

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Evandro de Oliveira Lupatini

**CONHECIMENTO DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE ENSINO A RESPEITO
DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ALTA HOSPITALAR**

Juiz de Fora
2014

Evandro de Oliveira Lupatini

**CONHECIMENTO DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE ENSINO A RESPEITO
DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof^a Dr^a Rita de Cássia Padula Alves Vieira

Juiz de Fora
2014

Evandro de Oliveira Lupatini

**CONHECIMENTO DOS PACIENTES DE UM HOSPITAL DE ENSINO A RESPEITO
DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ALTA HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, área de concentração: Política, gestão e avaliação do Sistema Único de Saúde, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Aprovado em 08 de dezembro de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Rita de Cássia Padula Alves Vieira (Orientadora)
Universidade Federal de Juiz de Fora

Profª Drª Rosângela Caetano
Universidade Estadual do Rio de Janeiro

Profª Drª Terezinha Noemides Pires Alves
Universidade Federal de Juiz de Fora

Dedico este trabalho aos meus pais pelo incentivo e apoio incondicional.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida

À professora Rita, pelos valores e conhecimentos transmitidos. Pela pessoa amiga, competente, sempre disponível e com boa vontade de ensinar, mesmo estando aposentada. A você, minha eterna gratidão.

À professora Maria Helena Braga, pelas oportunidades de crescimento profissional e pessoal e por acreditar em mim.

À companheira de residência e mestrado, Alice Kappel Roque Munck, por compartilhar momentos, ideias e pensamentos. Foi um prazer e honra ter a sua companhia.

Aos colegas de turma do mestrado, pelos bons momentos de discussão e produção coletiva.

Aos professores e colaboradores do Mestrado em Saúde Coletiva, pela dedicação e empenho em oferecer o melhor todo dia.

Ao professor Ronaldo, pela contribuição indispensável na análise estatística.

Aos colegas profissionais da saúde e colaboradores do HU-UFJF, pela colaboração. “O sr. fulano tá de alta. Já tá sabendo? Corre lá!”

Às professoras membros da banca, Terezinha Noemides, Rosângela Caetano e Cláudia Osório, pelas valiosas contribuições.

Aos pacientes e cuidadores entrevistados, pelo diálogo e aprendizado. Por serem a razão das profissões da saúde.

Aos colegas do DAF/MS pelo conhecimento compartilhado e pela compreensão das minhas ausências à Juiz de Fora.

À Rafaela Landim Dutra, pelo amor. Por acreditar em mim e me dar forças todos os dias.

Ao meu irmão Ricardo, pela amizade e por estar ao meu lado.

Aos amigos e familiares, pelo alegre e bem humorado convívio.

A todos que contribuíram de alguma forma no caminhar desta jornada, o meu muito obrigado e até breve!

RESUMO

A farmacoterapia sempre assumiu um importante papel na prevenção, manutenção e recuperação da saúde. Entretanto, a prescrição e a utilização inapropriada de medicamentos vêm causando graves problemas à saúde coletiva, de forma que há necessidade do uso racional de medicamentos. Há um consenso na literatura de que pacientes informados são mais propensos ao cumprimento de regimes terapêuticos. No contexto hospitalar, o momento da alta é considerado crítico, uma vez que envolve a transição do paciente em níveis assistenciais. O trabalho buscou verificar o conhecimento dos pacientes a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar em um hospital de ensino. Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal prospectivo, realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora no período de setembro a dezembro de 2013. Foram entrevistados 107 pacientes ou cuidadores de pacientes no momento da alta hospitalar sendo aplicados questionários com o intuito de verificar o conhecimento sobre a prescrição de alta, bem como investigar fatores associados a este conhecimento. Foi atribuída pontuação (0 a 13 pontos) e sua correspondência em três níveis de conhecimento: insuficiente, regular e bom. A pontuação média foi 9,66 pontos, correspondendo a um nível de conhecimento regular. Dez por cento dos entrevistados apresentaram nível insuficiente, 58,9% regular e 30,8% bom. Os dois maiores índices de acerto foram quanto à frequência de administração (94,4% de concordância) e via de administração (97,2%). Os dois piores índices de acerto foram para interações medicamentosas (15,9%) e efeitos adversos (29,0%). Houve diferença estatisticamente significativa entre a média da pontuação de grupos em função da raça/cor (autodeclarada) e polifarmácia. Mesmo estando satisfeitos com as orientações transmitidas, “precauções”, “efeitos adversos” e “interações medicamentosas” foram os temas mais demandados pelos entrevistados quanto a maiores orientações. Infere-se que as atividades de educação em saúde deveriam estar mais presentes, contribuindo para um maior conhecimento do paciente. Sugere-se o trabalho ordenado e conjunto dos diversos profissionais de saúde, tomando por base o diálogo com o paciente, preparando-o desde o primeiro dia de internação para o momento da alta. Neste âmbito, o profissional farmacêutico deve ser convocado a participar do planejamento da alta hospitalar, integrando a equipe multiprofissional de saúde e fornecendo ao paciente todas as informações necessárias para o uso seguro e racional dos medicamentos.

Palavras-chave: Conhecimento do Paciente sobre a Medicação; Alta do Paciente; Uso racional de medicamentos.

ABSTRACT

Pharmacotherapy has always played an important role in prevention, maintenance and restoration of health. However, the inappropriate prescribing and use of medicines are causing serious public health problems, and rational use of medicines is needed. There is a consensus in the literature that informed patients are more likely to comply with treatment regimens. In the hospital context, the discharge is considered critical, since it involves the transition levels of the patient care. This study aimed to evaluate the knowledge of patients regarding medications prescribed at discharge in a teaching hospital. This is an exploratory study, a prospective cross-sectional, conducted at University Hospital of UFJF from September to December 2013. 107 patients or caregivers were interviewed at discharge and questionnaires were used to verify the knowledge about prescribing medicines and to investigate factors associated with this knowledge. Score (0-13 points) and their correspondence in three levels of knowledge was given: poor, regular and good. The average score was 9.66 points, which corresponds to a regular level of knowledge. Ten percent of respondents had insufficient levels, 58.9% regular and 30.8% good. The two highest accuracy rate was about the frequency of administration (94.4% agreement) and route of administration (97.2%). The two worst rates were for drug interactions (15.9%) and adverse events (29.0%). There was a statistically significant difference between mean scores based on race / color (self-declared) and polypharmacy. Despite being pleased with the guidelines provided, "precautions", "adverse effects" and "drug interactions" were the topics most in demand by respondents as the major orientations. It is inferred that the activities of education and health should be more present, contributing to a greater understanding of the patient. It is suggested that the ordered work and all the different health professionals, based on a dialogue with the patient, preparing it since the first day of admission to discharge. In this context, the pharmacist should be asked to participate in hospital discharge planning, integrating multidisciplinary health care team to the patient and providing all information necessary for the safe and rational use of medicines.

Keywords: Patient Medication Knowledge; Patient Discharge; Rational Use of Medicines.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ciclo da assistência farmacêutica.....	20
Figura 2 - Histograma do tempo de permanência hospitalar (N=107).....	65
Figura 3 - Pacientes que iriam utilizar o medicamento pela primeira vez (N=107).....	68
Figura 4 - Bloxpot do número de medicamentos prescritos em função da natureza da internação (N=107).....	71
Figura 5 - Histograma da distribuição de frequência da pontuação (N=107).	72
Figura 6 - representação gráfica da pontuação média entre as faixas de idade dos entrevistados.....	91
Figura 7 - Distribuição em gráfico das informações mais solicitadas pelos pacientes (n=373).....	95
Quadro 1 – Evoluç'ão do indicador de alfabetismo da população de 15 a 64 anos (2001-2002 a 2011).....	42
Quadro 2 - Sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária..	47
Quadro 3 - Nível de conhecimento, pontuação e comentário.....	57

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas (N Paciente = 83; N Cuidador = 24)....	62
Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao entrevistado e à permanência hospitalar (N=107).	64
Tabela 3 - Especialidades médicas responsáveis pela internação (N=107).	66
Tabela 4 - Diagnósticos de alta, classificados de acordo com os capítulos da CID-10, 10ª Revisão (N=107).	67
Tabela 5 - Medicamentos prescritos segundo classificação ATC-OMS (N=363).	69
Tabela 6 - Distribuição do número de medicamentos prescritos (N=107).	70
Tabela 7 - Medidas estatísticas para número de medicamentos prescritos (N=107)..	70
Tabela 8 - Nível de conhecimento mensurado e autodeclarado (N=107).	72
Tabela 9 - Resultados de quatro estudos que utilizaram três níveis de conhecimento (insuficiente, regular e bom).	74
Tabela 10 - Estudos que avaliaram o conhecimento dos entrevistados sobre o tratamento farmacológico.	75
Tabela 11 - Conhecimento da prescrição de medicamentos pelos pacientes (N=107). ..	76
Tabela 12 - Estudos que avaliaram a concordância da resposta do paciente com a prescrição/literatura farmacológica.	78
Tabela 13 - Comparação entre nível de conhecimento mensurado e autodeclarado (N=107).	86
Tabela 14 - Teste T para variáveis independentes. variável dependente: pontuação média (N=107).	90
Tabela 15 - Análise de variância (ANOVA) para pontuação média e idade (N=107)..	91
Tabela 16 - Número de entrevistados que receberam orientação sobre os medicamentos prescritos na alta hospitalar (N=107).	92
Tabela 17 - Percepção dos entrevistados no que se refere ao uso de linguagem clara e compreensível pelo profissional que transmitiu as informações (N=107).	93
Tabela 18 - Percepção dos entrevistados quanto à disponibilidade de tempo e acesso aos profissionais da saúde para conversar sobre os medicamentos (N=107). ..	93
Tabela 19 - Informações sobre medicamentos mais solicitadas pelos pacientes (N=373).	94

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente comunitário de saúde
AF	Assistência Farmacêutica
AG	Ambulatório de Geriatria
AMI	Ambulatório de Medicina Interna
ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANOVA	Análise de Variância
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomical Therapeutic Chemical</i>
ATENFAR	Atenção Farmacêutica
ATS	Avaliação de Tecnologias em Saúde
CCIH	Comissão de Controle de Infecções Hospitalares
CEAF	Componente Especializado da Assistência Farmacêutica
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CF	Constituição Federal
CFM	Conselho Federal de Medicina
CFT	Comissão de Farmácia e Terapêutica
CH	Cirurgia de Homens
CM	Cirurgia de Mulheres
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DeCS/BVS	Descritores em Ciências da Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DFC	Doses fixas combinadas
DP	Desvio-padrão
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
EAM	Eventos Adversos Relacionados a Medicamentos
EM	Erros de Medicação
FH	Farmácia Hospitalar
FHEMIG	Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
GM/MS	Gabinete do Ministro/Ministério da Saúde

HIV/AIDS	Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
HU	Hospital Universitário
IBOPE	Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística
IC	Intervalo de confiança
INAF	Indicador de Alfabetismo Funcional
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization</i>
LOS	Lei Orgânica da Saúde
LS	Letramento em Saúde
MG	Minas Gerais
MH	Medicina de Homens
MM	Medicina de Mulheres
MPP	Medicamentos potencialmente perigosos
MS	Ministério da Saúde
OF	Orientação Farmacêutica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCDT	Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PCNE	Pharmaceutical Care Network Europe Foundation
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNAF	Política Nacional de Assistência Farmacêutica
PNM	Política Nacional de Medicamentos
PNS	Política Nacional de Saúde
PRM	Problemas Relacionados a Medicamentos
PS	Promoção da Saúde
RAM	Reação Adversa a Medicamentos
REALM	<i>Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine</i>
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
RS	Revisão sistemática
SIM	Serviço de Informação sobre Medicamentos
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TOFHLA	<i>Test of Functional Health Literacy in Adults</i>
TPH	Tempo de permanência hospitalar

UFJF Universidade Federal de Juiz de Fora
UNESCO *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*
URM Uso Racional de Medicamentos
WHO *World Health Organization*

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1 MEDICAMENTO	17
2.1.1 Prescrição de medicamentos	21
2.1.2 Adesão à terapêutica	24
2.1.3 Problemas Relacionados a Medicamentos	28
2.1.4 Uso Racional de Medicamentos	30
2.1.5 Conhecimento sobre os medicamentos por parte do paciente	32
2.2 ALTA HOSPITALAR	37
2.3 LETRAMENTO EM SAÚDE	39
2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	43
3 OBJETIVOS	50
3.1 OBJETIVO GERAL	50
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	50
4 MATERIAL E MÉTODOS	51
4.1 PLANEJAMENTO DA PESQUISA	51
4.1.1 Campo de pesquisa	51
4.1.2 Sujeitos de pesquisa	53
4.1.3 Coleta dos dados	54
4.1.4 Análise dos dados	56
4.2 ASPECTOS ÉTICOS	59
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENTREVISTADOS ...	60
5.2 INFORMAÇÕES DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR	64
5.3 MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ALTA HOSPITALAR	67
5.4 NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PACIENTES A RESPEITO DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS	71
5.5 FATORES ASSOCIADOS AO NÍVEL DE CONHECIMENTO	88
5.6 PERCEPÇÕES DOS PACIENTES	91
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	99
REFERÊNCIAS	105
APÊNDICES	118
ANEXOS	130

1. INTRODUÇÃO

A farmacoterapia sempre assumiu um importante papel na prevenção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para aumentar a qualidade e expectativa de vida da população. Muito se avançou nas ciências da saúde com a introdução de medicamentos para doenças que, no passado, eram consideradas incuráveis. Entretanto, a prescrição e a utilização inapropriada desses medicamentos vêm causando graves consequências para a saúde, tanto individual como coletiva, levando à efeitos adversos evitáveis, intoxicações, internações hospitalares, sofrimento humano e redução da qualidade de vida, além de consequências maiores como danos irreversíveis e morte (AIZENSTEIN, 2010).

Leite e Vasconcelos (2003), ao estudarem elementos e pressupostos no que dizem respeito à adesão à terapia medicamentosa, levantaram a importante questão relacionada ao papel do paciente no processo saúde-doença-tratamento, colocando-o como objeto e objetivo de investigações e ações para promoção da adesão. Autocontrole e liberdade para conduzir da melhor maneira sua própria vida são expressões do paciente como ser social, dotado de características únicas e singulares, a saber: interesses, expectativas, conhecimentos e valores, que irão influenciar diretamente no processo de adesão, elemento este indispensável para o uso racional de medicamentos (URM).

Em 1985, a Organização Mundial de Saúde – OMS (2002, p. 1) adotou a seguinte definição do URM: “Os pacientes recebem medicamentos apropriados para suas necessidades clínicas, em doses adequadas as suas necessidades individuais durante um período de tempo adequado e ao menor custo para eles e comunidade.” Definição semelhante também é adotada na Política Nacional de Medicamentos (PNM) (BRASIL, 1998).

Reforça-se, como elemento crucial para o URM, a prescrição médica. Esta deve ser redigida de acordo com as boas práticas e padrões éticos, escolhendo-se um número mínimo de medicamentos seguros, efetivos e disponíveis a um baixo custo, com forma farmacêutica adequada e simplicidade de esquema posológico e com mínimo potencial de provocar efeitos adversos (PORTELA *et al.*, 2010).

Em uma de suas publicações, a OMS (2002) estabeleceu doze intervenções fundamentais para promover um uso mais racional dos medicamentos. Entre elas, cita-

se a intervenção número nove, que aborda a educação sobre medicamentos, reforçando a necessidade da informação e conhecimento pelos consumidores/pacientes/usuários para que estes façam o uso seguro dos mesmos.

Nesse contexto, merece destaque o emprego de tecnologias leves, baseadas nas relações entre profissional de saúde e usuário, componente do chamado “trabalho vivo” em saúde, reconhecendo as reais necessidades do usuário por meio do diálogo, com o intuito de lhe oferecer conhecimentos em saúde, estimulando-o ao autocuidado e aumentando sua autonomia e confiança no cumprimento do plano terapêutico, incluída aqui a prescrição de medicamentos (MERHY; FRANCO, 2003).

Há um consenso na literatura que pacientes informados são mais propensos ao cumprimento de regimes terapêuticos (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005). Dados levantados pela OMS (2004) estimam que a adesão aos tratamentos crônicos de longo prazo seja em média 50%, sendo este número ainda mais inferior em países em desenvolvimento.

Problemas relacionados a medicamentos (PRM) estão associados com reinternação e prolongamento da estadia hospitalar, morbidade e mortalidade, especialmente em pacientes idosos com múltiplas comorbidades e polifarmácia, impondo custos adicionais ao sistema de saúde e afetando a qualidade da assistência prestada (ELLITT *et al.*, 2010; RISSATO; ROMANO-LIEBER; LIEBER, 2008).

No contexto hospitalar, o momento da alta é considerado crítico, uma vez que envolve a transição do paciente, de um ambiente controlado e cercado por profissionais de saúde, para sua residência ou outro ambiente em que o próprio paciente ou outra pessoa assume o tratamento. A programação da alta, com as devidas orientações, faz-se necessária e imprescindível para subsidiar o paciente no seguimento correto do plano terapêutico, incluído neste a farmacoterapia, estimulando-o a uma participação ativa do processo saúde-doença-tratamento (MARQUES; FURTADO; Di MONACO, 2010; POMPEO *et al.*, 2007).

Antes mesmo da década de 1980, já se podia encontrar estudos (FLETCHER *et al.*, 1979; GILHAR; LEVY, 1987; PULLAR *et al.* 1989) publicados na literatura internacional que investigaram o conhecimento do paciente acerca dos medicamentos prescritos em ambientes ambulatorial e hospitalar.

No Brasil, um dos estudos pioneiros que procuraram quantificar o nível de informação do paciente a respeito dos medicamentos prescritos foi elaborado por Silva

e colaboradores (2000). Os autores realizaram entrevistas com pacientes, logo após a consulta médica em um ambulatório, com o objetivo de verificar o nível de conhecimento relativo ao uso dos medicamentos prescritos, utilizando critério de pontuação para cada resposta correta sobre nome, dose, via de administração, entre outras. Os autores concluíram que a maioria dos pacientes apresentou nível de informação suficiente para uso do medicamento em condições ideais e sem nenhum tipo de intercorrência, sendo necessário, porém, aprimorar os meios para o fornecimento de informação ao paciente.

Ao longo das últimas décadas, no Brasil, muitas mudanças na formação profissional em saúde têm ocorrido. Após a década de 2000, os profissionais têm sido formados com vistas ao perfil generalista, humanista, crítico e reflexivo, objetivando o atendimento das necessidades de saúde da população e com foco na atenção à saúde do paciente.

Neste âmbito, citam-se as atividades de educação em saúde como ferramentas importantes (e necessárias) para alcançar melhores resultados em saúde (BRICEÑO-LEÓN, 2006). Ao mesmo tempo, para que se operacionalizem no cotidiano, são exigidas habilidades específicas dos profissionais de saúde no sentido de maximizar os benefícios da informação transmitida, numa perspectiva de diálogo, não dissociando desta transmissão elementos conceituais do letramento em saúde do paciente.

Novos desafios são impostos pelas transições demográfica e epidemiológica e, paralelamente a estas mudanças, observa-se a ampliação do acesso aos serviços e insumos de saúde, bem como aumento da produção e consumo de medicamentos.

Considerando o *locus* privilegiado de um hospital de ensino para formação de recursos humanos e tendo em vista a perspectiva de diálogo na transmissão de conhecimentos para o URM, este trabalho buscou verificar o conhecimento dos pacientes a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. MEDICAMENTO

Medicamentos possuem características definidas na prática de saúde e são reconhecidos como eficazes para promover a saúde, diagnosticar e tratar doenças, sendo seu emprego consolidado pelo resultado histórico de seu uso no tratamento de numerosas enfermidades (BRASIL, 2010).

Dentre os inúmeros campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) destaca-se, para discussão do presente trabalho, a assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica. Neste campo específico, está incluída a formulação da política de medicamentos (BRASIL, 1990).

Para o atendimento dessa necessidade em promover uma efetiva política de medicamentos, o Estado Brasileiro experimentou diversos atos normativos instituídos durante muitos governos, desde 1990, conforme apontam Kornis, Braga e Zaire (2008), em artigo que analisa os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo. Também Alves (2009), em sua tese de doutorado, faz uma análise do contexto, conteúdo e processos envolvidos na Política Nacional de Medicamentos (PNM), estabelecida pela Portaria 3.916 - GM/MS, de 1998 (KORNIS; BRAGA; ZAIRE, 2008; ALVES, 2009).

Esta Política tem como propósito garantir a segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do seu uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. Concebida como parte essencial da Política Nacional de Saúde (PNS), a PNM vai ao encontro do artigo 6º da Lei Orgânica da Saúde (LOS – Lei nº 8.080/1990), que estabelece como campo de atuação do SUS “a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção” (BRASIL, 1990a, p. 1).

Trata-se, portanto, de uma política para atendimento específico das necessidades do SUS na área de medicamentos. Suas diretrizes são: adoção de uma relação de medicamentos essenciais (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME); regulamentação sanitária de medicamentos; reorientação da Assistência Farmacêutica (AF); promoção do uso racional de medicamentos (URM); desenvolvimento científico e tecnológico; promoção da produção de

medicamentos; garantia da segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos e, por último, desenvolvimento e capacitação de recursos humanos (BRASIL, 1998).

Em consonância com a PNS e a PNM, visando ampliar o acesso da população aos medicamentos considerados essenciais, minimizar custos e sustentar o processo de descentralização da gestão das ações de AF no âmbito do SUS, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), por meio da Resolução nº 338, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 06 de maio de 2004 (BRASIL, 2004).

Essa política veio reforçar o caráter amplo da AF, reorientando-a conforme preconizado pela PNM. Nesse sentido, a AF deve ser compreendida como política pública norteadora para a formulação de políticas setoriais, com ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletiva, tendo o medicamento como insumo essencial e visando ao seu acesso e uso racional, garantindo os princípios de universalidade, integralidade e equidade do SUS (BRASIL, 2004).

Diante da extensa gama de fármacos e preparações farmacêuticas, registradas sob diversas marcas comerciais, tem-se como consenso na literatura priorizar, na saúde pública, a seleção de medicamentos essenciais, isto é:

[...] aqueles que servem para satisfazer às necessidades de atenção à saúde da maioria da população. São selecionados de acordo com a sua relevância na saúde pública, provas quanto à eficácia e à segurança e com estudos comparados de custo-efetividade. Devem estar sempre disponíveis, nas quantidades adequadas, nas formas farmacêuticas requeridas e a preços que os indivíduos e a comunidade possam pagar [...] (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013, p.1).

A seleção de medicamentos essenciais e a adoção de sua lista têm despertado a atenção dos gestores (ou deveria despertar) em saúde em todos os níveis de atenção, uma vez que se consegue melhorar a qualidade do atendimento à saúde da população, orientando o desenvolvimento, a produção, a oferta e o acesso a medicamentos de eficazes, seguros e de qualidade no sistema de saúde. Porém, sua plena consolidação ainda é dificultada por entraves de cunho político, financeiro, entre outros (WANNMACHER, 2006).

A elaboração de uma lista de medicamentos essenciais, selecionados por critérios embasados em evidências científicas e restrita a um número limitado e

racional, tem como propósito ir ao encontro dos princípios e diretrizes do SUS, tomando por base para a sua elaboração a eficácia, segurança, efetividade, eficiência e racionalidade no uso de medicamentos, contribuindo para o atendimento universal e integral da assistência à saúde.

No Brasil, a Rename está em sua 8ª edição, tendo, esta última, sido instituída pela Portaria GM/MS nº 533, de 28 de março de 2012. Esta relação compreende os medicamentos da relação nacional de medicamentos dos componentes básico, estratégico e especializado da AF, e das relações nacionais de insumos e medicamentos de uso hospitalar (BRASIL, 2012). A revisão permanente da Rename é uma das prioridades contempladas na PNM (BRASIL, 1998) e sua utilização como instrumento racionalizador das ações no âmbito da AF é um dos eixos estratégicos da PNAF (BRASIL, 2004).

Considerando a nova redação dada à Rename em função da Lei nº 12.401/2011 (BRASIL, 2011a) e o Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011b), encontra-se na literatura discussões sobre uma possível perda em sua racionalidade enquanto lista de medicamentos essenciais selecionados com base na análise de evidências, passando a ser dada mais uma conotação de lista padronizada ou mesmo de uma lista de provimento do sistema (MAGARINOS-TORRES *et al.*, 2014).

Por outro lado, sua nova perspectiva de construção traz a garantia de financiamento para todos os itens selecionados, uma vez que, para fazer parte da Rename, é necessária pactuação prévia de responsabilidade de fornecimento pela União, estados, municípios e Distrito Federal, sendo, portanto, um avanço em relação à concepção anterior de relação nacional que possuía um caráter de recomendação. A análise quanto à evidência científica de novos medicamentos que irão compor a Rename também é prevista na Lei nº 12.401/2011, estabelecida a responsabilidade de incorporação, exclusão e alteração à Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias para o SUS (CONITEC), mediante métodos específicos de avaliação de tecnologias em saúde (ATS) (BRASIL, 2011a).

A adoção de uma lista de medicamentos essenciais permite ganhos no sistema de saúde como um todo, desde a otimização das atividades compreendidas no ciclo da AF (Figura 1) até a qualificação da atenção à saúde em seu sentido amplo, pela possibilidade de padronização por protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (PCDT) e por condutas baseadas em evidências.

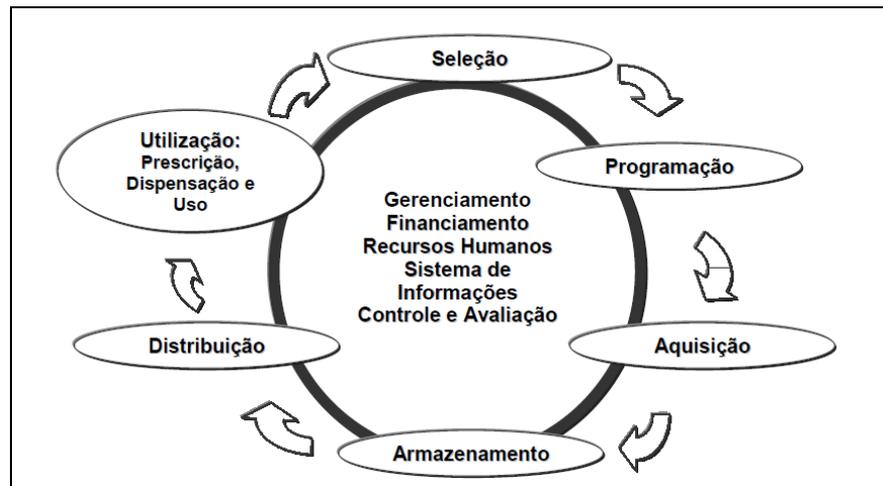


Figura 1 - Ciclo da Assistência Farmacêutica.

Fonte: MARIN *et al.*, 2003, pág. 130.

Tendo sido realizadas as atividades de programação, aquisição, armazenamento e distribuição, chega-se à etapa de utilização dos medicamentos, etapa esta em que há participação de diversos atores, fatores e fenômenos, que vão operacionalizar e influenciar as atividades relacionadas à prescrição, dispensação e uso de medicamentos.

O imaginário coletivo, por exemplo, atribui ao medicamento diversos significados e sentidos: estéticos (*status*, poder, sucesso, força, beleza, juventude), religiosos (ação mágica, milagrosa ou santificada), crenças, valores, comportamentos, padrões, atitudes e anseios, entre outros tanto quanto possíveis. Repleto de simbolismo, o medicamento é valorizado como instrumento de adequação a padrões culturais impositivos (NASCIMENTO, 2005).

O trabalho de Nascimento (2005) fez uma análise das propagandas quanto à dimensão simbólica de significados e sentidos atribuídos aos medicamentos, veiculadas em jornais e revistas ao longo das décadas de 1980 e 1990. As dimensões temáticas das reportagens exploraram dois blocos bastante demarcados: os benefícios dos medicamentos (presente em 27% das reportagens) e seus possíveis riscos envolvidos no consumo (55%). As classes dos analgésicos, anti-inflamatórios e antipiréticos, antibióticos, vitaminas e minerais foram as mais encontradas nas propagandas. Em muitas delas, há pouca definição do medicamento e dos seus riscos, prometendo-se resultados rápidos, com concepções mágicas e miraculosas. Algumas das concepções utilizavam-se da ciência como recurso, tendo-a como fonte e instância legitimadora de informações,

estando presentes os mais variados atores, destacando-se especialistas, estudiosos, os laboratórios farmacêuticos e instituições políticas no campo da saúde.

