos adversos oriundos do uso de medicamentos por pacientes no ambiente ambulatorial e que comprometem a segurança do paciente. Foram consultadas as seguintes bases científicas no período de março a julho de 2018: Publish or Perish, Pubmed, Scielo, Biblioteca Virtual em Saúde e a Bireme com os termos “segurança do paciente”, “assistência ambulatorial”, “uso de medicamentos”, “patient safety”, “ambulatory care”, “drug utilization”. A busca esgotou conforme os incidentes passaram a ser repetidos e não apareceram mais novos registros nos textos.

Trata-se de um estudo de caso de delineamento transversal, prospectivo e exploratório, realizado no Município de São Paulo, São Paulo, no período de novembro e dezembro de 2018. Nos Ambulatórios da Universidade Nove de Julho, locais onde se desenvolvem atividades assistenciais e que reconhecem estratégias para a segurança do paciente em cuidados de saúde ambulatorial em relação ao uso de medicamentos.

Como delineamento da pesquisa constituiu-se de abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo descreve, investiga e explica os componentes de uma determinada situação envolvida e compreendendo em profundidade o seu significado. De acordo com a classificação, qualitativa por descrever e interpretar o incidente, e quantitativa quando os dados coletados são traduzidos em números e analisados.

Quanto a população do estudo a amostra pesquisada foi constituída de 207 (duzentos e sete) participantes. Para inclusão na pesquisa foi solicitada no momento em que estavam esperando para realizar a consulta médica, e isto não interferiu na operacionalização e atividades cotidianas destas.

Para a aplicação do instrumento cada participante foi abordado pela autora com um período médio de 20 minutos para a aplicação total do questionário. Todos os dados foram coletados pela mesma autora. Os participantes aguardavam na recepção para passar em consulta médica agendada.

Todos os participantes foram esclarecidos a respeito da finalidade da pesquisa e quando desejaram e concordaram em participar do estudo, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) específico para este estudo (Apêndice D).

Ao final da aplicação do questionário, foram repassadas orientações pertinentes ao solicitado. Reforçado que as respostas ao questionário em nenhum momento comprometeriam o acompanhamento nas consultas do ambulatório.

### **3.2 Procedimentos de coleta dos dados**

Há mais de quatro décadas, inúmeras pesquisas sobre como medir e quantificar adequadamente a adesão à medicação foram realizadas, mas nenhuma delas pode ser considerada como padrão-ouro. Diferentes ferramentas foram projetadas e validadas para diferentes condições, em diferentes circunstâncias. Geralmente, as medidas de adesão medicamentosa são categorizadas pela OMS como medidas subjetivas e objetivas (Lam & Fresco, 2015).

As medidas subjetivas envolvem aquelas que exigem a avaliação do prestador ou do paciente de seu comportamento em tomar a medicação. As ferramentas mais comuns utilizadas para a adesão à medicação são as avaliações do autorrelato e do profissional de saúde. Tem como desvantagem comum o subrelato dos pacientes a não adesão para evitar a desaprovação de seus prestadores de cuidados de saúde.

Porém, as medidas objetivas, como exemplo a monitoração eletrônica, devem ser usadas para validar e correlacionar as subjetivas. Uma medida ideal de adesão medicamentosa deve apresentar baixo custo e ser amigável, fácil de realizar, altamente confiável, flexível e prático. Num contexto amplo, as medidas subjetivas e objetivas são preferidas em contextos clínicos e de pesquisa, respectivamente, principalmente por razões de custo-efetividade.

Os questionários de autorrelato, que têm um poder preditivo razoável, são mais úteis em um ambiente clínico ocupado, limitado a recursos, com população de alfabetização moderada a alta.

Não há uma medida ideal de adesão à medicação. Sendo indicado utilizar mais de uma medida quando os pesquisadores pretendem ter resultados próximos da realidade. A seleção de duas (ou mais) medidas de adesão à medicação pode permitir que forças de um método ajudem a compensar a fraqueza e a capturar com mais precisão as informações necessárias para determinar os níveis de aderência (Lam & Fresco, 2015). Além disso, a medida diferente pode identificar componentes diferentes da não adesão.

Entende-se que as medidas subjetivas são mais úteis na determinação das crenças e barreiras à adesão ou predição da não adesão. Já as medidas objetivas fornecem dados mais precisos sobre como os pacientes executam em seus regimes de medicação (Garfield et al, 2011).

É necessário ter uma base teórica que reflita a necessidade de serviços de adesão adaptados aos pacientes. A maioria das medidas foi projetada para o uso com pacientes adultos. Muitas medidas sobre a adesão ao longo de um período de tempo especificado necessitam ser reavaliadas, para medir a aderência ao longo de um período de tempo especificado do que aqueles que não especificou um período de tempo (Garfield et al, 2011). As que não especificarem um período de tempo não poderão demonstrar alterações quando repetidas ao longo do tempo.

### **3.2.1 Análises progressas para elaboração do instrumento de pesquisa**

Para esse estudo formulou-se a seguinte questão de pesquisa: como a análise dos principais fatores relacionados as falhas preveníveis de erros na administração de medicamentos no paciente pode contribuir para a melhoria da assistência à saúde oferecida em um ambiente ambulatorial?

A segunda fase é a definição da unidade caso. No ambiente ambulatorial os critérios gerais para atendimento são serem portadores de doenças crônicas e/ou sequencialmente pós alta hospitalar.

Elencaram-se dois ambulatórios da Uninove referentes ao campus da Vergueiro e Vila Maria. Trata-se de atendimento ambulatorial multidisciplinar. Reconhecida por uma infraestrutura incomparável, além da alta tecnologia e elevada capacitação profissional que asseguram uma intervenção permeada na orientação terapêutica através de diagnósticos precoces, objetivando a promoção, prevenção e recuperação à saúde, considerando o bem-estar

dos usuários de forma individualizada, ímpar e humanizada, influenciando diretamente sua qualidade de vida e condição de saúde. Para tanto, a Uninove mantém clínicas e ambulatórios integrados de saúde que prestam atendimento gratuitamente à comunidade do entorno e da cidade de São Paulo em geral. São realizados mais de 100 mil atendimentos por ano, sob a supervisão de preceptores/ professores e são conveniados com o SUS.

Avaliou-se alguns instrumentos durante a pesquisa do referencial teórico e foi possível identificar características relevantes para fundamentar as hipóteses do estudo.

Descreve-se a seguir os questionários de forma mais detalhada:

**Escala de Adesão Terapêutica de Morisky de oito itens (MMAS-8)**- Avalia a adesão terapêutica, versão em português (tabela 1) da Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8), traduzida e validada, com maior confiabilidade ( $\alpha = 0,83$  vs  $\alpha = 0,61$ ), criada com o objetivo de determinar a adesão a tratamentos anti-hipertensivos.

Desenvolveu-se a partir da MMAS-4 e complementada com itens adicionais para a abordagem de vários aspectos do comportamento aderente. No Brasil, estudos avaliando a não adesão com a nova escala ainda são recentes e escassos (Oliveira-Filho et al., 2012). A MMAS-8 foi traduzida de acordo com as recomendações para tradução e adaptação transcultural.

A MMAS-8, atualização com maior sensibilidade da escala de quatro itens publicada em 1986 e considerada o método de auto-relatos para determinação da adesão terapêutica mais utilizado, contém oito perguntas com respostas fechadas de caráter dicotômico sim/não, formuladas para evitar o viés de respostas positivas dos pacientes a perguntas feitas por profissionais de saúde, por meio da inversão das respostas relacionadas ao comportamento aderente do entrevistado (Oliveira-Filho et al., 2012).

Desse modo, cada item mensurou um comportamento aderente específico, com sete perguntas que devem ser respondidas negativamente e apenas uma, positivamente, sendo a última questão respondida segundo uma escala de cinco opções: nunca, quase nunca, às vezes, freqüentemente, sempre. Os primeiros sete itens são respostas sim/não enquanto o último item é uma resposta Likert de 5 pontos.

Os itens adicionais concentram-se nos comportamentos de tomada de medicação, sub-uso, esquecimento, para que as barreiras à adesão possam ser identificadas de forma mais clara (Lá & Fresco, 2015).

Tabela 1

Escala de Adesão Terapêutica de *Morisky* de 8 Itens – MMAS-8

Escala de Adesão Terapêutica de <i>Morisky</i> de 8 Itens – MMAS-8	
1)	Você às vezes esquece-se de tomar os seus remédios para pressão?
2)	Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios para pressão alta?
3)	Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?
4)	Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece-se de levar seus medicamentos?
5)	Você tomou seus medicamentos para pressão alta ontem?
6)	Quando sente que sua pressão está controlada, você às vezes para de tomar seus medicamentos?
7)	Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento para pressão alta?
8)	Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios para pressão?
	Nunca/ Quase Nunca/ Às Vezes/ Frequentemente/ Sempre

Fonte:

**Teste de Morisky-Green-** A versão do TMG contém as seguintes perguntas indicadas na tabela abaixo. A validação dos questionários incluiu: tradução e retradução do questionário BMQ e avaliação da consistência interna, estabilidade temporal e desempenho aos padrões-ouro para o TMG e BMQ (Ben, Neumann & Mengue, 2012).

O TMG apresenta desempenho variável nos estudos. A falta de correlação do TMG com os desfechos clínicos motivou Morisky a ampliar esse questionário, agregando mais quatro perguntas aos originais. Desenvolvendo assim, a MMAS-8 citada acima.

Tabela 2

Questões do Teste de *Morisky- Green* (TMG)

Teste de <i>Morisky-Green</i>
1) Você às vezes tem problemas em se lembrar de tomar a sua medicação?
2) Você às vezes se descuida de tomar seu medicamento?
3) Quando está se sentindo melhor, você às vezes para de tomar seu medicamento?
4) Às vezes, se você se sentir pior ao tomar a medicação, você para de tomá-la?

Fonte: Ben, Neumann & Mengue, 2012.

**Brief Medication Questionnaire** - No questionário BMQ ressalta o comportamento de tomada de medicação do paciente e as barreiras à adesão. Consiste em três aspectos: regime, opinião e recordação. Avaliam como os pacientes tomaram cada um de suas medicações na semana passada, à eficácia da droga e características e em recordar dificuldades, respectivamente. E também, sua capacidade de permitir a auto-administração, avaliar regimes multidrogas e reduzir a formação do praticante, este questionário é popular entre os profissionais de saúde.

Foi sugerido primeiramente para o gerenciamento do diabetes e da depressão e, idealmente, o regime prescrito para o paciente deve ser revisto antes de ser administrado (Lam & Fresco, 2015). Conforme (Svarstad et al, 1999) observaram ser mais sensível do que as ferramentas existentes e pode ser útil na identificação e diagnóstico de problemas de aderência.

Tabela 3

Versão em português do instrumento *Brief Medication Questionnaire*.

1) Quais medicações que você usou na ÚLTIMA SEMANA?

Entrevistador: Para cada medicação anote as respostas na tabela abaixo.

Se o entrevistado não souber responder ou se recusar a responder coloque NR

---

NA ÚLTIMA SEMANA

a) Nome da medicação e dosagem	b) Quantos dias você tomou esse remédio	c) Quantas vezes por dia você tomou esse remédio	d) Quantos comprimidos você tomou em cada vez	e) Quantas vezes você esqueceu-se de tomar algum comprimido	f) Como essa medicação funciona para você 1 = Funciona Bem 2 = Funciona Regular 3 = Não funciona bem

2) Alguma das suas medicações causa problemas para você? (0) Não (1) Sim

Se o entrevistado respondeu SIM, por favor, liste os nomes das medicações e quanto elas o incomodam

Quanto essa medicação incomodou você?

Medicação	Muito	Um pouco	Muito pouco	Nunca	De que forma você é incomodado por ela?

3) Agora citarei uma lista de problemas que as pessoas, às vezes, têm com seus medicamentos

Quanto é difícil para você:	Muito difícil	Um pouco difícil	Não muito difícil	Comentário (Qual medicamento)
Abrir ou fechar a embalagem				

Ler o que está escrito na embalagem				
Lembrar de tomar todo remédio				
Conseguir o medicamento				
Tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo				

Fonte: Ben, Neumann & Mengue, 2012.

**Martin-Bayarre-Grau** – O MBG desenvolvido na Escola Nacional de Saúde Pública de Cuba. Foi elaborado a partir da definição de adesão terapêutica, ativa e voluntária do usuário a adotar um comportamento relacionado com o cumprimento do tratamento acertado de mútuo acordo com o seu médico.

Trata-se de um questionário auto-aplicável, curto, de fácil aplicação e apresenta possibilidades de resposta por parte do usuário. Encontra-se validado apenas em língua espanhola, porém na pesquisa usou-se a versão adaptada no contexto brasileiro (Matta, Azeredo & Luiza, 2013).

Possui 12 itens com afirmações, com resposta tipo Likert com cinco possibilidades de resposta que vão de sempre a nunca. Os autores ainda quantificam os valores considerando três níveis de aderência: total, parcial e não aderido. Tem uma consistência interna Alfa de Cronbach de 0,889 e a validação de conteúdo foi realizada por experts (Borges et al, 2012).

Aborda três dimensões: adesão ao tratamento, implicação pessoal e respeito mútuo médico-paciente. É um questionário de aplicação rápida, útil em configurações de serviços de saúde (Matta, Azeredo & Luiza, 2013).

Tabela 4

Versão final do Martín-Bayarre-Grau adaptado ao contexto brasileiro.

Itens do Instrumento	Versão Final
A	Toma as medicações no horário estabelecido
B	Toma todas as doses indicadas
C	Segue as regras da dieta
D	Vai a consultas marcadas
E	Realiza os exercícios físicos indicados
F	Encaixa os horários do remédio nas atividades do seu dia a dia
G	O(a) senhor(a) e seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido
H	Cumpe o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos
I	Leva o tratamento sem grandes esforços
J	Faz uso de lembretes para realização do tratamento
K	O(a) senhor(a) e seu médico discutem como cumprir o tratamento
L	Tem a possibilidade de dar a sua opinião no tratamento que o médico prescreveu

Fonte: Matta, Azeredo & Luiza, 2013.

**Índice de Complexidade da Farmacoterapia** - O MRCI é um instrumento utilizado para medir a complexidade da farmacoterapia de um paciente individual. Corresponde três seções: A, B e C. A seção A corresponde às informações sobre formas de dosagens; a seção B, às informações sobre frequências de doses; e a seção C corresponde às informações adicionais, como horários específicos e uso com alimentos, entre outras.

Cada seção é pontuada a partir da análise da farmacoterapia do paciente e o índice de complexidade é obtido pela soma dos pontos (escores) das três seções. É o único instrumento validado encontrado hoje na literatura para medir a complexidade da farmacoterapia, originalmente em língua inglesa. A validação desse instrumento para nosso meio pode auxiliar os estudos envolvendo adesão terapêutica e estratégias para sua melhoria, possibilitando maior uniformidade de métodos e comparação de resultados.

Os autores Melchior, Correr & Fernández-Llimos (2007a) adaptaram e validaram o instrumento *Medication Regimen Complexity Index* para o português do Brasil. O processo de adaptação transcultural resultou na versão em português do instrumento denominado Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT). O instrumento traduzido inclui instruções para sua utilização e mantém a apresentação do instrumento original. A versão completa encontra-se disponível no apêndice B.

O ICFT é um instrumento que mede a complexidade da farmacoterapia, independentemente de variáveis socioeconômicas, farmacológicas ou clínicas. Baseia-se apenas nas ações necessárias para a administração do medicamento, ou seja, qual a forma farmacêutica que vai ser utilizada, a frequência e outras informações adicionais que devem ser levadas em consideração pelo paciente para a correta administração do medicamento.

Pode ser útil na pesquisa e na prática clínica, na medida em que fornece informações valiosas sobre os elementos que compõem a complexidade da terapia, possibilitando estimativa da facilidade (ou dificuldade) de adesão terapêutica do paciente (Melchior, Correr & Fernández-Llimos, 2007b).

Assim, como no instrumento original (MRCI), o ICFT em português possui três seções, sendo seção A, forma de dosagem; seção B, frequência de dosagem; e seção C, informações adicionais. Por ser um instrumento preenchido pelo profissional da saúde e não pelo paciente, seu formato permite que vários medicamentos e informações adicionais entrem na avaliação, tornando-a mais ampla.