Um fenômeno que permeia o uso de medicamentos e tem relação com a sua propaganda é a medicalização¹. Segundo Barros (2008, p.37), a medicalização é uma “[...] crença que extrapola o razoável e o cientificamente justificável no valor e nas ações dos fármacos”. Tem-se, portanto, a medicalização da vida, do indivíduo, de não doenças e de inúmeras expressões do ser humano, necessitando-se fazer a distinção entre o medicamento como insumo necessário à saúde e o mesmo como sofisticação tecnológica influenciada pelo *marketing* de propagandas e do poder do complexo industrial farmacêutico.

Soma-se ainda, em função da conformação jurídica do direito à saúde, o crescente número de ações judiciais propostas ao Poder Público com o fim de garantir o fornecimento de medicamentos no âmbito do SUS. Tal fenômeno denominado de judicialização da saúde refere-se à positivação do direito ao medicamento e a outros insumos de saúde pelo ordenamento jurídico brasileiro. Tem por objetivo o acesso aos bens e serviços de saúde, incluindo medicamentos, resultando em aumento das demandas judiciais para efetivação do direito constitucional à saúde. Entretanto, apesar de garantir o acesso ao medicamento, não se está garantindo, necessariamente, o acesso ao cuidado. Essas demandas têm sido motivo de preocupação para os gestores da saúde em todos os níveis federativos, em função dos crescentes gastos, desvios do orçamento planejado e, segundo mostram alguns trabalhos, utilização sem evidência (com problemas de racionalidade) de medicamentos que podem não atender aos critérios de segurança, efetividade e qualidade (BRASIL, 2011c; SANT’ANA *et al.*, 2011).

2.1.1. Prescrição de medicamentos

Dentre os aspectos relacionados à AF está a prescrição de medicamentos, responsabilizando-se quem a prescreve, quem dispensa e quem administra o

¹ De acordo com os Descritores em Ciências da Saúde/Biblioteca Virtual em Saúde (DeCS/BVS), tem-se a seguinte definição: “Processo pelo qual problemas não médicos são definidos e tratados como problemas médicos, geralmente em termos de doenças ou distúrbios (Tradução livre do original: Annu Rev Sociol 1992, 18:209).”

medicamento, considerada etapa crucial no ciclo da AF e determinante do URM (BRASIL, 2014a; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2014).

“A prescrição irracional é uma doença difícil de tratar. Entretanto, sua prevenção é possível” (OMS, 1998, p. 1). Esta é a primeira frase que aparece na introdução do *Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica* da OMS. Nesta obra, a seguinte abordagem em etapas é proposta para a capacitação do prescritor: (1) definir o problema do paciente; (2) especificar o objetivo terapêutico; (3) verificar a conveniência dos medicamentos e escolher o tratamento mais eficaz e seguro para o paciente individual; (4) escrever a prescrição (incluindo medidas medicamentosas e não medicamentosas); (5) informar e instruir o paciente e (6) monitorar e/ou interromper o tratamento (OMS, 2001).

Corroborando o exposto acima, Aronson (2006) elencou 4 passos que devem preceder a prescrição: o diagnóstico, que deve ser preciso e sustentado por uma compreensão da fisiopatologia; a avaliação bem praticada do binômio risco-benefício; as questões práticas relacionadas com a escolha correta do fármaco, considerando-se a suscetibilidade do paciente e as possíveis interações medicamentosas e, por fim, o diálogo entre médico e paciente sobre o tratamento proposto e seus efeitos potenciais, tanto benéficos quanto adversos, bem como a necessidade de um monitoramento cuidadoso e possível ajuste de dose, exigindo do prescritor, além de habilidades de comunicação, conhecimentos profundos de fisiopatologia, bioquímica e farmacologia, inclusive de formas farmacêuticas e aspectos farmacocinéticos e farmacodinâmicos.

A boa prescrição, portanto, deve contemplar o mínimo de medicamentos possível, selecionados com base na melhor evidência científica disponível de eficácia, segurança e custo-efetividade, com mínimo potencial para provocar efeitos adversos e que sejam prescritos na forma farmacêutica apropriada, com posologia simples e por um curto espaço de tempo (BRASIL, 2014a; OSORIO-DE-CASTRO; PEPE, 2014).

Alguns fatores podem influenciar, direta ou indiretamente, no grau de qualidade da prescrição. Citam-se a formação profissional, permitindo maior ou menor compreensão das características do processo saúde-doença; as condições socioculturais, econômicas e políticas do contexto em que o profissional e o usuário estão inseridos; a disponibilidade de lista de medicamentos essenciais

padronizados; as fontes de informações às quais o profissional teve acesso; sua participação nas capacitações de educação continuada; a interferência do *marketing* e propaganda das companhias farmacêuticas, entre outros (BRASIL, 2014a; OMS, 2001).

Estudos apontam a carência de publicações sobre erros de prescrição, tema que naturalmente possui viés de informação nos serviços de saúde em função de paradigmas, do caráter punitivo (e não como uma oportunidade para ação e correção) e pelas ações dos profissionais que associam as falhas em suas atividades à vergonha, perda de prestígio e medo de punições (ROSA *et al.*, 2009).

No âmbito hospitalar, citam-se alguns trabalhos nacionais que contribuem para informações do estado da arte de erros de medicação e erros de prescrição. O trabalho de Rosa *et al.* (2009) avaliou os erros de prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos (MPP), também denominados de *high-alert medications* ou medicamentos de alto risco. Foram avaliadas 4.026 prescrições em várias dimensões, dentre as quais se destacaram alguns resultados que indicaram problemas na identificação do paciente (47%), do prescritor (33,7%) e da data (9,7%). Quanto à legibilidade, 18,5% estavam pouco legíveis/duvidosas e quanto aos MPP prescritos (3.177), havia omissão da concentração em 49,8% e omissão da forma farmacêutica em 25,4%.

Araújo e Uchôa (2011) analisaram 1.590 prescrições em um hospital pediátrico público de ensino. De forma semelhante aos resultados de Rosa *et al.* (2009), 32,39% das prescrições estavam pouco legíveis, o número de registro do paciente estava ausente em 41,0% e também o peso do paciente estava ausente em 19,56%, informação esta essencial para que o farmacêutico possa realizar a avaliação e conferência da dose.

Reconhecendo a importância de orientar os serviços de saúde nos assuntos que se referem à prescrição, dispensação e utilização de medicamentos, foi publicado recentemente o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos, produzido pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) (BRASIL, 2014a). O documento aborda procedimentos a serem seguidos na verificação da prescrição, dispensação e administração de medicamentos, sugere

indicadores para o monitoramento de erros de medicação (prescrição, dispensação e administração) e orienta quanto aos procedimentos práticos a serem incorporados nas rotinas dos profissionais e das instituições de saúde, com vistas a maximizar a segurança do paciente.

Nesse sentido, recomendação sempre presente na literatura especializada no assunto é a implantação e utilização da prescrição eletrônica como importante ferramenta que afasta a possibilidade de problemas com legibilidade e estabelece importantes padronizações que minimizam erros de medicação (ARONSON, 2006; FITZGERALD, 2009).

2.1.2. Adesão à terapêutica

Apesar do grande consumo de medicamentos ser demonstrado em diversos estudos, ainda se observa a falta de adesão ao tratamento prescrito, prática esta (a não-adesão) reconhecida como universal e relacionada ao paciente, ao profissional da saúde, à terapêutica e à enfermidade. A questão da adesão é aspecto primaz para o sucesso da terapêutica, uma vez que dela depende a cura, o controle e a prevenção de doenças e agravos (KYANKO; FRANKLIN; ANGELL, 2012; LEITE; VASCONCELOS, 2003; ROCHA *et al.*, 2008).

Leite e Vasconcelos (2003) realizaram uma pesquisa com o objetivo de encontrar elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura acerca da adesão à terapêutica medicamentosa. Ainda que o conceito de adesão varie entre os diversos autores, de forma geral, adesão é definida como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses e tempo de tratamento.

Rocha *et al.* (2008, p. 704) compartilham do mesmo conceito, ao citarem a definição de adesão da OMS: “a magnitude com que o comportamento de um paciente coincide com o aconselhamento do seu médico”. Embora os termos cumprimento, obediência, observância e adesão muitas vezes sejam utilizados como sinônimos para definir o seguimento do paciente às instruções do prescritor, estes possuem significados e conotações diferentes no que diz respeito à postura do paciente em relação ao processo saúde-doença, ou seja, comportamento passivo

para os termos cumprimento, obediência, observância e comportamento ativo para adesão (LEITE; VASCONCELOS, 2003; ROCHA *et al.*, 2008).

Sabe-se que a adesão é influenciada pelo meio social e cultural em que o paciente está inserido, passando por questões econômicas, nível de escolaridade, crenças e dinâmicas sociais de aprendizagem já experimentadas (LAW *et al.*, 2012; LEITE; VASCONCELOS, 2003; ROCHA *et al.* 2008).

Ademais, constantemente os pacientes se deparam com incertezas, desconhecimentos, dúvidas e ambiguidades a respeito de seu estado de saúde, dos procedimentos diagnósticos, dos medicamentos prescritos, entre outros, o que pode impactar diretamente no grau de adesão à terapêutica:

Não possuindo concepções acerca das origens de suas doenças formuladas com base na racionalidade médica científica ocidental, tampouco os pacientes se julgam capazes de avaliar os tratamentos médicos. [...] há uma série de incertezas relacionadas à organização de seus tratamentos: por que estes medicamentos, estes horários, estas dietas, estes toques, etc. [...]. [Os pacientes] carregam dúvidas acerca de suas doenças e de seus tratamentos: como eles surgiram, quais são suas etapas, seus prováveis efeitos, quais fatores são importantes para suas formações, quais relações estes fatores mantêm entre si e com outros quaisquer etc. [...] (PEREIRA, 2010, p.150-151).

Ora, o acesso a medicamentos é pré-requisito para a adesão, questão esta especialmente sensível em países em desenvolvimento. Como toda empresa, as indústrias farmacêuticas visam ao lucro e dele dependem para continuar no mercado. Sendo assim, é imposto um preço ao medicamento, tal como outro bem de consumo qualquer a ser adquirido por uma classe social que consiga pagar este preço. Por conseguinte, a despeito das políticas de Estado e programas do Governo que oferecem medicamentos gratuitamente, populações pobres encontrarão óbvias dificuldades para adquiri-lo (LEITE; VASCONCELOS, 2003; ZIVIN *et al.*, 2010).

Law *et al.* (2012) realizaram um estudo de prevalência da não-adesão relacionada ao custo do tratamento. Após analisar a resposta de 5.732 canadenses que tiveram uma prescrição medicamentosa no ano de 2011, os autores encontraram uma prevalência de 9,6%, chegando à conclusão de que 1 a cada 10 canadenses que receberam prescrição reportavam não-adesão em função dos custos. Vale destacar que, no sistema de saúde canadense, o medicamento não é fornecido gratuitamente e sim pela modalidade de copagamento.

Polifarmácia e tratamentos complexos também exigem maior atenção, memória e organização diante dos horários de administração dos medicamentos, resultando em maior dificuldade na adesão pelo paciente. Nesse sentido, menor número de medicamentos prescritos e um custo total também menor melhoram a adesão. Estudo transversal de base populacional realizado com 466 idosos residentes em Porto Alegre (RS) revelou que 37,1% eram aderentes à terapia medicamentosa. Estratificando os dados, observou-se que a adesão era maior entre os que utilizavam menos medicamentos (ROCHA *et al.*, 2008).

Efeitos adversos, interações medicamentosas e manifestações idiossincráticas também podem interferir na adesão, uma vez que o medo de ser acometido por esses efeitos fazem o paciente interromper o tratamento. Ilustra-se, como exemplo, a terapia antirretroviral. Seus esquemas terapêuticos são complexos, de difícil adesão, associados a efeitos adversos e interações medicamentosas, além de exigir do paciente uma adaptação quanto à mudança do estilo de vida, alimentação e horários. A não-adesão é causa comum na falha do tratamento, sendo oportunidade e dever dos profissionais de saúde a intervenção no sentido de fornecer informações e contribuir para a compreensão do paciente a respeito do importante papel dos medicamentos no controle da evolução da doença (CECCATO *et al.*, 2004).

É consenso na literatura que o aumento na expectativa de vida necessariamente leva ao aumento da prevalência de doenças e condições crônicas como hipertensão, diabetes, asma e insuficiência renal. A importância do manejo de condições crônicas coexistentes em pessoas de todas as idades é fundamental para retardar a progressão e evitar o agravamento da doença, reduzir risco de tratamentos duplicados, incompatíveis ou conflitantes que podem afetar negativamente os resultados de saúde. Neste cenário, o medicamento assume papel relevante. Sua efetividade dependerá da adesão às instruções contidas na prescrição e repassadas por profissionais de saúde (WILLIAMS; MANIAS; WALKER, 2008).

A não-adesão ao tratamento, especialmente em doenças crônicas, tais como hipertensão, diabetes, dislipidemias, doenças psiquiátricas, entre outras, está associada à elevação dos custos de saúde, ao aumento das internações e a um maior número de mortes. Atividades de ensino e/ou práticas educativas de saúde

direcionadas ao paciente, de um modo geral, contribuem para motivá-lo ao autocuidado, à adesão à terapia medicamentosa e ao plano terapêutico (KYANKO; FRANKLIN; ANGELL, 2012).

Revisão sistemática (RS) de Williams, Manias e Walker (2008) avaliou as intervenções testadas em ensaios clínicos para melhorar a adesão à medicação em pessoas com três ou mais condições crônicas coexistentes, das quais as mais comumente estudadas foram doenças cardiovasculares, diabetes, hiperlipidemia, doenças renais, respiratórias, gastrointestinais, do sistema nervoso central, hematológicas e músculo-esqueléticas. Todas as intervenções utilizadas compreenderam abordagens educacionais e comportamentais e valeram-se de métodos variados como a elaboração de bilhetes para recordar o horário dos medicamentos, ligações telefônicas para reforçar o cumprimento do tratamento, sessões de aconselhamento e intervenções em grupos de discussão e acompanhamento farmacêutico em uma tentativa de melhorar a adesão à terapêutica medicamentosa. Os autores apontaram as dificuldades de conclusões generalizadas devido à heterogeneidade dos estudos que, em sua maioria, tiveram como público-alvo idosos e focavam-se em prevenir eventos adversos a medicamentos (EAM) ao invés de controlar as doenças crônicas.

Revisão sistemática com meta-análise de Coleman *et al.* (2012) determinou o efeito da frequência de administração de medicamentos na adesão ao tratamento de doenças crônicas. Foram avaliados 51 estudos prospectivos que mediram a adesão aos medicamentos orais em regimes posológicos que variaram de 1 a 4 vezes ao dia, com acompanhamento e mensuração da adesão por no mínimo um mês. Tomando o conceito de *timing adherence*², o percentual médio de adesão para os regimes de 2, 3 e 4 vezes ao dia foram significativamente mais baixos quando comparados com regime de uma vez ao dia, sendo, respectivamente, -26,7%, -39,0% e -54,2%. Os achados deste estudo e de outros (CLAXTON; CRAMER; PIERCE, 2001; INGERSOLL; COHEN, 2008; MEDIC *et al.*, 2013) confirmam a relação inversa existente entre a adesão à terapêutica medicamentosa e a frequência de administração em pacientes com doenças crônicas.

² (Número de doses tomadas em um determinado intervalo/número total de doses) x 100.

2.1.3. Problemas Relacionados a Medicamentos

Existe hoje na literatura uma variedade de termos e heterogeneidade de conceitos, muitas vezes resultantes de traduções imprecisas, propiciando dificuldade de interpretação, exigindo, portanto, uma padronização das terminologias que designam os mais variados tipos de incidentes com medicamentos. Essa falta de padronização dificulta ainda a comparação dos estudos já publicados (AIZENSTEIN; TOMASSI, 2011; RISSATO; ROMANO-LIEBER; LIEBER, 2008).

Tomando por base os trabalhos que já realizaram extensas pesquisas sobre as definições e significados/conotações encontrados na literatura, adota-se, para efeito de padronização neste trabalho, a definição de problemas relacionados a medicamentos (PRM) da Pharmaceutical Care Network Europe Foundation - PCNE (2010, p. 2, tradução nossa): “[...] eventos ou circunstâncias envolvendo a terapia medicamentosa que realmente ou potencialmente interferem no resultado desejado de saúde”³. Assim sendo, PRM podem estar relacionados a reações adversas a medicamentos (RAM) e a erros de medicação (EM) (AIZENSTEIN; TOMASSI, 2011; RISSATO; ROMANO-LIEBER; LIEBER, 2008).

Em 1972, a OMS (p. 9, tradução nossa) conceituava RAM como sendo a “[...] resposta a um medicamento que é nociva, não intencional e que ocorre em doses normalmente usadas no homem.”⁴ São, portanto, consideradas não evitáveis e que produzem dano ao paciente. O conceito de EM difere-se de RAM, uma vez que guarda em sua essência o fato de ser qualquer evento evitável que pode levar ao uso inadequado do medicamento, podendo ou não causar danos ao paciente, ocorrendo na prescrição, dispensação ou administração do medicamento (WHO, 1972; NCCMERP, 1998).

Um outro conceito, EAM (denominado eventos/efeitos adversos relacionados a medicamentos) também é amplamente empregado na literatura. Adota-se a definição da American System Health Pharmacy (1998) citada por Rissato, Romano-

³ O texto em língua estrangeira é: “A Drug-Related Problem is an event or circumstance involving drug therapy that actually or potentially interferes with desired health outcomes.”

⁴ O texto em língua estrangeira é: “an adverse reaction to a drug is one that is noxious, is unintended, and occurs at doses normally used in man.”

Lieber e Lieber (2008, p. 1969) como sendo “Dano (injury) advindo de medicamento (medicine) (ou da falta de um medicamento planejado)”.

Problemas relacionados a medicamentos são particularmente comuns após a hospitalização, uma vez que há múltiplas mudanças no regime medicamentoso e, em muitos casos, são resultantes de falhas na orientação, acompanhamento e continuação dos cuidados em saúde. Podem resultar em discrepâncias entre o que foi prescrito e o atual regime adotado pelo paciente, baixa adesão e prescrição de medicamentos inapropriados, culminando em um aumento substancial na morbimortalidade, aumentando os custos nos serviços de saúde, prejudicando o indivíduo e a sociedade (SCHNIPPER *et al.*, 2006).

Erros de medicação podem levar a EAM, resultando em prolongamento do tempo de internação, aumento do risco da mortalidade, aumento dos custos. Só nos Estados Unidos são estimadas 7000 mortes por ano decorrentes de EM (LEWIS *et al.*, 2009).

Revisão sistemática de Lewis *et al.* (2009) identificou a incidência, prevalência e natureza de erros de prescrição em pacientes internados. Os dados encontrados evidenciaram uma taxa média de erros em prescrições de 7% (2-14%), 52 erros (8-227) por 100 admissões e 24 erros (6-212) por 1000 pacientes/dia. O erro mais comum estava relacionado à dose incorreta. A classe de antimicrobianos também esteve relacionada aos erros mais comuns.

Foster *et al.* (2005) conduziram uma coorte prospectiva com o objetivo de descrever a incidência de EAM ocorridos após alta hospitalar e seus fatores de risco associados. Quatrocentos pacientes foram entrevistados 24 dias após a alta, por meio de contato telefônico. Destes, 45 (11%, intervalo de confiança - IC - ao nível de 95%: 8 a 14%) sofreram algum tipo de EAM, sendo que em 27% dos casos eram erros de medicação. Pacientes foram menos propensos a experimentar EAM quando se recordavam das informações sobre os medicamentos prescritos. O risco de EAM por prescrição foi maior quando estavam presentes as classes de corticosteróides, anticoagulantes, antimicrobianos, analgésicos e medicamentos cardiovasculares. Este risco também aumentava na presença de um maior número de medicamentos prescritos. Os autores concluíram que a falha no acompanhamento foi uma causa comum de EAM, reforçando o processo de

orientação a respeito dos medicamentos, especialmente àqueles pacientes com polifarmácia e que fazem uso de MPP.

Schnipper *et al.* (2006) conduziram um ensaio clínico com 178 pacientes que receberam alta em hospital de ensino. Pacientes do grupo com intervenção farmacêutica receberam aconselhamento deste profissional durante a alta, além de contato telefônico para acompanhamento, 3 a 5 dias após a alta. As intervenções farmacêuticas tiveram por objetivo esclarecer as dúvidas dos pacientes, esclarecendo-os com informações a respeito dos medicamentos prescritos. O grupo controle não recebeu tal intervenção. O desfecho medido foi a incidência de EAM evitáveis (até 30 dias após alta), sendo 11% no grupo controle e 1% no grupo que recebeu intervenção farmacêutica ($p=0,01$). A conciliação medicamentosa⁵, o aconselhamento do paciente e o acompanhamento por telefone revelaram-se atividades associadas a melhores desfechos em uma concepção ampla, ao se considerar os benefícios de se prevenir PRM.

Neste âmbito, visando minimizar os mais variados tipos de erros, estratégias como a padronização das atividades profissionais, utilização de recursos de tecnologia da informação e principalmente atividades voltadas para capacitação de profissionais (educação na saúde) e intervenções junto aos pacientes (educação em saúde) revelam-se opções que têm como foco aumentar a segurança do paciente quanto ao uso de medicamentos.

2.1.4. Uso Racional de Medicamentos

A PNM refere-se ao URM como sendo:

[...] O processo que compreende a 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 indicado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (BRASIL, 1998, p.18).

⁵ Processo de revisão, avaliação crítica e adequação do plano farmacoterapêutico (seja ele prescrito durante a internação hospitalar ou em qualquer outro momento nos diferentes níveis de assistência à saúde prestada ao paciente), realizado sob a forma de uma lista de medicamentos, comparando-a com todos os medicamentos que o paciente faz (ou fará) uso. Esse processo contribui para prevenção de erros de medicação e riscos potenciais ao paciente (SCHNIPPER *et al.*, 2006).

Esta e outras definições guardam semelhanças entre si no sentido em que situam o caráter multidisciplinar do URM, estando envolvidos diversos atores, tais como usuários, prescritores, dispensadores, demais profissionais de saúde, pesquisadores, gestores, legisladores, indústria farmacêutica, comércio, governo e inúmeros outros fatores capazes de influenciar o uso de medicamentos (AIZENSTEIN, 2010; AQUINO, 2008; ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 2002).

Dessa forma, o URM inclui: escolha terapêutica adequada (seleção criteriosa); indicação apropriada (a razão para prescrever deve estar baseada em evidências científicas); medicamento apropriado (considerar eficácia, segurança, conveniência para o paciente e custo); dose, administração e duração do tratamento adequadas; paciente apropriado (fatores genéticos, contra-indicações, outros); dispensação correta, incluindo informação apropriada sobre os medicamentos prescritos; adesão ao tratamento pelo paciente; seguimento dos efeitos desejados e de possíveis eventos adversos consequentes do tratamento (MARIN *et al.*, 2003).

Leite e Cordeiro (2008) reforçaram a necessidade do trabalho multidisciplinar na promoção do URM. Os mesmos autores detalharam alguns dos elementos que permeiam o ciclo da AF: a Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), composta por grupos multidisciplinares de profissionais para realizar a seleção de medicamentos com embasamentos clínico-epidemiológicos, critérios de eficácia terapêutica, segurança e relação risco/benefício; a prescrição de tratamentos com bom perfil de segurança e que sejam eficazes; a ausência de conflito de interesse no ato prescritivo, livre de influências do *marketing* da indústria farmacêutica; e o reconhecimento pelo prescritor dos medicamentos no contexto social, econômico e cultural dos indivíduos.

Automedicação, não-adesão à terapia medicamentosa, armazenamento incorreto dos produtos, efeitos adversos, intoxicações, falha terapêutica, internações hospitalares desnecessárias, piora do quadro clínico, danos irreversíveis e até mesmo morte são aspectos relacionados ao uso não-razional de medicamentos. Em muitos casos, tais eventos poderiam ser evitados pela relação de diálogo com o paciente, tornando-o consciente de sua situação de saúde e fornecendo subsídios

para o correto cumprimento do regime terapêutico (AIZENSTEIN, 2010; LEITE; CORDEIRO, 2008; PEREIRA; FREITAS, 2008).

No âmbito hospitalar, as atividades de farmácia clínica estão voltadas para maximizar benefícios e minimizar os riscos à saúde e custos da terapêutica. O farmacêutico clínico pode atuar na prevenção e monitoramento de efeitos adversos, intervindo e contribuindo quando da prescrição de medicamentos para a obtenção de resultados clínicos positivos, melhorando a qualidade de vida dos pacientes ao mesmo tempo em que contribui para a racionalização dos custos envolvidos na terapia medicamentosa, promovendo o URM, e conseqüentemente, o aumento da segurança ao paciente (FERRACINI *et al.*, 2011).

2.1.5. Conhecimento sobre os medicamentos por parte do paciente

Diversos estudos nacionais que avaliaram o conhecimento dos pacientes/cuidadores sobre medicamentos discorreram sobre a importância de o paciente estar bem informado. Neste cenário, há menos ocorrência de PRM e erros de medicação, aumentando-se a segurança do uso dos medicamentos, estando relacionado à melhores resultados em saúde e em qualidade de vida (CECCATO *et al.*, 2004; FARIA *et al.*, 2009; SILVA; MOREIRA *et al.*, 2008; MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013; SCHENKEL; MENGUE, 2000).

Vários fatores estão relacionados com o conhecimento apresentado pelo paciente, a saber: sociodemográficos (idade, renda, nível de escolaridade, letramento em saúde, outros), aqueles relacionados com o profissional de saúde (vocabulário empregado, capacitação para educação em saúde e comunicação acessível, formação técnica adequada, acolhimento, acompanhamento, monitoramento e repasse de orientações) e com o serviço de saúde (serviços e práticas que contribuem para fortalecimento de ações educativas, continuidade da oferta de cuidados, serviços em rede que contemplem a integralidade do cuidado, entre outros).

Silva, Schenkel e Mengue (2000) realizaram entrevistas com 266 pacientes que haviam acabado de sair de consulta médica em ambulatório de um hospital universitário, abordando com perguntas a respeito do nome, indicação, dose, frequência de administração, duração do tratamento, possíveis efeitos adversos e

precauções quanto ao primeiro medicamento listado na prescrição médica. Foram atribuídos critérios de pontuação, classificando o conhecimento dos pacientes em três níveis, tendo sido obtido o seguinte resultado: 9% dos entrevistados apresentaram conhecimento insuficiente, 57%, regular e 34%, bom. Sessenta e nove por cento sabiam o nome do medicamento, 81% a indicação terapêutica, 81% a dose, 69% a frequência e 61% a duração do tratamento. A conclusão dos autores foi que a maioria dos pacientes apresentava nível de informação suficiente para uso do medicamento em condições ideais de ambulatório, sendo ainda necessário aprimorar os meios de informação ao paciente.

Ceccato e col. (2004) avaliaram a compreensão das informações sobre a terapia antirretroviral entre 358 portadores do HIV/AIDS atendidos em serviços públicos de referência, em Belo Horizonte - MG. A compreensão dos entrevistados foi classificada como insuficiente em 26,3% dos casos, mesmo tendo recebido orientação de médico e farmacêutico. Os autores avaliaram ainda a orientação dos profissionais de saúde segundo a percepção do paciente e reforçaram a necessidade de combinação de técnicas educacionais e comportamentais, além de abordagens com enfoque multidisciplinar com o objetivo de melhorar a adesão ao tratamento.