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de dosagem	Peso	
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastros	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/ <i>patches</i>	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos e Nariz	Gotas/crems/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	<i>Accuhalers</i> (pó seco para inalação/ <i>diskus</i> )	3
	<i>Aerolizers</i> (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida ( <i>bombinha</i> )	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	<i>Turbuhalers</i> (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	
	- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	
Total seção A		

**Figura 3** – Forma de dosagem dos medicamentos de acordo com ICFT.

Fonte: Melchiors, Correr & Fernández-Llimos, 2007b

B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [✓] na figura correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [✓] em cada categoria (frequência de

dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

Frequência de Dose	Medicações	Total	Peso	Total x Peso
1x dia			1	
1x dia S/N			0,5	
2x dia			2	
2x dia S/N			1	
3x dia			3	
3x dia S/N			1,5	
4x dia			4	
4x dia S/N			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h S/N			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h S/N			2,5	
4/4 h			6,5	
4/4 h S/N			3,5	
2/2 h			12,5	
2/2 h S/N			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou menor frequência			2	
Oxigênio S/N			1	
Oxigênio < 5 h			2	
Oxigênio > 15 h			3	
Total seção B				

**Figura 4** – Frequência da dose das medicações de acordo com o ICFT.

Fonte: Melchiors, Correr & Fernández-Llimos, 2007b

- C) Marque [✓] na figura que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [✓] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x Número de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total seção C				
<b>Total da complexidade da farmacoterapia = _____</b>				

**Figura 5** – Instruções adicionais para as medicações de acordo com o ICFT.

Fonte: Melchiors, Correr & Fernández-Llimos, 2007b

Uma tabela resumo na tabela abaixo representa as principais características dos questionários detalhados acima. Para a construção do questionário foram selecionados instrumentos validados no meio acadêmico e conhecidos na prática clínica representados por:

Autor, Ano	Instrumento	Sigla	Objetivo	Vantagens e Desvantagens
Oliveira-Filho et al., 2012	Escala de Adesão Terapêutica de	MMAS-8	Avalia da adesão ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente	Contém oito perguntas com

	Morisky de oito itens			respostas fechadas, para evitar viés. Concentram-se comportamentos de tomada de medicação, especialmente relacionados ao subuso, como o esquecimento, para que as barreiras à adesão possam ser identificadas de forma mais clara.
Ben, Neumann & Mengue, 2012	Teste de Morisky-Green	TMG	Avalia da adesão ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente	O questionário mais utilizado no Brasil apresenta desempenho variável. Originou a MMAS-8.
Ben, Neumann & Mengue, 2012	Brief Medication Questionnaire	BMQ	Avalia da adesão ao tratamento medicamentoso na perspectiva do paciente	Ressalta o comportamento de tomada de medicação do paciente e as barreiras à adesão. É popular entre os profissionais de saúde. Pode ser mais demorado

Matta et al., 2013	Questionário Martín-Bayarre-Grau	MBG	Adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos, considerando a perspectiva da OMS	comparativamente a outros questionários Aborda três dimensões: adesão ao tratamento, implicação pessoal e respeito mútuo médico-paciente. É um questionário de aplicação rápida, útil em configurações de serviços de saúde
Melchior, Correr & Fernández-Llamos, 2007	Índice de Complexidade da Farmacoterapia	ICFT/MRCI	Medir a complexidade da farmacoterapia, independentemente de variáveis socioeconômicas, farmacológicas ou clínicas	Corresponde às informações sobre formas de dosagens; frequências de doses; às informações adicionais, como horários específicos e uso com alimentos, entre outras. Pode ser útil na pesquisa e na prática clínica, na medida em que fornece informações valiosas sobre os elementos que compõem a complexidade da terapia,

possibilitando
estimativa da
facilidade (ou
dificuldade) de
adesão terapêutica
do paciente.
Preenchido pelo
profissional da saúde
e não pelo paciente

**Tabela 5** – Resumo dos instrumentos selecionados e suas características principais.

Fonte: Elaborado pela autora

### 3.2.2 Elaboração do instrumento da pesquisa

A partir da revisão bibliográfica dos diversos instrumentos existentes, fez-se necessário optar por um agrupamentos de questões que avaliassem as variáveis propostas e correlações.

Optou-se por questões claras e não repetitivas, com relevância significativa. Sendo indicadas a seguir as questões, de qual referência foram apresentadas e o motivo pelo qual foi selecionada:

Teve também como objetivo as considerações aprendidas da autora e recomendações da Organização Mundial de Saúde e da Organização Pan-americana de Saúde.

#### 3.2.2.1 Identificação

##### **Identificação**

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Na identificação contempla-se a variáveis sociodemográficas como citadas nas referências de uma forma geral para categorizar a amostra estudada.

### 3.2.2.2 Doenças preexistentes

#### Doenças:

- ( )Diabetes ( )Hipercolesterolemia ( )Problemas na tireóide  
( )Hipertensão ( )Gastrite ( )Refluxo GE  
( )Outro Especificar: \_\_\_\_\_

Pontuou-se as doenças crônicas já diagnosticadas de forma quantitativa e descritiva quando necessário.

Prevalência dos casos que já foram tratados na forma mais agudizada, mas exigem algum tipo de acompanhamento em longo prazo.

### 3.2.2.3 Planilha dos medicamentos

**Recebeu Prescrição Médica:** ( ) Sim ( ) Não

#### Medicamentos:

	Medicamentos	Dose	Freqüência	Forma dosagem*
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

\* (ICFT) – pode ser oral, tópico, ouvidos/olhos/nariz, inalação e outros

Erros de medicação mais comuns de acordo com a *Royal Pharmaceutical Society* é o fato da prescrição não realizada ou atrasada, interações medicamentosas, erros em razão de

alterações na dose, erros relacionados na forma de preparo do medicamento, como a insulina, por exemplo, entre outros.

#### 3.2.2.4 *Questões mais detalhadas*

11) Número de consultas no último ano?

\_\_\_\_\_

Tempo de utilização do serviço: ( ) mais de um ano ( ) entre um ano a seis meses  
( ) entre seis a três meses

Pergunta adicional devido a relevância do fato tratamento inadequado ou baixa adesão ao tratamento.

A não adesão ao tratamento de doenças crônicas é um problema de saúde pública de extensão mundial.

Estima-se que nos países desenvolvidos a taxa de adesão ao tratamento de doenças crônicas seja de somente 50% (Matta, Luiza & Azeredo, 2013).

12) Uso prévio do medicamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

Pergunta adicional devido a relevância do fato determinante de que a falta de controle de uma doença não deve ser inteiramente atribuída à não adesão à terapia medicamentosa.

É possível supor que essa contribuição seja expressiva e que leve ao aumento dos custos diretos para tratamento das complicações (Matta, Luiza & Azeredo, 2013).

13) Tempo de uso prévio do medicamento (em meses)?

\_\_\_\_\_

Pergunta adicional devido à relevância do fato que para um país como o Brasil, com um sistema público de saúde que deve atender a uma população de quase 200 milhões de pessoas, é essencial a adoção de estratégias que ajudem a aumentar a adesão ao tratamento medicamentoso (Matta, Luiza & Azeredo, 2013).

Nesse contexto, entende-se que a avaliação da adesão ao tratamento pode ser uma ferramenta de auxílio do desenvolvimento de programas de saúde pública no Brasil.

14) Você às vezes esquece-se de tomar seus remédios prescritos?\*(TMG/MMAS – 8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Se sim, qual e porque?

Qual: \_\_\_\_\_

Porque:

não tem medicação na UBS

tem efeito colateral,

especifique: \_\_\_\_\_

esquece de tomar

outros

---

Esta questão contempla o conteúdo dos dois questionários pois, o significado desse achado pode estar relacionado a maior gravidade da doença, tratamento inadequado ou baixa adesão ao tratamento.

15) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?\*

(MMAS – 8)

Nunca  Quase nunca  Às vezes  Frequentemente  Sempre

Pergunta adicional devido a relevância do fato de que a OMS alerta que metade dos pacientes tomam remédios de forma errada.

16) Você armazena os medicamentos aonde?

cozinha \_\_\_\_\_

banheiro \_\_\_\_\_

quarto \_\_\_\_\_

outro,

especificar \_\_\_\_\_

Pergunta adicional devido à relevância do fato do armazenamento incorreto até o descarte inadequado de produtos farmacêuticos vencidos ou que não foram utilizados em sua totalidade.

17) Você toma algum medicamento sem prescrição médica?  Sim  Não

Se sim, quem sugeriu? Qual medicamento e quantas vezes tomou?

---

---

---

Pergunta adicional devido à relevância do elevado potencial de mortalidade com a automedicação. Levantaram-se que os medicamentos são o principal causador de intoxicação em seres humanos.

Com essa ação pode-se anular ou potencializar o efeito de outro medicamento.

Nas mesmas situações, medicamentos anteriormente prescritos podem não ser mais efetivos.

A ingestão de antibióticos de forma errada pode aumentar a resistência de bactérias.

18) Você toma as medicações no horário estabelecido?\* (MBG e MMAS-8)

Nunca  Quase nunca  Às vezes  Frequentemente  Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários analisou-se o desrespeito com os horários de administração dos medicamentos.

19) Você encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia?\* (MBG e MMAS-8)

Nunca  Quase nunca  Às vezes  Frequentemente  Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários com a intenção da questão, realizada pela pesquisadora principal, ser determinante de uma primeira aproximação à população-alvo no entendimento das questões no dia a dia.

20) Você toma todas as doses indicadas?\* (MBG e MMAS-8)

Nunca  Quase nunca  Às vezes  Frequentemente  Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários decorrente da confiança gerada pelo vínculo médico-paciente.

21) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? \* (TMG/MMAS – 8)

Nunca  Quase nunca  Às vezes  Frequentemente  Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários destacando-se pelos erros em razão de alterações na dose, interrupção precoce de tratamentos.

22) Você teve alergia a algum medicamento?  Sim  Não

Se sim, qual(is) medicamento(s)?

---

Pergunta adicional devido à relevância do fato em algumas situações de riscos da automedicação pode-se citar a intoxicação e/ou efeitos colaterais.

23) Você teve reação a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não  
Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Pergunta adicional devido à relevância do fato em algumas situações de riscos da automedicação pode-se citar a reação adversa, agravamento do estado de saúde, dependência ao medicamento, mascarar ou agravar outra doença.

24) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? \*  
(MMAS – 8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário citando que no estudo não se pode descartar, também, a influência do viés de memória, assim como de casos onde a omissão no consumo de medicamentos.

25) Você tomou seus medicamentos ontem? \* (MMAS – 8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário relacionados à compreensão do comprometimento no uso de medicamentos.

26) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios? \* (TMG/MMAS – 8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários determinando-se um grau de dificuldade de controlar os fatores subjetivos relacionados ao paciente, como por exemplo, fatores cognitivos.

27) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento medicamentoso? \* (MMAS – 8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário considerando-se que a adesão ao tratamento é um assunto comportamental e depende tanto da conduta do paciente quanto da do médico.

28) Como a medicação funciona para você? \* (BMQ)  
( ) Funciona Bem ( ) Funciona Regular ( ) Não funciona bem

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário indicando que a utilização de medicamentos está influenciada também pela autopercepção do estado de saúde, cuidados com a saúde e entendimento da doença crônica.

29) Quanto é difícil para você abrir ou fechar a embalagem do medicamento?\*( BMQ)  
( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil  
Comentários:\_\_\_\_\_

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário com o olhar para as dificuldades das realizações de tarefas da vida diária e seu grau de dependência.

30) Quanto é difícil para você ler o que está escrito na embalagem?\*( BMQ)  
( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil  
Comentários:\_\_\_\_\_

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário, destacando funcionalidades do sistema sensorial (visão) com possível comprometimento.

Ressaltando-se que no caso específico dos pacientes carentes com doenças crônicas, o não acesso força o comprometimento da renda familiar ou favorece o abandono do tratamento, o que pode ocasionar agravamento do estado de saúde e conseqüente expansão dos gastos com internações e atendimentos ambulatoriais.

31) Quanto é difícil para você conseguir o medicamento?\*( BMQ)  
( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil  
Comentários:\_\_\_\_\_

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário sob os parâmetros da acessibilidade e disponibilidade de medicamento por intervalo de tempo.

O acesso aos serviços de saúde, a cultura médica e a facilidade em adquirir medicamentos também são fatores considerados de grande peso.

32) Quanto é difícil para você tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo?\*( BMQ)  
( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil  
Comentários:\_\_\_\_\_

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário considerando o consumo excessivo dos medicamentos.

- 33) Você e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido?\*( MBG e MMAS-8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários aborda-se o fato das intervenções medicamentosas sem considerar as condutas terapêuticas alternativas em associação ou, mesmo em substituição ao uso das opções farmacológicas.

Este fato pode estar relacionado à crescente medicalização da sociedade, onde toda consulta médica tem de terminar com uma prescrição.

- 34) Você cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos ?\*( MBG e MMAS-8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários indicando a necessidade do suporte das redes de apoio social, como os cuidadores tão presentes nesta população em casos de maiores agravos.

- 35) Você leva o tratamento sem grandes esforços?\*( MBG e MMAS-8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários considerando que o contexto global na forma de avaliar a adesão deve considerar os recursos disponíveis nos serviços de saúde e as estratégias empregadas.

- 36) Você faz uso de lembretes para a realização do tratamento?\*( MBG e MMAS-8)  
( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Esta questão contempla o conteúdo de dois questionários utilizando-se da influência do viés de memória e estratégias preventivas adotadas para eventuais falhas.

- 37) Há alguma instrução adicional quanto à sua medicação?\*( ICFT)  
( ) Partir ou triturar o comprimido  
( ) Dissolver o comprimido/pó  
( ) Múltiplas unidades ao mesmo tempo  
( ) Dose variável  
( ) Tomar/ usar em horário específico  
( ) Tomar com líquido/ alimento específico  
( ) Reduzir ou aumentar a dose progressivamente  
( ) Outros \_\_\_\_\_

Esta questão contempla o conteúdo de um questionário o ICFT, pautou-se a forma como os erros na administração oral são comuns. Um dos principais erros é administrar o medicamento acompanhado de líquidos com sabor.

O melhor líquido indicado para a ingestão do medicamento é a água, pois não irá apresentar nenhuma reação com o princípio ativo do medicamento, outros líquidos podem comprometer a eficácia terapêutica e a absorção.

Há também outras falhas importantes na administração do medicamento por via oral a ser citada como: misturar com antiácidos, ingerir o comprimido sem beber água, retirar o conteúdo da cápsula, triturar o comprimido para facilitar a digestão e ingerir o medicamento em gotas a seco.

Segue abaixo quadro destacando a pergunta selecionada do questionário e as referências:

<b>Perguntas</b>	<b>Referências</b>
Recebeu Prescrição Médica?	Elaborado pela autora
Medicamentos, Dose, Frequência, Forma de dosagem?	Melchioris, Correr & Fernández-Llimos, 2007
Número de consultas no último ano?	Elaborado pela autora
Tempo de utilização do serviço?	Elaborado pela autora
Você às vezes esquece-se de tomar seus remédios prescritos?	Ben, Neumann & Mengue, 2012/ Oliveira-Filho et al., 2012
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?	Oliveira-Filho et al., 2012
Você armazena os medicamentos aonde?	Elaborado pela autora
Você toma algum medicamento sem prescrição médica?	Elaborado pela autora
Você toma as medicações no horário estabelecido?	Matta et al., 2013 e Oliveira-Filho et al., 2012
Você encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia?	Matta et al., 2013 e Oliveira-Filho et al., 2012
Você toma todas as doses indicadas?	Matta et al., 2013 e Oliveira-Filho et al., 2012
Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	Ben, Neumann & Mengue, 2012/ Oliveira-Filho et al., 2012

Você teve alergia a algum medicamento?	Elaborado pela autora
Você teve reação a algum medicamento?	Elaborado pela autora
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	Oliveira-Filho et al., 2012
Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios?	Ben, Neumann & Mengue, 2012/ Oliveira-Filho et al., 2012
Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento medicamentoso?	Oliveira-Filho et al., 2012
Como a medicação funciona para você?	Ben, Neumann & Mengue, 2012
Quanto é difícil para você abrir ou fechar a embalagem do medicamento ?	Ben, Neumann & Mengue, 2012
Quanto é difícil para você ler o que está escrito na embalagem?	Ben, Neumann & Mengue, 2012
Quanto é difícil para você conseguir o medicamento?	Ben, Neumann & Mengue, 2012
Quanto é difícil para você tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo?	Ben, Neumann & Mengue, 2012
Você e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido?	Matta et al., 2013 e Oliveira-Filho et al., 2012
Você cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos?	Matta et al., 2013 e Oliveira-Filho et al., 2012
Você leva o tratamento sem grandes esforços?	Matta et al., 2013 e Oliveira-Filho et al., 2012
Você faz uso de lembretes para a realização do tratamento?	Matta et al., 2013 e Oliveira-Filho et al., 2012
Há alguma instrução adicional quanto à sua medicação?	Melchiors, Correr & Fernández-Llimos, 2007

**Quadro 1** - Perguntas selecionadas e suas respectivas referências.

Fonte: autora

### 3.3 Procedimentos de análise dos dados

O aumento da complexidade para análise e interpretação deve ser reconhecido quando se utiliza uma abordagem com dados objetivos e subjetivos, como diferentes prazos para medições e resultados diferentes produzidos.

Constituiu-se que esta não é uma revisão abrangente sobre todas as medidas de adesão de medicamentos existentes. Em vez disso, é focado nos diferentes tipos disponíveis de estratégia de avaliação e as mais comumente usadas em diferentes configurações.

Recorreu-se na seqüência da coleta dos dados a análise do conteúdo.

### **3.3.1 *Tamanho da amostra***

Considerando o estudo original de Morisky et al. (2008) no qual se estabeleceu que 16% dos pacientes obtiveram pontuação igual a 8 na MMAS-8, além de precisão absoluta igual a 5% e intervalo de confiança de 95%, foi determinada uma amostra de 207 indivíduos.

Com o propósito de corrigir eventuais perdas e permitir uma melhor desagregação das variáveis independentes, o tamanho amostral foi corrigido por um fator proporcional de 1,11. Desse modo, o tamanho da amostra para este estudo foi fixado em 230 pacientes.

Para a seleção dos casos desse estudo foram considerados, os critérios gerais de inclusão na pesquisa: ser acompanhado no atendimento ambulatorial da universidade, utilizarem algum tipo de medicamento em longo prazo e serem maiores de 18 anos.

### **3.3.2 *Coleta de Dados***

Para esta pesquisa, foi considerado o universo da amostra, ou seja, todas os participantes que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo já citados.

Foi utilizado questionário específico desenvolvido para esta pesquisa, que continha perguntas fechadas sobre dados sócio-econômicos (sexo, idade, escolaridade), dados de saúde autorreferidos (agravos à saúde apresentados), dados sobre a farmacoterapia (medicamentos de uso crônico consumidos, vias de administração e adesão à farmacoterapia) e dados de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde do ambulatório estudado.

Na presente pesquisa, classificamos os medicamentos envolvidos em grupos de sistemas envolvidos e com quais grupos de medicamentos estão relacionados. Adotou-se uma padronização para o acesso na coleta de dados. Após a localização de potenciais participantes da pesquisa, as quais aguardavam na sala de recepção dos ambulatórios citados.

Foi realizado contato pessoal e informou-se que era uma pesquisa e que caso desejassem participar deveriam responder verbalmente as questões nas quais seriam lidas prontamente.

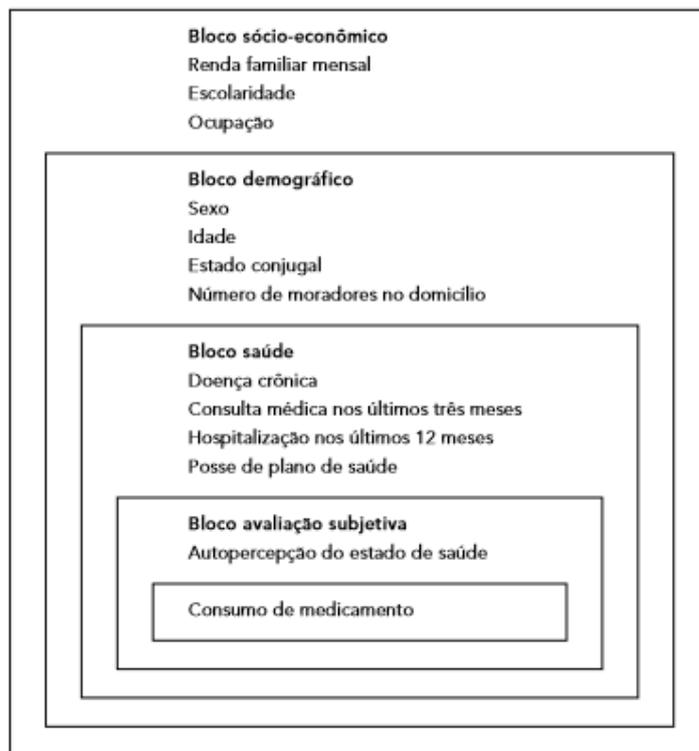
No decorrer do aceite do convite em participar da pesquisa foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) segue modelo no Anexo D.

Esclareceu-se ao participante que esta pesquisa não garantia o seu atendimento e/ou prejuízo deste e que: a) em qualquer momento, durante ou após a pesquisa, seria possível esclarecer quaisquer dúvidas referente à pesquisa; b) teria o tempo que for necessário para responder as questões; c) poderia se recusar em participar deste estudo; d) em qualquer momento poderia retirar seu consentimento em participar da pesquisa; e) teria feedback dos resultados do estudo; f) teria seus dados confidenciais durante toda a pesquisa; g) seria assegurada sua privacidade e; h) receberia uma cópia do TCLE assinada e rubricada pela pesquisadora.

Todas as informações referentes à pesquisa e todas as garantias referidas no TCLE foram esclarecidas no momento de entrega do termo e da aplicação do questionário. Para realizar o questionário o participante utilizou-se em média 20 minutos, visto que, é um questionário semi-aberto e semi-estruturado.

As variáveis destacadas na pesquisa categorizam-se: dependente e independentes. No presente estudo, consumo de medicamentos foi considerado a variável dependente. E, as variáveis independentes coletadas foram: demográficas – idade, sexo, socioeconômico e ocupação e indicadores da condição de saúde (agravos à saúde, graus de dependência, possível comprometimento das capacidades cognitivas e funcionais entre outros).

Variáveis esquematicamente demonstradas no esquema abaixo citada no modelo com embasamento de outras referências (Arrais et al., 2005).



**Figura 6** – Modelo hierárquico do processo de determinação do consumo de medicamentos.

Fonte: Arrais et al., 2005.

### 3.3.3 Análise estatística

Questionário preenchido no Google Forms para facilitar a análise dos dados. Estes foram tabulados no programa Windows Excel 2016 MSO 64 bits, sendo identificados apenas como resultados, não divulgando nomes das pacientes, bem como qualquer outro dado que possa identificá-las.

Os dados foram apresentados em média, desvio padrão (DP), frequências absoluta e relativa. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa SPSS versão 12. Elaborou-se análise estatística descritiva; teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar o padrão de normalidade das variáveis contínuas; análise de significância e correlações para testar as relações entre a adesão terapêutica e outras variáveis independentes. Para avaliação da correlação entre adesão e as demais variáveis estudadas, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ), assumindo valor de  $p < 0,05$  como estatisticamente significativo.

As variáveis destacadas na pesquisa categorizam-se: dependente e independentes. No presente estudo, consumo de medicamentos e outras características foram considerados variáveis dependente. E, as variáveis independentes coletadas foram: demográficas – idade, sexo, socioeconômico e ocupação e indicadores da condição de saúde (agravos à saúde, graus

de dependência, possível comprometimento das capacidades cognitivas e funcionais entre outros). A inclusão de cada variável depende-se da significância estatística aferida pela razão de prevalência e seus respectivos intervalos de confiança.

### **3.3.4 *Ética em pesquisa***

A pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil/Uninove e ciência de todos os gerentes dos serviços participantes, de acordo com o CAAE: 90894518.5.0000.5511 e parecer nº 3.016.198 (Apêndice C).

## 4 Resultados Da Pesquisa

Os dados coletados com o questionário contemplam as variáveis levantadas na questão problema.

Os resultados apresentados e discutidos no item 5 atenderam os objetivos específicos e serviram de base para alcançar o objetivo principal.

### 4.1 Características da amostra

O estudo aplicado em usuários dos Ambulatórios da Uninove – Campus Vergueiro e Vila Maria. Em todos os ambientes as características da assistência têm um perfil multidisciplinar.

Na tabela abaixo detalham os cursos e as unidades com um valor total de atendimentos no segundo semestre de 2018.

**Tabela 6** – Estatística de Atendimentos Ambulatórios Uninove 2018.2

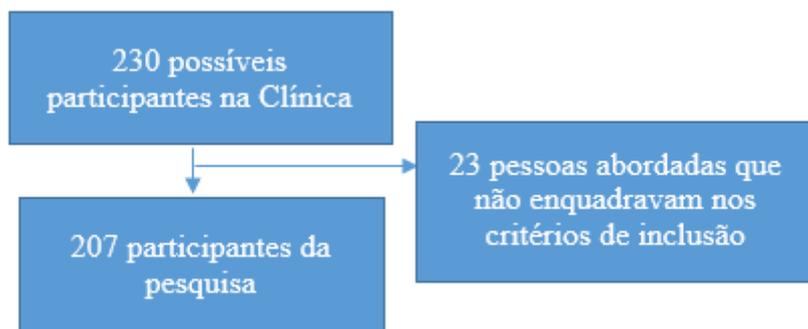
CURSOS	Memorial	Vila Maria	Vergueiro	TOTAL
Enfermagem	23.212	14.298	29.102	66.612
Estética	1.653	0	12	1.665
Farmácia	513	1.190	2.149	3.852
Fisioterapia	6.913	10.558	0	17.471
Medicina	0	2.594	2.082	4.676
Nutrição	998	1.709	1.057	3.764
Odontologia	0	0	124.346	124.346
Psicologia	0	647	10.870	11.517
Residência Multi	14	0	13.039	13.053
Serviço Social	0	427	415	842
TOTAL	33.303	31.423	162.168	203.006

Fonte: Dados cedidos pelo gestor da clínica Uninove.

\*VG= Vergueiro, SA= Santo Amaro e VP= Vila Prudente.

Como características complementares do ambulatório de pesquisa são considerados “meses cheios”, ou seja, com maior fluxo de atendimento no primeiro semestre sendo março, abril e maio e no segundo semestre setembro, outubro e novembro devido ao maior número de

atividades desenvolvidas pelos profissionais dos cursos citados acima na tabela 1. Configurando uma característica sazonal dos atendimentos.



**Figura 7**– Fluxo de participantes durante o estudo elaborado pela autora

Fonte: Elaborados pela autora da pesquisa

Resultou-se no total de 230 pacientes elegíveis por necessitarem de assistência ambulatorial. Sendo que 23 pacientes não estavam habilitados a participação da pesquisa, por não utilizarem nenhum tipo de medicamento em longo prazo.

Enquadrando-se nos critérios de inclusão foram habilitados 207 participantes para a pesquisa, dentre os quais foram inseridos participantes maiores de 18 anos que se apresentaram à consulta médica desacompanhados ou não, terem pelo menos um agravo à saúde, receberam prescrição de um ou mais medicamentos e estavam em condições de comunicar-se, isto é, não debilitados.

Como mostra a Tabela 2, os participantes incluídos neste estudo foram predominantemente do sexo feminino (64,9%), adultos e idosos (idade média de 59,7 anos) e com ensino médio completo.

Foram prescritos 2,4 medicamentos por paciente, em média. Os medicamentos mais frequentes na amostra foram Propranolol, Hidroclorotiazida, Enalapril, Metformina, Ácido Acetilsalicílico, entre outros.

Tabela 7

**Características gerais da amostra da pesquisa**

<b>Características sócio-demográficas, médico assistenciais e uso prévio do medicamento dos participantes incluídos na amostra</b>					
<b>Características</b>	<b>Categorias</b>	<b>Valores Frequência</b>	<b>Valores Porcentagem</b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	72	35,1%		
	Feminino	135	64,9%		
<b>Idade (anos)</b>				59,7	±15,58
<b>Escolaridade</b>	Analfabeto	22	10,6%		
	Fundamental	32	15,4%		
	Médio inc.	26	12,6%		
	Médio comp.	99	47,8%		
	Superior inc.	12	5,8%		
	Superior com.	16	7,7%		
<b>Recebeu Prescrição Médica</b>		206	99,5%		
<b>Número de consultas no último ano</b>				7,9	±6,7
<b>Tempo de utilização do serviço</b>	> de um ano	140	67,6%		
	6 meses a 1 ano	48	23,2%		
	3 a 6 meses	19	9,2%		
<b>Uso prévio de medicamentos</b>	Sim	150	72,5%		
	Não	53	25,6%		
	Não sabe	4	1,9%		
<b>Tempo de uso medicamento em meses</b>				71,48	±70,5
<b>Quantidade de agravos à saúde</b>				2,08	

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

## 4.2 Características das respostas do questionário detalhadamente

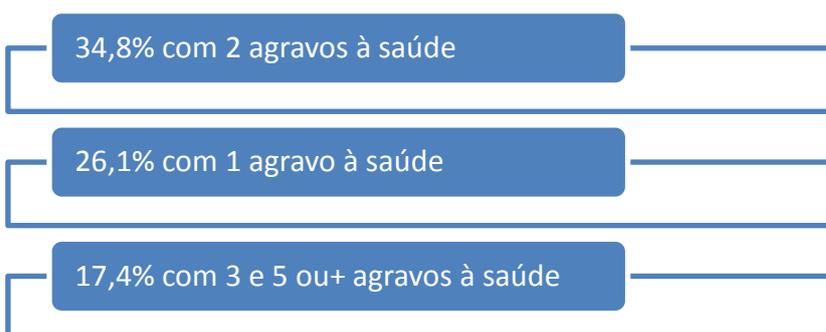
Ressalta-se em detalhes a seguir uma correlação com as perguntas norteadoras do questionário aplicado e os dados coletados.



**Figura 8** - Uso prévio do medicamento indicados pelos participantes da pesquisa.

Fonte: autora da pesquisa

Quanto ao uso prévio de medicamento os valores são: 125 (61%) Sim, 72 (35,1%) Não e 8 (3,9%) Não sabem.

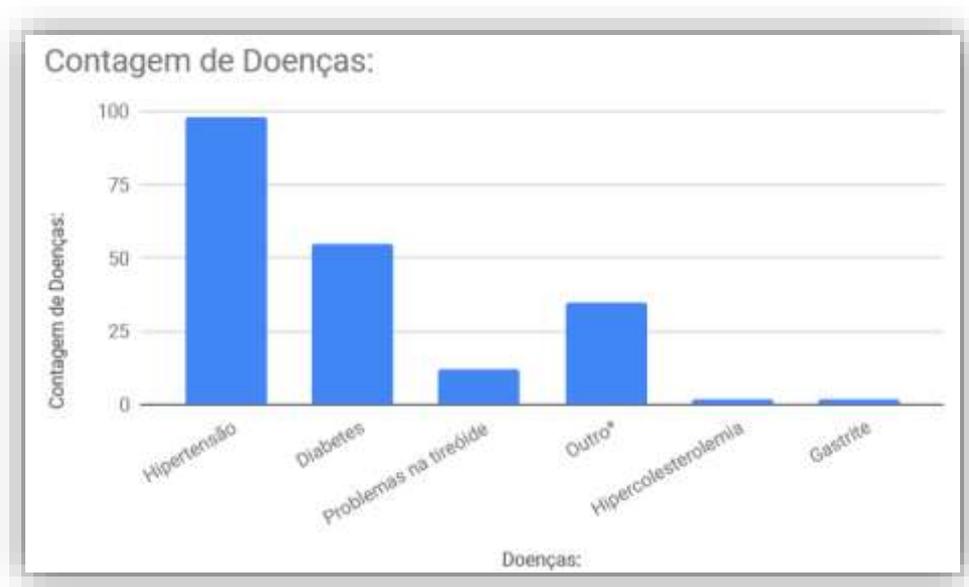


**Figura 9** - Quantitativo de agravos à saúde por participantes da pesquisa

Fonte: Autora da pesquisa

Quanto ao número de agravos à saúde, na população estudada todos os participantes deste estudo (100%) apresentaram pelo menos 1 (um) agravo à saúde. Sendo distribuídos em 34,8% com 2 (dois agravos) à saúde, 26,1% com um agravo à saúde, com 17,4% com 3 (três) e 5 (cinco) ou mais agravos e 4,3% com 4 (quatro) agravos à saúde.

Os agravos à saúde mais identificados na pesquisa estão demonstrados na figura abaixo:



**Figura 10** – Prevalência dos agravos à saúde na população estudada

Fonte: autora da pesquisa

Quanto à prevalência de agravos à saúde na amostra de 207 participantes da pesquisa foi identificada: Hipertensão em 98 (47,6%) pacientes, Diabetes em 55 (26,6%) pacientes, problemas na tireóide em 12 (5,8%), Outros (que incluem: cardiopatias, doenças mentais, seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC) e etc. em 35 (17%) pacientes, Hipercolesterolemia em dois pacientes (0,97%) e Gastrite em dois pacientes (0,97%).

Na presente pesquisa, classificamos os medicamentos envolvidos.

Tabela8

Classificação dos principais medicamentos utilizados pela amostra

<b>Grupos de Sistemas</b>	<b>Grupos de Medicamentos</b>
Sistema Cardiovascular	Atenolol Sinvastatina Losartana AAS Hidroclorotiazida Sinvastatina

Trato alimentar e metabólico	Insulina Omeprazol Glifage T4
Sistema Nervoso	Puran Prolopa Sertralina Fluoxetina
Sistema Músculo esquelético	Carbonato de cálcio Vitamina B12

Fonte: Adaptado da classificação do estudo de Colet, Borges e Amado, 2016.

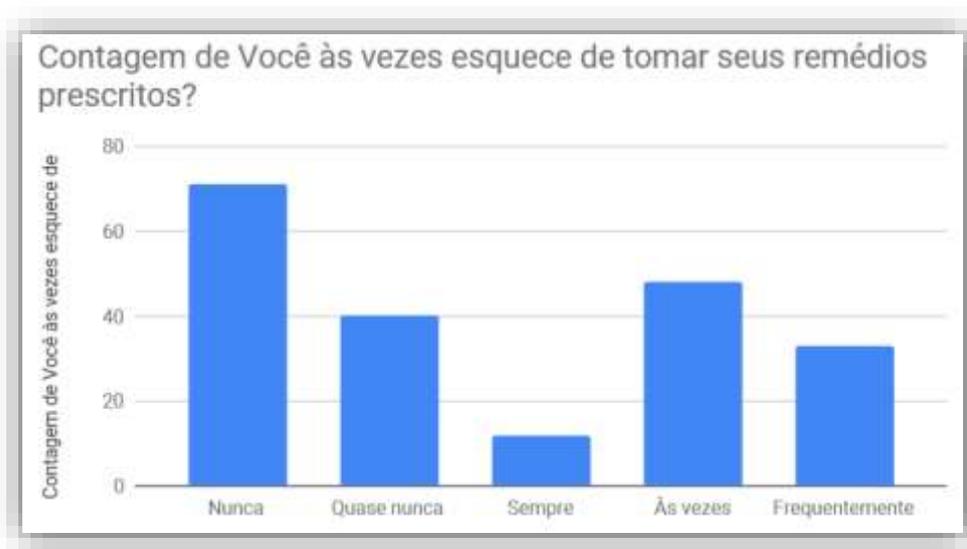
Em nosso estudo foi detectado que o participante tem consciência de não ter tomado porque não quis, não aceitando inicialmente o diagnóstico de agravo à saúde.