Faria e col. (2009) avaliaram o conhecimento de 46 pacientes acerca da terapia medicamentosa para o controle do diabetes mellitus. Destes, 56,5% apresentavam déficit no conhecimento. O objeto de estudo de Moreira e col. (2008) foi a avaliação do conhecimento farmacológico de 130 pacientes com doença renal crônica. Semelhante aos demais resultados apresentados anteriormente, os autores utilizaram-se de um escore padronizado e constataram que 51,5% apresentavam conhecimento baixo ou médio, reforçando que tais pacientes necessitavam de maiores informações para o proceder com o uso seguro e eficaz dos medicamentos.

Um estudo mais recente, de autoria de Motter, Olinto e Paniz (2013), avaliou o conhecimento sobre a farmacoterapia em 678 usuários de medicamentos para hipertensão arterial. Menor idade, maior escolaridade, cor da pele branca, melhor percepção de saúde e menor número de medicamentos prescritos estiveram associados a melhor conhecimento.

Outros estudos publicados na literatura internacional também avaliaram o assunto em questão. Estudo de abordagem qualitativa conduzido por Borgsteede *et*

al. (2011) avaliou a necessidade de informação dos pacientes em alta hospitalar a respeito dos medicamentos. As demandas de informação pelos pacientes que mais se fizeram presentes eram relacionadas às informações básicas como nome e dose, apesar da maioria deles estarem satisfeitos com a informação previamente transmitida.

Alkatheri e Albekairy (2013) realizaram um estudo para avaliar o efeito do nível de escolaridade e aconselhamento farmacêutico prévio do paciente sobre o conhecimento a respeito dos medicamentos. Foram entrevistados 90 pacientes, entre internados e ambulatoriais, em um centro de atenção terciária na Arábia Saudita. As variáveis idade, sexo, nível de escolaridade e recebimento prévio de aconselhamento sobre os medicamentos foram relacionadas buscando-se associação com perguntas sobre identificação, indicação, horário da administração e efeitos adversos sobre os medicamentos.

O nível de escolaridade esteve associado significativamente à idade, ao passo que não ao sexo. Nível de escolaridade mais alto esteve associado positivamente aos aspectos sobre os conhecimentos dos medicamentos: dos pacientes com baixa escolaridade, 35,8-56,9% revelaram bom a excelente conhecimento sobre identificação, indicação e horário da administração dos medicamentos, comparados com 76,2-90,5% daqueles com alta escolaridade. Com relação aos efeitos adversos, 13,6% e 70% dos pacientes com baixa e alta escolaridade, respectivamente, demonstraram conhecimento bom a excelente (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013).

Aconselhamento prévio sobre os medicamentos também esteve associado significativamente ao melhor conhecimento sobre identificação, indicação e horário da administração dos medicamentos: 87,8-97,6% dos pacientes que o receberam demonstraram bom a excelente conhecimento, comparados a 37,2-43,2% daqueles que não. A respeito dos efeitos adversos, 52,9% daqueles que receberam aconselhamento demonstraram bom a excelente conhecimento, comparados com 12,5% daqueles que não receberam aconselhamento (ALKATHERI; ALBEKAIRY, 2013).

Hartholt *et al.* (2011) quantificaram o conhecimento sobre medicamentos de 160 pacientes ambulatoriais de um departamento de medicina interna e geriátrica em um centro médico universitário, em Rotterdam, Holanda. Foram investigados o

nome, indicação, dose e frequência de administração do medicamento. Para efeito de comparação, os pacientes foram divididos em 4 grupos: jovens (18-65 anos) do ambulatório de medicina interna (AMI), idosos (>65 anos) do AMI, idosos sem demência do ambulatório de geriatria (AG) e um grupo de cuidadores de idosos com demência do AG. Os entrevistados foram abordados antes da consulta médica, por meio de uma entrevista padronizada. Um valor de $p < 0,05$ foi considerado estatisticamente significativo.

O conhecimento sobre o nome do medicamento foi melhor no grupo de pacientes jovens (89% de acerto) do que de idosos (19%) do AMI; sobre a indicação, o índice de acerto foi de 89% para os jovens, 67% para os cuidadores de idosos do AG, 33% para idosos do AG e 19% para idosos do AMI. O conhecimento da dose foi ruim em todos os grupos, especialmente em idosos do AMI, apenas 9% (HARTHOLT *et al.*, 2011).

Tendo por base o resultado do trabalho de Leendertse *et al.* (2008) que constatou que aproximadamente 50% dos efeitos adversos que levaram à internação são passíveis de prevenir, os resultados do trabalho de Hartholt *et al.* (2011) demonstram que a pouca familiarização dos pacientes com os medicamentos pode aumentar o risco de efeitos adversos, especialmente em pacientes idosos e polimedicados, podendo culminar em uma hospitalização passível de ser evitada pelo conhecimento da farmacoterapia.

Vale destacar a importância de programas de educação ao paciente como estratégia para aumentar o conhecimento, devendo, portanto, serem incorporadas na rotina das consultas médicas e farmacêuticas. Para que o paciente alcance um bom nível de conhecimento sobre seus medicamentos, os profissionais da saúde devem estar abertos ao diálogo e atentos para fornecer as informações e instruções de forma adequada e compreensível a cada paciente (HARTHOLT *et al.*, 2011).

Kerzman, Baron-Epel e Toren (2005) realizaram um estudo que avaliou o nível de conhecimento de 341 pacientes sobre a terapia medicamentosa após a alta hospitalar de um grande centro médico em Israel. Foram investigadas correlações deste conhecimento com variáveis sociodemográficas e aconselhamento prévio. Os pacientes eram entrevistados por contato telefônico uma semana após a alta e eram perguntados sobre a finalidade do uso do medicamento, horário da administração, efeitos adversos, necessidade de exames e mudanças de estilo de vida.

Foram computadas as informações sobre o aconselhamento a respeito de medicamentos que o paciente já fazia uso antes da internação hospitalar e daqueles novos que utilizaria após a alta. Trinta e seis por cento relataram não ter recebido orientação sobre os medicamentos anteriormente usados, enquanto 60% não receberam aconselhamento sobre os novos medicamentos. A maioria dos aconselhamentos (88%) foi realizada por médicos. Enfermeiros e farmacêuticos foram responsáveis por 8% e 2%, respectivamente (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

Tal como no estudo de Alkatheri e Albekairy (2013), foi encontrada uma correlação estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre o recebimento prévio de aconselhamento e o conhecimento correto. Dos pacientes que relataram ter recebido orientação durante a hospitalização, 81% demonstraram conhecimento correto em pelo menos um dos aspectos estudados, ao passo que este índice foi de 60% para aqueles que não receberam aconselhamento (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

O estudo evidenciou a necessidade de aconselhamento do paciente durante a internação, uma vez que houve uma lacuna entre a percepção aparente do conhecimento (o que os pacientes pensam que sabem) e o conhecimento real de fato (o que realmente sabem). Tais dados indicam que o aconselhamento fornecido era insuficiente ou inadequado e que ele ainda poderia ser explorado de outras possíveis formas e meios, sugerindo sua inclusão definitiva nos serviços assistenciais prestados (KERZMAN, BARON-EPEL, TOREN, 2005).

O profissional farmacêutico é considerado o último contato do usuário com o sistema de saúde antes da utilização do medicamento. Nesta perspectiva, este profissional pode (e deve) contribuir no que diz respeito ao diálogo e transmissão de informações ao usuário, com o intuito de proporcionar conhecimentos a respeito do seu estado de saúde e de medicamentos prescritos.

Esta orientação, compreendida como um macro-componente da atenção farmacêutica (ATENFAR), que por sua vez está inserida no contexto da AF, pode ser tanto verbal como por escrito, sobre o nome do medicamento, posologia, indicação de uso, possíveis efeitos adversos, interações medicamentosas, duração do tratamento, precauções e atitudes no caso de esquecimento de doses, alertas quanto aos riscos da automedicação e da interrupção prévia do tratamento, entre

outras demandas de informação pertinentes ao uso deste insumo da saúde (CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA, 2002; KABOLI; McCLIMON; 2006; ROCHA *et al.* 2008; BLOM; KRASS, 2011).

2.2. ALTA HOSPITALAR

Atualmente, o tempo de internação hospitalar tem sido abreviado por diversos motivos, sendo os principais deles, a redução de custos, a grande demanda pelos leitos hospitalares e os riscos que a hospitalização prolongada pode causar. Logo, o processo de alta hospitalar é considerado um desafio, tanto para o paciente, quanto para os profissionais de saúde, principalmente por ser momento crítico na transferência de cuidados, devido à relativa alta precoce e ao reduzido tempo dedicado à educação do paciente durante a hospitalização (MIASSO; CASSIANI, 2005; TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

Este processo que envolve o planejamento da alta hospitalar é uma exigência da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO), organismo de acreditação de unidades de saúde. Teixeira e colaboradores (2012) realizaram uma revisão integrativa sobre a educação do paciente a respeito do regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar. Os artigos revisados compartilharam da mesma opinião: o planejamento de alta é atividade multiprofissional e deve ser padronizada para maior eficácia e qualidade do cuidado, com o intuito de garantir sua continuidade em domicílio, a fim de empoderar os pacientes com informações e recursos necessários para melhorar ou manter a saúde, prevenir PRM e evitar reinternações (ANDRIETA, 2011; MIASSO; CASSIANI, 2005; TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

O plano de alta deve se embasar em uma investigação realizada durante a internação, reunindo informações respeitantes às limitações do paciente, da família (ou cuidador) e do ambiente, uma vez que esses dados compõem a implementação do plano de cuidados. Neste processo deve haver a troca de informações entre paciente, cuidadores e profissionais de saúde, numa perspectiva de trabalho em conjunto, visando superar a fragmentação do cuidado, permitindo a discussão sobre

a resolução de problemas, com vistas ao *empowerment*⁶ do paciente (ANDRIETA, 2011; TEIXEIRA; RODRIGUES; MACHADO, 2012).

A segurança do paciente depende do conhecimento para o uso correto de medicamentos. Cua e Kripalani (2008) afirmaram que os atuais processos que envolvem a alta hospitalar não tem sido efetivos em transmitir informações capazes de garantir a qualidade de cuidado pós-alta hospitalar. Esta lacuna nos serviços de saúde pode resultar em baixos níveis de conhecimento pelo paciente, ocasionando EM evitáveis e não-adesão. O linguajar muito técnico (jargão médico), a falta de recursos (humanos, financeiros, administrativos, educacionais, outros), limitações de tempo e baixo letramento em saúde são algumas das barreiras para a plena orientação do paciente na alta hospitalar, e que dificultam o diálogo entre profissionais de saúde e pacientes. A comunicação eficaz com linguagem clara e compreensível, destacando pontos importantes e assegurando que o paciente compreendeu a informação seria uma das soluções para URM durante transições assistenciais.

A conciliação medicamentosa é uma ferramenta poderosa, efetiva e recomendada pela OMS (WHO, 2014) na prevenção de PRM e EM, uma vez que permite identificar discrepâncias (intencionais e não intencionais) que poderiam prejudicar o usuário.

Estudos têm demonstrado que a história farmacoterapêutica é mais detalhada e minuciosa quando realizada por farmacêuticos do que por médicos. Nesse sentido, importantes informações a respeito da posologia, dose, via de administração, interações medicamentosas, alergias, entre outras podem não ser levadas em conta quando o farmacêutico não está envolvido na equipe assistencial (CUA; KRIPALANI, 2008; REEDER; MUTNICK, 2008).

Em revisão integrativa sobre plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva, Andrieta e colaboradores (2011) apontaram que a educação em saúde é tida como chave para o sucesso na redução da morbidade/mortalidade e dos custos relacionados à doença, uma vez que o

⁶ Doravante mencionado como “empoderamento”. Pela definição da OMS (1998, p.6): “Na promoção da saúde, o empoderamento é um processo através do qual as pessoas ganham maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde”. O texto em língua estrangeira é: “In health promotion, empowerment is a process through which people gain greater control over decisions and actions affecting their health.”

conhecimento transmitido ao paciente contribui para seu autocuidado. O déficit de conhecimento a respeito da doença e do tratamento, falta de adesão à terapia medicamentosa, não aceitação da doença, ausência de apoio familiar, discreta melhora dos sintomas e terapêutica medicamentosa complexa, prolongada e com possibilidade de efeitos adversos são entraves ao autocuidado.

Gonzáles (1998), *apud* Cesar e Santos (2005), refere-se à programação da alta hospitalar como uma estratégia de educação em saúde, uma vez que a abordagem educativa específica tem como propósito a aquisição de conhecimentos que possibilitam ao paciente a adoção de comportamentos preventivos e atitudes conscientes em prol da promoção de sua saúde.

Walker *et al.* (2010) enfatizam o papel do farmacêutico no desenvolvimento de atividades relacionadas à entrevista e avaliação do paciente, aconselhamento, conciliação medicamentosa e monitorização pós-alta hospitalar, condizentes e compreendidas nas atividades clínicas desenvolvidas por este profissional no âmbito hospitalar.

Os estudos de Al-Rashed *et al.* (2002), Schommer *et al.* (2002), Schnipper *et al.* (2006), Ponniah *et al.* (2007), Bayley *et al.* (2007), Lindblad *et al.* (2008), MacAulay *et al.* (2008), Viktil *et al.* (2008), Donihi *et al.* (2008), Kent (2009), Walker *et al.* (2009), Pedersen *et al.* (2010), Ulayar *et al.* (2011), Kripalani *et al.* (2012), Salanitro *et al.* (2012), Musgrave *et al.* (2013), entre outros inúmeros trabalhos, apresentam evidências do impacto positivo das atividades clínicas do profissional farmacêutico, especialmente aquelas relacionadas com programas de alta hospitalar, orientação ao paciente, conciliação medicamentosa, adesão ao tratamento e prevenção de EM, revelando inúmeros benefícios, tanto no nível individual quanto no coletivo.

2.3. LETRAMENTO EM SAÚDE

Segundo Passamai *et al.* (2012), o constructo letramento em saúde (LS) (do inglês *health literacy*) ainda não possui um consenso quanto à sua definição, sendo, por vezes, também denominado de letramento funcional em saúde.

É, portanto, campo de investigação em construção, marcado por diferenças epistemológicas, estando relacionado à interação de um indivíduo dentro de um

sistema, neste caso, a saúde, sendo o resultado da ação de ensinar e aprender as práticas sociais da leitura e escrita, ou mesmo, o estado ou condição da apropriação da escrita e das práticas sociais (PASSAMAI *et al.*, 2012; SOARES, 2004).

Soares (2004) afirma que, no Brasil, o termo *letramento* surgiu em meados dos anos de 1980, com o intuito de nomear fenômenos distintos da *alfabetização*, estando o primeiro relacionado especificamente ao nível de competências de leitura e de escrita mais avançadas da população (ser capaz de fazer uso da leitura e da escrita), enquanto o segundo é tido como processo de aquisição do sistema convencional de uma escrita alfabética e ortográfica (saber ler e escrever).

A *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization* (UNESCO), adotou a seguinte definição operacional de letramento:

[...] capacidade de identificar, compreender, interpretar, criar, comunicar e computar, usando materiais impressos e escritos associados com os contextos variados. Letramento envolve a aprendizagem contínua dos indivíduos que permitam alcançar os seus objetivos, desenvolver o seu conhecimento e potencial, e participar plenamente na comunidade e na sociedade em geral. (UNESCO, 2005, p. 21)⁷.

No Dicionário de Promoção da Saúde (PS) da OMS (WHO, 1998), encontra-se uma definição de LS:

Competências cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos para obter acesso, compreender e utilizar a informação em meios que promovem e mantêm uma boa saúde (WHO, 1998, p. 10)⁸.

Outras definições para LS são encontradas na literatura, guardando certa semelhança. Weiss *et al.* (2005) define LS como sendo a capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde, necessários para tomar decisões sobre a própria saúde e sobre cuidados médicos.

⁷ O texto em língua estrangeira é: "Literacy is the ability to identify, understand, interpret, create, communicate and compute, using printed and written materials associated with varying contexts. Literacy involves a continuum of learning in enabling individuals to achieve his or her goals, develop his or her knowledge and potential, and participate fully in community and wider society."

⁸ O texto em língua estrangeira é: "Health literacy represents the cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health."

Dentre os instrumentos para mensurar o LS, os mais frequentemente utilizados são o REALM (*Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine*) e o TOFHLA (*Test of Functional Health Literacy in Adults*). Existem críticas com relação a estes instrumentos, uma vez que, por vários motivos (alguns deles: elaborados em outros países nitidamente diferentes do Brasil, falta da adoção de critérios e inviabilidade fidedigna de adaptação transcultural), não são capazes de captar a multidimensionalidade do LS propriamente dita (SANTOS *et al.*, 2012; PASSAMAI *et al.*, 2012).

A multidimensionalidade do LS é transversal no sentido em que envolve fatores relacionados ao indivíduo (habilidades cognitivas e físicas, características sociodemográficas), aos profissionais (adequação do vocabulário técnico para uma comunicação de forma clara, simples e acessível ao usuário) e aos serviços de saúde (postura abrangente, respeitando as peculiaridades culturais, de modo a atender às necessidades individuais e coletivas, na medida em que contempla canais de discussão no âmbito político, social, econômico e ambiental, em prol da promoção da saúde) (PASSAMAI *et al.*, 2012).

No Brasil, o Indicador de Alfabetismo Funcional (INAF) apresenta as análises e interpretações dos resultados da mensuração dos níveis de alfabetismo da população adulta. O INAF define quatro níveis de alfabetismo: analfabeto, nível rudimentar, nível básico e nível pleno. Os dois primeiros níveis são classificados de forma sintética como analfabetismo funcional, e os dois últimos, alfabetização funcional.

No Quadro 1 encontram-se os resultados da série histórica desde o ano de 2001 até 2011. Apesar da pesquisa ter demonstrado uma redução progressiva de analfabetos funcionais em todo o período, a porcentagem da população analfabeta e rudimentar ainda é alta, estimada para a população brasileira em 27% (2011), com base em uma amostra representativa de 2000 adultos (entre 15 e 64 anos). Baixos níveis de escolaridade, faixa etária mais velha, baixa renda e grupo étnico-raciais de cor/raça preta/negra possuem correlação com menores índices de alfabetismo (IPM/IBOPE, 2011).

Níveis		2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2007	2009	2011
BASES		2000	2000	2001	2002	2002	2002	2002
Analfabeto		12%	13%	12%	11%	9%	7%	6%
Rudimentar		27%	26%	26%	26%	25%	20%	21%
Básico		34%	36%	37%	38%	38%	46%	47%
Pleno		26%	25%	25%	26%	28%	27%	26%
Analfabeto e Rudimentar	Analfabetos funcionais	39%	39%	38%	37%	34%	27%	27%
Básico e Pleno	Alfabetizados funcionalmente	61%	61%	62%	63%	66%	73%	73%

Quadro 1 - Evolução do indicador de alfabetismo da população de 15 a 64 anos (2001-2002 a 2011).

Fonte: IPM/IBOPE, 2011.

Letramento em saúde inadequado possui correlação com vários desfechos clínicos: dificuldades na compreensão de instruções sobre o uso de medicamentos, baixa adesão à terapia medicamentosa, menor utilização de serviços de saúde, pior qualidade de vida, custos mais elevados de tratamentos, pior saúde física e mental, maiores riscos de hospitalização, maiores custos no cuidado à saúde e aumento do risco de mortalidade (MARAGNO, 2009; PASSAMAI *et al.*; 2012; LINDQUIST *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*; 2012).

Letramento em saúde inadequado também está relacionado ao esquecimento das informações transmitidas durante consulta médica. McCarthy *et al.* (2012) avaliaram esta relação utilizando uma pesquisa contendo duas simulações hipotéticas de situações de saúde, sob a forma de vídeo. A um total de 755 pacientes com idade entre 55 e 74 anos foi aplicado instrumento para aferição do LS bem como um questionário para avaliar o que recordavam das instruções transmitidas durante o vídeo. Aqueles com LS adequado obtiveram resultados significativamente melhores em recordar corretamente as informações, quando comparados com aqueles com LS inadequado.

Lindquist *et al.* (2011) realizaram um estudo para explorar a associação entre LS e não-adesão (tanto intencional quanto não-intencional) à terapia medicamentosa prescritas na alta hospitalar. Em 48 horas após a alta, cinquenta e seis por cento dos 254 pacientes apresentaram discrepância entre o que estava prescrito e o que estava sendo utilizado. Indivíduos com LS inadequado foram significativamente mais propensos à não-adesão não-intencional ($p < 0,002$), isto é, não compreenderam as instruções de uso dos medicamentos. Já aqueles com LS adequado foram

significativamente mais propensos à não-adesão intencional ($p < 0,001$), isto é, entenderam as instruções contidas nas prescrições porém escolheram não segui-las. O estudo concluiu que pacientes com LS inadequado estão mais sujeitos a cometer erros em função da não compreensão das instruções de alta hospitalar.

Marks *et al.* (2010) compararam dados demográficos do paciente e a sua pontuação no instrumento REALM com o conhecimento sobre seus medicamentos. Foram entrevistados 100 pacientes, provenientes de uma população de baixo nível sócio-econômico, assistidos em uma clínica de cuidados primários da Universidade da Virgínia. As seguintes médias foram obtidas: idade de 62 anos, educação formal de 9,8 anos e utilização de 5,9 medicamentos. O conhecimento dos medicamentos consistiu em o paciente identificar o nome do medicamento, a dose, indicação, e um efeito colateral potencial de cada uma de suas medicações (MARKS *et al.*, 2010).

O instrumento REALM permitiu correlacionar a pontuação obtida com um provável nível de escolaridade. Quarenta e um por cento dos entrevistados obtiveram uma pontuação que se correlacionou com nível de escolaridade inferior a 6ª série do ensino fundamental, 18%, entre 7ª a 8ª série e 41% com 9ª série (ou 1º ano ensino médio) ou escolaridade superior. Quanto ao conhecimento a respeito dos medicamentos, os entrevistados foram capazes de fornecer o nome correto em apenas 55,8% dos casos, dose correta em 93,4%, indicação correta em 78,8%, e pelo menos um efeito colateral, em 11,7% (MARKS *et al.*, 2010).

Faixa etária mais jovem ($p = 0,01$), altos níveis de escolaridade ($p = 0,001$) e sexo feminino ($p = 0,004$) estiveram relacionados a um melhor conhecimento. Os autores levantaram a questão da elevada prevalência de EAM e as frequentes preocupações em relação à adesão, relacionado a educação em saúde do paciente com a utilização segura e melhor adesão ao tratamento (MARKS *et al.*, 2010).

2.4. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Muitos termos e respectivas definições foram e são empregados para conceituar as relações existentes entre educação e saúde. No *Glossário Temático Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde*, publicado pelo MS em 2009, Educação em Saúde é definida como:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades. Notas: i) A educação em saúde potencializa o exercício do controle social sobre as políticas e os serviços de saúde para que esses respondam às necessidades da população. ii) A educação em saúde deve contribuir para o incentivo à gestão social da saúde (BRASIL, 2009, p. 22).

Definição semelhante de educação em saúde é proposta por Vasconcelos (2008, p. 25): “o campo de prática e conhecimento do setor saúde que se tem ocupado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação médica e o pensar e fazer cotidiano da população”.

A educação popular em saúde assemelha-se, em termo de definição, com a educação em saúde, por ser o conjunto de práticas de educação direcionadas à população, seja na perspectiva individual ou coletiva, com o intuito de possibilitar autonomia no processo saúde-doença. Educação sanitária e educação e saúde são termos que vão ao encontro da definição de educação em saúde, muito embora sejam epistemologicamente distintos (FALKENBERG *et al.*, 2014; STOTZ; DAVID; UN, 2005).

Com relação aos modelos de educação em saúde, apresenta-se, a seguir, um paralelo entre dois deles, explicitando suas aplicações, implicações e desdobramentos na prática cotidiana dos atores envolvidos no processo de educação e saúde.

O modelo tradicional de educação, também denominado por monológico, sistema de comunicação unilinear, ou modelo bancário, parte do pressuposto que o educador (profissionais de saúde, educadores sanitários, professores, outros) deve “encher” o educando de conteúdo, proporcionando conhecimento e dirigindo recomendações verticalizadas sobre comportamentos “corretos” e “errados” em saúde. Admitem-se dois estereótipos para o ponto de partida dos educadores: a situação do “vazio” de conhecimento do educando que deve ser preenchido pela educação em saúde e o recipiente “cheio” de superstições, preconceitos e atitudes erradas que devem ser eliminadas mediante persuasão e a transmissão da informação por parte dos educadores (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010; MARTINEZ-HERNAEZ, 2010).

Segundo Martinez-Hernaez (2010), este modelo é caracterizado pelos atributos da unidimensionalidade, unidirecionalidade e hierarquia. Pela unidimensionalidade, entende-se que o enfoque de PS opere pela visão biologicista, sob o ponto de vista de modelos individualistas e excludentes, desconsiderando ou dando menos crédito ao caráter multidimensional (social, político, econômico, cultural, etc). A unidirecionalidade remete à direção do fluxo comunicativo: de cima para baixo, dos educadores para a população-alvo. O educando é tido como leigo e assume uma representação passiva frente ao educador, paternalista, detentor de um saber técnico-científico com status de verdade. Impositivos e distantes da realidade do educando, os discursos cientificistas dos educadores demonstram a relação assimétrica de poder e dominação, estabelecendo-se o atributo da hierarquia.

Este modelo, portanto, parte de uma desvalorização do conhecimento do educando, uma vez que o educador não realiza uma reflexão sob a realidade em que o primeiro está inserido. Não há estímulo e espaço para a criação, pois ambos, emissor e receptor, não são desafiados pela busca autônoma do conhecimento e percepção da outra realidade. Por fim, os educadores são autores e moldam. Educandos são objetos e são moldados (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010; MARTINEZ-HERNAEZ, 2010).

Há situações em que o modelo de educação tradicional é desejado, tais como em campanhas desenvolvidas para os meios de comunicação em massa como projetos e capacitações nacionais, com alto número de participantes. Por este método o educando amplia seu conhecimento já existente, adquirindo informações elaboradas cientificamente, com vistas à sensibilização, e não necessariamente à mudanças de práticas (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010; MARTINEZ-HERNAEZ, 2010).

Contrariamente ao modelo tradicional surge o modelo dialógico de educação em saúde, possuindo pressupostos antagônicos àqueles definidos anteriormente. Também denominado de Educação para Saúde, este modelo participativo possui em seu cerne uma questão problematizadora, estimulando, dentro dos limites e meios do educando, a aprendizagem mediante esforço e trabalho cognitivo, possibilitando transformar sua realidade. O educando deixa de ser um simples objeto, passando a ser um sujeito ativo da própria educação, construindo para si conhecimentos e

competências (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010; MARTINEZ-HERNAEZ, 2010).

Nos pilares da educação dialógica, aparecem os critérios de multidimensionalidade, bidirecionalidade, baseados na relação simétrica e recíproca do diálogo. De acordo com Martinez-Hernaez (2010), por multidimensionalidade não se deve entender como uma simples agregação das outras variáveis (sociais, econômicas, políticas, culturais, outras) à variável biológica. Há uma análise da situação de saúde do educando, de tal forma que a multicausalidade assume importante papel que influencia decisivamente no modo de atuar do educador. A bidirecionalidade permite uma ponte de comunicação com a realidade do educando, proporcionando intercâmbio de mensagens, ideias, representações e informações entre educando e educador. Este último tem acesso ao campo do educando, assimilando seu vocabulário e universo de sentidos, considerando, portanto, sua realidade no processo de educação (MARTINEZ-HERNAEZ, 2010).

Quanto à simetria, seus principais elementos são a igualdade, autogestão, libertação e horizontalidade. Estas características resultam em maiores coparticipação, corresponsabilidade, autonomia e empoderamento do educando. Nesse sentido, os autores sugerem o método etnografia⁹ como um método para proporcionar a visão holística e contextualizadora, permitindo melhor estruturar a educação baseada no diálogo (MARTINEZ-HERNAEZ, 2010).

Atribui-se a este modelo mudanças duradouras de hábitos, práticas e comportamentos em saúde, uma vez que há construção de novos sentidos e significados, tanto do educando quanto do educador. Como elucida Paulo Freire em *Pedagogia do Oprimido*, essa ação educativa baseada no diálogo leva a uma abordagem crítico-reflexiva e possibilita ao educando deixar para trás a “alienação da ignorância” de sua situação de oprimido, sendo ator das próprias práticas libertadoras e estando comprometido com sua transformação (FREIRE, 1987).