**Figura 11** – Tempo de utilização do serviço ambulatorial

Fonte: Autora da pesquisa

Quanto ao tempo de utilização do serviço ambulatorial a maioria dos participantes dessa pesquisa freqüentam o serviço há mais de um ano em 140 (68,3%), com 48 (23,4%) entre um ano a seis meses e 19 (8,3%) entre três a seis meses.



**Figura 12** – Frequencia de esquecimento para tomar os remédios prescritos

Fonte: Autora da pesquisa

A figura 10 identifica que 97 (46,8%) dos pacientes desta pesquisa esquecem-se de tomar o medicamento (sendo representado para as “respostas às vezes, frequentemente e sempre”).

Se para a pergunta acima a resposta foi positiva, em maiores detalhes investigamos o eventual motivo e obteve-se as seguintes respostas: não lembra 11 (24,4%), quantidade grande de remédios para lembrar 5 (11,11%), memória não ajuda 3 (6,67%), não tem costume 2 (4,44%), o horário é ruim 9 (20%), troquei o remédio recentemente 1 (2,22%), depende de familiares para pegar o remédio 4 (8,89%), às vezes não toma quando vai sair, pois aumenta a vontade de urinar 4 (8,89%), medo de viciar 1 (2,22%) e não quero tomar 5 (11,11%).

Na questão sobre esquecimento para tomar os remédios prescritos em um tempo determinado de duas últimas semanas, pontuou-se que 82 (39,6%) dos pacientes esqueceram-se de tomar os remédios por pelo menos um dia.

Na questão sobre o local de armazenamento dos medicamentos pelo paciente a pesquisa identificou o quarto e a cozinha como principais cômodos para armazenamento das medicações relatado por 158 (76,3%) dos participantes.

Conforme a representação acima, os medicamentos também são armazenados no banheiro e outros locais como: bolso do vestuário, sala. Em locais mais específicos: cômoda, armário, caixinha, estante, cesto, sacola, mesa, bolsa, gaveta, geladeira foram as mais citadas.

Quando questionado se o paciente toma algum medicamento sem prescrição 52 (24,4%) responderam que o fazem ou já o fizeram ou que já esqueceram. Se para a pergunta acima foi positiva, em maiores detalhes investigamos o eventual motivo: quem sugeriu? Com maior predominância das respostas sendo “por conta própria”, seguidos de familiares e amigos que indicaram o medicamento sem a prescrição médica.

E, dentre os mais utilizados são os analgésicos e antiinflamatórios 27 dos 52 casos (51,9%) que tomam sem prescrição, em casos clínicos de doenças agudizadas.



**Figura 13** – Aderência a horário determinado para uso de medicamentos pelo paciente

Fonte: Autora da pesquisa

Neste estudo verifica-se que 76 (36,7%) dos pacientes falham no cumprimento da administração do medicamento no horário preestabelecido.



**Figura 14** – Aderência do paciente à doses de medicamentos como indicadas

Fonte: Autora da pesquisa

Na figura 12 pode-se verificar que 49 (23,7%) dos pacientes não tem aderência total quanto à dosagem preconizada dos medicamentos prescritos.



**Figura 15** – Alteração da dose ou interrupção da medicação sem comunicação ao profissional de saúde na questão sobre uso regular de medicamentos – parada ou diminuição da dose

Fonte: Autora da pesquisa

Considera-se a maioria dos participantes 128 (61,8%) nunca alteraram a prescrição medicamentosa, quer seja pela interrupção ou modificação na dosagem.

Dos 207 participantes desta pesquisa um (0,5%) referiu ter tido alergia a algum medicamento. O único caso nesta amostra foi relacionado ao uso de diclofenaco.

Quanto aos eventos adversos aos medicamentos 25 (12%) pacientes relataram terem tido reações adversas a medicamentos. As reações mais comumente observadas foram: constipação intestinal 5 (20%), vontade de urinar 5 (20%), tosse 2 (8%), ansiedade 2 (8%), cansaço 2 (8%), coceiras 1 (4%), tremores 1 (4%), sonolência 1 (4%), hipotensão arterial 1 (4%), zumbido 1 (4%), perda de apetite 1 (4%) e hipoglicemia 1 (4%).

Quando questionados se esqueceram nas duas últimas semanas alguma dose de medicamento prescrito foram 129 (62,3%) pacientes. Destes 48 (24%) sempre, 41 (19,8%) freqüentemente e 40 (19,3%) às vezes.

Foram também perguntados se os pacientes em algum momento têm dificuldade para lembrar-se de tomar todos os seus medicamentos, 98 (47,3%) responderam que têm dificuldade. Sendo 18 (8,7%) sempre, 23 (11,11%) freqüentemente e 57 (27,5%) às vezes.



**Figura 16** – Frequencia de desconforto por ter que tomar medicamentos cronicamente

Fonte: Autora da pesquisa

Na figura 14 pode-se verificar que um percentual significativo de pacientes apresentam algum desconforto em ter que tomar medicamentos para controle de doenças.

Em relação à pergunta sobre como o paciente se sente quanto ao uso do medicamento prescrito 148 (72,2%) referiram que sentem que funciona bem, 54 (26,3%) que funciona razoavelmente e 3 (1,5%) não funciona bem.

Quando perguntados sobre eventual dificuldade no manuseio do medicamento como retirar os comprimidos da cartela, preparar a seringa entre outros, apenas 35 (16,9%) responderam que tem dificuldade e destes 26 (12,6%) acham um pouco difícil e 9 (4,3%) muito difícil.

Em uma outra abordagem 122 (58,9%) não acham difícil ler o que consta na embalagem do medicamento.

Quando questionados sobre a acessibilidade para conseguir o medicamento a grande maioria 154 (74,4%) relata não ter dificuldade.

Quanto à aquisição dos medicamentos para o tratamento das doenças crônicas, a maioria de nossa amostra relatou adquirí-los de forma gratuita.

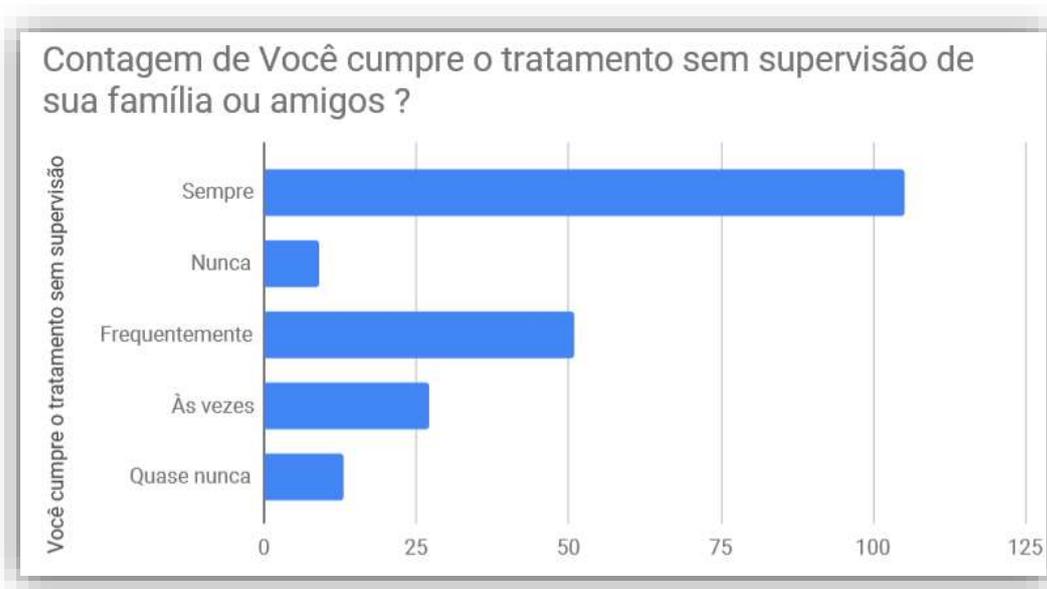
A ingestão de medicamentos pelos pacientes não é considerada difícil pela maioria deles 125 (60,4%).

Tabela 9

Tomada de decisão sobre o tratamento em conjunto com o médico.

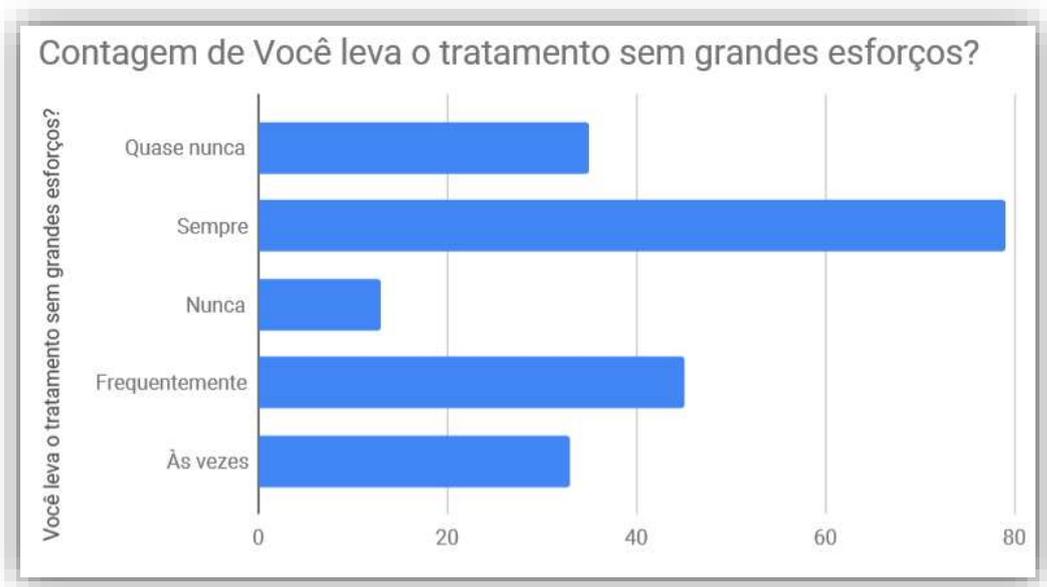
<b>Frequência</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor Relativo</b>
Sempre	45	21,74%
Freqüentemente	47	22,70%
Às vezes	50	24,15%
Quase nunca	33	15,94%
Nunca	32	15,46%

Fonte: Autora da pesquisa



**Figura 17** – Administração do medicamento e condição de dependência de terceiros  
 Fonte: Autora da pesquisa

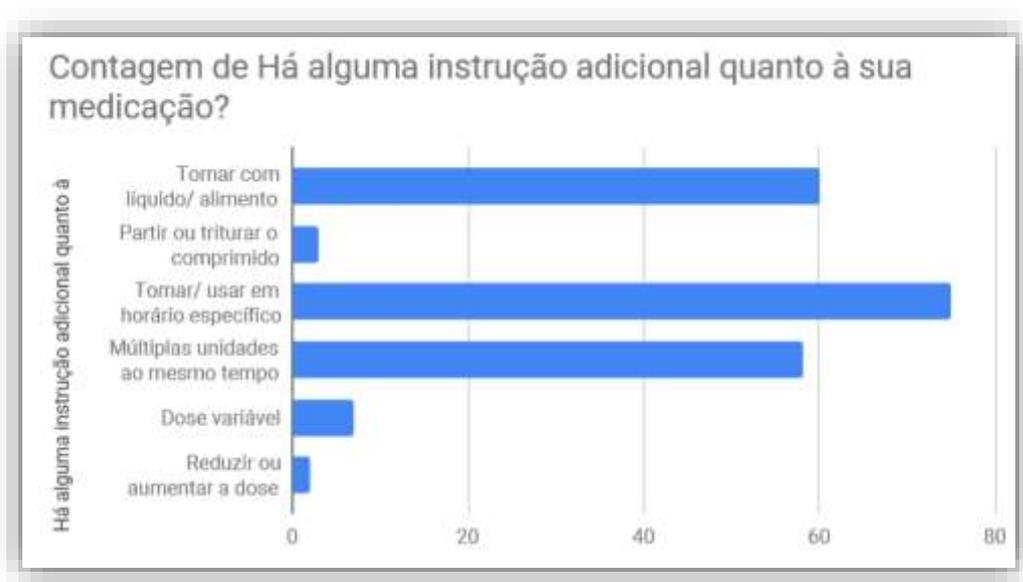
Destaca-se que uma parte significativa 182 (87,9%) não depende de uma supervisão para adesão ao tratamento medicamentoso, sendo independentes.



**Figura 18** – Esforço do paciente para realizar o tratamento medicamentoso  
 Fonte: Autora da pesquisa

Com esta questão tem-se que 156 (75,4%) dos pacientes apresentam a auto percepção positiva sobre o quanto de esforço (de forma global física, mental, financeiro, rede de suporte entre outros) é necessário para a manutenção do tratamento medicamentoso.

Na questão sobre a necessidade de algum dispositivo para lembrar a administração do medicamento verificou-se que o uso de estratégias para lembrar, como alarmes e bilhetes, em 37 (17,9%) dos participantes podem auxiliar na não interrupção do tratamento.



**Figura 19** – Instrução adicional para realizar o tratamento medicamentoso

Fonte: Autora da pesquisa

Tabela 10

**Classificação e exemplos dos tipos de eventos adversos encontrados**

<b>Tipo de eventos adversos</b>	<b>Exemplos de eventos adversos (relatos)</b>
Esquecimento da medicação (horário, atividades do dia a dia entre outros)	Esquece de tomar e sempre passa da hora As vezes toma doses a mais Esquece de tomar devido ao horário de trabalho Eu bem via ele se perguntando: já tomei este? Deixa eu contar quantos tem Difícil lembrar no horário da noite Fora esquecer embaixo da borda do prato e tomar horas depois Esquece de tomar. Quando esquece de manhã, toma só o da noite

Sente-se incomodado com o tratamento	Não gosta de tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo Se sente incomodado e tem dia que não gosta As vezes não toma quando vai sair e tem remédio que dá vontade de fazer xixi
Instruções adicionais na administração	Ele tomava um que tinha que ser em jejum ... esperar 30 minutos para poder tomar o café... era um saco, às vezes precisávamos sair e ele não tinha tomado o café
Reações indesejadas	Parou de tomar a medicação devido a uma reação Tomar muitos comprimidos ao mesmo tempo tira o apetite
Dificuldades de lembrar da prescrição Inadequação dos locais de armazenamento dos remédios Dificuldade de conseguir medicamentos	Não lembrar de nenhum medicamento da prescrição Se não estiver tudo separado, organizado era...pois, muitos medicamentos no decorrer do dia; é sujeito tomar duas vezes ou esquecer algum Ter que comprar, alguns de alto custo, dificuldades de pegar no posto Medicamento em falta, não tem no posto de saúde
Dificuldade no manuseio dos medicamentos	Muito difícil ler o que está escrito na embalagem, adaptação na caixinha Difícil manuseio com a insulina, necessidade de supervisão e manipulação de cuidadores e familiares Muito difícil abrir embalagem do AAS é um envelope de plástico
Necessidade de algum lembrete	Carrega na carteira o nome dos remédios quando vai fazer algum exame/ consulta Uso de lembrete como alarme para adaptação no horário certo Não faz uso de lembrete, mas sabe que está muito esquecida

Fonte: Elaborado pela autora da pesquisa.

Como se evidenciou anteriormente, os principais desfechos de medidas sobre esta temática são: número de eventos adversos a medicamentos, gravidade dos eventos (classificados como significativos, graves, com risco de vida ou fatais) e se os eventos eram evitáveis.

E, no presente estudo tivemos como resultados a descrição de alguns relatos enriquecedores de informações que nos fazem refletir em toda problemática do tema abordado.

Na transformação das variáveis qualitativas por natureza em quantitativas a fim de utilizar propriedades matemáticas mais sofisticadas para as variáveis. Porém, em sua análise e interpretação não foi observado significância e correlação estatística com os dados das variáveis apresentadas.

Nesta pesquisa os principais achados foram 207 participantes atendidos no ambulatório multidisciplinar com a média de idade de 59,7 anos, frequência de 64,9% do sexo feminino e ensino médio completo em 47,8%. Os principais diagnósticos dos agravos à saúde foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Também foram identificadas alterações na tireóide, hipercolesterolemia, gastrite e outros. Números de consultas no último ano em média 7,9 ( $\pm 6,7$ ), tempo de utilização do serviço >de um ano em 140 (67,6%), em uso prévio de medicamentos foi de 150 (72,5%) dos pacientes, tempo de uso do medicamento de 71,5 ( $\pm 70,5$ ) meses, em 34,8% com 2 agravos à saúde e prescrição de 2,4 medicamentos por paciente, em média. Verificado que 97 (46,8%) dos pacientes desta pesquisa esquecem de tomar o medicamento. Uso de algum medicamento sem prescrição em 52 (24,4%) responderam que o fazem ou já o fizeram; dentre os mais utilizados são os analgésicos e antiinflamatórios. Em 76 (36,7%) dos pacientes falham no cumprimento da administração do medicamento no horário preestabelecido, 49 (23,7%) dos pacientes não tem aderência total quanto à dosagem preconizada. Quanto aos eventos adversos aos medicamentos 25 (12%) pacientes relataram. Contudo, muitos eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos também estão associados a erros na adesão do paciente que incluem recusa em tomar a medicação necessária, adaptação nas atividades do dia a dia, sente-se incomodado com o tratamento, dificuldades de lembrar-se da prescrição e reações indesejadas entre outros.

## 5 Discussão dos Resultados

Os resultados encontrados no presente estudo sugerem que a adaptação do questionário proposto para identificar as possíveis falhas na segurança do paciente ambulatorial relacionadas ao uso de medicamentos pode ser considerada adequada. Diante do que foi apresentado na pesquisa e em comparação a outros estudos com evidências científicas pode-se correlacionar tais informações.

As demandas do fluxo de atendimentos ambulatoriais em nossa pesquisa têm características de quantitativo elevado, abordagem multidisciplinar e sazonal. Segundo Trigueiro et al, no ambiente ambulatorial é necessário um olhar ampliado e humanizado no atendimento integral à saúde (Trigueiro et al., 2018). No caso especial de uma população pediátrica, numa abordagem diferenciada (Leite et al., 2019) fez-se uso de fantoches como uma estratégia de comunicação com a criança para compreender melhor sua condição de saúde e as experiências relacionadas ao atendimento ambulatorial hospitalar. Proporcionando assim maior conforto e segurança à criança. Mostrou ser uma estratégia auxiliar na redução do estresse, diminui a sensação de estar sozinho enquanto espera pela consulta e motiva o paciente a aprender sobre seu agravo à saúde.

Direcionando-se para os critérios de inclusão os participantes da pesquisa apresentaram características específicas, sendo a presença de doenças crônicas e prescrição/uso de medicamentos contínuos o principal perfil. Quando comparadas as características gerais da amostra da presente pesquisa com outros estudos tem-se que dos 207 pacientes, houve predominância do sexo feminino 135 (64,9%), assemelhando-se a outros estudos. Para explicar em parte esse predomínio do sexo feminino, pode-se entender que a classe masculina passa a procurar o tratamento, quando os agravos à saúde já estão em estágios mais avançados, elevando os custos com a saúde e tornando as infecções e agravos relacionados à saúde mais suscetíveis de acontecer (Carollo et al., 2017). Esse resultado da pesquisa é consistente com a literatura.

Com relação à idade, os achados deste estudo corroboraram com outros estudos em que foi encontrado o predomínio de pacientes com idade média de 59,7 anos. As mulheres, juntamente com os idosos e doentes crônicos, se destacam no consumo de medicamentos, e por esse motivo deverão ser os grupos de preferência para o delineamento de ações educativas voltadas para o uso racional de medicamentos (Arrais et al., 2005).

Estudos de base populacional realizados em vários países, também mostram que a utilização de medicamentos é influenciada, entre outros, pelo sexo, idade, grau de escolaridade,

renda familiar mensal, classe social, ocupação, número de residentes no domicílio, número de consultas médicas, autopercepção do estado de saúde, cuidados com a saúde e entendimento de doença crônica, e consulta nos últimos 12 meses (Arrais et al., 2005). Em nosso estudo contemplamos a maioria dessas variáveis citadas, sexo, idade, grau de escolaridade, número de consultas, autopercepção do estado de saúde, cuidados com a saúde e entendimento de doença crônica.

Os autores Malta et al (2006) indicam o monitoramento da prevalência dos fatores de risco para DCNT, principalmente os de natureza comportamental [dieta, sedentarismo, dependência química (tabaco, álcool e outras drogas)], cujas evidências científicas de associação com doenças crônicas estejam comprovadas. E também, para as prevalências percentuais encontradas para alguns dos fatores de risco optou-se pela variável escolaridade porque, além de espelhar o nível educacional, trata-se, portanto, de uma medida indireta da prevalência de DCNT. No presente estudo teve-se o olhar para o grau de formação educacional. De modo geral, as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos decorrentes da evolução dessas doenças de base (Schmidt et al., 2011). No estudo de Persell et al (2007) a alfabetização está correlacionada com a limitação em saúde, influenciando diretamente a capacidade dos pacientes em identificar medicamentos tomados; uma séria preocupação com a segurança e a qualidade ambulatoriais. Nesse estudo reforçou a relação entre a alfabetização em saúde, a recuperação do paciente de medicamentos anti-hipertensivos e a reconciliação entre o auto-relato do paciente e o prontuário.

Em contrapartida, de acordo com dois dos principais estudos de revisão sobre a adesão terapêutica, um dos quais abrangendo cinquenta anos de pesquisa sobre o tema, a adesão não tem relação aparente com características demográficas - como gênero, idade, nível socioeconômico e grupo étnico - e gravidade da doença (Oliveira-Filho et al., 2012). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em países desenvolvidos, a não adesão em pacientes com doenças crônicas oscila em torno de 50%, sendo provavelmente maior nos países em desenvolvimento.

Sabe-se que as doenças cardiovasculares (DCV) são a maior causa da mortalidade em todo o mundo e no Brasil. Os medicamentos mais envolvidos nos eventos adversos no ambiente ambulatorial para (Gurwitz et al., 2003) foram as drogas cardiovasculares e os antibióticos/ anti-infecciosos. Em nossa pesquisa, foi registrado grupos de medicamentos para os sistemas: cardiovascular, trato alimentar e metabólico nervoso e

musculoesquelético. No entanto, estes estudos não contemplam a questão de reunir mais informações sobre a construção de um padrão de medicação dos pacientes que tomam o comportamento e, assim, auxiliar na escolha de intervenções adequadas. Destacam-se em na pesquisa os agravos aos sistema cardiovascular e que de acordo com os dados do DATASUS (2017), MS/SVS/CGIAE – Sistema de Informações sobre Mortalidade SIM, ressalta-se as principais causas das comorbidades como as doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório entre outros para ambos os sexos.

No estudo de Passos et al. (2017) os resultados demonstraram que 492 pacientes foram atendidos no ambulatório com a média de idade de 58,9 anos e frequência de 61,2% do sexo feminino. Também foram identificadas comorbidades como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia. Boa parte da população tende a retirar a sua medicação nas UBS, sendo de forma gratuita. Para Trentini & Beltrame (2004) a associação do diabetes do tipo 2 com a hipertensão arterial, com a dislipidemia e a obesidade desenvolve um quadro de grandes comprometimentos e afirmam que é bastante comum a presença dessas co-morbidades em uma só pessoa. Nem mesmo as fortes evidências de que vários tratamentos medicamentosos não são efetivos na redução da morbidade e da mortalidade em virtude da baixa adesão ao tratamento (Oliveira-Filho et al., 2012).

Os pacientes mal orientados quanto à frequência e/ou a duração do tratamento medicamentoso, podem acabar desenvolvendo outras comorbidades além das que já possui (Araújo et al., 2019). No entanto, outros autores também avaliaram vários determinantes psicossociais da aderência, tais como o conhecimento, o apoio social, a satisfação com o cuidado e a complexidade do regime médico. Provou ser confiável, com uma boa validade simultânea e preditiva a medida de aderência à medicação principalmente em pacientes com baixa renda, hipertensão e pode funcionar como uma ferramenta em ambientes ambulatoriais com outros grupos de pacientes (Morisky et al., 2008).

O número de consultas no último ano identificados nesta pesquisa foi média de 7,9/paciente, comparativamente com outros estudos pode-se também relacionar esse dado com o consumo de medicamentos. Para Kwan et al (2016)foi pesquisado um processo de engajamento de partes interessadas que envolve análise interativa, deliberação e tomada de decisão orientou a implementação de uma medida de resultado relatado pelo paciente de adesão a medicamentos para pacientes com hipertensão e / ou hiperlipidemia. Citado no estudo de Arrais (2005) ter feito consulta nos últimos três meses apresentou associação positiva e significativa com o consumo de medicamentos. As pessoas que haviam realizado alguma

consulta nos últimos três meses consumiram 1,8 vez mais medicamentos que os que não realizaram nenhuma consulta. Este fato pode estar relacionado à crescente medicalização da sociedade, onde toda consulta médica tem que terminar com uma prescrição. Para os pesquisadores Garfield et al (2011) considera-se para melhoria da adesão da população ao uso do serviço é um importante marcador de qualidade. Recomenda-se para monitorar e compreender as razões da não adesão e melhorar a efetividade dos serviços de aderência há necessidade de medições freqüentes e regulares.

No caso específico dos pacientes carentes com doenças crônicas, o não acesso ao serviço de saúde força o comprometimento da renda familiar ou favorece o abandono do tratamento, o que pode ocasionar agravamento do estado de saúde e conseqüente expansão dos gastos com internações e atendimentos ambulatoriais (Arrais et al., 2005). Esse dado reforça o que os autores Schimdt et al. (2011) apresentaram posteriormente. O risco de ocorrência de falhas da administração aumenta em 13% com uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos (Secoli, 2010).

No presente estudo realça o mesmo pensamento e objetivo a necessidade de uma avaliação crítica mais aprofundada do processo de Análise da Causa Raiz em saúde, a fim de compreender e como o processo pode ser melhorado para atingir o objetivo de reduzir o erro e aumentar a segurança do paciente (Kellogg, 2017). Similarmente no estudo de Carollo et al. (2017) também teve como o objetivo identificar os incidentes relacionados ao uso de medicamentos em um ambulatório, além de descrever a freqüência e os tipos de incidentes envolvendo os medicamentos. A taxa de eventos adversos permaneceu essencialmente a mesma, sugerindo que as soluções atuais para o problema não estão funcionando. Nesse estudo cita em sétimo lugar na lista de Tipos de evento para Análise da Causa Raiz revistos entre 2001 e 2008: *Medication administration error* freqüência 13 de 302 e 4,3% (Kellogg et al., 2017). O auto relatório tem suas desvantagens porque os pacientes são sabidos para superestimar seu nível de adesão (Garfield, Sara et al, 2011). No entanto, os modelos focados em crenças só podem explicar o comportamento intencional, enquanto as causas não intencionais de não-adesão são deixados inexplicáveis. Citado no estudo de Roncada et al (2016) quase metade (48%) acredita que "a bombinha vicia" em pacientes asmáticos (sem diferença significativa na comparação com o grupo controle). No estudo obteve-se uma justificativa baseada em crenças na reação adversa ao medicamento.

Alternativamente, as perguntas podem igualmente ser baseadas no conhecimento do paciente no regime prescrito pessoal, incluindo o nome, a programação, e as indicações das drogas. No estudo de Gandhi et al (2003) os principais indicadores de eventos adversos de drogas correlacionou as características dos pacientes (idade, raça ou grupo étnico, sexo, nível educacional, língua primária, número de condições coexistentes, número de anos como paciente na prática, tipo de prática, ou tipo de sistema de prescrição) não foram significativamente associados a eventos de drogas adversas em análises univariada ou multivariadas. No estudo de Silva, Schenkel e Mengue (2000) indicou que a ausência de informações acerca dos medicamentos são as principais razões pelas quais 30% a 50% dos pacientes não os usam conforme a prescrição.

A demanda para o acompanhamento ambulatorial caracteriza-se por ser longitudinal, com maior frequência nos períodos de agudização dos agravos clínicos. Na pesquisa identificou-se que a maioria dos participantes está há mais de um ano em acompanhamento. Para os autores Ruhland, Bellone & Wilkes (2017) a falta de contato entre as equipes é considerada a principal barreira para desenvolver o vínculo entre os serviços, demonstrando o potencial de êxito do uso deste facilitador em iniciativas de integração entre as equipes para o cuidado ao paciente em alta hospitalar. O quadro de causalidade do acidente pode ser utilizado para estabelecer os fatores contextuais e individuais subjacentes que contribuem para a não adesão. Assim, a adesão pode ser vista como um “sintoma” ao invés de um “diagnóstico”. Sendo assim, a proposta da pesquisa em explorar a temática em um ambiente de saúde diferentemente do estudo conduzido por Atun et al. (2016) que objetivou identificar as principais causas e soluções para o erro de medicação na atenção primária.

Aproximadamente 46,8% dos participantes da pesquisa relataram não tomar os medicamentos prescritos. Os fatores mais citados foram esquecimento e dificuldade em adaptar o horário das medicações e vida pessoal/profissional. No trabalho de Oliveira-Filho et al. (2012) têm consistência a associação com a baixa adesão, dentre os quais se destacam a complexidade do esquema terapêutico, o tratamento de doenças assintomáticas, a presença de problemas psicológicos como a depressão e os efeitos colaterais dos medicamentos. Essa complexidade tem no número de medicamentos prescritos o seu componente mais relevante. Contudo, não foi observada a relação entre o número de medicamentos utilizados, assim como sua posologia e a adesão terapêutica. Acurcio (2009) acrescenta que complexidade dos regimes terapêuticos não pode ser avaliada apenas pelo número de medicamentos prescritos, pois outros fatores diretamente ligados às características da prescrição podem aumentar o conjunto de medidas

necessárias para o seu cumprimento. Esses fatores podem dificultar a adesão ao tratamento, por necessitar de um maior número de ações diárias para a efetiva prática do cuidado farmacoterapêutico. Um novo conceito de letramento funcional em saúde (LFS) indica possíveis implicações no entendimento da doença e orientações médicas e na adesão a medidas propostas por profissionais de saúde. No trabalho de Chehuen Neto et al.(2019) realizado detectou-se que o baixo LFS mostrou influenciar o déficit de compreensão da doença e de orientações médicas e o hábito menor de questionar os profissionais.

Nesta pesquisa cerca de 47,8% dos participantes declararam ter ensino médio completo. Mostrou-se no estudo citado de Viacava et al. (2019) que dos 119 participantes, 37 (31%) possuíam alfabetização em saúde inadequada. Pacientes com alfabetização em saúde inadequada foram avaliados com menor capacidade de nomear qualquer um de seus medicamentos anti-hipertensivos comparados àqueles com adequada alfabetização em saúde.

Ao explicar essa temática entende-se que as barreiras para a adesão à farmacoterapia são inúmeras, incluindo prescrição de esquemas terapêuticos complexos, tratamento de doenças assintomáticas, perda da capacidade cognitiva e aspectos socioeconômicos. Esses fatores são particularmente prevalentes na população idosa, colocando-os numa situação de alto risco de não adesão à farmacoterapia(Obreli-Neto et al, 2010). A adesão ao tratamento é complexa e envolve vários fatores: características do usuário, característica da doença, costumes culturais e de vida (percepção da seriedade do problema, desconhecimento); tratamento medicamentoso (efeitos indesejáveis, esquemas complexos); dificuldades institucionais (acesso, tempo de espera e de atendimento); e relacionamento com a equipe de saúde (Coutinho & Sousa, 2011). Conseqüentemente, a adesão precisa ser genérica e deve ser apropriada para pacientes que tomam uma única medicação ou medicamentações múltiplas para circunstâncias diferentes(Garfield et al, 2011). Existem inúmeras ferramentas disponíveis para essas medições, mas elas precisam ser válidas, confiáveis e sensíveis à mudança(Lam & Fresco, 2015).Os profissionais de saúde, avaliam sua resposta para determinar o nível de adesão. No entanto, os autores também afirmaram que há apenas evidências limitadas sobre a relação entre o conhecimento do paciente sobre seu regime de medicação e a adesão efetiva. Evidenciado também no presente estudo.

No entanto, a mensuração da adesão medicamentosa pode ser bastante desafiadora, pois os parâmetros de adesão aceitável precisam ser delineados e apropriados para situações individuais. Os métodos de auto-relato para determinação da adesão terapêutica são simples, rápidos, não invasivos e econômicos, e podem proporcionar um parecer em tempo real a

respeito do comportamento aderente do paciente e as razões potenciais para a não adesão. A seleção de uma escala validada para medir a aderência medicamentosa representa um grande desafio estratégico. De acordo com a literatura foi identificada via PubMed e Ovid (1950 a junho de 2009) utilizando os termos de pesquisa adesão ao medicamento, aderência medicamentosa e persistência de medicação e combinada com os termos questionário, levantamento, escala ou auto-relato. A fim de direcionar os serviços de adesão para apoiar as necessidades dos pacientes, é necessário estabelecer as causas de não adesão (Garfield et al, 2011). Em artigos com escalas de aderência validadas em duas ou mais doenças e contendo 30 ou menos perguntas foram selecionados. Cinco escalas de aderência foram identificadas e analisadas avaliando-se características positivas (comprimento curto, consistência interna, confiabilidade, barreiras à adesão, alfabetização apropriada e auto-eficácia), sensibilidade, especificidade e doenças em que foram validados (Lavsa, Holzworth, & Ansani, 2011).

Para os autores Marques & Romano-Lieber (2014b) indicaram que a insuficiência de recursos humanos e a falta de tecnologias de informação são percebidas como as principais barreiras para implantação, desenvolvimento e ampliação de atividades consideradas estratégicas para a segurança do paciente após alta hospitalar. Deve ser adaptável no ponto do cuidado e através das populações (Lavsa, Holzworth, & Ansani, 2011). E também incluir medidas do número de medicamentos, frequência e tipo de ações requeridas para a auto-administração, como citado por Acurcio (2009). E, como diferencial a complexidade de tratamentos com o mesmo número de medicamentos, reforçando a idéia de que simplesmente contar o número de medicamentos não corresponde à complexidade (Melchior et al., 2007).