O modelo dialógico possibilita, portanto, a construção coletiva do conhecimento e capacita o educando para a tomada de decisões. Entretanto, por

⁹ Do ponto de vista histórico, é um método de investigação da antropologia. Nas últimas décadas, a etnografia tem sido muito utilizada como método de pesquisa qualitativa em saúde. Na pesquisa etnográfica há o diálogo entre as construções interpretativas do pesquisador e das pessoas estudadas, abandonando-se a “pura objetividade” e trazendo para reflexão os significados das experiências dos sujeitos de pesquisa (CAPRARA; LANDIM, 2008).

falta de conhecimento e capacitação dos educadores, tal modelo é ainda pouco empregado e subutilizado, uma vez que, por razões históricas, principalmente, encontra-se enraizado em nosso meio o modelo de educação tradicional (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010).

Citam-se algumas das aplicações do modelo de educação dialógica, tais como em projetos de capacitação de abrangência comunitária, especialmente com grupos de menor número de participantes, na interação profissional de saúde-paciente, estimulando atitudes de PS, com a finalidade de produzir autonomia do indivíduo (FIGUEIREDO, RODRIGUES-NETO, LEITE, 2010).

Atualmente, grande parte das ações de educação popular está voltada para a superação do fosso cultural existente entre o saber médico-técnico e o saber popular, entre as ações e serviços de saúde e a população, em que ambos não se compreendem (VASCONCELOS, 2008).

No clássico trabalho de Roberto Briceño-León (1996), algumas teses sobre a educação sanitária no que diz respeito à participação comunitária são apresentadas no Quadro 2.

Tese	Título
Tese 1	Educação não é apenas o que é ensinado em programas educacionais, mas em toda a ação de saúde.
Tese 2	A ignorância não é um vazio a ser preenchido, mas uma plenitude a ser alterada.
Tese 3	Não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.
Tese 4	A educação deve ser dialógica e participativa.
Tese 5	A educação deve reforçar a confiança das pessoas em si mesmas.
Tese 6	A educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço-recompensa.
Tese 7	A educação deve fomentar a responsabilidade individual e a cooperação coletiva.

Quadro 2 - Sete teses sobre a educação sanitária para a participação comunitária.

Fonte: Briceño-León, 1996. Elaboração própria, 2014.

O autor propõe que, por trás de uma ação educativa intencional, podem existir ações educativas não intencionais. Isto se deve tanto pela interpretação da ação em saúde pelos sujeitos, condicionados pelas suas crenças, valores, situação de vida,

quanto pelas ações do ator que operacionaliza a ação. Nesse sentido, o autor propõe que sejam estudados os efeitos das ações e não as intenções dos atores que a executam (BRICEÑO-LEÓN, 2006). Trazendo para a reflexão do presente trabalho, este último ator, na prática cotidiana, pode ser o agente comunitário de saúde (ACS) na atenção primária à saúde ou mesmo o médico especialista assistente em um hospital de ensino.

Tal como difundido por Paulo Freire, não se deve conceber o indivíduo como cheio de “ignorância”, detentor de práticas erradas e que sobre o qual se deva transmitir a educação de forma a “enchê-lo” de conteúdo. É sobre o seu comportamento, sobre suas práticas e sobre suas concepções de mundo que se deve direcionar a educação em saúde, trabalhando com respeito e de forma solidária, para que estes “cheios” cognitivos particulares sejam transformados em novos e modificados saberes, hábitos e crenças.

Partindo das premissas de que o processo de educação não pode ser unidirecional e que educador e educando possuem conhecimentos, reconhece-se que as duas partes, numa perspectiva do diálogo, gerarão um acordo de transformação em seus saberes.

Briceño-Leon (1996, p. 13, tradução nossa) reforça a máxima “[...] se alguém não quer fazer algo por sua própria saúde, outro não pode fazê-lo por ele ou ela”¹⁰. Convencer o indivíduo de mudanças sem que o próprio não queira mudar é tarefa complexa. O diálogo pressupõe participação do indivíduo e da coletividade nos micros e macros processos de planejamento e ações de saúde, confrontando perspectivas e prioridades, na lógica da negociação e compromisso entre as partes.

Estimular a confiança do educando também é papel importante do educador, na medida em que este encoraja e incentiva aquele a atingir resultados positivos no que se refere a sua saúde. A confiança revela-se essencial para que o educando possa cumprir com metas e objetivos que signifiquem estímulo à inteligência e à superação (BRICEÑO-LEÓN, 2006; STOTZ; DAVID; UN, 2005).

Neste aspecto, o conhecimento é ponto de partida para o empoderamento e, ao mesmo tempo, é resultado dele. É uma das estratégias-chave do movimento de Promoção à Saúde que possibilita aos indivíduos um aprendizado para ter mais

¹⁰ O texto em língua estrangeira é: “si alguien no quiere hacer algo por su propia salud, otro no puede hacerlo por él o ella.”

autonomia e autoestima para enfrentar e reduzir as iniquidades em saúde, fomentando a capacidade de atuarem sobre seus próprios problemas através da aquisição do conhecimento que se traduz em atitudes e habilidades para responder aos desafios da vida e melhor adaptar ao meio (CARVALHO; GASTALDO, 2008).

No que tange às políticas anteriormente citadas, há de se considerar neste processo de educação na saúde e em saúde a formação profissional, tema este presente na Constituição Federal (CF) de 1988 (BRASIL, 1988) e revisitado nas atuais Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação na área da saúde (DIAS; LIMA; TEIXEIRA, 2013).

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GERAL

Investigar o conhecimento dos pacientes internados em um hospital de ensino a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as informações (medicamentos prescritos, composição, posologia recomendada, e outras possivelmente presentes) contidas na prescrição de alta hospitalar de cada paciente;
- Analisar a concordância das respostas dos pacientes, a partir da comparação com informações da prescrição de alta hospitalar, prontuário e literatura farmacológica;
- Classificar o nível do conhecimento de cada paciente a respeito dos medicamentos prescritos;
- Identificar os possíveis fatores associados ao conhecimento a respeito dos medicamentos prescritos;
- Identificar as percepções dos entrevistados quanto às orientações dispensadas no momento da alta e a possível necessidade de mais informações a respeito do tratamento.

4. MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório, de corte transversal prospectivo.

4.1. PLANEJAMENTO DA PESQUISA

4.1.1. Campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), Juiz de Fora (Minas Gerais), centro de referência no atendimento de pacientes do SUS, em uma área de abrangência que engloba mais de 90 municípios da Zona da Mata Mineira e alguns municípios do estado do Rio de Janeiro (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013a).

O HU-UFJF disponibiliza uma capacidade instalada e ocupacional de 140 leitos, 16 leitos de Hospital-dia, salas de ambulatório nas diversas especialidades, boxes para acolhimento integrado, consultório de odontologia hospitalar, 08 centros cirúrgicos (sendo 04 de grandes cirurgias e 04 de pequenas e médias). Possui duas unidades físicas: unidade Santa Catarina (internação) e unidade Dom Bosco (hospital dia e ambulatórios) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013a).

Sua missão é “Formar Recursos Humanos, gerar conhecimentos e prestar assistência de qualidade na área de saúde à comunidade e região”, sua visão “O Hospital Universitário deverá nos próximos dois anos, ter autonomia na rede de serviços de saúde, como centro de referência para o desenvolvimento regional, formando e reciclando Recursos Humanos, consolidando a pesquisa e prestando assistência humanizada à clientela da região, com qualidade e resolubilidade”, e seu negócio “Assistência, Ensino e Pesquisa na área de saúde para o desenvolvimento da região” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013a).

O Hospital dispõe dos seguintes serviços de especialidades médicas, entre clínicas e cirúrgicas: Anatomia Patológica, Anestesiologia, Angiologia, Cardiologia, Cirurgia, Cirurgia Abdominal, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia do Tórax,

Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Clínica Médica, Dermatologia, Doenças Infecto-Parasitárias, Endocrinologia, Endoscopia, Gastroenterologia, Geriatria e Gerontologia, Ginecologia, Hematologia e Transplante de Medula Óssea, Nefrologia, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Ortopedia e Traumatologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Pneumologia, Proctologia, Psiquiatria/Psicologia Médica, Reumatologia e Urologia (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA, 2013b).

No período de janeiro a dezembro de 2013, dados do Departamento de Informática do SUS (DATASUS)¹¹ referiram-se a 3.779 internações (média de 315 internações/mês), 27.896 dias de permanência (média de 7,4 dias/internação), 140 óbitos e taxa de mortalidade¹² de 3,7% (BRASIL, 2014b).

O campo de estudo da presente pesquisa foi a Unidade Santa Catarina, especificamente as enfermarias clínicas, denominadas no hospital de “Medicina de Mulheres (MM)” e “Medicina de Homens (MH)”, e cirúrgicas, denominadas “Cirurgia de Mulheres” (CM) e “Cirurgia de Homens” (CH).

O serviço de farmácia do referido hospital conta com a presença de farmacêuticos em regime integral, em todo o horário de funcionamento do hospital. Possui os setores de manipulação, dispensação, compras e serviço de informação sobre medicamentos, sendo desenvolvidas atividades de manipulação de medicamentos quimioterápicos, fracionamento e adequação de doses unitárias, análise farmacêutica de todas as prescrições, realização de atividades de seleção, padronização e compras, prestação de informação sobre medicamentos ao público interno, além de outras.

Também é campo de estágio dos graduandos em farmácia e outros cursos da instituição e cenário de atuação dos residentes do programa de residência em farmácia (área profissional da saúde) e do programa de residência multiprofissional em saúde do adulto.

À época em que se realizou a presente pesquisa, não havia um serviço estruturado de farmácia clínica. Os farmacêuticos realizavam atividades

¹¹ Utilizou-se o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações Hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil. Linha: “município”. Coluna: “não ativa”. Conteúdo: “Internações; Média permanência; óbitos”. Período: “janeiro a dezembro de 2013”.

¹² Razão entre número de óbitos ocorridos e o número de pacientes internados que receberam alta do hospital.

relacionadas a assistência farmacêutica hospitalar, dentre elas compras, análise de 100% das prescrições antes da distribuição aos setores, manipulação de quimioterápicos e fármacos citotóxicos, unitarização de doses, atuação em serviço de informação sobre medicamentos (SIM), acompanhamento acadêmico e preceptoria de residentes, atuação em grupos de estudos científicos, bem como participação nas comissões de Farmácia e Terapêutica (CFT) e de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH).

4.1.2. Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa eram pacientes internados na Unidade Santa Catarina e que encontravam na iminência da alta hospitalar. Os pacientes foram entrevistados no momento exato da alta hospitalar, padronizando este momento como sendo aquele em que o paciente já recebeu todo e qualquer contato, intervenção e/ou orientação por parte da equipe de assistência, encontrando-se, portanto, com a cópia do sumário de alta hospitalar em mãos e prestes a deixar o ambiente hospitalar.

Em função do evento da alta hospitalar acontecer a qualquer momento, foi utilizado o critério de sorteio de turnos (manhã e tarde) e dias da semana (segunda a sexta-feira), em que o pesquisador esteve presente no campo de pesquisa durante três meses.

Foram critérios de inclusão dos pacientes: ambos os sexos, maiores de 18 anos, com o mínimo de um dia de internação em qualquer serviço das especialidades médicas do HU/UFJF unidade Santa Catarina, que estivessem em condições de comunicar-se e que tinham recebido uma prescrição médica contendo, minimamente, um medicamento a ser utilizado após a alta hospitalar. O paciente era abordado no exato momento da alta hospitalar, após ter recebido as orientações finais dos profissionais de saúde.

Foram critérios de exclusão dos pacientes: menores de 18 anos, terem sido submetidos a atendimentos ambulatoriais que não configurem a internação mínima de um dia, aqueles incapazes de se comunicarem, aqueles que tenham recebido alta hospitalar sem a prescrição de ao menos um medicamento.

Em 2011, o referido hospital já havia sido objeto de investigação do pesquisador. À época, o hospital não possuía um serviço de orientação farmacêutica (OF) dirigida ao paciente. Sendo assim, foi desenvolvido um estudo exploratório que identificou as necessidades dos pacientes internados quanto ao aconselhamento e OF no momento da alta hospitalar. Esta pesquisa cumpriu com o propósito de ser o trabalho de conclusão do programa de residência em farmácia oferecido pelo HU, cursado pelo pesquisador durante os anos de 2011 e 2012 (LUPATINI, 2012).

O pesquisador entrevistou 30 pacientes no momento exato da alta hospitalar e analisou a demanda quanto aos serviços assistenciais do profissional farmacêutico relacionados ao uso racional dos medicamentos, naquele momento e pós-alta hospitalar (LUPATINI, 2012).

A maioria dos pacientes entrevistados demonstrou necessidade de ter uma conversa com o farmacêutico na alta hospitalar, considerando este momento importante para esclarecimentos sobre o uso dos medicamentos prescritos. Metade (15/30) da amostra estudada classificou como completo seu conhecimento sobre os medicamentos, ou seja, afirmou que conheciam nome, dose, via de administração e frequência da administração. As respostas a outras perguntas do questionário acabaram por não confirmar que tais pacientes possuíam um bom conhecimento, apesar de assim o considerarem (LUPATINI, 2012).

Pela observação do campo e conversa com vários profissionais que prestam a assistência ao paciente, percebe-se que a instituição não possuía (ou se possuía, não estava executando) um procedimento formal de acompanhamento e orientação do paciente em alta hospitalar. Eram realizadas intervenções pontuais por parte dos profissionais de saúde, não configurando um processo de trabalho padronizado, sistematizado e institucionalizado.

4.1.3. Coleta dos dados

A coleta de dados aconteceu no período de 27 de setembro de 2013 a 26 de dezembro de 2013. Foram utilizados três instrumentos (apêndices A, B e C), do tipo questionário, aplicados pelo pesquisador que abordou oralmente os pacientes, transcrevendo as respostas obtidas para posterior análise. A pesquisa somente foi

realizada mediante concordância do paciente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), tendo-o assinado (apêndice D).

Os questionários (apêndices A, B e C) foram aplicados em fase piloto, visando corrigir possíveis falhas no que se refere ao entendimento/compreensão por parte dos sujeitos de pesquisa, objetivando uma melhor abordagem e adequação das perguntas propostas.

O questionário A (apêndice A), elaborado a partir do instrumento proposto por Fröhlich, Dal Pizzol e Mengue (2010) e adaptado a este trabalho foi aplicado para identificar o conhecimento da prescrição de alta hospitalar pelo paciente. Padronizou-se que as perguntas seriam direcionadas ao primeiro medicamento da prescrição de alta hospitalar. Neste questionário constam perguntas sobre o nome do medicamento, dose, via de administração, frequência de administração, duração do tratamento, indicação do uso, efeitos adversos, precauções e interações medicamentosas.

O questionário B (Apêndice B) buscou identificar algumas percepções dos entrevistados quanto às orientações transmitidas pelos profissionais de saúde e quanto a possível necessidade de mais informações por parte do entrevistado. Utilizou-se a escala de Likert¹³, adaptada ao presente trabalho, contendo 5 categorias ordinais de escolha (concordo plenamente, concordo em parte, nem concordo nem discordo, discordo em parte e discordo totalmente). O entrevistado escolhia uma dentre estas opções para se manifestar quanto a duas afirmações declaradas pelo pesquisador.

O entrevistado também era solicitado a dar uma autoatribuição (bom, regular ou insuficiente) do seu nível de conhecimento.

O questionário C (Apêndice C) abordou perguntas relativas aos aspectos socioeconômicos tais como sexo, data de nascimento, etnia/raça, escolaridade, escolaridade dos pais, moradia, trabalho e renda.

¹³ Tipo de escala psicométrica utilizada em pesquisas quantitativas que tem por objetivo registrar o nível de concordância ou discordância do sujeito entrevistado a respeito de uma informação dada. São apresentadas categorias ordenadas como opções de resposta e que variam de intensidade (ALEXANDRE *et al.*, 2003).

4.1.4. Análise dos dados

As respostas obtidas com a aplicação do questionário A foram analisadas pelo pesquisador como corretas ou incorretas, sendo-lhes atribuída uma pontuação para cada resposta correta.

Foi utilizado como critério de pontuação o modelo proposto por Fröhlich, Dal Pizzol e Mengue (2010), com adaptações feitas pelo pesquisador. A pontuação de cada resposta foi atribuída ponderando sua importância para a correta e segura utilização do medicamento.

Informações imprescindíveis à aquisição e administração receberam dois pontos cada uma, caso a resposta estivesse correta. São elas: nome, dose, via de administração e frequência de administração.

As informações não diretamente relacionadas à administração do medicamento receberam um ponto cada uma. Tais informações relacionam-se com a adesão à terapia medicamentosa, reforçando e aumentando o conhecimento do paciente para o uso seguro de seus medicamentos. São elas: duração do tratamento, indicação do uso, eventos adversos, precauções e interações medicamentosas.

A pontuação total estará entre 0 (quando o paciente não acertar nenhuma pergunta ou não souber respondê-las) e 13 pontos (respondendo corretamente a todas as perguntas).

O critério do ponto de corte da pontuação foi elaborado com base em estudos similares (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010; SILVA; SCHENKE; MENGUE, 2000). Em função da soma da pontuação, foram definidos três níveis de conhecimento, conforme quadro abaixo.

Nível de conhecimento	Pontuação	Comentário
Bom	De 11 a 13 pontos	O paciente tem condições de utilizar o medicamento com segurança sob qualquer circunstância. A pontuação refere-se ao acerto de todas as questões imprescindíveis (nome, dose, via e frequência de administração do medicamento) e acerto de pelo menos três questões não relacionadas diretamente à administração (duração do tratamento, indicação do uso, eventos adversos, precauções e interações medicamentosas).
Regular	De 8 a 10 pontos	O paciente tem condições de utilizar o medicamento em condições ideais, desde que não haja intercorrências no tratamento. Implica no acerto de todas as questões imprescindíveis e duas das demais, ou acerto de três imprescindíveis e até quatro das demais, ou acerto de duas imprescindíveis e todas as demais.
Insuficiente	De 0 a 7 pontos	O paciente não tem condições de usar o medicamento com segurança, pois não tinha conhecimento suficiente para responder de modo correto às 4 questões imprescindíveis ao uso de medicamentos. A pontuação refere-se ao acerto de três ou menos questões imprescindíveis.

Quadro 3 - Nível de conhecimento, pontuação e comentário.

Fonte: Adaptado de FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010; SILVA; SCHENKE; MENGUE, 2000.

As respostas dos pacientes foram consideradas corretas quando houve concordância com as informações da prescrição de alta hospitalar, prontuário e literatura farmacológica (livros-texto de farmacologia, bulário eletrônico da Anvisa¹⁴, bases de dados Micromedex^{®15}, dentre outras) independente das diferenças entre terminologia técnica e popular. Foi permitido ao paciente consultar qualquer material (prescrição, caixa do medicamento, anotações, etc.) para responder às questões.

A análise das respostas com referência ao nome do medicamento, dose, via de administração, frequência de administração e duração do tratamento foi feita pela comparação com as informações da prescrição médica, previamente transcrita.

¹⁴ Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/datavisa/fila_bula/index.asp

¹⁵ Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/periodicos>.

Indicação terapêutica foi buscada no prontuário e, na sua ausência/impossibilidade, em literatura farmacológica. Efeitos adversos, precauções e interações medicamentosas foram pesquisados na literatura farmacológica descrita anteriormente. Procedeu-se com a soma dos pontos para as respostas corretas, classificando o nível de conhecimento do paciente de acordo com o critério apresentado no quadro acima.

As análises estatísticas foram realizadas no programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) em sua 20ª versão. Foi realizada análise descritiva dos dados, que incluiu descrição da população estudada, distribuições de frequência e medidas estatísticas das variáveis selecionadas.

No presente trabalho, a variável dependente “pontuação” foi utilizada para testar se havia diferença estatística significativa na pontuação média entre dois grupos de entrevistados estratificados por variáveis (entrevistado, sexo, raça/cor, escolaridade, tempo de permanência hospitalar, recebimento prévio de orientação, número de medicamentos prescritos e outras constantes nos apêndices B e C). Utilizou-se o Teste T de Student para amostras independentes para comparar as médias.

A análise de variância (ANOVA) foi utilizada para comparar médias entre três ou mais grupos, como foi o caso da variável idade.

Para interpretação dos resultados do Teste T e ANOVA foram obedecidos os critérios a seguir. O teste de Levene (valor de F) foi utilizado para averiguar a homogeneidade das variâncias. A partir de seu resultado, optou-se por um dos dois resultados estatísticos calculados:

- Se o valor da significância (*sig.*) do teste de Levene for $> 0,05$, assume-se a homogeneidade de variâncias e, para tanto, utilizou-se o resultado estatístico apresentado em *Equal variances assumed*;
- Se o valor da significância (*sig.*) do teste de Levene for $\leq 0,05$, rejeita-se a homogeneidade de variâncias e, para tanto, utilizou-se o resultado estatístico apresentado em *Equal variances not assumed*.

Fatores associados ao conhecimento a respeito dos medicamentos prescritos também foram investigados no presente estudo. Foi utilizado o teste T para variáveis independentes com o intuito de verificar se havia diferença estaticamente

significativa na pontuação média entre grupos de variáveis dispostas aos pares. No apêndice E estão todos os resultados completos dos testes estatísticos.

Quanto maior a diferença entre as médias de pontuação, maior o valor de T calculado. Este teste possibilitou estabelecer se houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre as médias de pontuação dos grupos de variáveis.

Para tanto, a variável dependente “pontuação” atendeu aos critérios de ser intervalar e apresentar distribuição normal, conforme se observa na Figura 5, que apresenta sua distribuição de frequência. As variáveis foram agrupadas em duas dimensões:

- A, relacionada ao perfil sociodemográfico do entrevistado bem como algumas percepções sobre o tratamento e a internação; e
- B, relacionada às características da internação, da prescrição medicamentosa e da assistência em saúde prestada.

Na dimensão A foram reunidas as variáveis relativas ao tipo do entrevistado (se paciente ou cuidador), sexo, raça/cor (autodeclarada), escolaridade (menor ou igual a oito anos de estudo ou maior que oito) e sua percepção quanto à necessidade de receber mais informações sobre os medicamentos, antes da alta hospitalar. Na dimensão B foram agrupadas as variáveis relacionadas ao tempo em dias que o paciente ficou internado, à natureza da internação (clínica ou cirúrgica), à utilização prévia do medicamento, ao recebimento de orientação sobre os medicamentos e ao número de medicamentos prescritos (polifarmácia¹⁶ ou não).

O nível de significância adotado para os testes foi de 5% ($\alpha = 0,05$), com IC de 95%, sendo significativo quando o valor zero não estiver compreendido no intervalo.

4.2. ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), via Plataforma Brasil, em 09/07/2013, registrada sob o número CAAE: 19084513.6.0000.5133. Em 23/09/2013 foi aprovada, sendo expedido parecer de aprovação número 403.314.

¹⁶ O termo apresenta diferentes definições quantitativas e qualitativas e não há consenso na literatura. Optou-se, para o presente estudo, a definição quantitativa “uso de cinco ou mais medicamentos” (MAHER; HANLON; HAJJAR, 2014).

Quando em campo, o pesquisador constatou que muitos pacientes não se encontravam em condições de se comunicar por inúmeros motivos (idade, acometimento por doenças, entre outros motivos). Esses pacientes possuíam um cuidador (membro da família, profissional, acompanhante, etc) responsável por auxiliá-los nas atividades diárias, inclusive aquelas relacionadas ao tratamento medicamentoso.

Entrevistar este cuidador também se revelou um interesse desta pesquisa, pois, neste caso, estar-se-ia verificando o conhecimento do responsável/cuidador pelo tratamento do paciente. Sendo assim, foi submetida ao CEP uma emenda ao projeto de pesquisa (aprovado sob nº 450.104) com o intuito de incluir cuidadores de pacientes nos critérios de inclusão dos sujeitos de pesquisa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante os três meses em campo foram entrevistados 107 sujeitos de pesquisa (83 pacientes e 24 cuidadores), com média de 35 entrevistados por mês. Considerando o número de internações e descontando-se os óbitos durante o ano de 2013, obteve-se a média de 303 altas hospitalares por mês (3.779 internações - 140 óbitos = 3639 altas hospitalares / 12 meses). Tomado por base estes cálculos, a média de entrevistas realizadas por mês correspondeu a 11% dos pacientes que receberam alta.

5.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENTREVISTADOS

As características sociodemográficas dos pacientes e cuidadores são apresentadas na Tabela 1. De forma geral, sessenta e cinco por cento eram do sexo feminino, 73,8% possuíam entre 31 e 65 anos de idade e 65,4% se autodeclararam não brancos. Predominantemente eram pacientes com menos de 8 anos de estudo e quase a totalidade não moravam só. Mais da metade (65,4%) declarou possuir renda de até um salário mínimo vigente à época.

Quase 90% dos cuidadores eram do sexo feminino ao passo que este índice foi 60% para os pacientes. A idade média dos pacientes foi 44 anos (mediana de 44) e dos cuidadores foi 47 anos (mediana de 51).

Ao subdividir o nível de escolaridade em mais categorias, percebe-se que, cerca de 50%, tanto de pacientes quanto de cuidadores, declarou possuir ensino fundamental incompleto. Nenhum entrevistado declarou ser analfabeto. Em ambos os casos, o número de entrevistados que declarou possuir ensino superior incompleto/completo era baixo. Entretanto, proporcionalmente, o percentual para cuidadores (16,6%) foi mais que o dobro em relação aos pacientes (7,2%).

Tabela 1 - Características sociodemográficas (N paciente = 83; N cuidador = 24).

Variável	Categoria	Entrevistado (N)		Total	%
		Paciente	Cuidador		
Sexo	Masculino	34	3	37	34,6%
	Feminino	49	21	70	65,4%
Idade (anos)	18 - 30	16	3	19	17,8%
	31 - 65	60	19	79	73,8%
	> 65	7	2	9	8,4%
Raça/cor (autodeclarada)	Branca	28	9	37	34,6%
	Não branca	55	15	70	65,4%
Nível de escolaridade	Analfabeto	0	0	0	0,0%
	Fundamental incompleto	41	9	50	46,7%
	Fundamental completo	15	2	17	15,9%
	Médio incompleto	3	0	3	2,8%
	Médio completo	18	9	27	25,2%
	Superior incompleto	1	1	2	1,9%
	Superior completo	5	3	8	7,5%
Situação de moradia	Mora só	4	0	4	3,7%
	Não mora só	79	24	103	96,3%
Renda (em SM)*	Nenhuma	18	12	30	28,0%
	Até 1	35	5	40	37,4%
	De 1 a 3	25	4	29	27,1%
	De 3 a 5	4	1	5	4,7%
	De 5 a 8	1	2	3	2,8%
	Superior a 8	0	0	0	0,0%

Legenda: * Salário mínimo (SM) vigente à época: R\$ 678,00.

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Os dados do presente trabalho foram comparados com os resultados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) – Brasil e Síntese de Indicadores 2013 (IBGE, 2014). Segundo esta pesquisa, 51,4% da população era do sexo feminino e 48,1% possuíam idade entre 25 e 59 anos. Quanto à distribuição por cor/raça, 53,7% disseram ser não brancos. Verificando a série histórica dos resultados da PNAD, percebe-se uma redução na porcentagem da população que se autodeclarou branca e aumento daquela não branca. Em 2004, 51,4% disseram ser brancos, 5,9% pretos, 42,2 pardos e 0,6% indígenas ou amarelos. Em 2013, estes percentuais foram 46,3; 8,0; 45,0 e 0,8, respectivamente.

Para a população da região sudeste, região na qual está situado o Hospital em estudo, 45,7% da população se autodeclarou não branca. Na presente pesquisa,

o percentual da população não branca entrevistada era quase 20% maior (65,4%) que este resultado da região sudeste.