Os pacientes podem ser solicitados a estimar seu próprio comportamento de tomar medicação. Neste estudo, foi constatada a administração de medicamentos em dose maior ou menor do que a prescrita. Erros de dose, na maioria das vezes, podem ser atribuídos a algumas características apresentadas na presente pesquisa como a não prescrição, a sintomatologia, reações adversas entre outros. A administração de doses incorretas pode resultar em ineficiência do tratamento, prologando o tempo de internação e comprometendo a qualidade da assistência prestada (Mendes et al., 2018). Os achados de tais estudos sugerem que os pacientes acham mais fácil estimar a aderência geral do que relatar um número específico de doses perdidas (Garfield et al, 2011). Na presente pesquisa, o número de medicamentos utilizados, a posologia e adesão em concordância com o questionário aplicado.

Em 50% a 60 % dos pacientes que recebem uma prescrição não cumprem o tratamento estabelecido pelo médico, e muitos o interrompem quando se sentem melhores (Silva, Schenkel

e Mengue, 2000). Além disso, cabe refletir a descontinuidade do tratamento e a baixa procura pelo serviço de saúde evidenciou que tiveram que esperar por longo tempo pelo atendimento que, não correspondeu às suas expectativas. A falta de informações a respeito da doença e do tratamento ou a não compreensão das informações recebidas dos profissionais da saúde podem ser determinantes para a não-adesão involuntária do paciente ao tratamento (Silva, Schenkel e Mengue, 2000). Os pesquisadores devem estar cientes de que algumas prescrições podem ser perdidas se forem obtidas fora do plano de seguro, bem como qualquer descontinuação de medicamentos aconselhados pelo prescritor verbalmente, sem registro (Lam & Fresco, 2015). O diagnóstico do comportamento não aderente por meio da aplicação da MMAS-8 em pacientes sob uso de medicamentos anti-hipertensivos foi fator preditivo de valores elevados de PA sistólica e diastólica. Estudos abrangendo cinco décadas estimam que 20% a 50% dos pacientes não tomam seus medicamentos de acordo com a prescrição (Oliveira-Filho et al., 2012).

O custo dos medicamentos é o fator preditivo da não adesão mais amplamente estudado, e sua importância no cumprimento dos tratamentos tem sido demonstrada em estudos envolvendo grande número de pacientes. Na pesquisa a acessibilidade para a aquisição do medicamento de forma gratuita na rede de atenção à saúde. Contrapondo-se com alguns autores Krousel-Wood et al (2005) que mostram que o fornecimento gratuito de medicações pelo governo pode não ser suficiente para a manutenção da saúde de uma população. Apesar disso, a taxa de aderentes observada na atual investigação foi menor que nos estudos acima, indicando que o acesso gratuito aos tratamentos anti-hipertensivos per se não implicou níveis satisfatórios de adesão. A escala de adesão traduzida e validada para este estudo, embora contenha várias questões relacionadas a comportamentos não aderentes específicos, não aborda questões como horário e modo de usar. No presente trabalho contemplou essas variáveis, indicando comprometimento com o autocuidado, acesso aos serviços de saúde, reações do tratamento entre outros (Oliveira-Filho et al., 2012). A maioria deles apresentou correlação com a adesão à medicação medida por meio de dispositivos de monitorização, e poderia ser considerada para a mensuração prospectivamente da adesão relatada pelo paciente.

Quanto à tomada de decisão da pesquisa relaciona-se ao vínculo terapeuta-paciente e na pesquisa apontou quase 70% como sendo positiva essa relação. Os esforços inadequados para promover o envolvimento do paciente na tomada de decisão podem prejudicar a relação paciente-médico. Além disso, uma vez que há evidências de que o envolvimento inadequado do paciente pode interferir com a aceitação do paciente no tratamento e aderência com regimes médico como também, servir como um quadro para o desenvolvimento de habilidade e

comportamentos que melhoram a comunicação e confiança, aumentando o potencial para os benefícios que se seguirão (Braddock et al., 1999). No entanto, algumas informações interessantes podem ser obtidas quando duas medidas foram comparadas no mesmo estudo. Na literatura temos estratégias utilizando-se uma ferramenta de suporte à decisão clínica pode ser usada no ambiente de atendimento ambulatorial para influenciar a prescrição e fornecer um medicamento alternativo mais seguro (Ruhland, Bellone & Wilkes, 2017).

Um estudo bem recente demonstra uma melhora significativa na carga do paciente no meio do dia e atende às necessidades de tratamento usando a otimização de agendamento de quimioterapia (Huang, Bach and Looker, 2019). Reflete-se no quanto é necessário o esforço do paciente para a manutenção do seu tratamento, esse pensamento também demonstrado na presente pesquisa. No entanto, é importante incluir informações de cuidadores, quando apropriado, pois é reconhecido que podem ter papéis significativos na gestão de medicamentos (Garfield et al, 2011). No presente trabalho 87,9% depende de pelo menos uma supervisão para adesão ao tratamento medicamentoso. Com a questão da pesquisa temos que 68,6% ressalta a importância do vínculo terapeuta e paciente e a co-participação no projeto terapêutico. Uma hipótese do estudo apresentado em Oliveira-Filho et al. (2012) para esse achado é que, mesmo entre pacientes considerados aderentes pela MMAS-8, pode haver uma utilização incorreta dos medicamentos. Também foi investigado o não uso de medicamentos prescritos (Acurcio, 2009). Apesar dos esforços intensificados para aumentar a segurança do sistema de saúde, os relatórios sugerem que a segurança não melhorou. Identificou-se no estudo de Oliveira et al. (2019) o acompanhamento farmacoterapêutico do paciente transplantado permite detectar os problemas relacionados a medicamentos, realizar as intervenções farmacêuticas, minimizar o risco e/ou a ocorrência dos resultados negativos relacionados a medicamentos e a avaliar os desfechos clínicos, sendo ferramenta útil para promoção da segurança do paciente transplantado.

Contudo ao longo do processo de implementação, a OMS procurará também enfatizar os problemas especiais dos danos relacionados com a medicação em países de baixa e média renda (Donaldson, 2017). Mesmo que muitos erros de medicação não tragam consequências sérias aos pacientes, eles devem ser notificados e estudados, para evitar sua recorrência e fortalecer um sistema seguro de administração de medicamentos. Essa identificação é fundamental, pois sustenta as decisões necessárias para evitá-los (Mendes et al., 2018).

Na publicação de Morisky et al. (2008) avaliou a validade de uma medida de aderência do medicamento em um ambiente ambulatorial. No artigo de Garfield et al, 2011, buscou-se

revisar sistematicamente a literatura, a fim de identificar as medidas de adesão de auto-relato atualmente disponíveis. As normas de segurança do paciente podem ser aplicadas aos profissionais de saúde, às organizações em que trabalham e às ferramentas (drogas e dispositivos) que utilizam para cuidar dos pacientes (Kohn et al., 2000). No entanto, para os autores Garfield et al (2011) o tamanho amostral variou muito entre os estudos, variando de 22 a 1985. Relataram que onze estudos tiveram um tamanho amostral muito pequeno (< 50) e, portanto, não foram susceptíveis de identificar diferenças reais que possam ter existido entre as medidas; possivelmente levando à conclusão incorreta de que a medida de teste era válida.

Em concordância com a medida de aderência utilizando questionários de adesão auto-referidas e dispositivos de monitorização de medicação identificou e examinou na literatura sobre a associação entre os questionários(Shi et al, 2010). Um questionário construído e validado com base nas informações disponibilizadas pelo Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos foi utilizado para coleta de dados nos estudos de Reis et al.(2018). Como também com a presente pesquisa não foi observada diferença estatisticamente significativa nas respostas das diferentes categorias quanto à identificação desses medicamentos. Os autores Hincapie et al. (2016) relatam que os pacientes podem fornecer informações valiosas sobre os cuidados recebidos e desempenhar um importante papel nas iniciativas de segurança do paciente. Assim, as iniciativas são essenciais no gerenciamento da qualidade da assistência à saúde e enfatizam a importância de garantir atendimento integrado.

De acordo com os autores (Atun et al., 2016) sintetizaram tematicamente em uma lista composta de 48 problemas distintos e 45 soluções. Os três principais problemas foram a reconciliação incompleta dos medicamentos durante a entrega dos pacientes, a educação inadequada dos pacientes sobre o uso de medicamentos e os resumos inadequados da alta. As soluções mais bem classificadas incluíram o desenvolvimento de um modelo de resumo de descarga padronizado, redução de prescrição desnecessária e minimização de polifarmácia. No geral, uma melhor comunicação entre o profissional de saúde e o paciente, abordagens de garantia de qualidade durante a prescrição e o monitoramento e a educação do paciente foram consideradas as principais prioridades.

Deste modo, o enfrentamento da cronicidade envolve a compreensão dos doentes, de acordo com suas percepções de saúde/doença, e do apoio que recebem dos profissionais da saúde. Seu controle abrange a participação ativa do doente e co-participação da família e do desempenho dos serviços de saúde (Coutinho & Sousa, 2011). Reafirma-se a importância que capacite não só profissionais em saúde, mas também os portadores da doença e seus

responsáveis contribuem para desmitificar conceitos inadequados que muito provavelmente prejudicam a adesão ao tratamento, sendo essencial para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Para esse novo olhar no ambiente ambulatorial deve-se fortalecer a qualidade dos dados para monitorar o dano relacionado a medicamentos; orientar e desenvolver estratégias, planos e ferramentas para garantir que o processo de medicação tenha a segurança dos pacientes em seu núcleo em todos os contextos de saúde; elaborar uma estratégia para a definição de prioridades de investigação; monitoramento e avaliação do impacto do desafio (Donaldson, 2017). Dado o conhecimento atual sobre a magnitude do problema é necessária uma abordagem abrangente para melhorar a segurança dos pacientes. Não pode se concentrar em uma única solução. Há a necessidade de aprimorar o conhecimento e as ferramentas para melhorar a segurança e quebrar barreiras legais e culturais que impedem a melhoria da segurança (Kohn et al., 2000). Futuras pesquisas podem identificar experiências de familiares, profissionais de saúde e dos próprios pacientes com doenças crônicas sobre o acompanhamento ambulatorial, para fins de comparação dos resultados e planejamento do atendimento e da estrutura ambulatorial.

## **6 Contribuições Para a Prática**

O presente estudo está inserido na área da Saúde Pública e foi analisado sob a visão da administração em gestão de sistemas de saúde. A temática aborda questões relacionadas para avaliação da segurança do paciente ambulatorial quanto ao uso de medicamentos.

Foi possível traçar um perfil da demanda ambulatorial que apresentam agravos à saúde e tem indicação do uso de medicamentos contínuos. Analisar os eventos adversos envolvidos é de fundamental importância para estabelecer medidas a serem evitadas e possibilitar um planejamento em saúde mais adequado às necessidades da população. Representou uma oportunidade imediata e prática de melhorar a segurança do paciente e a eficiência do fluxo de trabalho para os prescritores e farmácias.

Portanto, vale a pena que as autoridades governamentais e os profissionais de saúde invistam no desenvolvimento de práticas de prevenção e promoção da saúde, o que reduzirá a necessidade do uso de medicamentos pela população. Por sua vez, essas atividades deverão ser planejadas e desenvolvidas por equipe multiprofissional, assim como deve contar com a ajuda da própria comunidade, em todos os processos.

Em resumo, como principal contribuição para a prática clínica está na importância de ampliar o olhar da assistência ambulatorial, independente da graduação do profissional de saúde e de sua experiência, em entender e não substituir a proporção de uso desses medicamentos.

## 7 Conclusões e Recomendações

Conclui-se que de acordo com os objetivos propostos na pesquisa foi possível alcançá-los e contribuir com a prática clínica.

- A partir de evidências científicas, foram selecionados cinco questionários (traduzidos, validados e com aplicação clínica) com objetivos potenciais relacionados à administração de medicamentos. Elaborou-se um instrumento avaliativo norteador para identificação dos eventos adversos na segurança do paciente ambulatorial quanto ao uso de medicamentos.
- Identificou características sociodemográficas da amostra na pesquisa do paciente ambulatorial que faz uso de medicamentos contínuos.
- Destacou as principais falhas na administração de medicamento.
- O instrumento desenvolvido pode contribuir para continuidade das avaliações no ambulatório.
- A partir dos dados coletados nesta pesquisa, prosseguir com a divulgação para os gestores dos ambulatórios e profissionais multidisciplinares. Implementação do instrumento nas avaliações acadêmicas multidisciplinar e/ou reforçar a importância do registro, questionar e investigar as necessidades da medicação, adesão desses e adequações quanto ao uso.
- Construção de reflexões para desenvolvimento da linha de pesquisa com a abordagens metodológicas diferenciadas para novos aprendizados.

A partir da conscientização da frequência e do significado dos erros na assistência à saúde criou-se uma reflexão para melhorar a compreensão do problema e elaborar soluções viáveis.

Entende-se também a importância em compreender que o uso de medicamentos, na grande maioria das vezes, está interligado aos problemas sociais, ambientais e ao modo de vida das pessoas.

Há um grande impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País, principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absentismo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa. Avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores.

O cuidado de usuários com doenças crônicas deve se dar de forma integral. As mudanças baseadas em sistemas são as mais eficazes em mitigar a segurança de uma forma

geral; no entanto, isso ainda não se tornou um padrão de prática na segurança do paciente em saúde.

### 7.1 Limitações e sugestões de futuras pesquisas

O estudo limita-se a incidentes relacionados à medicação de pacientes no ambiente ambulatorial em uma clínica específica, o que pode gerar estimativas que não correspondam às frequências realmente existentes na população.

As informações relacionadas à incidência de eventos adversos evitáveis de medicamentos na população ambulatorial são limitadas.

No entanto, considerando que a instituição em estudo presta um serviço público geral, à semelhança de qualquer ambulatório público e a população atendida de acordo com a disponibilidade de vagas, essa limitação tende a não ser significativa e os resultados desse estudo poderão ser utilizados, absorvidos e complementados em outros ambulatórios gerais interessados no tema.

A literatura aponta para a necessidade da realização de estudos que mensurem os erros por meio de instrumentos adequados; estudos que busquem a compreensão das causas das ocorrências de eventos adversos relacionados com análises das situações que contribuíram para sua ocorrência; estudos que desenvolvam soluções efetivas para tornar o cuidado mais seguro.

Outra limitação do estudo recairá na qualidade das informações obtidas para o preenchimento do questionário aplicado pela autora. A avaliação dos questionários foi realizada por um único pesquisador, a fim de que algumas influências sejam anuladas.

No estudo não se pode descartar, também, a influência do viés de memória, assim como de casos onde a omissão no consumo medicamentos não prescritos por um profissional e/ou ações de não adesão ao medicamento.

Da mesma forma, é provável que as doenças crônicas estejam subestimadas devido a problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico entre algumas pessoas.

A negatividade em questões, sugerindo culpar os pacientes por não cumprirem seu regime prescrito, pode levar a viés. O estado psicológico do paciente também pode impactar a resposta.

Como resultado, tais medidas objetivas podem apenas prever fracamente a adesão do paciente e são mais comumente utilizadas na prática clínica do que a pesquisa.

Apesar das limitações expostas, os resultados encontrados demonstram a alta prevalência de utilização de medicamentos pela população ambulatorial para tratar as DCNT,

principalmente hipertensão arterial e diabetes, o que pode indicar melhoria no acesso ao tratamento medicamentoso para essas doenças.

## Referências

- Acurcio, F.de A. (2009). Complexidade do regime terapêutico prescrito para idosos. *Revista Associação Médica Brasileira*, 55(4), 468–474.
- Amato, M.G. et al. (2017). Computerized prescriber order entry–related patient safety reports: Analysis of 2522 medication errors. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 24(2), 316–322.
- Araújo, R.R.de et al. (2019). O conhecimento de idosos portadores de doenças crônicas não transmissíveis acerca de seu tratamento polimedicamentoso. *Pan American Journal of Aging Research*, 7(2), 1–10.
- Arrais, P.S.D. et al. (2005). Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 21(6), 1737–1746.
- Atun, R. et al. (2016). Identification of priorities for improvement of medication safety in primary care: A PRIORITIZE study. *BMC Family Practice*, 17(1), 160.
- Ben, A.J., Neumann, C.R. & Mengue, S.S. (2012). Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 46(2), 279–289.
- Berglas, N.F. et al. (2018). The effect of facility characteristics on patient safety, patient experience, and service availability for procedures in non-hospital-affiliated outpatient settings: A systematic review. *Plos One*, 5, 1–20.
- Berrier, K. (2016). Medication Errors in Outpatient Pediatrics. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 41(5), 280–286.
- Borges, J.W.P. et al. (2012). Utilização de questionários validados para mensurar a adesão ao tratamento da hipertensão arterial: Uma revisão integrativa. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 46(2), 487–494.

- Botelho, D.de P. et al. (2014). Análise das taxas de mortalidade por causas externas e doenças crônicas não transmissíveis, em Vespasiano e cidades na região metropolitana de Belo Horizonte. 2000-2011. *Revista de Medicina de Minas Gerais*, 24(Supl 6), S6–S14.
- Bottaro, S., Garel, P. & Agra, Y. (2016). European Network for Patient Safety and Quality of Care: PaSQ. *Revista Calidad Asistencial*, 31(S), 1–3.
- Braddock, C.H. et al. (1999). Informed Decision Making in Outpatient Practice. *JAMA*, 282(24), 2313–2320.
- Braithwaite, J., Wears, R.L.,Hollnagel, E. (2015). Resilient health care: Turning patient safety on its head. *International Journal for Quality in Health Care*, 27(5), 418–420.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2013). *Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias*. Ministério da Saúde.
- Capucho, H.C., & Cassiani, S.H.D.B. (2013). Necessidade de implantar programa nacional de segurança do paciente no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 47, 791–798.
- Carollo, J.B. et al. (2017). Incidentes relacionados a medicamentos em um ambulatório de quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(4), 428–434.
- Carvalho, V.T., Cassiani, S.H.B., & Chiericato, C. (1999). Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 7(5), 67–75.
- CeccatoI, M.G.B. et al. (2004). Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(5), 1388–1397.
- Chehuen Neto, J.A. et al. (2019). Letramento funcional em saúde nos portadores de doenças cardiovasculares crônicas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(3), 1121-1132.