Em 2013, a taxa de analfabetismo no Brasil (pessoas com 15 anos ou mais de idade) foi 8,5%, taxa essa em declínio desde 2004. Na região sudeste, em 2013, a taxa foi 4,8%. O número médio de anos de estudo, em 2013, apontado pela PNAD foi 8 (homem 7,7 e mulher 8,3). Na região Sudeste, 8,3 (homem 8,1 e mulher 8,4), número ligeiramente superior à média nacional. No presente estudo, nenhum entrevistado se autodeclarou analfabeto, apesar de 45% terem relatado possuir apenas nível fundamental incompleto. Quase dois terços dos entrevistados possuíam anos de estudo condizentes à média nacional.

De acordo com a PNAD de 2013, o rendimento médio mensal de todas as fontes foi de R\$ 1567, ao que passo que no presente trabalho 34,7% disseram receber até um salário mínimo vigente à época do estudo, quantia muito inferior ao rendimento médio apresentado.

Em sua maioria, os entrevistados desta pesquisa eram do sexo feminino, declararam possuir baixa renda e ter poucos anos de estudo. Não somente os aspectos sociais, como também os econômicas, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais, influenciam e estão relacionados, em maior ou menor grau, à situação de saúde, individual e coletiva. Independente do conceito que é empregado, os determinantes sociais da saúde (DSS) possuem mecanismos por meio dos quais são provocadas as iniquidades de saúde (BUSS; FILHO, 2007). Com um olhar sobre os microdeterminantes, especialmente aqueles relacionados ao estilo de vida dos indivíduos, é que se defende, no presente trabalho, o potencial das atividades de educação em saúde como estratégia para diminuir a vulnerabilidade dos indivíduos às doenças.

Daí a importância da educação na saúde para que se possa ter a educação em saúde: capacitar e incitar os profissionais de saúde a operacionalizar, na prática, os conceitos sobre a temática aprendidos (idealmente, apreendidos) no campo de formação acadêmica.

5.2. INFORMAÇÕES DA INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Com relação ao sujeito de pesquisa, se cuidador ou paciente, 77,6% das entrevistas foi realizada com os próprios pacientes. A inclusão de cuidadores como sujeitos de pesquisa revelou-se oportuna, uma vez que, na fase piloto do estudo, muitos pacientes não possuíam condições de responder ou responsabilizar-se pelo seu tratamento, necessitando da ajuda de familiares e/ou cuidados de profissionais.

Quanto ao tempo de permanência hospitalar (TPH), foi adotado o ponto de corte de 6 dias para classificá-lo em duas categorias (Tabela 2), tendo em vista que, em 2013, nos hospitais do SUS, a média de permanência hospitalar¹⁷ foi 6,5 dias. (BRASIL, 2014c)¹⁸. Em Minas Gerais, a média do TPH foi 6,3 dias, ligeiramente inferior à média nacional. O TPH é um indicador clássico do sistema de qualidade utilizado para avaliação da eficiência, rendimento e produtividade de cada unidade hospitalar ou de leitos de especialidades. Seu valor médio varia conforme a complexidade, nível e tipo de gestão do hospital, especialidades disponíveis entre outros fatores.

Tabela 2 - Variáveis relacionadas ao entrevistado e à permanência hospitalar (n=107).

Variável	Classificação	N	%
Entrevistado	Paciente	83	77,6%
	Cuidador	24	22,4%
Permanência hosp.	≤ 6 dias	59	55,1%
	> 6 dias	48	44,9%
Natureza da internação	Cirúrgica	55	51,4%
	Clínica	52	48,6%

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Observou-se que 44,9% dos pacientes estiveram internados por mais de seis dias, período este superior à média nacional. A literatura aponta que, de fato, o TPH em hospitais de ensino tende a ser a maior que a média (RUFINO *et al.*, 2012). O

¹⁷ Os dados referentes à obstetrícia foram excluídos das médias (Brasil, Minas Gerais e HU-UFJF) em função de não terem sido entrevistados pacientes atendidos por esta especialidade.

¹⁸ Utilizou-se o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Internações Hospitalares do SUS - por local de internação – Brasil. Linha: “especialidade”. Coluna: “não ativa”. Conteúdo: “Média permanência”. Período: “janeiro a dezembro de 2013”.

histograma ilustrado na Figura 2 descreve o comportamento do TPH descrito na Tabela 2.

Dois dias de permanência hospitalar revelou-se a duração mais comum ao passo que a média de permanência foi de 8,97 (mínimo de 1 e máximo de 43 dias; DP=9 dias). A média do presente estudo foi superior à média de 7,4 dias para o TPH para o referido hospital em 2013 (BRASIL, 2014c). Ambas, inclusive, são superiores ao TPH médio dos hospitais do SUS, no mesmo ano de 2013. Nos hospitais privados membros da associação nacional de hospitais privados (ANAHP, 2014), o TPH médio neste mesmo ano foi 4,7 dias (não foi possível saber se nesta média está incluído parto).

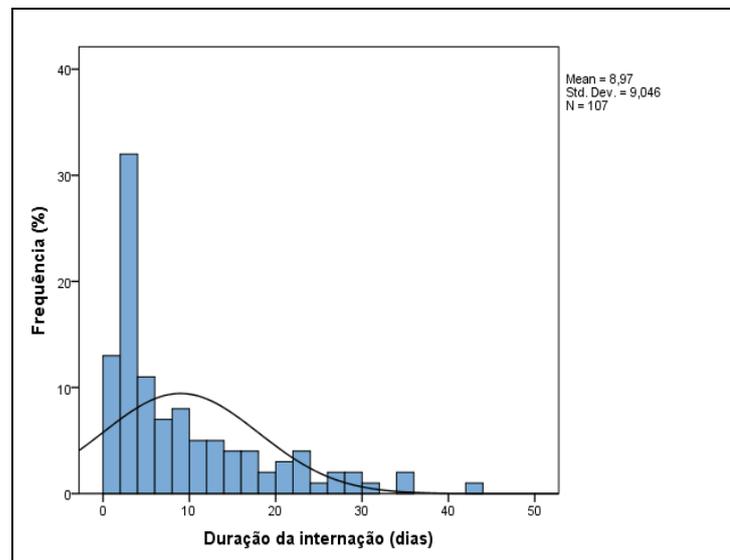


Figura 2 - Histograma do tempo de permanência hospitalar (n=107).
Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

A relação das especialidades médicas responsáveis pela internação é apresentada na Tabela 3. Cirurgia geral, ginecologia, nefrologia, cirurgia plástica, ortopedia e traumatologia, clínica médica, gastroenterologia, urologia, cardiologia e neurologia foram as 10 especialidades mais responsáveis pela internação. Apesar de não ser cadastrado na rede do SUS para atendimentos de emergência ao público externo (“hospital de porta”), o referido hospital é referência no SUS na realização de procedimentos de média e alta complexidade em cirurgia.

Tabela 3 - Especialidades médicas responsáveis pela internação (n=107).

Especialidade médica	N	%	% acumulada
Cirurgia geral	14	13,1	13,1
Ginecologia	10	9,3	22,4
Nefrologia	9	8,4	30,8
Cir. plástica	8	7,5	38,3
Ortopedia e traumatologia	8	7,5	45,8
Clínica médica	7	6,5	52,3
Gastroenterologia	7	6,5	58,9
Urologia	7	6,5	65,4
Cardiologia	6	5,6	71
Neurologia	6	5,6	76,6
Pneumologia	6	5,6	82,2
Cir. bucomaxilofacial	3	2,8	85
Hematologia	3	2,8	87,9
Infectologia	3	2,8	90,7
Otorrinolaringologia	2	1,9	92,5
Proctologia	2	1,9	94,4
Reumatologia	2	1,9	96,3
Angiologia	1	0,9	97,2
Cir. abdominal	1	0,9	98,1
Cir. torácica	1	0,9	99,1
Endocrinologia	1	0,9	100
Total	107	100	

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

De forma complementar, são apresentadas na Tabela 4 as informações referentes aos diagnósticos de alta, classificados de acordo com os capítulos da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10, 10ª revisão). Doenças do aparelho geniturinário, digestivo e circulatório foram as mais comuns.

Tabela 4 - Diagnósticos de alta, classificados de acordo com os capítulos da CID-10, 10ª revisão (n=107).

Capítulo	Descrição	N	%
XIV	Doenças do aparelho geniturinário	21	19,63%
XI	Doenças do aparelho digestivo	20	18,69%
IX	Doenças do aparelho circulatório	13	12,15%
XIX	Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas ext.	9	8,41%
II	Neoplasmas [tumores]	8	7,48%
X	Doenças do aparelho respiratório	8	7,48%
I	Algumas doenças infecciosas e parasitárias	5	4,67%
VI	Doenças do sistema nervoso	4	3,74%
IV	Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	2,80%
VII	Doenças do olho e anexos	3	2,80%
XII	Doenças da pele e do tecido subcutâneo	3	2,80%
XVII	Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	3	2,80%
XVIII	Sintomas, sinais e achados anor. de ex. clínicos e de lab., não class.	3	2,80%
III	Doenças do sangue e dos órgãos hematopoéticos e alguns transtornos imuni.	2	1,87%
XIII	Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	2	1,87%
Total		107	100,00%

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

5.3. MEDICAMENTOS PRESCRITOS NA ALTA HOSPITALAR

Do total de entrevistados, 57% iriam utilizar o primeiro medicamento relacionado na prescrição pela primeira vez (Figura 3). Justamente a estes pacientes, por não terem experiências anteriores relacionadas ao uso do medicamento, é que deveria ser priorizada a dispensação de orientação minuciosa, solicitando ao paciente, por exemplo, a confirmação verbal da orientação transmitida, utilizando, por exemplo, a técnica do *teach-back*¹⁹.

Em um estudo de Israel, o conhecimento do grupo de pacientes que faziam uso prévio do medicamento foi comparado com o daqueles que iriam utilizar o medicamento pela primeira vez, tendo o primeiro grupo obtido melhor escore em todos os aspectos estudados. Entretanto, segundo os autores, este conhecimento ainda era limitado, uma vez que 32% do primeiro grupo e 18% do segundo não tinham conhecimento em nenhum dos aspectos estudados. Dos 341 pacientes

¹⁹ Consiste em pedir ao paciente para repetir o seu entendimento das instruções ou para demonstrar a técnica que lhe foi repassada. É considerada um dos métodos mais eficazes para melhorar a segurança do paciente (CUA; KRIPALANI, 2008).

entrevistados, 42% desejariam receber um aconselhamento mais abrangente e 59% gostariam que estas informações fossem transmitidas durante a internação (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

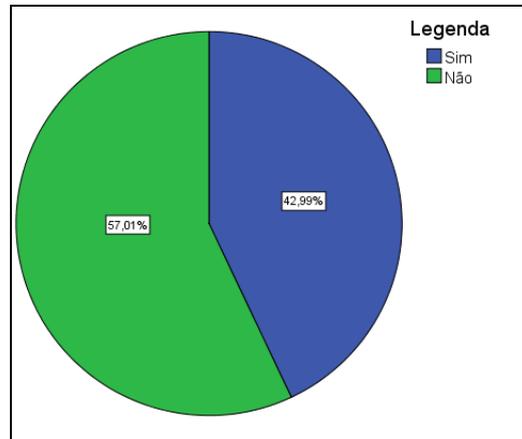


Figura 3 - Pacientes que iriam utilizar o medicamento pela primeira vez (n=107).

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Foram prescritos, no total, 363 medicamentos. Realizou-se a categorização destes medicamentos utilizando-se o primeiro nível da classificação ATC (*Anatomical Therapeutic Chemical*) da OMS. Como é mostrado na Tabela 5, há predominância de medicamentos pertencentes aos grupos do aparelho cardiovascular, sistema nervoso e aparelho digestivo e metabolismo que, juntos, responderam por quase 70% dos medicamentos prescritos. Os dez fármacos mais prescritos foram dipirona (36), furosemida (20), omeprazol (16), paracetamol (12), cefalexina (11), paracetamol+codeína (11), bromoprida (10), insulina NPH (10), prednisona (10) e sinvastatina (10). Vale destacar que os analgésicos, ao todo 59 medicamentos, pertencem ao grupo anatômico do sistema nervoso (ATC N).

Estes resultados são semelhantes com os do inquérito farmacoepidemiológico realizado por Teixeira *et al.*(2008), em Cascavel (PR), em que os fármacos (357, ao todo) mais prescritos foram para o aparelho cardiovascular (48,2%), com destaque para o captopril, seguidos pelo sistema nervoso central (19,6%), tendo a dipirona como representante e o aparelho digestivo e metabolismo (10,1%), com destaque para a glibenclamida.

Tabela 5 - Medicamentos prescritos segundo classificação ATC-OMS (n=363).

Grupo anatômico – Classificação ATC	N	%
C - Aparelho cardiovascular	97	26,72
N - Sistema nervoso	90	24,79
A - Aparelho digestivo e metabolismo	66	18,18
J - Anti-infecciosos gerais para uso sistêmico	37	10,19
B - Sangue e órgãos hematopoiéticos	20	5,51
R - Aparelho respiratório	16	4,41
H - Preparados hormonais sistêmicos, excl. hor. sexuais	12	3,31
M- Sistema músculo-esquelético	12	3,31
D - Medicamentos dermatológicos	8	2,2
L - Agentes antineoplásicos e imunomoduladores	2	0,55
V - Vários	2	0,55
P - Produtos antiparasitários, inseticidas e repelentes	1	0,28
Total	363	100,00%

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

O número médio de medicamentos contidos na prescrição de alta hospitalar foi 3,4, o desvio padrão foi 2,6 e mediana e moda foram 2. A Tabela 6 apresenta a distribuição do número de pacientes de acordo com a quantidade de medicamentos que lhe eram prescritos. Percebe-se que, para mais da metade do total de pacientes, foram prescritos até dois medicamentos. Em 75% dos casos, a prescrição continha até 4 medicamentos. Apenas um paciente recebeu uma prescrição contendo 15 medicamentos.

No estudo de Silva, Schenkel e Mengue (2000), o número médio de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de um hospital de ensino foi $2,4 \pm 1,4$. No de Portela *et al.* (2010), para pacientes de unidades básicas do PSF em um município do interior da Paraíba, o número médio por prescrição foi de 2,6 medicamentos.

Tabela 6 - Distribuição do número de medicamentos prescritos (n=107).

Número de Medicamentos Prescritos	N (pacientes)	%	% acumulada
1	23	21,5	21,5
2	33	30,8	52,3
3	14	13,1	65,4
4	9	8,4	73,8
5	10	9,3	83,2
6	6	5,6	88,8
7	6	5,6	94,4
9	1	0,9	95,3
10	1	0,9	96,3
11	1	0,9	97,2
12	2	1,9	99,1
15	1	0,9	100
Total	107	100	

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Ao se comparar os pacientes pela sua natureza da internação, se clínica ou cirúrgica, observou-se que pacientes da unidade clínica, em média, receberam prescrição contendo mais que o dobro do número de medicamentos. A amplitude do número de medicamentos também foi diferente: o número máximo de medicamentos prescritos para pacientes da unidade cirúrgica foi 5, ao passo que 15 para um paciente da unidade clínica (Tabela 7).

Tabela 7 - Medidas estatísticas para número de medicamentos prescritos (n=107).

Parâmetros	Unidade	
	Cirúrgica	Clínica
Entrevistados (n)	55	52
Média do nº de medicamentos prescritos	2,2	4,67
Desvio padrão da média	1,061	3,246
Menor número de medicamentos prescritos	1	1
Maior número de medicamentos prescritos	5	15

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Estas diferenças são esperadas, uma vez que pacientes da unidade clínica geralmente são portadores de doenças crônicas que exigem tratamentos contínuos e emprego de vários medicamentos para controle das doenças, muitas vezes não

apresentando apenas uma, mas várias concomitantemente, tais como hipertensão, diabetes, doenças renais e hepáticas.

A representação no bloxplot da Figura 4 permite uma melhor observação da disposição dos dados e, principalmente, da amplitude do número de medicamentos prescritos. Para pacientes da unidade cirúrgica houve pouca variação interquartil, o que representa uma amostra homogênea, com distribuição que se aproxima da média de medicamentos prescritos para este grupo, em torno de 2. Pacientes considerados como “pontos-fora” possuíam prescrição para, no máximo, 5 medicamentos. Entretanto, para o grupo de pacientes da unidade clínica, há uma diferença de 4 medicamentos em relação aos quartis 1 e 3, representando uma variação maior ao serem comparados com o grupo cirúrgico.

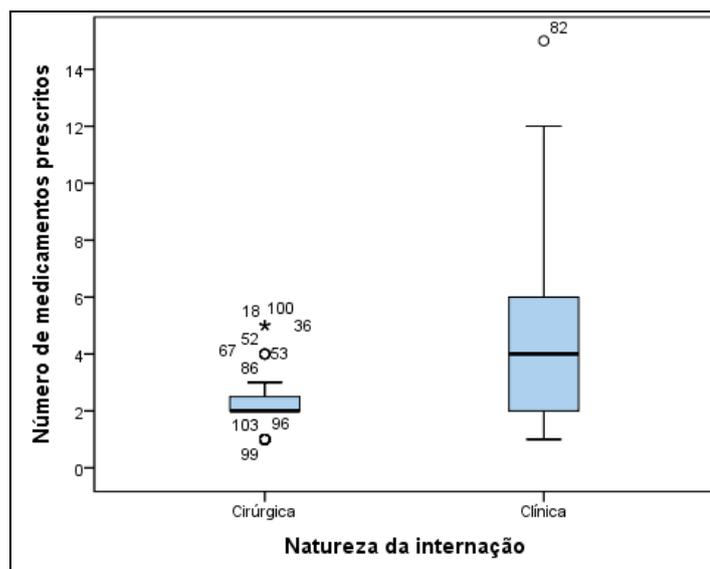


Figura 4 - Bloxpot do número de medicamentos prescritos em função da natureza da internação (n=107).

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

5.4. NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PACIENTES A RESPEITO DOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Procedendo-se com o somatório da pontuação de cada paciente, foi realizado o cálculo da pontuação média (9,66 pontos) e seu DP (1,76), mediana (10) e moda (10). De acordo com os critérios de pontuação estipulados (Quadro 3), esta pontuação corresponde a um nível de conhecimento regular. A Figura 5 apresenta o histograma da distribuição de frequência para cada pontuação possível.

Nota-se uma concentração da pontuação total entre a faixa de 9 a 11 pontos, ou seja, entre regular e bom conhecimento. Onze pacientes não conseguiriam atingir 8 pontos, indicando que erraram ou não sabiam informações essenciais para o uso seguro do medicamento. Apenas 2 pacientes (1,8%) souberam dar respostas corretas para todas as variáveis do estudo, alcançando a pontuação máxima possível.

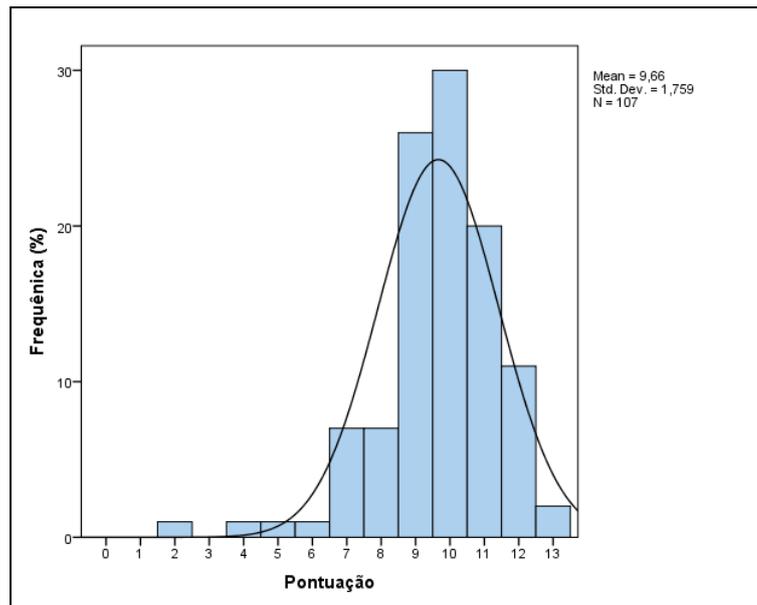


Figura 5 - Histograma da distribuição de frequência da pontuação (n=107).
Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

A pontuação de cada entrevistado foi somada e, a partir dela, atribuiu-se um grau de conhecimento de acordo com os três níveis, a saber, insuficiente, regular e bom, conforme critérios expostos no quadro 3. Durante a entrevista também foi solicitado ao entrevistado a autoatribuição do seu nível de conhecimento, tendo como escolhas possíveis os mesmos três níveis padronizados. Estes dois resultados são apresentados na Tabela 8.

Tabela 8 - Nível de conhecimento mensurado e autodeclarado (n=107).

Variável	Nível de conhecimento mensurado - N (%)	Nível de conhecimento autodeclarado - N (%)
Insuficiente	11 (10,3%)	28 (26,2%)
Regular	63 (58,9%)	52 (48,6%)
Bom	33 (30,8%)	27 (25,2%)

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Quanto ao grau de conhecimento mensurado, 10,3% dos entrevistados apresentaram nível insuficiente, 58,9% regular e 30,8% bom, enquanto que, para o nível autodeclarado, 26,2% referiram-se a um conhecimento insuficiente, 48,6% regular e 25,2% bom. Percebe-se, pois, que os melhores índices foram aqueles mensurados, o que, de um modo geral, figura uma situação em que os entrevistados possuem mais conhecimento do que realmente pensam.

Pela escassez de estudos realizados no Brasil que tratassem do conhecimento do paciente sobre os medicamentos no momento da alta hospitalar, quando possível, os resultados do presente estudo foram discutidos com outros que mensuraram o conhecimento de pacientes/cuidadores atendidos em outros níveis de assistência à saúde. Vale ressaltar que, comparações diretas entre os estudos não seriam corretas, em função das peculiaridades metodológicas dos mesmos, especialmente no tocante às populações estudadas, às variáveis e à forma de se atribuir uma classificação do nível de conhecimento.

Nota-se, sobretudo, uma preferência dos estudos em avaliar grupos específicos de pacientes (hipertensos, diabéticos, pessoas vivendo com HIV/Aids, renais crônicos, etc), o que os tornam diferentes do presente trabalho e impossibilita uma comparação direta entre os resultados.

Os resultados dos estudos que classificaram o conhecimento do paciente em níveis (insuficiente, regular e bom) estão dispostos na Tabela 9. O critério de pontuação adotado foi semelhante nestes três estudos, alterando quanto ao número e tipo de variáveis (nome, dose, duração do tratamento, etc), tendo o presente estudo incluído um maior número das mesmas (9, ao todo).

Apesar de terem sido realizadas menos entrevistas que os demais, no presente estudo, o percentual de entrevistados que atingiu nível de conhecimento bom foi muito próximo em termos percentuais ao estudo de Silva, Schenkel e Mengue (2000). Entretanto, nos quatro estudos, mais da metade dos entrevistados possuía conhecimento regular ou insuficiente, o que aumenta a possibilidade do uso incorreto do medicamento.

Tabela 9 - Resultados de quatro estudos que utilizaram três níveis de conhecimento (insuficiente, regular e bom).

Autor (ano)	Nível de conhecimento						N (total)
	Insuficiente		Regular		Bom		
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%	
Silva; Schenkel; Mengue (2000)	18	9	115	57	68	34	199
Dresch (2008)	87	33,7	141	54,6	30	11,6	258
Fröhlich; Dal Pizzol; Mengue (2010)	148	46,3	136	42,5	36	11,3	320
Lupatini (2014)	11	10,3	63	58,9	33	30,8	107

Fonte: Elaboração própria, 2014.

Outros estudos revelaram que mais da metade dos entrevistados apresentaram baixo índice de conhecimento. Vianna *et al.* (2004) valeram-se de 5 categorias para avaliar o conhecimento de 100 pacientes hospitalizados quanto ao nome, dose, via de administração, horário e finalidade de todos os medicamentos prescritos: sem conhecimento; muito pouco conhecimento; pouco conhecimento; conhecimento regular e bom conhecimento. A maioria dos pacientes foi classificada nas três primeiras categorias.

Cruz *et al.* (2011) avaliaram o conhecimento de 17 idosos com transtorno bipolar quanto às variáveis nome, dose e frequência de utilização de todos os medicamentos prescritos, utilizando classificação semelhante à Vianna *et al.* (2004). Cinquenta e oito por cento dos entrevistados foram classificados como “sem conhecimento”.

Moreira *et al.* (2008), ao entrevistarem 130 pacientes com doença renal crônica, utilizaram as categorias alto, médio e baixo nível de conhecimento, encontrando, respectivamente, os percentuais 48,5; 41,5 e 10%.

Outro estudo que avaliou o conhecimento de 46 pacientes com diabetes mellitus verificou que 56,5% dos participantes apresentaram déficit no conhecimento (FARIA *et al.*, 2009). Cardoso *et al.* (2011) avaliaram o conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre 48 pacientes egressos de internação psiquiátrica e concluíram que 25% não possuíam conhecimento algum, 31,2%, conhecimento parcial e 43,8% conhecimento total.

A Tabela 10 reúne alguns estudos nacionais que avaliaram o conhecimento apresentado pelo entrevistado. Observa-se uma concentração dos estudos localizados

nas regiões sul e sudeste, realizados nos três níveis de assistência à saúde (primário, secundário e terciário) e com ampla variação do número de entrevistados (de 17 a 678).

Tabela 10 - Estudos que avaliaram o conhecimento dos entrevistados sobre o tratamento farmacológico.

Estudo	Ano	Local do estudo	Sujeitos de pesquisa	N
Silva; Schenkel; Mengue	2000	Porto Alegre (RS)	Pacientes de ambulatório de Medicina Interna em HU	266
Ceccato <i>et al.</i>	2004	Belo Horizonte (MG)	Portadores de HIV/AIDS atendidos em serviços públicos de referência	358
Vianna <i>et al.</i>	2004	Ribeirão Preto (SP)	Pacientes hospitalizados em HU	100
Moreira <i>et al.</i>	2008	Fortaleza (CE)	Pacientes de ambulatório de nefrologia em HU	130
Dresch	2008	Porto Alegre (RS)	Pacientes de dois serviços de urgência odontológica ambulatorial	286
Faria <i>et al.</i>	2009	Ribeirão Preto (SP)	Pacientes portadores de DM cadastrados em Centro de Pesquisa e extensão universitário	46
Fröhlich; Dal Pizzol; Mengue	2010	Santa Cruz do Sul (RS)	Usuários cadastrados nas Estratégia Saúde da Família do município	320
Portela <i>et al.</i>	2010	Esperança (PB)	Usuários de quatro Unidades Básicas do PSF da zona urbana do município	199
Azevedo <i>et al.</i>	2011	Fortaleza (CE)	Cuidadores de pacientes pediátricos ambulatoriais atendidos em farmácia do CEAF	57
Cardoso <i>et al.</i>	2011	Ribeirão Preto (SP)	Egressos de internação psiquiátrica acompanhados em núcleo de saúde mental	48
Cruz <i>et al.</i>	2011	Ribeirão Preto (SP)	Idosos com transtorno afetivo bipolar atendidos em um núcleo de saúde mental	17
Motter; Olinto; Paniz	2013	São Francisco de Paula (RS)	Usuários de anti-hipertensivos dispensados na Farmácia Básica do município	678
Lupatini	2014	Juiz de Fora (MG)	Pacientes e cuidadores no momento da alta hospitalar em HU	107

Legendas: HU: Hospital Universitário; PSF: Programa Saúde da Família; CEAF: Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A Tabela 11 apresenta a concordância entre as respostas dos entrevistados e as informações presentes na prescrição, prontuário médico e literatura farmacológica para as variáveis nome do medicamento, dose, via de administração, frequência de administração, duração do uso, indicação, efeitos adversos, precauções e interações medicamentosas.

Tabela 11 - Conhecimento da prescrição de medicamentos pelos pacientes (n=107).

Variável	Resposta	N	%
Nome do medicamento	Correto	97	90,70%
	Incorreto	7	6,50%
	Não sabe	3	2,80%
Dose	Correto	94	87,90%
	Incorreto	10	9,30%
	Não sabe	3	2,80%
Via de administração	Correto	104	97,20%
	Incorreto	1	0,90%
	Não sabe	2	1,90%
Frequência da administração	Correto	101	94,40%
	Incorreto	5	4,70%
	Não sabe	1	0,90%
Duração do uso	Correto	79	73,80%
	Incorreto	3	2,80%
	Não sabe	25	23,40%
Indicação do uso	Correto	85	79,40%
	Incorreto	6	5,60%
	Não sabe	16	15,00%
Efeitos adversos	Correto	31	29,00%
	Incorreto	14	13,10%
	Não sabe	62	57,90%
Precauções	Correto	32	29,90%
	Incorreto	8	7,50%
	Não sabe	67	62,60%
Interações medicamentosas	Correto	17	15,90%
	Incorreto	7	6,50%
	Não sabe	83	77,60%

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Para discussão com outros estudos, procedeu-se com a elaboração da Tabela 12, em que foram extraídos dos estudos os percentuais de concordância da resposta do entrevistado. Tal como Silva, Schenkel e Mengue (2000), Dresch (2008)

e Fröhlich, Dal Pizzol e Mengue (2010), no presente estudo optou-se em mensurar o conhecimento apenas do primeiro medicamento da prescrição. Os demais estudos elencados na Tabela 12 mensuraram o conhecimento do paciente com relação a todos os medicamentos prescritos, o que pode ter gerado menores índices de conhecimento em função da avaliação de todos e não apenas um medicamento.

O estudo de Motter, Olinto e Paniz (2013) não apresentava o somatório do conhecimento de todos os medicamentos. Sendo assim, para este estudo, foram transcritos para a Tabela 12 os dados referentes ao conhecimento de apenas um medicamento (segundo os autores, o mais frequente medicamento prescrito).

No que se refere ao nome do medicamento, foram consideradas corretas as respostas fornecidas pelo nome genérico ou de marca, independente de como estava prescrito. O índice de acerto foi relativamente alto, chegando a 90%. Apesar de se vislumbrar uma situação ideal em que 100% dos pacientes soubessem dizer ao menos o nome do medicamento que iriam utilizar, destaca-se que muitos entrevistados possuíam prescrição de muitos medicamentos, podendo levar à confusões e esquecimentos.

Dresch (2008), Azevedo *et al.* (2011) e Motter, Olinto e Paniz (2013) encontraram resultados superiores a 85% de concordância. Por outro lado, Vianna *et al.* (2004) e Portela *et al.* (2010) afirmaram que mesmo a informação mais básica para a utilização do medicamento ainda é desconhecida por grande parte de pessoas, encontrando índices surpreendentemente baixos (12,3% e 23,4%, respectivamente).

Quanto à variável dose foram consideradas respostas corretas aquelas que fizessem referência à forma farmacêutica prescrita (um comprimido, duas cápsulas, etc.) bem como à dose total (em unidade de medida, por exemplo, miligrama, mililitros, outros) a ser utilizada por horário. Houve concordância da resposta em 88% dos casos. Nos trabalhos de Ceccato *et al.* (2004) e Moreira *et al.* (2008), este percentual atingiu 92,8% e 90% de concordância, respectivamente.

O maior índice de acerto (97,2%) foi para a via de administração. Consideraram-se respostas corretas aquelas ditas em linguagem não técnica (tomar, pela boca, engolir, entre outras, correspondendo, por exemplo, a via oral). Apenas um paciente errou a resposta e dois não sabiam respondê-la.

Tabela 12 - Estudos que avaliaram a concordância da resposta do paciente com a prescrição/literatura farmacológica.

Estudo (ano)	Variável								
	Nome	Dose	Via adm	Frequência	Duração	Indicação	Efeitos adversos	Precauções	Interações
Silva; Schenkel; Mengue (2000)	69,00%	81,00%	N/A	69,00%	61,00%	81,00%	16,00%	19,00%	N/A
Ceccato <i>et al.</i> (2004)	72,50%	92,80%	91,70%	N/A	84,90%	71,20%	61,10%	15,30%	N/A
Vianna <i>et al.</i> (2004)	12,00%	1,00%	14,00%	5,00%	N/A	9,00%	N/A	N/A	N/A
Moreira <i>et al.</i> (2008)	77,70%	90,00%	N/A	86,10%	57,70%	75,40%	15,40%	N/A	N/A
Dresch (2008)	85,70%	65,10%	N/A	85,30%	N/A	66,30%	8,50%	11,60%	N/A
Faria <i>et al.</i> (2009)	39,10%	47,80%	N/A	54,30%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Fröhlich; Dal Pizzol; Mengue (2010)	56,90%	11,60%	59,10%	80,60%	75,60%	77,80%	16,20%	N/A	27,50%
Portela <i>et al.</i> (2010)	23,40%	44,20%	N/A	48,20%	29,90%	75,10%	3,00%	N/A	N/A
Azevedo <i>et al.</i> (2011)	88,00%	N/A	93,00%	N/A	70,20%	86,00%	17,50%	N/A	N/A
Cardoso <i>et al.</i> (2011)	43,80%	43,80%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Cruz <i>et al.</i> (2011)	29,40%	17,60%	N/A	17,60%	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Motter; Olinto; Paniz (2013)	88,80%	74,90%	N/A	60,40%	56,40%	94,90%	N/A	N/A	N/A
Lupatini (2014)	90,70%	87,90%	97,20%	94,40%	73,80%	79,40%	29,00%	29,90%	15,90%

Legenda: N/A: Não aplicável.

Fonte: Elaboração própria, 2014.

A frequência de administração correspondeu ao segundo maior índice de acerto (94,4%). Foram consideradas respostas corretas aquelas expressas em número de vezes ao dia e/ou em intervalo de horário de administração. Quando estavam determinados horários específicos, considerou-se correta quando idêntico à prescrição (por exemplo, 1 comprimido às 17h seria a resposta correta, não aceitando-se a resposta de 1 vez ao dia). Moreira *et al.* (2008), Dresch (2008) e Fröhlich; Dal Pizzol e Mengue (2010) encontraram percentuais de concordância superiores a 80%, ao passo que alguns estudos trouxeram índices baixos: 5% (Vianna *et al.*, 2004) e 17,6% (Cruz *et al.*, 2011).

Como já descrito anteriormente neste trabalho, existe a relação inversa entre a adesão à terapia medicamentosa e a frequência/regime de doses. Especialmente pacientes polimedicados e aqueles portadores de doenças crônicas, há de se esperar uma menor adesão (CLAXTON; CRAMER; PIERCE, 2001; COLEMAN *et al.*, 2012; INGERSOLL; COHEN, 2008; MEDIC *et al.*, 2013). Ao não saber (ou ter dificuldades em entender) o número de unidades farmacêuticas a serem utilizadas em cada horário, infere-se uma possível sobreposição de fatores dificultadores, prejudicando o sucesso da terapêutica medicamentosa.

Conforme elucida a meta-análise de Bangalore e cols. (2007), otimizar a prescrição utilizando doses fixas combinadas (DFC) é uma das estratégias para diminuir o risco da não-adesão em doenças crônicas, refletindo em melhores desfechos clínicos.

No que se refere à duração do uso do medicamento, quase 25% dos entrevistados não sabiam por quanto tempo iriam utilizá-lo. Respostas do tipo “para sempre”, “até a próxima consulta” e outras similares foram consideradas corretas quando se tratava de uso contínuo. O estudo que observou grande percentual concordância nesta resposta foi o de Ceccato *et al.* (2004), talvez devido ao conhecimento das pessoas que vivem com HIV/Aids a respeito da cronicidade e da impossibilidade de cura da doença.

No que tange à utilização contínua de medicamentos para o controle de doenças e condições crônicas, estudos alertam para a questão da descontinuação e modificação do tratamento, apontando preocupações quanto a tratamentos desnecessários ou que poderiam ter sido modificados em função do alcance dos objetivos terapêuticos, tornando-os inseguros e com grande potencial de causar

dano. Benzodiazepínicos e anti-agregantes plaquetários são as duas classes mais associadas a estes problemas (GAVILÁN-MORAL *et al.*, 2012; OSTINI *et al.*, 2011).

Ostini e cols. (2011), valendo-se dados do *National Audit Office* do Reino Unido (1993), exemplifica que mais de dois terços dos itens naquele país são prescritos repetidas vezes, mas não são sempre descontinuados quando o efeito terapêutico cessa.

Cerca de 80% sabiam a indicação do uso do medicamento. Da mesma forma, respostas que utilizassem termos não técnicos foram consideradas corretas. Minimamente, considerava-se correta a resposta que indicasse o grande sistema que o medicamento iria agir (por exemplo, digoxina para insuficiência cardíaca, considerando a resposta correta quando o paciente se referia a “agir no coração”, “dar força para o coração bater”; hipoglicemiantes e insulinas, considerando respostas corretas para “diminuir o açúcar no sangue”, “controlar o açúcar”, dentre outras).

Com exceção do estudo de Vianna *et al.* (2004), todos os pacientes/cuidadores dos demais estudos apresentados na Tabela 12 obtiveram índices de acerto da indicação do uso do medicamento variando entre 66 e 94%.

Efeitos adversos, precauções e interações medicamentosas obtiveram os piores índices de acerto no presente estudo. Em efeito adverso, considerou-se como resposta correta qualquer um daqueles efeitos que se esperariam ocorrer com o uso do medicamento e que constavam na bula ou em literatura farmacológica.

Atribuiu-se um ponto quando o paciente acertava pelo menos um efeito adverso, observando-se que menos de um terço dos pacientes conseguiram obter resposta correta. Até mesmo efeitos adversos gerais e de maior incidência como enjojo, vômito e diarreia foram pouco relatados, o que leva a supor que tais pacientes desconheçam os efeitos dos medicamentos que fazem uso, ou que, em função da primeira vez que faziam uso, ainda não estavam seguros em dizer um efeito adverso. Portela *et al.* (2010) relataram que 94,4% dos entrevistados foram classificados na categoria “sem conhecimento” quanto a reações desagradáveis.

Influenciados pelo *marketing* da indústria farmacêutica, que atribui ao medicamento apenas seus aspectos positivos, o grande-público acaba sendo vítima de propagandas que não alertam para os possíveis efeitos adversos, o que pode

incentivar a prática de automedicação e subestimar os riscos atrelados ao uso de medicamentos (NASCIMENTO, 2010).

Quanto às precauções relativas ao tratamento medicamentoso, 62,2% dos entrevistados não se referiam a nenhuma situação especial que deveria ser observada ou seguida. Apesar de o questionário ter sido elaborado com foco nos medicamentos (e cuidados específicos com os mesmos), não abrangendo questões comportamentais que poderiam vir a influenciar na saúde, poucos entrevistados se referiram às modificações no estilo de vida e alimentação.

Ainda assim, um paciente hipertenso minimamente deveria reportar precaução quanto à ingestão excessiva de sódio, assim como o açúcar para o diabético. Ter compreensão da sua enfermidade é, pois, aspecto primaz para toda e qualquer compreensão de demais assuntos relacionados à doença (medicamentos, exames, frequência de acompanhamento com médico). Situação preocupante esta, que mereceria foco nas atividades de educação em saúde.

O pior índice de acerto foi em interações medicamentosas, apenas 15,9% de concordância. O termo foi explicado pelo entrevistador de forma que o conceito técnico pudesse ser assimilado e estivesse clara sua compressão pelo entrevistado. Era de se esperar que a maioria dos entrevistados não soubesse citar medicamentos ou alimentos que pudessem interagir com o primeiro medicamento da prescrição. Até mesmo entre os profissionais da saúde o tema é pouco discutido em função de, entre outros motivos, exigir dos mesmos conhecimentos aprofundados em farmacologia, farmacoterapia, fisiologia e anatomia humana (OMS, 2011).

Considerando a particularidade das informações contidas nas bulas sobre efeitos adversos e interações medicamentosas, geralmente é reportada a dificuldade de sua assimilação pelo pacientes, de forma que cabe ao profissional de saúde a explicação dessas informações, considerando a singularidade de cada caso (LYRA JUNIOR *et al.*, 2010). Entretanto, por motivos diversos – escassez de tempo, falta de conhecimento e entendimento de sua importância pelo profissional, filas para o atendimento, desinteresse, etc – estas não se fazem presentes no cotidiano da relação profissional de saúde-paciente.

Em estudo de base populacional em Fortaleza (CE), foram entrevistados 957 indivíduos em suas residências, coletando-se informações a respeito das práticas do médico sobre a prescrição de medicamentos na última consulta (n=510) assim como

do trabalho dos profissionais (farmacêuticos, balconistas ou outros) que dispensaram medicamentos (n=831), de acordo com a última compra ou recebimento. Observou-se que os médicos orientavam sobre efeitos adversos em 26,7% das situações e sobre interações medicamentosas em 41,8% ao passo que dispensadores, em 7,8% e 14,3%, respectivamente. Ademais, verificou-se que um número inexpressivo de pacientes tomava a iniciativa de perguntar ao médico ou dispensador sobre essas informações (ARRAIS; BARRETO; COELHO, 2007).

Basta revisitar a trajetória histórica da educação popular e saúde no Brasil (STOTZ; DAVID; UN, 2005; GOMES; MERHY, 2011; RENOVATO; BAGNATO, 2012; VASCONCELOS, 2004; SILVA *et al.*, 2010) para entender que a passividade e incapacidade de iniciativa própria da população, ainda nos tempos de hoje, são resultantes, fundamentalmente, da dominação do paciente pelo profissional de saúde, relação esta sustentada na lógica do modelo médico-hegemônico.

Nesta perspectiva é que se inserem os movimentos sociais para construção compartilhada do conhecimento entre atores envolvidos. Pautada na perspectiva da multidimensionalidade, bidirecionalidade, simetria, reciprocidade e diálogo, espera-se a consolidação de uma nova dinâmica relacional com vistas ao empoderamento do sujeito-paciente:

[...] a construção do conhecimento implica em uma interação comunicacional, onde sujeitos de saberes diferentes, porém não hierarquizados, se relacionam a partir de interesses comuns. Esses sujeitos convivem em situações de interação e cooperação que envolve o relacionamento entre pessoas ou grupos com experiências diversas, interesses, desejos e motivações coletivas (CARVALHO, 2007, p. 95).

Fato é que, em um espaço singular que congrega diversos profissionais, tal como o hospital, mais atenção deveria ser dada ao trabalho multiprofissional, buscando proporcionar maior integração da equipe assistencial, repensando os processos de trabalho em saúde e fazendo com que haja reconhecimento da potencialidade do trabalho de cada um, tendo em vista que o usuário possui subjetividades e necessidades que, dificilmente se satisfazem com ato/fazer em saúde de apenas um profissional. O objetivo desta nova dinâmica de interação profissional é o mesmo: possibilitar maior autonomia ao paciente com vistas à PS.

Dito de outro modo, estas necessidades em saúde seriam mais bem compreendidas e satisfeitas com o trabalho conjunto e integrado dos diversos

profissionais. Comum a todos os profissionais, o acolhimento do paciente é prática que merece atenção. Conforme aponta Peduzzi (2008), a indiferenciação no atendimento, a produção massificada do trabalho e a impessoalidade no atendimento prejudicam a efetividade nos serviços de saúde.

A literatura confirma que a integração da equipe de saúde, pautada na lógica do diálogo e no trabalho interprofissional, tem sido associada a melhores desfechos clínicos e resultados positivos em saúde (GREENWALD *et al.*, 2007; KRIPALANI *et al.*, 2007; MCGAW *et al.*, 2007; PEDUZZI, 1998; PEPE; OSÓRIO-DE-CASTRO, 2000).

No estudo de Miasso e Cassiani (2005), em que se realizou a observação direta não participante da orientação do paciente na alta hospitalar pela enfermagem, foi observado que nem sempre o enfermeiro possuía uma base adequada para a orientação quanto aos vários aspectos relativos à terapêutica medicamentosa. Reforça-se, portanto, a necessidade da construção coletiva e compartilhada do conhecimento entre atores envolvidos.

No âmbito hospitalar, o farmacêutico pode cumprir papel fundamental, tanto por atuar em programas de educação na saúde e em saúde. Percorrendo o campo das tecnologias leves (acolhimento, vínculo, autonomização, comunicação profissional-profissional e profissional-paciente), leve-duras (saberes estruturados tendo por base a melhor evidência científica disponível) e duras (utilização de bases de dados, literatura específica, *softwares* e outros materiais de apoio), vislumbra-se um cenário onde se possa realizar orientação precisa, apoiando prescritores quanto à terapêutica medicamentosa (especialmente em relação às interações medicamentosas de maior significado clínico, efeitos adversos e precauções/peculiaridades do paciente), ao mesmo tempo em que fornece subsídios aos pacientes, com vistas ao seu empoderamento.

Complementando o exposto acima, Kimball *et al.* (2010) *apud* Teixeira, Rodrigues e Machado (2012) testaram um método de repassar informações ao paciente na alta hospitalar com auxílio de um *software* específico, e que, segundo os resultados, a melhor ordem sequencial para descrever as informações escritas sobre os medicamentos seria: dose e horário de administração; indicação, efeito esperado e efeitos adversos e informações na situação de emergência. Entretanto, o texto não

faz menção aos outros tipos de informações que poderiam (e deveriam) ser transmitidas.

A comunicação e educação em saúde por meio de materiais educativos (folders, manuais, cartilhas, impressos, etc) também se revela oportuna, tomando o cuidado na escolha do modelo de educação em saúde mais adequado para cada caso. No modelo dialógico, por exemplo, o objetivo poderia ser a construção coletiva (profissionais de saúde e pacientes) de um material elaborado com base na problematização, partindo de temas recorrentes da farmacoterapia que comumente deixam pacientes em dúvidas e que tem potencial de prejudicar o plano terapêutico proposto (FREITAS; REZENDE FILHO, 2011).

Não que estes materiais superariam de imediato os déficits comunicacionais frequentemente apontados nos estudos, mas sim estariam somando recursos para geração do conhecimento, suscitando o sujeito-paciente a mudanças comportamentais tidas como necessárias.

No tocante aos aspectos legais que disciplinam o acesso à informação, cita-se a CF de 1998 (BRASIL, 1998), a Resolução CFM nº 1.931, que aprova o Código de Ética Médica (BRASIL, 2009) e, mais recentemente, a Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011d):

[...] Título II - Dos Direitos e Garantias Fundamentais; Capítulo I - Dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos. Art.5 (...) XIV - é **assegurado a todos o acesso à informação e resguardado o sigilo da fonte**, quando necessário ao exercício profissional [...] (BRASIL, 1998, p. 5, grifo nosso).

[...] CAPÍTULO X; Documentos Médicos; **É vedado ao médico:**

Art. Art. 87 - Deixar de elaborar prontuário legível para cada paciente.
 § 1º - O prontuário deve conter os dados clínicos necessários para a boa condução do caso, sendo preenchido, em cada avaliação, em ordem cronológica com data, hora, assinatura e número de registro do médico no Conselho Regional de Medicina. § 2º - O prontuário estará sob a guarda do médico ou da instituição que assiste o paciente.

Art. 88 - **Negar, ao paciente, acesso a seu prontuário**, deixar de lhe fornecer cópia quando solicitada, **bem como deixar de lhe dar explicações necessárias à sua compreensão**, salvo quando ocasionarem riscos ao próprio paciente ou a terceiros [...] (BRASIL, 2009, p. 91, grifo nosso).

[...] Art. 3 - Os procedimentos previstos nesta Lei destinam-se a **assegurar o direito fundamental de acesso à informação** e devem ser executados em conformidade com os princípios básicos da administração pública e com as seguintes diretrizes: I - observância da publicidade como preceito geral e do **sigilo como exceção** [...] (BRASIL, 2011d, p. 1 ,grifo nosso).

Pelo exposto, observa-se que os aparatos legais são complementares para disciplinar sobre o acesso à informação. No caso específico do prontuário, seu acesso é conferido apenas ao paciente, salvo em outras condições excepcionais. Sendo assim, qualquer paciente tem o direito de consultar seu prontuário, o que não quer dizer que terá condições de entender, e muito menos compreender, as informações lá contidas.

Embora esses documentos sejam produzidos na linguagem médica, são de domínio público e poderiam ser acionados pelos pacientes sempre que desejassem. Mas os pacientes quase nunca o fazem, ou quando têm contato com eles não os compreendem, o que a rigor significa que não tiveram acesso às informações que continham. [...] registram [os profissionais] dados diversos por meio de cadastros e fichas que servem como instrumentos de identificação antes mesmo que o paciente receba algum tipo de atenção (PEREIRA, 2010, p. 156).

Isto posto, aponta-se a necessidade de atividades voltadas a educação em saúde, com vistas a superar a fragmentação do cuidado em saúde bem como empoderar o paciente sobre sua situação de saúde e sobre o papel desempenhado pelo medicamento nesta conjuntura.

A apropriação social da informação em saúde, culminando no conhecimento em saúde é, pois, fundamental para os processos de PS. No bojo da promoção da saúde, o empoderamento permite que as pessoas ganhem maior controle sobre as decisões e ações que afetam sua saúde (WHO, 1998).

Esta apropriação se dá por meio da educação em saúde, onde são construídas oportunidades de aprendizagem coletiva que permitem ao sujeito o desenvolvimento de habilidades para maior autonomia em sua vida.

Realizou-se a comparação entre o conhecimento mensurado e o autodeclarado, com o intuito de verificar a concordância entre o nível que o entrevistado referiu e aquele que de fato foi mensurado (Tabela 13). Obteve-se, assim, 21,4% de concordância entre aqueles que referiram conhecimento insuficiente, 61,5% para regular e 29,6% para bom. Explorando caso a caso, dos 28 entrevistados que referiram conhecimento insuficiente, 6 foram classificados como de fato insuficiente, 16 regular e 6 bom; quanto aos 52 que reportaram conhecimento regular, 1 era insuficiente, 32 regular e 19 bom; e dos 27 que apontaram o conhecimento como sendo bom, 4 eram insuficiente, 15 regular e 8 bom.

Tabela 13 - Comparação entre nível de conhecimento mensurado e autodeclarado (n=107).

Variável	Nível de conhecimento autodeclarado						
	Insuficiente		Regular		Bom		
	N	%*	N	%	N	%*	
Nível de conhecimento mensurado	Insuficiente	6	21,4%	1	1,9%	4	14,8%
	Regular	16	57,1%	32	61,5%	15	55,6%
	Bom	6	21,4%	19	36,5%	8	29,6%

Legenda: * Porcentagem que expressa a concordância entre as respostas autodeclaradas e o conhecimento de fato mensurado.

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

A situação torna-se preocupante nos casos em que o paciente refere possuir bom conhecimento quando, na verdade, é classificado no presente estudo com conhecimento regular ou mesmo insuficiente.

Ora, esta produção social do significado do medicamento merece especial atenção por parte dos profissionais de saúde. Pela abordagem, comunicação e postura com o paciente, o profissional, em um cenário equivocados, pode reforçar a representação do medicamento como uma mercadoria simbólica, desprovida de maiores informações para o uso, sem potencial de causar danos, ou seja, a “solução” de situações negativas em saúde (LEFREVE, 1991).

Na contramão deste caminho, no mesmo espaço em que se processa a micropolítica do cuidado, o profissional pode intervir para desconstrução de sentidos equivocados sobre os medicamentos e as doenças, definindo claramente os potenciais benefícios com a adesão ao tratamento e os eventuais efeitos adversos inerentes ao uso dos mesmos.

Lyra Junior e cols. (2007) estudaram a influência da ATENFAR nos resultados farmacoterapêuticos obtidos em um grupo de idosos ambulatoriais bem como analisaram as habilidades de comunicação utilizadas pelos profissionais de saúde durante o aconselhamento sobre cuidados de saúde e terapia medicamentosa. Após o acompanhamento por 12 meses, as intervenções de ATENFAR resolveram 69% de PRM reais e impediu 78,5% de outros PRM potenciais. O estudo revelou que muitos profissionais apresentaram dificuldades em estabelecer comunicação com os pacientes, tendo repercussões diretamente ligadas ao conhecimento do tratamento medicamentoso. Dentre as conclusões, destacam-se para discussão no presente trabalho, as habilidades de comunicação (fornecimento de informações por escrito,

escuta ativa e demonstração de interesse, empatia, entre outras) como instrumentos relevantes para a construção de relações baseadas na confiança e corresponsabilidade.

O farmacêutico, sendo o último profissional a ter contato com o paciente antes da utilização do medicamento, deve ser capaz de tomar para si e incorporar em sua práxis as atividades direcionadas ao paciente, especialmente aquelas relativas à ATENFAR, compreendida na orientação e acompanhamento do uso do medicamento, última etapa do ciclo da assistência (MARIN *et al.* 2003).

Ao observar o cenário internacional nos últimos 40 anos, a prática profissional do farmacêutico tem sido orientada cada vez mais ao paciente, ganhando discussões sobre a importância dos serviços de farmácia clínica e de ATENFAR. Além de dar novo significado à profissão farmacêutica, a ATENFAR legitima e contribui para que todas as etapas anteriores à prescrição, dispensação e uso não tenha sido em vão, caso o medicamento cause um dano evitável ao paciente (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013).

O envelhecimento populacional e a alta prevalência de doenças crônicas, bem como o aumento do arsenal terapêutico e de seu acesso à população, tem posto novos desafios aos profissionais e ao sistema de saúde, exigindo trabalho coordenado da equipe multiprofissional para garantir o acesso ao cuidado integral e humanizado ao usuário (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013).

A ATENFAR vem atender a uma dimensão da demanda social por um profissional que se responsabilize pela avaliação do uso de todos os medicamentos, ao mesmo tempo. Toma-se o exemplo do paciente polimedicado: o objetivo é fazer o acompanhamento e monitoramento dos resultados de todos os medicamentos usados ao mesmo tempo. Afinal, o medicamento A pode interferir com o medicamento B, alterando a resposta de ambos e prejudicando também a ação de C. A prática holística na ATENFAR busca garantir o máximo benefício possível da terapia medicamentosa, traduzindo-se como intervenção efetiva na racionalização do uso de medicamentos (RAMALHO-DE-OLIVEIRA, 2013).

Como outro exemplo, cita-se a revisão sistemática de Graabaek e Kjeldsen (2013) que avaliou os efeitos da revisão medicamentosa²⁰ realizada por farmacêuticos em pacientes hospitalizados. Nos 31 estudos selecionados (sendo 10 estudos controlados) foi encontrada uma variação de 81 a 5122 ocorrências de PRM, com uma proporção de 0,13 a 10,6 PRM por paciente. A taxa de aceitação das recomendações propostas pelo farmacêutico variou de 39% a 100%. Praticamente todos os desfechos com significância estatística, exceto um, demonstraram efeitos positivos, tanto clínicos quanto econômicos, em função das revisões realizadas por farmacêuticos. Houve boa evidência ao mostrar redução de custos e alguma evidência na redução de readmissões hospitalares.

5.5. FATORES ASSOCIADOS AO NÍVEL DE CONHECIMENTO

Fatores associados ao conhecimento a respeito dos medicamentos prescritos também foram investigados (Tabela 14). Pacientes e cuidadores obtiveram praticamente a mesma pontuação. Da mesma forma, a média de pontuação entre homens e mulheres se mostrou semelhante. O fato de que mulheres se cuidam e procuram mais os serviços de saúde poderia ser um fator positivo que resultaria em maior conhecimento, quando comparadas aos homens, no que diz respeito aos medicamentos. Esta diferença no conhecimento é apontada em alguns estudos (AKICI *et al.*, 2004; DRESCH, 2008; MOREIRA *et al.*, 2008), mas não em outros (BULUT *et al.*, 2013; KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005; MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013).

Não foi observada diferença significativa entre a pontuação nos dois grupos de escolaridade. Ter mais ou menos anos de estudo não impactou no conhecimento sobre medicamentos aferido no presente estudo.

Entretanto, no estudo de Alkatheri e Albekairy (2013), maior conhecimento esteve associado a níveis mais altos de escolaridade e ao recebimento prévio de aconselhamento farmacêutico. Os autores aventaram a questão sobre a dificuldade do paciente em assimilar conhecimento a respeito de efeitos adversos, reforçando a

²⁰ Compreende desde rápidas revisões na prescrição médica até completas revisões onde o farmacêutico clínico avalia o tratamento medicamentoso considerando a condição de saúde do paciente (GRAABAEK; KJELDSEN, 2013).

importância de um programa de aconselhamento que proporcionasse maiores conhecimentos aos pacientes, principalmente àqueles com baixa escolaridade.