- Cláudia T.R., Martins, M. & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde—Um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029–2036.
- Colet, C. deF., Borges, P.E.M. e Amado, T.A. (2016). Perfil de gastos com medicamentos entre idosos em diferentes grupos socioeconômicos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(4), 591–601.
- Coutinho, F.H. P. & Sousa, I.M.C.de. (2011). Percepção dos indivíduos com hipertensão arterial sobre sua doença e adesão ao tratamento medicamentoso na estratégia de saúde da família. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 35(2), 397–411.
- Cuentro, V.da S., et al. (2014). Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: Estudo transversal descritivo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3355–3364.
- Dantas, D.S. et al. (2017). Perfil farmacoterapêutico de portadores de hipertensão arterial sistêmica. *Journal of Biology & Pharmacy and Agricultural Management*, 13(02), 44–49.
- Dehshal, M H. (2018). Safety and efficacy of drugs: What do I need to know? *Thalassemia Reports*, 8, 7494.
- Dhavle, A.A., Yang, Y. & Rupp, M.T. R. (2016). Analysis of Prescribers' Notes in Electronic Prescriptions in Ambulatory Practice. *JAMA Internal Medicine*, 176(4), 463–470.
- Donaldson, L.J. (2017). Medication Without Harm: WHO's Third Global Patient Safety Challenge. *The Lancet*, 389(10080), 1680–1681.
- Duarte, E.C. & Barreto, S.M. (2012). Transição demográfica e epidemiológica: A Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 21(4), 529–532.

- Façanha, T.R.S. (2019). *Percepções de profissionais de saúde em uma instituição hospitalar: Um enfoque bioético sobre cultura de segurança do paciente*. Recuperado de [http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/35219/1/2019\\_TelmaRejanedosSantosFa%c3%a7anha.pdf](http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/35219/1/2019_TelmaRejanedosSantosFa%c3%a7anha.pdf)
- Fondahn, E. & Lane, M. (2016). *The Washington manual of patient safety and quality improvement*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Gandhi, T.K. et al. (2003). Adverse Drug Events in Ambulatory Care. *The New England Journal of Medicine*, 348, 1556–1564.
- Garfield, S. et al. (2011). Suitability of measures of self-reported medication adherence for routine clinical use: A systematic review. *BMC Medical Research Methodology*, 11(149), 1–9.
- Gertler, S.A. et al. (2016). Root Cause Analysis of Ambulatory Adverse Drug Events That Present to the Emergency Department. *Journal of Patient Safety*, 12(3), 119–124.
- Godoi, C.K. et al. (2006). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: Paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva.
- Góis, R.M.O. de et al. (2017). Segurança do paciente na administração de medicamento, como garanti-la? Um estudo bibliográfico no período de 2009 a 2016. *International Nursing Congress*, 1(1), 1–3.
- Gurwitz, J.H., Field, Terry, S. & Harrold, L.R. (2003). Incidence and Preventability of Adverse Drug Events Among Older Persons in the Ambulatory Setting. *JAMA network*, 289(9), 1107–1116.
- Hepler, C.D. & Strand, L.M. (1990). Opportunities and responsibilities and pharmaceutical care. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 47, 533–543.

- Hincapie, A.L. et al. (2016). Relationship Between Patients' Perceptions of Care Quality and Health Care Errors in 11 Countries: A Secondary Data Analysis. *Quality Management in Health Care*, 25(1), 13–21.
- Huang, Y.L., Bach, S.M. & Looker, S.A. (2019). Chemotherapy scheduling template development using an optimization approach. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 32(1), 59–70.
- Ibanez, G. et al. (2014). Adesão e dificuldades relacionadas ao tratamento medicamentoso em pacientes com depressão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 556.
- Kellogg, K.M. et al. (2017). Our current approach to root cause analysis: Is it contributing to our failure to improve patient safety? *BMJ Quality and Safety*, 26(6), 381–387.
- Kiel, W.J., & Phillips, S.W. (2018). Impact of Pharmacist-Conducted Comprehensive Medication Reviews for Older Adult Patients to Reduce Medication Related Problems. *Pharmacy 2018*, 6(1), 2, 6(1), 1–9.
- Krousel-Wood, M. et al. (2005). Reliability of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The American Journal of the Medical Sciences*, 330(3), 128–133.
- Kwan, B.M. et al. (2016). Stakeholder Engagement in a Patient-Reported Outcomes (PRO) Measure Implementation: A Report from the SAFTINet Practice-based Research Network (PBRN). *Journal of the American Board Family Medicine*, 29(1), 102–115.
- Lam, W.Y. & Fresco, P. (2015). Medication Adherence Measures: An Overview. *BioMed Research International*, 2015, 12 pages.
- Lavsa, S.M., Holzworth, A., & Ansani, N.T. (2011). Selection of a validated scale for measuring medication adherence. *Journal of the American Pharmacists Association*, 51(1), 90–94.
- Leape, L.L., & Berwick, D.M. (2005). Five Years After To Err Is Human What Have We Learned? *JAMA*, 293(19), 2384–2390.

- Leite, A.C.A.B. et al. (2019). Crianças em seguimento ambulatorial: Perspectivas do atendimento evidenciadas por entrevista com fantoche. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(e20180103), 1–10.
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academy of Sciences.
- Malta, D.C., et al. (2006). A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 15(3), 47–65.
- Marques, L.de F.G., & Romano-Lieber, N.S. (2014a). Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(2), 401–420.
- Marques, L.de F.G., & Romano-Lieber, N.S. (2014b). Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: Estudo exploratório1. *Saúde e Sociedade*, 23, 1431–1444.
- Matta, S.R., Azeredo, T.B. & Luiza, V.L. (2016). Internal consistency and interrater reliability of the Brazilian version of Martín-Bayarre-Grau (MBG) adherence scale. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*, 52(4), 795–799.
- Matta, S.R., Luiza, V.L. & Azeredo, T.B. (2013). Adaptação brasileira de questionário para avaliar adesão terapêutica em hipertensão arterial. *Revista de Saúde Pública*, 47(2), 292–300.
- Melchior, A.C., Correr, C. J. & Fernández-Llimos, F. (2007). Tradução e validação para o português do Medication Regimen Complexity Index. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(4), 210–218.
- Mendes, J.R. et al. (2018). Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. *Einstein*, 16(3), 1–6.

- Mendes, W. et al. (2013). Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 59(5), 421–428.
- Meneses, S.M.O.C. et al. (2018). Segurança do paciente na administração de quimioterápico. *GEP News*, 1(1), 178–184.
- Morisky, D.E. et al. (2008). Predictive Validity of a Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting. *The Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 348–354.
- Neiva, L.D.B. et al. (2019). Interações medicamentosas em pacientes nefrológicos em um Hospital de Referência do Nordeste Brasileiro. *Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Healt*, Vol.Sup. 29(e949), 1–7.
- Obreli-Neto, P. et al. (2010). Fatores interferentes na taxa de adesão à farmacoterapia em idosos atendidos na rede pública de saúde do Município de Salto Grande – SP, Brasil. *Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada*, 31(3), 229–233.
- Oenning, D., Oliveira, B.V. & Blatt, C.R. (2011). Conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(7), 3277–3283.
- Oliveira, F.R.P. et al. (2019). Acompanhamento farmacoterapêutico em unidade de internação pós-transplante: Descrição e análise. *Revista Eletrônica de Farmácia*, 16(E), 1–7.
- Oliveira, M.A., Bermudez, J.A.Z. & Osório-de-Castro, C.G.S. (2007). *Assistência Farmacêutica e acesso a medicamentos* (2º ed.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Oliveira-Filho, A.D. et al. (2012). Relação entre a Escala de Adesão Terapêutica de oito itens de Morisky (MMAS-8) e o controle da pressão arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 99(1), 649–658.
- Passos, T.R. et al. (2017). Clinical pharmacology profile of care in Hepatology clinic. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(5), 401–406.

- Persell, S.D. et al. (2007). Limited Health Literacy is a Barrier to Medication Reconciliation in Ambulatory Care. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1523–1526.
- PubMed - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- Reason, J. (2004). Beyond the organizational accident: The need for “error wisdom” on the frontline. *Quality Safety Health Care*, 13, 28–33.
- Reis, C.T., Martins, M. & Laguardia, J. (2013). A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde um olhar sobre a literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(7), 2029–2036.
- Rolim, E.C. et al. (2018). Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no Distrito Federal. *Comunicação em Ciências da Saúde*, 29(Suppl 1), 79- 83.
- Roncada, C. et al. (2016). Mitos populares e características do tratamento da asma em crianças e adolescentes de zona urbana do sul do Brasil. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, 42(2), 136–142.
- Ruhland, D.J., Bellone, J.M. & Wilkes, E. (2017). Implementation and Assessment of an Ambulatory Prescribing Guidance Tool to Improve Patient Safety in the Geriatric Population. *The Consultant Pharmacist*, 32(3), 169–174.
- Santos, J.A. (2014). Prevenção quinquenária: Prevenir o dano para o paciente, actuando no médico. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 30, 152–154.
- Schmidt, M. I. et al. (2011). London. *The Lancet*, 377(11), 1949–1961.
- Secoli, S.R. (2010). Polypharmacy: Interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly people. *Revista brasileira de enfermagem*, 63(1), 136–140.
- Seus, T.L.C. et al. (2019). Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil – inquérito nacional PMAQ 2013. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 28(2), e2018308.

- Shi, L. et al. (2010). Concordance of Adherence Measurement Using Self-Reported Adherence Questionnaires and Medication Monitoring Devices. *Pharmacoeconomics*, 28(12), 1097–1107.
- Silva, G.K., Novaretti, M.C.Z, Pedroso, M.C. (2019). Percepção dos gestores quanto à aderência de um hospital público ao programa nacional de segurança do paciente (PNSP). *Revista Gestão de Sistemas de Saúde*, 8(1), 80–95.
- Silva, T.da Silva ; Schenkel, E.P. e Mengue, S.S. (2000). Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. *Caderno de Saúde Pública*, 16(2), 449–455.
- Singh, H., Graber M.L. (2015). Improving Diagnosis in Health Care—The Next Imperative for Patient Safety. *The New England Journal of Medicine*, 373(26):2493-5(26), 2493–2495.
- Svarstad, B.L. et al. (1999). The brief medication questionnaire: A tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Education and Counseling*, 37(2), 113–124.
- Trentini, M. & Beltrame, V. (2004). Relações humanizadas na assistência às pessoas com diabetes mellitus. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 26(2), 000–000.
- Trigueiro, T.H. et al. (2018). Não adesão ao seguimento ambulatorial por mulheres que experienciaram a violência sexual. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 27(1), e6490015.
- Viacava, F. et al. (2019). Desigualdades regionais e sociais em saúde segundo inquéritos domiciliares (Brasil, 1998-2013). *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7), 2745–2760.
- Vieira, L.B. e Cassiani, S.H.de B. (2014). Avaliação da Adesão Medicamentosa de Pacientes Idosos Hipertensos em Uso de Polifarmácia. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 27(3), 195–202.

Wachter, R.M. (2013). *Compreendendo a segurança do paciente* (2ª edição). San Francisco, California: AMGH Editora - Artmed.

World Health Organization. (2002). *Innovative care for chronic conditions: Building blocks for action*. Global Report.

Yang, Y. et al. (2018). Quality and Variability of Patient Directions in Electronic Prescriptions in the Ambulatory Care Setting. *Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy*, 19, 1–9.

Yin, R.K. (2010). *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. Porto Alegre: Bookman.

## APÊNDICES (E/OU ANEXOS) APÊNDICE A- QUESTIONÁRIO APLICADO

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Identificação

Nome do paciente: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Renda Familiar: \_\_\_\_\_

### Doenças:

( ) Diabetes ( ) Hipercolesterolemia ( ) Problemas na tireóide

( ) Hipertensão ( ) Gastrite ( ) Refluxo GE

( ) Outro Especificar: \_\_\_\_\_

Recebeu Prescrição Médica: ( ) Sim ( ) Não

### Medicamentos:

	Medicamentos	Dose	Freqüência	Forma dosagem*
1)				
2)				
3)				
4)				
5)				
6)				
7)				
8)				
9)				
10)				

\*(ICFT) – pode ser oral, tópico, ouvidos/olhos/nariz, inalação e outros

11) Número de consultas no último ano?

\_\_\_\_\_

Tempo de utilização do serviço: ( ) mais de um ano ( ) entre um ano a seis meses  
( ) entre seis a três meses

12) Uso prévio do medicamento? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe

13) Tempo de uso prévio do medicamento (em meses)?

\_\_\_\_\_

14) Você às vezes esquece de tomar seus remédios prescritos?\*( TMG/MMAS– 8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

Se sim, qual e porque?

Qual: \_\_\_\_\_

Porque:

( ) não tem medicação na UBS

( ) tem efeito colateral,

especifique: \_\_\_\_\_

( ) esquece de tomar

( ) outros

---

15) Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?\*

(MMAS – 8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

16) Você armazena os medicamentos aonde?

( ) cozinha \_\_\_\_\_

( ) banheiro \_\_\_\_\_

( ) quarto \_\_\_\_\_

( ) outro,

especificar \_\_\_\_\_

17) Você toma algum medicamento sem prescrição médica? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, quem sugeriu? Qual medicamento e quantas vezes tomou?

---

---

---

18) Você toma as medicações no horário estabelecido?\*( MBG e MMAS-8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

19) Você encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia?\*( MBG e MMAS-8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

20) Você toma todas as doses indicadas?\*( MBG e MMAS-8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

21) Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? \*( TMG/MMAS – 8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

22) Você teve alergia a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Se sim, qual(is) medicamento(s)?

---

23) Você teve reação a algum medicamento? ( ) Sim ( ) Não

Se sim,

qual? \_\_\_\_\_

24) Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos? \*  
(MMAS – 8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

25) Você tomou seus medicamentos ontem? \* (MMAS – 8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

26) Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios? \* (TMG/MMAS – 8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

27) Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento medicamentoso? \* (MMAS – 8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

28) Como a medicação funciona para você? \* (BMQ)

( ) Funciona Bem ( ) Funciona Regular ( ) Não funciona bem

29) Quanto é difícil para você abrir ou fechar a embalagem do medicamento ?\*(BMQ)

( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil

Comentários: \_\_\_\_\_

30) Quanto é difícil para você ler o que está escrito na embalagem?\*(BMQ)

( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil

Comentários: \_\_\_\_\_

31) Quanto é difícil para você conseguir o medicamento?\*(BMQ)

( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil

Comentários: \_\_\_\_\_

32) Quanto é difícil para você tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo?\*(BMQ)

( ) Muito difícil ( ) Um pouco difícil ( ) Não muito difícil

Comentários: \_\_\_\_\_

33) Você e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido?\*(MBG e MMAS-8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

34) Você cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos ?\*(MBG e MMAS-8)

( ) Nunca ( ) Quase nunca ( ) Às vezes ( ) Frequentemente ( ) Sempre

35) Você leva o tratamento sem grandes esforços?\*(MBG e MMAS-8)

Nunca  Quase nunca  Às vezes  Frequentemente  Sempre

36) Você faz uso de lembretes para a realização do tratamento?\* (MBG e MMAS-8)

Nunca  Quase nunca  Às vezes  Frequentemente  Sempre

37) Há alguma instrução adicional quanto à sua medicação?\* (ICFT)

- Partir ou triturar o comprimido
- Dissolver o comprimido/pó
- Múltiplas unidades ao mesmo tempo
- Dose variável
- Tomar/ usar em horário específico
- Tomar com líquido/ alimento específico
- Reduzir ou aumentar a dose progressivamente
- Outros \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B - Índice de Complexidade da Farmacoterapia (ICFT)

Paciente:

Data:

Número total de medicamentos (incluindo medicamentos de uso contínuo ou esporádico, usados quando necessário):

### **Instruções:**

1. O ICFT aplica-se às medicações prescritas e às medicações indicadas pelo farmacêutico. Todos os medicamentos avaliados devem ter suas avaliações baseadas exclusivamente em informações da bula/monografia (oficial) ou da prescrição médica (no momento da dispensação ou da alta hospitalar). Nenhuma suposição deve ser feita com base no julgamento clínico de quem está preenchendo.

2. Existem três seções neste índice (A, B e C). Complete cada seção antes de prosseguir para a próxima. No final, some os pontos obtidos nas três seções para obter o ICFT.

3. Quando a mesma medicação (mesmo princípio ativo e mesma dosagem) estiver presente na farmacoterapia mais de uma vez em diferentes concentrações (por exemplo, Marevan 5 mg, 3 mg e 1 mg), deverá ser considerada uma só medicação.