Houve diferença estatisticamente significativa entre a média da pontuação para a variável raça/cor (autodeclarada). Entrevistados da raça/cor branca apresentaram um maior conhecimento, com pontuação média 0,927 ponto acima daquela dos pacientes da raça/cor não branca. Neste caso, a diferença entre as médias foi demasiada grande para ser atribuível ao acaso. Esta diferença no nível de conhecimento é quase unânime nos trabalhos que realizam este tipo de comparação, suscitando discussões sobre as iniquidades que atingem com maior peso a população não-branca.

Pacientes que desejavam receber mais informações não obtiveram pontuação maior que aqueles que se encontravam satisfeitos com o que lhes foi transmitido. Da mesma forma, percebe-se que não houve diferença significativa entre a média de pontuação em função do tempo de internação. Ter um maior tempo de internação não esteve associado a uma maior pontuação. Esperava-se que, com um maior tempo de internação, ter-se-ia mais oportunidades para atividades de educação em saúde.

Quanto à natureza da internação, se clínica ou cirúrgica, houve pequena diferença na pontuação entre os dois grupos, não sendo, entretanto, estatisticamente significativa ($p > 0,05$). Diante disto, supõe-se que, tanto as atividades dos médicos assistentes, quanto à dos demais profissionais da equipe de saúde, repercutiram em níveis de conhecimento que não se distinguiram em função da unidade assistencial. Apesar de haver no referido hospital projetos, atividades e outros grupos de profissionais com atividades específicas a determinados perfis de pacientes (hipertensos, doentes renais crônicos, diabéticos, outros), não foi objeto do presente estudo investigar os impactos/resultados destas no conhecimento dos pacientes.

Também não houve diferença significativa entre a média de pontuação do grupo de pacientes que usaria o medicamento pela primeira vez. Esperava-se uma melhor pontuação para os pacientes que já faziam o uso prévio dos medicamentos que foram prescritos na alta, uma vez que teriam recebido orientações de outros profissionais, em outros momentos, antes da internação.

Nesta mesma lógica, Akici *et al.* (2004) também esperavam a constatação de que os pacientes teriam mais conhecimento sobre os medicamentos já utilizados por longos prazos no tratamento de doenças crônicas. No entanto, apenas 17,3% daqueles que possuíam uma doença crônica lembraram o nome do medicamento.

Houve diferença significativa de pontuação no que se refere ao número de medicamentos prescritos. Cuidadores de pacientes e pacientes para os quais foram prescritos até 4 medicamentos apresentam 0,947 ponto a mais que aqueles com mais de 4 medicamentos na prescrição. Esta diferença da pontuação em função do número de medicamentos é uma das mais apontadas em outros trabalhos (HARTHOLT *et al.*, 2011; MOTTER; OLINTO; PANIZ, 2013).

Tabela 14 - Teste T para variáveis independentes. Variável dependente: pontuação média (n=107).

	Variável	Grupos	N	Pontuação média	DP*	Valor de p	IC** (95%)
Nível A	Entrevistado	Paciente	83	9,66	1,869	0,992	(-0,816; 0,808)
		Cuidador	24	9,67	1,341		
	Sexo	Masculino	37	9,32	2,122	0,148	(-1,224; 0,187)
		Feminino	70	9,84	1,519		
	Raça/cor (autodeclarada)	Branca	37	10,27	1,146	0,002	(0,335; 1,520)
		Não branca	70	9,34	1,94		
	Escolaridade	≤ 8 anos	67	9,46	1,925	0,127	(-1,230; 0,155)
		> 8 anos	40	10	1,396		
	Desejou mais informação?	Sim	81	9,54	1,775	0,213	(-1,279; 0,289)
		Não	26	10,04	1,685		
Tempo de permanência hospitalar	≤ 6 dias	59	9,59	1,867	0,649	(-0,837; 0,524)	
	> 6 dias	48	9,75	1,631			
Natureza da internação	Cirúrgica	55	9,84	1,803	0,298	(-0,319; 1,030)	
	Clínica	52	9,48	1,709			
Nível B	Primeira vez que faria uso do medicamento?	Sim	46	9,65	1,509	0,954	(-0,704; 0,664)
		Não	61	9,67	1,938		
	Recebeu orientação?	Sim	70	9,71	1,669	0,698	(-0,604; 0,897)
		Não	37	9,57	1,937		
Nº de medicamentos prescritos	≤ 4	79	9,91	1,642	0,014	(0,199; 1,696)	
	> 4	28	8,96	1,915			

Legendas: * DP: Desvio-padrão; ** IC: Intervalo de confiança.

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Pela análise de variância (ANOVA), não houve diferença significativa ($p=0,088$) da pontuação média entre os grupos de idades (Tabela 15). Apesar de se observar na Figura 6 uma diferença entre a média de pontuação dos grupos de 18-30 anos e maiores que 65 anos, para este último o tamanho da amostra foi pequena, apenas 9 entrevistados, tendo pouca representatividade e podendo ter repercutido em um valor de p não significativo. Entretanto, Hartholt *et al.* (2011) encontrou em seu trabalho um maior conhecimento entre jovens e menor entre idosos.

Tabela 15 - Análise de variância (ANOVA) para pontuação média e idade ($n=107$).

Fontes de variação	Soma dos quadrados	DP	Quadrados médios	Teste F (Levene)	Valor de p
Entre grupos	14,939	2	7,47	2,482	0,088
Dentro dos grupos	312,948	104	3,009		
Total	327,888	106			

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

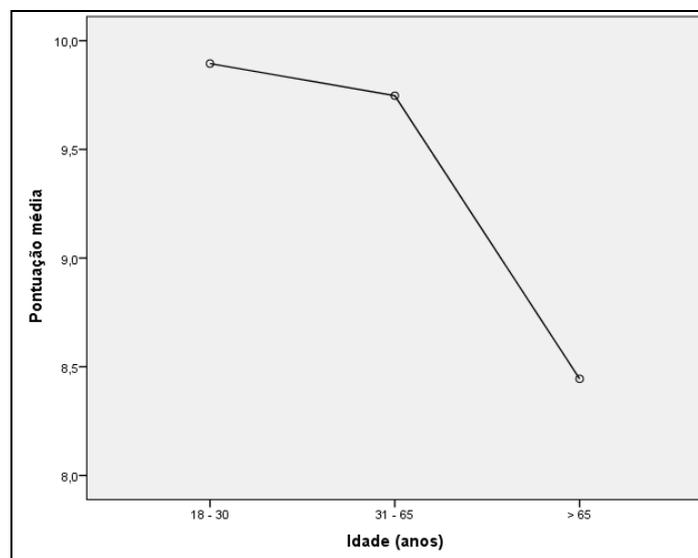


Figura 6 - Representação gráfica da pontuação média entre as faixas de idade dos entrevistados.

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

5.6. PERCEPÇÕES DOS PACIENTES

Cerca de 65% dos entrevistados declararam ter recebido orientação sobre o uso dos medicamentos prescritos, sendo o médico responsável pela transmissão da

informação em 97% dos casos (Tabela 16). Enfermeiros e farmacêuticos não foram citados pelos entrevistados, o que pode indicar a omissão destes profissionais no que tange ao assunto em questão.

Tabela 16 - Número de entrevistados que receberam orientação sobre os medicamentos prescritos na alta hospitalar (n=107).

Recebeu orientação?	Por qual profissional?	N	Porcentagem (subtotal)
Sim	Médico	68	97,1
	Cirurgião-dentista	2	2,9
	Subtotal	70	100
Não	-	37	
Total		107	

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Para os casos em que os entrevistados declararam ter recebido orientação sobre o uso dos medicamentos, duas afirmações foram feitas pelo pesquisador com o propósito de conhecer as percepções dos entrevistados quanto à disponibilidade de tempo e acesso aos profissionais de saúde, bem como se a forma de comunicação dos profissionais estava compreensível aos mesmos.

As afirmações foram: “As informações foram transmitidas com linguagem clara e compreensível. Foram usados termos que eu fui capaz de entender” (Tabela 17) e “Tive oportunidade para me expressar e fazer perguntas” (Tabela 18).

Em ambos os casos as respostas expressaram alto grau de concordância, ou seja, concordaram plenamente com a primeira afirmação 95,7% dos entrevistados e 84,3% com a segunda afirmação. Infere-se que pacientes e cuidadores poderiam estar satisfeitos com a informação transmitida. Para além desta satisfação, importa também saber se o grau de assimilação da mesma. Justamente neste momento de transição de cuidados, algumas lacunas do conhecimento que encontram causas na falta de informação e na falta de seu entendimento, poderiam refletir em fragilidades, entre elas descontinuação do plano de cuidados, baixa adesão à farmacoterapia, outras e, na perspectiva da rede assistencial, fragmentação da atenção e falta de resolutividade das ações e serviços em saúde.

Tabela 17 - Percepção dos entrevistados no que se refere ao uso de linguagem clara e compreensível pelo profissional que transmitiu as informações (n=107).

Percepção	N	% (subtotal)
Concordo plenamente	67	95,7
Concordo em parte	3	4,3
Subtotal	70	100
Total	107	

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

Tabela 18 - Percepção dos entrevistados quanto à disponibilidade de tempo e acesso aos profissionais da saúde para conversar sobre os medicamentos (n=107).

Percepção	N	% (subtotal)
Concordo plenamente	59	84,3
Concordo em parte	8	11,4
Discordo em parte	3	4,3
Subtotal	70	100
Total	107	

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

De acordo com Vaitsman e Andrade (2005), os resultados da maioria das pesquisas de avaliação dos serviços de saúde pelos usuários têm sido positivas, o que não quer dizer necessariamente que o serviço é bom, podendo expressar ausência de opinião, ausência de avaliação crítica e também a "aceitação do paternalismo médico". Os autores criticam que tais pesquisas partem do pressuposto que o paciente esteja desempenhando um papel crítico para proceder com a avaliação, muito embora, na realidade, isto não aconteceria. A satisfação do paciente, portanto, dependeria do entendimento de seus direitos e deveres.

No inquérito farmacoepidemiológico de Teixeira e cols. (2008) foi comparada a frequência de respostas de algumas variáveis relacionadas ao conhecimento sobre medicamentos, nos períodos pré e pós-intervenção (palestras técnicas com os pacientes). Houve aumento da frequência de pacientes que se achavam satisfeitos ou muito satisfeitos com o medicamento prescrito, de 85% para 96,3% e, quanto à importância das informações recebidas pelo paciente, 67,5% as consideraram como importante no início do estudo, passando a 97,4% ao final do estudo. Quanto à

frequência de leitura da bula, 50% afirmaram que sempre ou quase sempre as lê, aumentando ligeiramente para 56,2% na avaliação ao final do estudo.

O conteúdo destas palestras podem não ter sido direcionadas ao reforço para leitura de bulas, mas o que se observa é que a bula ainda é uma fonte de informação pouco utilizada pelo paciente. Tal situação remete à subjetividade dos sujeitos frente às mesmas, seja pelos significados a ela atribuídos, pela forma como se apresentam (letras pequenas, linguajar técnico, entre outras) ou pela falta de incentivo dos profissionais de saúde para procederem com a leitura.

Investigou-se, também, a possível necessidade do paciente/cuidador com relação a outras informações a respeito do tratamento medicamentoso. Setenta e cinco por cento dos entrevistados afirmaram que desejariam receber mais informações sobre seus medicamentos. Em seguida, foram submetidos a dez opções pré-estabelecidas de informações para que marcassem livremente conforme interesse, sem limitações do número de escolhas. Muito embora houvesse a opção para o entrevistado sugerir outros temas que não estivessem contemplados nas opções pré-estabelecidas, apenas dois pacientes sugeriram temas relacionados ao diagnóstico. As expressões utilizadas foram “investigar melhor a doença” e “explicar melhor a doença para os pacientes”.

A Tabela 19 apresenta os resultados de todas as 373 respostas e a Figura 7 os dispõe sobre a forma de gráfico.

Tabela 19 - Informações sobre medicamentos mais solicitadas pelos pacientes (n=373).

Informação solicitada	N	%
Precauções	61	16,4%
Efeitos adversos	59	15,8%
Interações medicamentosas	58	15,5%
Obtenção gratuita	52	13,9%
Indicação do uso	36	9,7%
Duração do tratamento	32	8,6%
Conservação do medicamento	29	7,8%
Posologia	28	7,5%
Dose	11	2,9%
Nome do medicamento	7	1,9%
Total	373	100,0%

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

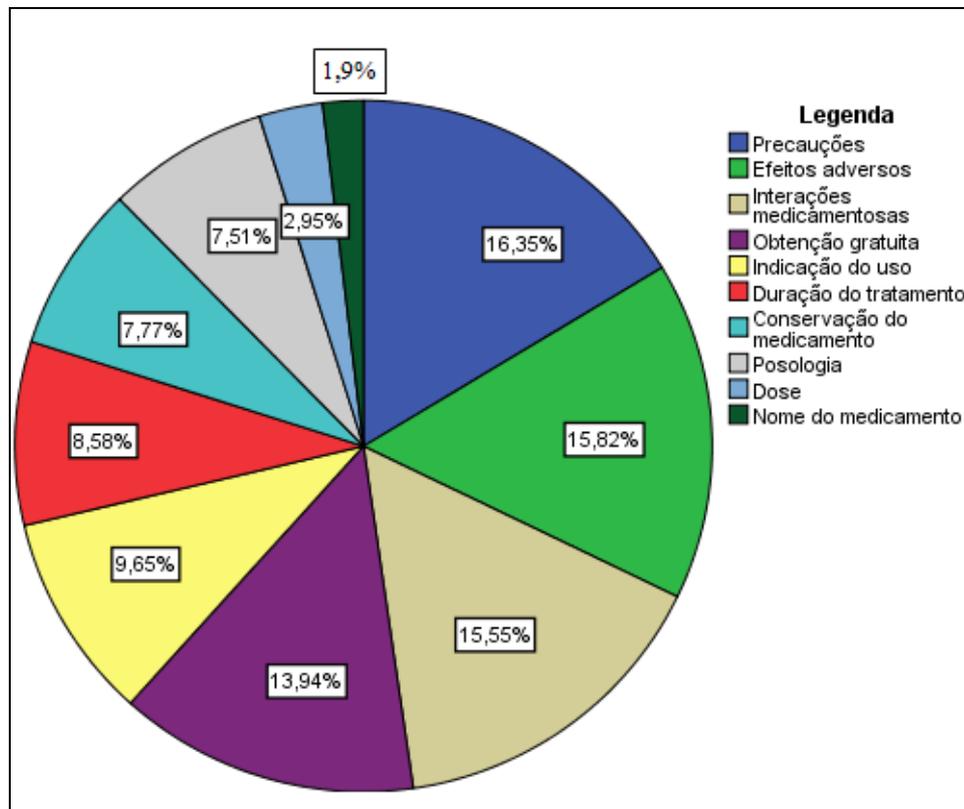


Figura 7 - Distribuição em gráfico das informações mais solicitadas pelos pacientes (n=373).

Fonte: HU-UFJF. Elaboração própria, 2014.

As três opções mais demandadas pelos entrevistados foram “precauções”, “efeitos adversos” e “interações medicamentosas”, sendo justamente aquelas em que foram observados os piores índices de acerto. Este resultado sugestiona o interesse do paciente por essas informações em função da orientação ter sido deficiente nestes assuntos.

Para alguns pacientes, o simbolismo do “poder da cura” atribuído ao medicamento pode até afastar, momentaneamente, a ideia de que possa haver algum efeito indesejável atrelado ao seu uso. Porém, ao mesmo tempo, desperta seu interesse por conhecer mais sobre esse assunto, pois ainda existe dúvida e certo grau de receio quanto ao medicamento. Toma-se como exemplo a reprodução das falas de pacientes hipertensos entrevistados na pesquisa qualitativa de Nunes, Nogueira e Pedrosa (2012):

Eu acho que todo medicamento, ele melhora uma coisa, mais agrava outras, [...] no meu pensar ele deve atrapalhar alguma coisa também, mas é ordem médica, tem que cumprir!

O risco é só se tomar demais, senão, não tem risco não, eu não tenho medo de tomar, eu tenho medo é de não tomar!

[...] se tem risco, não sei, acho que faz é bem, porque para mim [...] eu não posso é viver sem ele, né?

[...] às vezes eu fico na dúvida se já tomei o comprimido do dia, aí eu tomo de novo, não pode é deixar de tomar, não é? O único risco é deixar de tomar! (NUNES; NOGUEIRA; PEDROSA, 2012, p. 315-317).

Fato importante é a representação da ambiguidade simbólica do medicamento pelos pacientes crônicos, em que existe a situação de saúde, representada pela continuidade da vida, pelo controle dos sintomas, etc, mas também há doença, pela contínua sensação de necessitar algo para estar hígido ou pela lembrança permanente da condição de doente (LEFREVE, 1991). Complementando esta perspectiva, Pereira (2010) fez considerações sobre o papel do médico, reforçando um duplo padrão de comportamento a que está sujeito o paciente:

[...] a entrada da ação médica no itinerário terapêutico do paciente gera um duplo distanciamento entre ele e a doença: se por um lado progressivamente transforma sensações suspeitas numa doença conhecida, por outro, caracteriza a doença como algo alheio à sua alçada de compreensão (PEREIRA, 2010, p. 152).

Considerando esse duplo padrão de comportamento, e sendo a bula parte que acompanha o medicamento, a mesma pode ser deixada de lado como forma de não tomar conhecimento da representação da “parte doente”.

No presente estudo, não foi objeto de investigação o tipo de orientações transmitidas pelos profissionais de saúde àqueles pacientes que referiram recebê-las. Entretanto, pelas demandas de informação mais apontadas pelos pacientes, indiretamente pode-se inferir que as mais demandadas foram abordadas superficialmente ou mesmo não foram abordadas, caracterizando uma lacuna, falha ou omissão no processo de orientação de alta hospitalar, bem como podendo refletir em potencial fragilidade no processo de transição assistencial.

Há, na verdade, um grande desafio a ser superado no que se refere à transmissão de informações para a correta utilização dos medicamentos.

Corroborando o exposto, cita-se o estudo de Arrais, Barreto e Coelho (2007) em que se constatou que durante a consulta médica, apenas 35% e 35,9% dos indivíduos entrevistados informaram que o médico fez perguntas sobre quadros anteriores de alergia medicamentosa e sobre medicamentos que faziam uso, respectivamente.

O médico, ao realizar uma prescrição, necessariamente deve levar em conta toda informação possível. Esta é a primeira etapa de diversas outras e que terá repercussão não somente no trabalho de outros profissionais, destacando, para efeito de discussão no presente trabalho, o enfermeiro e o farmacêutico, mas, sobretudo, na saúde do paciente e na sustentabilidade e harmonia do sistema de saúde. Prescrever um medicamento sem ter conhecimento de aspectos importantes como os citados acima, é colocar em risco a segurança dos pacientes.

Não se pode falar em uso racional de medicamentos quando o processo que se inicia está cercado de vieses, omissões e falta de atendimento às boas práticas de prescrição. Há de se privilegiar na educação médica a temática do URM, fornecendo aos prescritores os fundamentos para promoção da prescrição racional (OMS, 1998; OMS, 2002).

Cita-se um relato de experiência no ensino médico que abordou o URM na capacitação dos estudantes e no desenvolvimento de ações educativas na comunidade. Resultados exitosos foram obtidos, fazendo com que os estudantes passassem a visualizar a prescrição de forma mais racional e a reconhecer a importância dos medicamentos essenciais (FRANCESCHET-DE-SOUSA *et al.*, 2010).

Como já discutido anteriormente, há situações em que o conhecimento dos mecanismos de uma doença/condição poderia afastar o paciente dos serviços de saúde, sobretudo pela negação da condição de doente. A situação oposta também pode existir. Infere-se que, para selecionar a forma e o tipo de informação, bem como saber “dosá-la” de modo oportuno ao paciente, faz-se necessário reconhecer e compreender sua singularidade. Estabelecer, portanto, uma relação de confiança é pressuposto básico para identificar sua subjetividade e, com isso, adequar da melhor forma possível o plano terapêutico.

Alguns pacientes, por confiarem absolutamente nos médicos, cooperam rigorosamente, sem questionamentos:

[...] Tudo que eu tomo, ou faço, é só se o médico aprovar [...] se eu for ao médico e ele disser que está tudo bem, e que eu devo deixar de tomar ou tomar algum medicamento, aí eu deixo, ou tomo, senão, não mudo nada! E o que ele sempre disse é que tenho que tomar e eu sempre obedeci! (NUNES; NOGUEIRA; PEDROSA, 2012, p. 315).

Por outro lado, há uma parcela de pacientes que não cooperaria para o sucesso do plano terapêutico por não terem a compreensão, minimamente, de suas condições de saúde. Em virtude disto, entenderiam parcialmente a importância da adesão ao tratamento medicamentoso, por exemplo, e não experimentariam todos os possíveis benefícios do plano terapêutico.

Eu gosto muito de fritura, de comida assim com mais um pouquinho de sal, sabe? Não é sempre que eu tenho esses cuidados, não. Só não deixo é de tomar o medicamento.

[...] Eu não acredito muito nessas outras coisas, caminhada, dieta, [...] para mim eu faço, mas não tem aquela crença como se eu tomasse o medicamento mesmo não, sabe? (NUNES; NOGUEIRA; PEDROSA, 2012, p. 317).

De um modo geral, o paciente deposita grande confiança no medicamento e, por vezes, acabar esquecendo que ele faz parte de um plano terapêutico, que é parte integrante, e não é o todo. Este simbolismo, como já discutido, é concebido pela convergência da ação de inúmeros atores. Destes, o médico é aquele que possui grande destaque e influência e, por isso, deve ser capaz de atentar para seu papel na educação em saúde, no empoderamento, enfim, na sua capacidade de não apenas exercer o poder sobre o outro, mas sim com o outro.

Profissionais de saúde têm sempre a possibilidade de exercer o poder sobre os outros, mas também com os outros. Sugere-se aqui o exercício de uma prática profissional guiada pelo entendimento do usuário enquanto sujeito/cidadão portador de direitos que valoriza a parceria entre profissionais, indivíduos e comunidades, em substituição a uma prática alienada e autoritária em que o trabalhador é simplesmente um provedor de serviços e o usuário um cliente/consumidor (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2033).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo dos três meses em campo foi possível entrevistar 107 sujeitos de pesquisa que, em sua maioria, eram do sexo feminino, declararam possuir baixa renda e ter poucos anos de estudo. Setenta e sete por cento destas entrevistas foram realizada com os próprios pacientes.

A média do tempo de permanência hospitalar foi de 8,97 dias, número superior quando comparado à média, em 2013, dos hospitais do SUS (6,5 dias) e dos hospitais privados (4,7 dias). Este é um indicador clássico na avaliação da eficiência, rendimento e produtividade. Pelo tamanho da amostra do presente trabalho, não necessariamente pode-se inferir problemas na gestão. De todo modo, resta uma avaliação neste aspecto.

Constatou-se que 57% dos pacientes iriam utilizar pela primeira vez ao menos um medicamento relacionado na prescrição. Especialmente a estes, o provimento de informações necessárias ao uso seguro e racional do medicamento deveria ser aspecto primaz, comprometendo-se a instituição em certificar que o paciente realmente compreendeu seu plano terapêutico.

Ao todo, foram prescritos 363 medicamentos. A média de medicamentos prescritos na alta hospitalar foi de 3,4. Estratificando-se, para pacientes atendidos na unidade clínica a média foi de 4,67 e na cirúrgica foi de 2,2.

A pontuação média foi 9,66 pontos, o que corresponde a um nível de conhecimento regular. Dez por cento dos entrevistados apresentaram nível insuficiente, 58,9% regular e 30,8% bom.

Os dois maiores índices de acerto das perguntas que verificaram o conhecimento acerca do primeiro medicamento da prescrição foram quanto à frequência de administração (94,4% de concordância) e via de administração (97,2%). Os dois piores índices de acerto foram para interações medicamentosas (15,9%) e efeitos adversos (29,0%).

Surpreende o fato de que aproximadamente 20% dos pacientes não souberam dizer a indicação do uso do medicamento e 25% não souberam a duração do tratamento, mesmo sendo consideradas corretas as respostas em linguagem não-técnica.

Apesar de ser direito do paciente e dever do profissional de saúde, especulam-se problemas de informação, sejam na comunicação entre ambos, na ausência de diálogo, na inacessibilidade ao profissional, ou de incapacidade de assimilação do paciente, de falha no processo de comunicação ou de incapacidade de adequação dos termos técnicos de modo que possam ser apreendidos e que repercutissem em efetivo conhecimento pelo usuário.

Investigando-se alguns fatores associados ao conhecimento sobre os medicamentos, observou-se que não houve diferença estatisticamente significativa em relação ao sexo ou em relação em ser paciente ou cuidador. Escolaridade também não repercutiu em mais ou menos conhecimento, bem como maior tempo de internação não esteve associado a uma maior pontuação.

A pontuação média também não apresentou diferenças em função da equipe assistencial (clínica ou cirúrgica), o que pode indicar uma homogeneidade nos aspectos profissionais que dizem respeito à transmissão de informações aos pacientes. O que, generalizando, especular-se-ia em uma cultura do processo de trabalho dos profissionais da instituição em não atentar ao fornecimento de informações, de forma paciente, compreensiva e com os atributos da perspectiva do diálogo.

Houve diferença estatisticamente significativa entre a média da pontuação em função da raça/cor (autodeclarada). Uma expressiva clientela do SUS da raça/cor preta, em decorrência, sobretudo, das iniquidades, acabam por ter desempenho em muitos estudos avaliativos.

Pacientes que faziam uso de até 4 medicamentos obtiveram maior pontuação, o que indica ser a polifarmácia um fator associado a menor compreensão das informações. Fazer uso de muitos medicamentos, evidentemente, pode repercutir em confusão: as formas geométricas dos comprimidos são muito parecidas e, em muitos casos, não permitem uma identidade visual única; seus nomes não são fáceis e, por vezes, pacientes são incapazes de soletrá-los corretamente.

Pacientes que faziam uso prévio do medicamento prescrito na alta não alcançaram melhor pontuação. Partindo-se deste resultado e considerando o teor de outros estudos citados anteriormente, questiona-se quanto a uma possível situação de desinformação generalizada por parte dos pacientes.

Quanto às limitações do presente estudo, apontam-se principalmente duas: o momento da alta hospitalar e o tamanho amostral. O momento da alta hospitalar, por si só, gera ansiedade e expectativa de deixar um ambiente reconhecidamente estranho e alheio às vontades do paciente, carregado, igualmente, de simbolismos. Embora o fato da entrevista não tomar muito tempo, em alguns casos, a aflição em deixar este ambiente pode ter influenciado no comprometimento em responder às perguntas com atenção.

Com relação ao tamanho amostral, algumas correlações estatisticamente significativas poderiam ter sido observadas caso o número de entrevistados fosse maior. Este é o caso da variável idade. Na maioria dos estudos publicados, este foi um fator associado ao conhecimento, enquanto no presente estudo não foi encontrada tal correlação.

Entretanto, não necessariamente mudaria os resultados obtidos e muito menos as inferências de que a educação em e na saúde deveria estar mais presente, contribuindo para um maior conhecimento do paciente. Aspecto primaz este último que, aliás, fornece subsídios para atitudes e práticas corretas e proporciona ao paciente confiança para o uso racional dos medicamentos. E muitos são os desfechos, tanto negativos que poderiam ser reduzidos, quanto positivos que certamente seriam alcançados.

Merece importância a forma como o aconselhamento deve ser transmitido, levando-se em conta a singularidade e individualidade de cada paciente, sendo o modelo de educação dialógica em saúde, por suas características já discutidas, o mais adequado para estabelecer a relação profissional-paciente.

Justamente em um espaço de ensino, de formação de recursos humanos, esperar-se-iam os melhores resultados possíveis. Pela sua característica em congregar o trabalho de diversos profissionais, o ambiente hospitalar, particularmente o ambiente do hospital de ensino, revela-se como um campo que poderia suscitar ao desenvolvimento do trabalho interprofissional.