4. Nos casos em que a dosagem é opcional, escolha as instruções com a menor dose/freqüência (por exemplo, Aerolin spray-bombinha 1-2 jatos, 2-3 vezes por dia, terá pontos para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia' e 'dose variável', mas não para 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').

5. Em alguns casos a freqüência de dose precisa ser calculada (por exemplo, Ranitidina 1 manhã e 1 noite = 2x dia).

6. Em determinadas instruções, como 'usar conforme indicado', o regime não receberá a pontuação sobre a freqüência de dose (por exemplo, Prednisolona 5 mg uso conforme indicado).

7. Caso exista mais de uma instrução de freqüência de dose para o mesmo medicamento, ele deverá ser pontuado para todas as instruções de freqüência de dose (por exemplo, Aerolin spray-bombinha 2 jatos 2x por dia e quando necessário deverá ser pontuado para 'inaladores de dose medida [bombinha]', '2x dia', 'S/N' e também como 'múltiplas unidades ao mesmo tempo').

8. Situações em que duas ou mais medicações são mutuamente exclusivas precisam ser pontuadas duas ou mais vezes com a freqüência de dose recomendada e como 'S/N' (por exemplo, Aerolin spray-bombinha ou Aerolin solução para nebulização duas vezes por dia obterá pontuação das formas de dosagem tanto para 'inaladores de dose medida' como para 'nebulizador', e precisa ser pontuada duas vezes para '2x dia S/N').

9. Casos em que não exista uma opção adequada, escolha a opção mais aproximada da realidade do paciente (por exemplo, 'seis vezes por dia' pode ser considerado como '4/4 h')

Obs.: S/N = se necessário.

A) Circule o peso correspondente para cada forma de dosagem presente na farmacoterapia (SOMENTE UMA VEZ):

Formas de dosagem	Peso	
Oral	Cápsulas/comprimidos	1
	Gargarejos/colutórios	2
	Gomas/pastilhas	2
	Líquidos	2
	Pós/grânulos	2
	Spray/comprimidos sublinguais	2
Tópico	Crems/géis/pomadas	2
	Emplastos	3
	Tinturas/soluções de uso tópico	2
	Pastas	3
	Adesivos transdérmicos/ <i>patches</i>	2
	Spray de uso tópico	1
Ouvido, olhos e Nariz	Gotas/crems/pomadas para o ouvido	3
	Colírios/gotas para os olhos	3
	Géis/pomadas para os olhos	3
	Gotas/crems/pomadas nasais	3
	Spray nasal	2
Inalação	<i>Accuhalers</i> (pó seco para inalação/ <i>diskus</i> )	3
	<i>Aerolizers</i> (cápsulas para inalação)	3
	Inaladores de dose medida ( <i>bombinha</i> )	4
	Nebulizador (ar comprimido/ultra-sônico)	5
	Oxigênio/concentrador	3
	<i>Turbuhalers</i> (pó seco para inalação)	3
	Outros inaladores de pó seco	3
Outros	Fluido para diálise	5
	Enemas	2
	Injeções:	
	- Pré-carregadas	3
	- Ampolas/frascos-ampolas	4
	Supositórios/óvulos vaginais	3
	Analgesia controlada pelo paciente	2
	Supositório	2
Crems vaginais	2	
Total seção A		

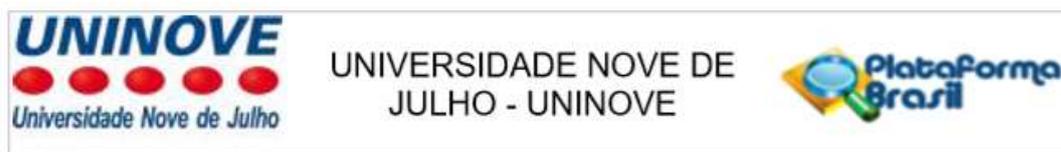
B) Para cada medicação da farmacoterapia marque [√] na figura correspondente, com sua frequência de dose. Então, some o número de [√] em cada categoria (frequência de dose) e multiplique pelo peso determinado para essa categoria. Nos casos em que não exista uma opção exata, escolher a melhor opção.

<b>Freqüência de Dose</b>	<b>Medicações</b>	<b>Total</b>	<b>Peso</b>	<b>Total x Peso</b>
1x dia			1	
1x dia S/N			0,5	
2x dia			2	
2x dia S/N			1	
3x dia			3	
3x dia S/N			1,5	
4x dia			4	
4x dia S/N			2	
12/12 h			2,5	
12/12 h S/N			1,5	
8/8 h			3,5	
8/8 h S/N			2	
6/6 h			4,5	
6/6 h S/N			2,5	
4/4 h			6,5	
4/4 h S/N			3,5	
2/2 h			12,5	
2/2 h S/N			6,5	
S/N			0,5	
Dias alternados ou menor freqüência			2	
Oxigênio S/N			1	
Oxigênio < 5 h			2	
Oxigênio > 15 h			3	
<b>Total seção B</b>				

C) Marque [✓] na figura que corresponde às instruções adicionais, caso presentes na medicação. Então, some o número de [✓] em cada categoria (instruções adicionais) e multiplique pelo peso correspondente da categoria.

Instruções adicionais	Medicações	Total	Peso	Peso x Número de medicações
Partir ou triturar o comprimido			1	
Dissolver o comprimido/pó			1	
Múltiplas unidades ao mesmo tempo (p. ex., 2 comprimidos, 2 jatos)			1	
Dose variável (p. ex., 1-2 cápsulas, 2-3 jatos)			1	
Tomar/usar em horário específico (p. ex., manhã, noite, 8 AM)			1	
Relação com alimento (p. ex., com alimento, antes das refeições, depois das refeições)			1	
Tomar com líquido específico			1	
Tomar/usar conforme indicado			2	
Reduzir ou aumentar a dose progressivamente			2	
Doses alternadas (p. ex., 1 manhã e 2 noite, 1/2 em dias alternados)			2	
Total seção C				
<b>Total da complexidade da farmacoterapia = _____</b>				

## APÊNDICE C – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE AMBULATORIAL QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS

Pesquisador: VIVIAN ALFLEN

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 90894518.5.0000.5511

Instituição Proponente: ASSOCIACAO EDUCACIONAL NOVE DE JULHO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.016.198

Apresentação do Projeto: As informações contidas nos campos Apresentação do projeto, Objetivo da pesquisa, Avaliação dos riscos e benefícios foram retiradas do documento PB\_INFORMAÇÕES\_BÁSICAS\_DO\_PROJETO\_1136285 de 11/11/2018.

O estudo pretende descrever, investigar e explicar os componentes de uma determinada das situações envolvidas e compreender em profundidade o seu significado. De acordo com a classificação, qualitativa por descrever e interpretar o incidente, e quantitativa quando os dados coletados forem traduzidos em números e analisados estatisticamente.

O estudo será realizado nas Clínicas Integradas de Saúde da Universidade Nove de Julho (Uninove) que estão localizadas nos Campus da Vergueiro, Vila Maria e Memorial. O período da pesquisa tem data estimada para início da coleta de dados e a data da finalização da coleta prevista para mês de novembro de 2018. Representará um estudo prospectivo visto que os dados serão obtidos através de um questionário.

Farão parte da fonte de dados da pesquisa os participantes pacientes que freqüentam a clínica da Uninove durante consultas agendadas regularmente no ambulatório, nos períodos da manhã,

tarde e noite de segunda a sexta. Somente os indivíduos que consentirão em participar completarão a entrevista através do preenchimento de um questionário de uma medida auto-referida de tomada de medicação.

A amostra do estudo restringe a todos os pacientes atendidos no ambulatório e que fazem uso de medicamentos associados a Clínica Integrada de Saúde, tendo em vista a disponibilidade dos dados. Quanto aos critérios de inclusão serão portadores de patologias crônicas: hipertensos, diabéticos e hipercolesterolemia e, os participantes deverão ter pelo menos três meses do acompanhamento ambulatorial. E os critérios de exclusão corresponderão a déficit cognitivo, não inseridos no atendimento ambulatorial, não portadores de patologias crônicas e recusa. Os parâmetros para classificação das patologias crônicas foram: diabete melitus, glicemia > 126 mg/dl, ou uso de hipoglicemiantes; dislipidemia relatada pelo paciente, uso de hipolipidemiante ou registro no prontuário de colesterol total > 200 mg/dl, LDL > 130 mg/dl, ou triglicérides > 150 mg/dl; pressão arterial não controlada (PA > 140/90 mmHg).

Foi desenvolvido um questionário que será aplicado pela pesquisadora do estudo, que se constituiu de uma série de questões inclusas de questionários validados com propostas de detecção de falhas na administração de medicamentos, questões de múltipla escolha e abertas, solicitando-se uma resposta dos sujeitos da pesquisa. Serão aplicados os métodos estatísticos para análise dos dados coletados a correlação das variáveis da descrição dos dados.

As variáveis observadas serão descritas a partir de:

As características sociodemográficas: Idade, gênero, raça, escolaridade, estado civil, renda, doenças associadas, variáveis demográficas comportamentais – prática de atividade física regular, consumo de bebidas alcoólicas, tabagismo entre outros.

A adesão do paciente às terapias prescritas: número de consultas no último ano, número de medicamentos, número de vezes que a medicação deve ser tomada a cada dia, tempo de uso dos medicamentos, complexidade e efeitos colaterais dos medicamentos; questões do sistema de saúde, falta de conhecimento, alergia/reação a algum medicamento.

E a satisfação com o atendimento do sistema de saúde: tempo médio da consulta, tempo médio da dispensação, porcentagem de medicamentos dispensados, horários de espera, disponibilidade do médico (quantidade de informação recebida do médico e preocupações do médico com os pacientes), apoio social (até que ponto os entrevistados recebiam apoio social de seus familiares e amigos para tomar seus medicamentos), estresse, conhecimento e atitudes em relação ao tratamento e habilidades de enfrentamento.

#### Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo geral temos a proposta de identificar as falhas de segurança do paciente ambulatorial relacionadas ao uso de medicamentos.

#### E, como objetivos específicos:

Avaliar quais as características do paciente ambulatorial relacionadas ao uso de medicamentos  
Determinar os eventos entre os pacientes ambulatoriais e identificar estratégias preventivas para a adequação da prática clínica.

Elaboração de um protocolo mais seguro quanto à segurança no uso de medicamentos ambulatorial.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

##### Riscos:

Responder o questionário pode deixar o participante da pesquisa constrangido em responder, como medida protetiva a realização da aplicação da pesquisa em local reservado.

##### Benefícios:

Contribuindo com a comunidade pela importância de se realizar o estudo através da análise institucional das adequadas condições clínicas dos pacientes atendidos no Ambulatório da Universidade Nove de Julho (Uninove) e que apresentam doenças prévias e fazem o uso de medicamentos.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é adequada entretanto alguns itens ainda precisam ser reformulados.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequadamente apresentados.

#### Recomendações:

Uniformizar os documentos com as informações dos riscos informados no TCLE.

Acrescentar no TCLE que não haverá benefícios diretos ao participante da Pesquisa.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1136285.pdf	03/11/2018 09:37:18		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado.docx	03/11/2018 09:36:19	VIVIAN ALFLEN	Aceito
Outros	Questionario.docx	03/11/2018 09:04:30	VIVIAN ALFLEN	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Uninove.docx	03/11/2018 08:58:47	VIVIAN ALFLEN	Aceito
Outros	Questionario_Plataforma_Brasil.pdf	16/10/2018 21:52:53	VIVIAN ALFLEN	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Rosto.pdf	04/06/2018 22:16:17	VIVIAN ALFLEN	Aceito

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

SAO PAULO, 12 de Novembro de 2018.

Anna Carolina Ratto Tempestini Horliana (Coordenador(a))

## APÊNDICE D – TCLE - Termo de Consentimento para Participação em Pesquisa Clínica

Nome \_\_\_\_\_ do  
participante: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Telefone para contato: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ E-  
mail: \_\_\_\_\_

1. Título do Trabalho Experimental: AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE AMBULATORIAL QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS

2. Objetivo: identificar as falhas de segurança do paciente ambulatorial relacionadas ao uso de medicamentos.

3. Justificativa: Frente à importância da temática no contexto das instituições de saúde, decidimos propor este estudo que se reveste de importância pois se constitui num indicador de qualidade da assistência à saúde que a população brasileira vem recebendo. Conforme apresentado anteriormente, justifica-se a importância de se realizar o estudo através da análise institucional das adequadas condições clínicas dos pacientes atendidos no Ambulatório da Universidade Nove de Julho (Uninove) e que apresentam doenças prévias e fazem o uso de medicamentos. Contribuindo com a comunidade pela importância de se realizar o estudo através da análise institucional das adequadas condições clínicas dos pacientes atendidos no Ambulatório da Universidade Nove de Julho (Uninove) e que apresentam doenças prévias e fazem o uso de medicamentos.

4. Procedimentos da Fase Experimental: Para participar da pesquisa você deverá ser portador de patologia (s) crônica (s): hipertensos, diabéticos e hipercolesterolemia entre outras e ter acompanhamento ambulatorial, e assinar este documento autorizando a sua participação. Ao responder as questões inclusas de questionários validados com propostas de detecção de falhas na administração de medicamentos não mal algum à sua saúde. Os participantes da pesquisa serão os pacientes que frequentam a clínica da Uninove e durante as consultas agendadas regularmente no ambulatório serão abordados pela pesquisadora. Os indivíduos que consentirem em participar completarão a entrevista com a aplicação de um questionário composto de questões objetivas traduzidas e validadas com a proposta de detecção de falhas na administração de medicamentos. O questionário é composto por 37 questões e o tempo estimado para responder todo o questionário é de 20 minutos.

5. Desconforto ou Riscos Esperados: No caso de possível constrangimento ao responder o questionário a medida protetiva será em realizada a aplicação do questionário em local reservado.

6. Retirada do Consentimento: Fica garantido que o participante de pesquisa poderá retirar seu consentimento, decidindo não participar da pesquisa a qualquer tempo, sem nenhum prejuízo.

7. Garantia do Sigilo: Você só participará desse estudo se quiser. Ele não é obrigatório. Todas as informações fornecidas por você serão avaliadas em conjunto com as respostas dos outros participantes desta pesquisa. Seu nome e o nome da empresa na qual você trabalha JAMAIS serão divulgados. Se desejar obter informações sobre o desenvolvimento da pesquisa mesmo antes de concluída, poderá entrar em contato com os pesquisadores a qualquer momento. Nós pesquisadores utilizaremos suas respostas apenas para a confecção desta pesquisa. O resultado final desse trabalho estará disponível a partir da data de defesa e os dados serão utilizados para publicação de trabalho científico que ficará à disposição de toda a comunidade.

8. Formas de Ressarcimento das Despesas decorrentes da Participação na Pesquisa: Você não precisará pagar nada para participar desta pesquisa. Como você é um participante da pesquisa, nós também não poderemos oferecer qualquer tipo de pagamento pela sua participação. De maneira alguma você sofrerá qualquer tipo de prejuízo.

9. Local da Pesquisa: A pesquisa será desenvolvida na instituição Universidade Nove de Julho (Uninove) no Ambulatório Integrado da Saúde – Vergueiro, localizado na Rua Vergueiro 235/249 São Paulo, SP.

10. Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é um colegiado interdisciplinar e independente, que deve existir nas instituições que realizam pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil, criado para defender os interesses dos participantes de pesquisas em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos (Normas e Diretrizes Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo Seres Humanos – Res. CNS nº 466/12). O Comitê de Ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos protocolos de pesquisa no que corresponde aos aspectos éticos. Endereço do Comitê de Ética da Uninove: Rua. Vergueiro nº 235/249 – 12º andar - Liberdade – São Paulo – SP CEP. 01504-001 Fone: 3385-9010 comitedeetica@uninove.br Horários de atendimento do Comitê de Ética: segunda-feira a sexta-feira – Das 11h30 às 13h00 e Das 15h30 às 19h00

11. Nome Completo e telefones dos Pesquisadores (Orientador e Alunos) para Contato: Profa. Dra. Marcia Cristina Zago Novaretti, que poderá ser encontrada no telefone (11)3665-9344, ou pelo e-mail: [mnovaretti@gmail.com](mailto:mnovaretti@gmail.com); e, Vivian Alflen, que poderá ser encontrada no telefone: (13)99138-1204, ou pelo e-mail: [vivian\\_alflen@yahoo.com.br](mailto:vivian_alflen@yahoo.com.br).

12. Eventuais intercorrências que vierem a surgir no decorrer da pesquisa poderão ser discutidas pelos meios próprios.

São Paulo, de de 2018.

13. Consentimento Pós-Informação:

Eu, \_\_\_\_\_, após leitura e compreensão deste termo de informação e consentimento, entendo que minha participação é voluntária, e que posso sair a qualquer momento do estudo, sem prejuízo algum. Confirmando que recebi uma via deste termo de consentimento, e autorizo a realização do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos somente neste estudo no meio científico.

---

Assinatura do Participante

14. Eu, \_\_\_\_\_ (Vívian Alflen), certifico que:

a) Considerando que a ética em pesquisa implica o respeito pela dignidade humana e a proteção devida aos participantes das pesquisas científicas envolvendo seres humanos; b) Este estudo tem mérito científico e a equipe de profissionais devidamente citados neste termo é treinada, capacitada e competente para executar os procedimentos descritos neste termo; c) A resolução CNS nº 466/12 dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais, cujo procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes.

---

(Vívian Alflen)

Assinatura do Pesquisador Responsável