Cerca de 65% dos entrevistados declararam ter recebido orientação. Para além da avaliação da qualidade da orientação transmitida, esta proporção deixa a desejar uma vez que parcela significativa dos pacientes estaria recebendo apenas a prescrição de alta. Ainda que esta fosse elaborada de acordo com o mais alto padrão, seguindo as boas práticas, existira a lacuna em que o profissional não se

certificaria que o paciente realmente compreendeu as instruções ali contidas. É preciso, pois, incentivar e cultivar a ideia de que não se “perde” tempo explicando ao paciente e sim que se ganha benefícios em todas as dimensões e cenários possíveis.

De nada valeria, assim, se não houvesse esse entendimento por parte do paciente. Essa orientação, entretanto, é desejável que ocorra não apenas na alta hospitalar, mas durante toda a internação, de forma a possibilitar a assimilação gradual e contínua.

Outra lacuna refere-se aos pacientes não terem citado enfermeiros e farmacêuticos como o profissional que transmitiu orientações. O plano de alta hospitalar é essencialmente multiprofissional e os saberes de cada profissional são requeridos para o sucesso do plano terapêutico pós-alta. Para tanto, estes profissionais devem se fazer presentes e reconhecidos.

A alta satisfação atribuída pelos entrevistados quanto às orientações transmitidas podem ser explicadas, em parte, pelo *gratitude bias* (BERNHART, 1999 *apud* VAITSMAN; ANDRADE, 2005), uma espécie de “sentimento de gratidão” comum em países em desenvolvimento. Este viés dificultaria uma visão crítica por parte dos usuários, pois teriam receio de perder o acesso aos serviços e/ou profissionais.

Mesmo estando satisfeitos com as orientações transmitidas, “precauções”, “efeitos adversos” e “interações medicamentosas” foram os temas mais demandados pelos entrevistados quanto a maiores orientações. Certamente, o profissional farmacêutico é o mais indicado para realizar o atendimento a esta demanda, compartilhando responsabilidades com a equipe multiprofissional.

Compreender as informações provenientes da educação em saúde requer do educando uma postura proativa, em busca por respostas. E para tanto deve haver espaço para questionamentos e perguntas, sempre na perspectiva do diálogo. Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, apresentar-se mais disponíveis e receptivos às conversas com os pacientes.

O corpo a ser medicado é do próprio paciente e não do prescritor, dispensador ou do profissional que faz a administração do medicamento. É preciso que o usuário do medicamento tenha isto em mente. Reduzir as distâncias da relação entre profissionais e pacientes é aspecto que deve ser levado em

consideração: a assimetria nessa relação é visualizada na questão do *biopoder* sobre o corpo, hegemonicamente dominado pelo profissional.

Antes de tudo, faz-se necessário a compreensão pelo paciente da sua condição de saúde, dos processos que o levam ao adoecimento e das atitudes, comportamentos e práticas que o ajudariam a resgatar a saúde. Estes conhecimentos ajudariam no entendimento do plano terapêutico, do qual fazem parte os medicamentos.

O uso não-racional de medicamentos bem como a não-adesão são problemas à saúde pública e merecem a atenção de todos os atores envolvidos no processo. No cerne das práticas profissionais está a possibilidade de empoderamento do sujeito, com vistas a diminuir os riscos destes problemas. Tem-se, então, o conhecimento como “pré-requisito” à utilização segura e racional de tal insumo.

Independente da perspectiva do sujeito que usa medicamentos, seja ele um consumidor, usuário ou paciente, infere-se que o URM é transversal e sensível a melhores resultados quando da integração de elementos presentes na PNM, PNAF, no trabalho em saúde sustentado na multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, na integração ensino-serviço, na perspectiva do cuidado à saúde, nos modelos de comunicação assimétricos e dialógicos e nas atividades de educação em saúde.

Isto posto, urge a necessidade de mudança do modelo médico-hegemônico, repensando a relação entre profissional da saúde e paciente para a lógica do trabalho interdisciplinar, considerando as necessidades da sociedade, sejam elas objetivas, subjetivas, explícitas ou implícitas. Ainda mais, é preciso conhecer o fazer em saúde dos demais profissionais e construir projetos que vão além do trabalho individual e da percepção fragmentada da realidade. Sem dúvida, mudanças no processo do fazer em saúde são precedidas por mudanças na formação do profissional em saúde.

Diante do reconhecimento das demandas da sociedade ao longo das últimas décadas, vislumbram-se avanços na educação na saúde, especialmente na formação profissional, com vistas a potencializar a interação profissional-profissional e profissional-paciente. Espera-se uma relação dialógica, aberta, de mão-dupla, em que as percepções e subjetividades dos sujeitos sejam verdadeiramente valorizadas na formação dos profissionais e que estes passem a reconhecê-las no cotidiano de trabalho.

Quanto às implicações para a prática, sugere-se o trabalho ordenado e conjunto dos diversos profissionais de saúde, tomando por base o diálogo com o paciente, preparando-o desde o primeiro dia de internação para o momento da alta. Neste âmbito, o profissional farmacêutico deve ser convocado a participar do planejamento de alta hospitalar, integrando a equipe multiprofissional de saúde e fornecendo ao paciente todas as informações necessárias para o uso seguro e racional dos medicamentos.

Ainda que entraves de ordens diversas dificultem a implantação do serviço de aconselhamento e orientação de alta hospitalar a todos os pacientes, reforça-se que sejam priorizadas as atividades de educação em saúde com grupos específicos de pacientes que notadamente apresentaram baixo conhecimento.

Não se pode deixar de considerar para implementação e manutenção do referido serviço os profissionais de saúde matriculados nos mais diversos programas de residência que o hospital oferece. Sem dúvida alguma, todos têm muito a contribuir e aprender com as atividades voltadas ao empoderamento do paciente.

Vale lembrar a existência do serviço de informação sobre medicamentos no referido hospital. Sugere-se aos profissionais de saúde explorar e utilizar mais deste serviço, local privilegiado para produção e difusão da informação sobre medicamentos.

Não há dúvidas que hospitais-escola possuem todo um aparato técnico qualificado que permita atingir melhores resultados em saúde, desde corpo docente qualificado, profissionais competentes, até boa estrutura e recursos. Sugere-se a realização de uma avaliação pormenorizada dos processos de trabalho com vistas à institucionalização de um serviço multiprofissional efetivo de orientação e aconselhamento de alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

- AIZENSTEIN, M. L. Introdução ao uso racional de medicamentos. In: _____. **Uso racional de medicamentos**. São Paulo: Artes médicas, 2010. Cap. 1, p.2-12.
- AIZENSTEIN, M. L.; TOMASSI, M. H. Problemas relacionados a medicamentos; reações adversas a medicamentos e erros de medicação: a necessidade de uma padronização nas definições e classificações. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, 32(2):169-173, 2011.
- AKICI, A.; KALAÇA, S.; UGURLU, M. U.; TOKLU, H. Z.; ISKENDER, E.; OKTAY, S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. **Pharmacoepidemiology and drug safety**, 13: 871–876, 2004.
- ALEXANDRE, J. W. C.; ANDRADE, D. F.; VASCONCELOS, A. P.; ARAUJO, A. M. S.; BATISTA, M. J. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. **XXIII Encontro Nac. de Eng. de Produção**. Ouro Preto, MG, Brasil, 21 a 24 de out de 2003. Disponível em: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2003_tr0201_0741.pdf. Acesso em: 14 de setembro de 2014.
- ALKATHERI, A. M.; ALBEKAIRY, A. M. Does the patients' educational level and previous counseling affect their medication knowledge? **Annals of Thoracic Medicine**, v. 8, n. 2, p. 105-108, Apr-Jun, 2013.
- AL-RASHED, S. A.; WRIGHT, D. J.; ROEBUCK, N.; SUNTER, W.; CHRYSTYN, H. The value of inpatient pharmaceutical counselling to elderly patients prior to ischarge. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v.54 , 657–664, 2002.
- ALVES, T. N. P. **Política Nacional de Medicamentos**: análise a partir do contexto, conteúdo e processos envolvidos. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)— Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.
- AMERICAN SYSTEM HEALTH PHARMACY. Suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions. *Am J Health Syst Pharm*, 55:165-6.1998 *apud* RISSATO, M. A. R.; ROMANO-LIEBER, N. S.; LIEBER, R. R. Terminologia de incidentes com medicamentos no contexto hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):1965-1975, set, 2008.
- ANDRIETA, M. P.; MOREIRA, R. S. L.; BARROS, A. L. B. L. Plano de alta hospitalar a pacientes com insuficiência cardíaca congestiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(6):[08 telas] nov.-dez, 2011.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade? **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup):733-736, 2008.
- ARRAIS, P. S. D.; BARRETO, M. L.; COELHO, H. L. L. Aspectos dos processos de prescrição e dispensação de medicamentos na percepção do paciente: estudo de base populacional em Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(4):927-937, abr, 2007.
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHP). Observatório ANAHP. Edição 6/2014. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos/revista>

[observat%C3%B3rio/observat%C3%B3rio-anahp-2014>](#). Acesso em: 01 de novembro de 2014.

ARAÚJO, P. T. B; UCHÔA, S.A.C. Avaliação da qualidade da prescrição de medicamentos de um hospital de ensino. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16 (Supl. 1):1107-1114, 2011.

ARONSON, J. K. A prescription for better prescribing. **British Journal of Clinical Pharmacology**, 61:5 487–491, 2006.

AZEVEDO, M. F. M.; FRANCELINO, E. V.; OLIVEIRA, N. M. S. F.; CARVALHO, M. M.; VASCONCELOS, A. S.; OLIVEIRA, N. F.; AZEVEDO, P.T. Perfil do conhecimento de cuidadores de pacientes pediátricos sobre medicamentos prescritos. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, 32(2):245-249, 2011.

BANGALORE, S.; KAMALAKKANNAN, G.; PARKAR, S.; MESSERLI, F. H. Fixed-Dose Combinations Improve Medication Compliance: A Meta-Analysis. **The American Journal of Medicine**, 120, 713-719, 2007.

BARROS, J. A.C. **Os fármacos na atualidade, antigos e novos desafios**. Brasília: ANVISA, 2008. 318p. p. 38

BAYLEY, B. K.; SAVITZ, L. A.; MADDALONE, T.; STONER, S. E.; HUNT, J. S.; WELLS, R. Evaluation of patient care interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. **Therapeutics and Clinical Risk Management**, 3(4) 695–703, 2007.

BLOM, L.; KRASS, I. Introduction: The role of pharmacy in patient education and counseling. Editorial. **Patient Education and Counseling**, 83, 285–287, 2011.

BORGSTEEDE, S. D. E ; KARAPINAR-ÇARKIT, F.; HOFFMANN, EMMY; ZOER, JAN; VAN DEN BEMT, P. M.L.A. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. **Patient Education and Counseling**, 83, 22–28, 2011.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. Resolução nº 1.931, de 17 de setembro de 2009. Aprova o Código de Ética Médica. **Diário Oficial da União**, Entidades de Fiscalização do Exercício das Profissões Liberais, Brasília, DF, 24 set. 2009. Seção 1, p. 90-92.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 mai. 2004. Seção 1, p. 52-53.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Texto promulgado em 05 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 jun. 2011b. Seção 1, p. 1-3.

_____. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. **Informações de saúde**. Assistência à saúde. Procedimentos hospitalares por local de internação. 2014b.

Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0202>. Acesso em: 01 de junho de 2014.

_____. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de saúde. Assistência à saúde. Internações hospitalares do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). 2014c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def> Acesso em: 29 de setembro de 2014.

_____. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2011a. Seção 1, p. 1-2.

_____. Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011. Regula o acesso a informações previsto no inciso XXXIII do art. 5º, no inciso II do § 3º do art. 37 e no § 2º do art. 216 da Constituição Federal; altera a Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990; revoga a Lei nº 11.111, de 5 de maio de 2005, e dispositivos da Lei nº 8.159, de 8 de janeiro de 1991; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 18 nov. 2011d. Edição extra, p.1.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 set. 1990a. Seção 1, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Anexo 03: Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. 2014a. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/index.html>. Acesso em: 24 de agosto de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Consultoria Jurídica. Intervenção Judicial na saúde pública. Panorama no âmbito da Justiça Federal e apontamentos na seara das Justiças Estaduais. 18p, 2011c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.916, de 30 de outubro de 1998. Aprova a Política Nacional de Medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 10 nov. 1998. Seção 1, p. 18.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 533, de 28 de março de 2012. Estabelece o elenco de medicamentos e insumos da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2012. Seção 1, p. 96.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Formulário terapêutico nacional 2010: RENAME 2010. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 1135 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. 56 p.

- BERNHART, M.H.; WIADNYANA, I.G.P.; WIHARDJO, H.; POHAN, I. Patient satisfaction in developing countries. *Social Science & Medicine*, 48:989-996, 1999 *apud* VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, pp. 599-613, 2005.
- BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 12(1):7-30, jan-mar, 1996.
- BULUT, H.; TANRIKULU, G.; DAL, U.; KAPUCU, S. How much do ED patients know about medication prescribed for them on discharge? A pilot study in Turkey. **Journal of Emergency Nursing**, v. 39, n. 3, p. e27-32, 2013.
- BUSS, P. M.; FILHO, A. P. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1): 77-93, 2007.
- CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Ethnography: its uses, potentials and limits within health research. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n.25, p.363-76, abr./jun. 2008.
- CARDOSO, L.; MIASSO, A.I.; GALERA, S.A.F.; MAIA, B.M.; ESTEVES, R.B. Grau de adesão e conhecimento sobre tratamento psicofarmacológico entre pacientes egressos de internação psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(5):[09 telas], set-out, 2011.
- CARVALHO, M. A. P. Construção com partilhada do conhecimento: análise da produção de material educativo. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 160 p.: il. color.
- CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.13, suppl.2, pp. 2029-2040, 2008.
- CECCATO, M. G. B.; ACURCIO, F. A.; BONOLO, P. F.; ROCHA, G. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1388-1397, set-out, 2004.
- CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L.. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(6):647-52, nov-dez, 2005.
- CLAXTON, A. J.; CRAMER, J.; PIERCE, C. A Systematic review of the associations between dose regimens and medication compliance. **Clinical Therapeutics**, v. 23, n. 8, 1296-1310, 2001.
- COLEMAN, C. I. *et al.* Dosing frequency and medication adherence in chronic disease. **Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 18, n. 7, p. 527-39, Sep, 2012.
- CONSENSO BRASILEIRO DE ATENÇÃO FARMACÊUTICA: proposta / Adriana Mitsue Ivama [*et al.*]. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002. 24 p.

- CRUZ, L.P.; MIRANDA, P.M.; VEDANA, K.G.G.; MIASSO, A.I. Terapêutica medicamentosa: adesão, conhecimento e dificuldades de idosos com transtorno bipolar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 19(4):[09 telas], jul.-ago. 2011.
- CUA, Y. M.; KRIPALANI, S. Medication Use in the Transition from Hospital to Home. **Annals, Academy of Medicine, Singapore**, February ; 37(2): 136, 2008.
- DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Biblioteca Virtual em Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>>. Acesso em: 23 de dezembro de 2014.
- DIAS, H. S.; LIMA, L. D; TEIXEIRA, M. A trajetória da política nacional de reorientação da formação profissional em saúde no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.18, n.6, p.1613-1624, 2013.
- DONIHI , A. C.; YANG, E.; MARK, S. M.; SIRIO, C. A.; WEBER, R. J. Scheduling of Pharmacist-Provided Medication Education for Hospitalized Patients. **Hospital Pharmacy**, v.43, n.2, p.121–126, 2008.
- DRESCH, A. P. **Caracterização do nível de conhecimento sobre medicamentos prescritos e prevalência de automedicação por pacientes ambulatoriais odontológicos**. Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre:UFRGS, 2008. 128p.
- ELLITT, G. R.; ENGBLOM, E.; ASLANI, P.; WESTERLUND, T.; CHEN, T.F. Drug related problems after discharge from an Australian teaching hospital. **Pharmacy world & science**, 32:622–630, 2010.
- FALKENBERG, M. B.; MENDES, T. P. L.; MORAES, E. P.; SOUZA, E. M. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 19 (3), 847-852, 2014.
- FARIA, H. T. G.; ZANETTI, M. L.; SANTOS, M. A.; TEIXEIRA, C. R. S. Conhecimento sobre terapêutica medicamentosa em diabetes: um desafio na atenção à saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, 22(5):612-7, 2009.
- FERRACINI, F. T.; ALMEIDA, S. M.; LOCATELLI, J.; PETRICCIONE, S.; HAGA, C. S. Implantação e evolução da farmácia clínica no uso racional de medicamentos em hospital terciário de grande porte. **Einstein**, 9(4 Pt 1), p.456-60, 2011.
- FIGUEIREDO, M. F. S.; RODRIGUES-NETO, J. F., LEITE, M. T. S. Modelos aplicados às atividades de educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.63, n.1, pp. 117-121, 2010.
- FITZGERALD, R. J. Medication errors: the importance of an accurate drug history. **British Journal of Clinical Pharmacology** , 67:6; 671–675, 2009.
- FLETCHER, S. W.; FLETCHER, R. H.; THOMAS, D. C.; HAMANN, C. Patients' understanding of prescribed drugs. **Journal of Community Health**, v.4, n.3, Spring, 1979.
- FOSTER, A.J.; MURFF, H.J.; PETERSON, J.F.; GANDHI, T.K.; BATES, D.W. Adverse drug events occurring following hospital discharge. **Journal of General Internal Medicine**. v.20, n.4, p.317-23, 2005.

- FRANCESCHET-DE-SOUSA, I.; BISCARO, A.; BISCARO, F.; FERNANDES, M. S. Uso Racional de Medicamentos: Relato de Experiência no Ensino Médico da Unesc, Criciúma/SC. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34 (3) : 438–445; 2010.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FREITAS, F.V.; REZENDE FILHO, L.A. Communication models and use of printed materials in healthcare education: a bibliographic survey. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.36, p.243-55, jan./mar. 2011.
- FRÖHLICH, S. E.; DAL PIZZOL, T. S.; MENGUE, S.S. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento da prescrição na atenção primária. **Revista de Saúde Pública**, 44(6):1046-54, 2010.
- GAVILÁN-MORAL, E.; VILLAFAINA-BARROSO, A.; JIMÉNEZ-DE GRACIA, L.; SANTANA, M. C. G. Ancianos frágiles polimedicados: ¿ es la deprescripción de medicamentos la salida? **Revista Española de Geriatria y Gerontología**, 47(4):162–167, 2012.
- GILHAR, D.; LEVY, M. Patients' knowledge of medication prescribed on discharge from hospital. **Harefuah**, 112:488–90, 1987.
- GOMES, L. B.; MERHY, E. E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.27, n.1, pp. 7-18, 2011.
- GONZÁLES, M. I. S. S. La educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud. Madri (ESP): Díaz de Santos; 1998 *apud* CESAR, A. M.; SANTOS, B. R. L. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 58(6):647-52, nov-dez, 2005.
- GRAABAEK, T.; KJELDTSEN, L. J. Medication Reviews by Clinical Pharmacists at Hospitals Lead to Improved Patient Outcomes: A Systematic Review. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, 112, 359–373, 2013.
- GREENWALD, J. L.; DENHAM, C. R.; JACK, B. W. The Hospital Discharge: A Review of a High Risk Care Transition With Highlights of a Reengineered Discharge Process. **Journal of Patient Safety**, v. 3, n.2, June, 2007.
- HARTHOLT, K. A.; VAL, J.J.; LOOMAN, C.W.N.; PETROVIC, M.; SCHAKEL, A.; VAN DER CAMMEN, T.J.M. Better Drug Knowledge With Fewer Drugs, Both In The Young And The Old. **Acta Clinica Belgica**, v. 66, n. 5, p. 367-370, Sep-Oct, 2011.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (2013a). Institucional. Apresentação. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/hu/institucional/apresentacao/>>. Acesso em: 30 de outubro de 2013.
- HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA (2013b). Institucional. Apresentação. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/hu/estrutura-2/servicos>>. Acesso em: 30 de outubro de 2013.
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – Brasil e Síntese de Indicadores 2013. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000018883109232014310419410583.pdf>>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

INGERSOLL, K. S.; COHEN, J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. **Journal of Behavioral Medicine**, 31:213–224, 2008.

INSTITUTO PAULO MONTENEGRO/IBOPE (IPM/IBOPE). INAF BRASIL-2011. **Indicador de alfabetismo funcional: principais resultados**. Disponível em: <http://www.ipm.org.br/ipmb_pagina.php?mpg=4.02.01.00.00&ver=por>. Acesso em: 20 de outubro de 2013.

KABOLI, P.J; McCLIMON, B. J. Clinical pharmacists and inpatient medical care – a systematic review. **Archives of Internal Medicine**, v.166, p.955-963, 2006.

KENT, A. J.; HARRINGTON, L.; SKINNER, J. Medication Reconciliation by a Pharmacist in the Emergency Department: A Pilot Project. **Californian Journal of Health Promotion**, v. 62, n. 3 – May–June, 2009.

KERZMAN, H.; BARON-EPEL, O.; TOREN, O. What do discharged patients know about their medication? **Patient education and counseling**, v. 56, n. 3, p. 276-282, 2005.

KIMBALL, S.; BUCK, G.; GOLDSTEIN, D.; LOGAN, L.; STEBBINS, D.; HALVORSEN, L.; KALMAN-YEAROUT, K. Testing a teaching appointment and geragogy-based approach to medication knowledge at discharge. *Rehabil Nurs*. 35(1):31-40, 2010 *apud* TEIXEIRA, J.P.D.S.; RODRIGUES, M.C.S.; MACHADO, V.B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 33(2):186-196, 2012.

KORNIS, G.E.M; BRAGA, M.H.; ZAIRE, C.E.F. Os marcos legais das políticas de medicamentos no Brasil contemporâneo (1990-2006). **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, v. 11, n. 1, p. 85-99, jan./mar., 2008.

KRIPALANI, S.; ROUMIE, C.L.; DALAL, A.K.; CAWTHON, C.; BUSINGER, A.; EDEN, S.K.; SHINTANI, A.; SPONSLER, K.C.; HARRIS, L.J.; THEOBALD, C.; HUANG, R.L.; SCHEURER, D.; HUNT, S.; JACOBSON, T.A.; RASK, K.J.; VACCARINO, V.; GANDHI, T.K.; BATES, D.W.; WILLIAMS, M.V.; SCHNIPPER, J.L. Effect of a Pharmacist Intervention on Clinically Important Medication Errors After Hospital Discharge. **Annals of Internal Medicine**, 157:1-10, 2012.

KYANKO, K. A.; FRANKLIN, R. H.; ANGELL, S. Y. Adherence to Chronic Disease Medications among New York City Medicaid Participants. **Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine**, Vol. 90, No. 2, 2012.

LAW, M. R.; CHENG, L; DHALLA, I. A.; HEARD, D.; MORGAN, S. G.. The effect of cost on adherence to prescription medications in Canada. **Canadian Medical Association Journal**, 184(3), 2012.

LEENDERTSE, A.J.; EGBERTS, A.C.; STOKER, L.J.; VAN DEN BEMT, P.M.; GROUP, H.S. Frequency os and risk factors for preventable medication-related hospital admissions in the Netherlands. **Archives of Internal Medicine**, 168 (17): 1890-1896, Sep, 2008.

LEITE, S. N.; VASCONCELOS, M. P. C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8(3):775-782, 2003.

- LEITE, S. N.; CORDEIRO, B. C. A interdisciplinaridade na promoção do uso racional de medicamentos. **Ciência, Cuidado e Saúde**, 7(3):399-403, Jul/Set, 2008.
- LEWIS, P. J.; DORNAN, T., TAYLOR, D.; TULLY, M.P., WASS, V.; ASHCROFT, D. M. Prevalence, Incidence and Nature of Prescribing Errors in Hospital Inpatients: A Systematic Review. **Drug Safety**, 32 (5): 379-389, 2009.
- LINDBLAD, A. J.; HOWORKO, J. Integration of a Pharmacist into a Stroke Prevention Clinic Team. **Californian Journal of Health Promotion**, v. 61, n. 6 – November –December, 2008.
- LINDQUIST, L. A. T; GO, L.; FLEISHER, J.; JAIN, N.; FRIESEMA, E.; BAKER, D. W. Relationship of Health Literacy to Intentional and Unintentional Non-Adherence of Hospital Discharge Medications. **Journal of General Internal Medicine**, 27(2):173–8, 2011.
- LUPATINI, E. O. **Orientação farmacêutica na alta hospitalar**: estudo exploratório em um hospital universitário. 2012. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012. 71f. : il.
- LYRA JUNIOR, D. P.; BALISA-ROCHA, B. F.; MESQUITA, A. R.; ROCHA, C. E. Bulas de medicamentos usados por idosos com hipertensão: adequação da informação à regulamentação sanitária e possíveis implicações para a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(6):2917-2924, 2010.
- LYRA JUNIOR, D. P.; ROCHA, C.E.; ABRIATA, J.P.; GIMENES, F.R.; GONZALEZ, M. M.; PELÁ, I. R. Influence of Pharmaceutical Care intervention and communication skills on the improvement of pharmacotherapeutic outcomes with elderly Brazilian outpatients. **Patient Education and Counseling**, v. 68, n. 2, p. 186-92, 2007.
- MACAULAY, S.; SAULNIER, L.; GOULD O. Provision of Clinical Pharmacy Services in the Home to Patients Recently Discharged from Hospital: A Pilot Project. **Californian Journal of Health Promotion**, v. 61, n. 2 – March–April 2008.
- MAGARINOS-TORRES, R.; PEPE, V. L. E.; OLIVEIRA, M. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S. Medicamentos essenciais e processo de seleção em práticas de gestão da Assistência Farmacêutica em estados e municípios brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n. 9, setembro, 2014.
- MAHER, R. L.; HANLON, J.; HAJJAR, E. R. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. **Expert Opin Drug Saf**, v. 13, n. 1, p. 57-65, Jan 2014.
- MARAGNO, C. A. D. **Associação entre letramento em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso**. Dissertação (mestrado). UFRGS. Faculdade de Farmácia. Programa de pós-graduação em Ciências Farmacêuticas. Porto Alegre:UFRGS, 2009. 96p.
- MARIN, N. OSÓRIO-DE-CASTRO, C.S. MACHADO-DOS-SANTOS, S.C. (organizadores). **Assistência Farmacêutica para gerentes municipais**. Capítulo 10 – Uso Racional de Medicamentos. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 2003. p. 287
- MARKS, J. R.; SCHECTMAN, J. M., GRONINGER, H., PLEWS-OGAN, M. L. The association of health literacy and socio-demographic factors with medication knowledge. **Patient Education and Counseling**, v. 78, n. 3, p. 372-376, 2010.

- MARQUES, L. F. G; FURTADO, I. C.; Di MONACO L. C. R. **Alta hospitalar: um enfoque farmacêutico**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Instituto Racine – São Paulo: 2010. 72f.
- MARTINEZ-HERNAEZ, A. Dialógica, etnografia e educação em saúde. **Revista de Saúde Pública**, vol.44, n.3, pp. 399-405, 2010.
- MCCARTHY, D. M.; WAITE, K. R.; CURTIS, L. M.; ENGEL, K. G.; BAKER, D. W.; WOLF, M. S. What Did the Doctor Say? Health Literacy and Recall of Medical Instructions. **Medical Care**, v.50, n.4, April, 2012.
- MCGAW, J.; CONNER, D. A.; DELATE, T. M.; CHESTER, E. A.; BARNES, C. A. A Multidisciplinary Approach to Transition Care: A Patient Safety Innovation Study. **The Permanente Journal**, v.11, n. 4, 2007.
- MEDIC, G.; HIGASHI, K.; LITTLEWOOD, K. J.; DIEZ, T.; GRANSTRÖM, O.; KAHN, R. S. Dosing frequency and adherence in chronic psychiatric disease: systematic review and meta-analysis. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, 9: 119–131, 2013.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B., Por uma Composição Técnica do Trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
- MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.D.B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para alta hospitalar. **Revista da Escola de Enfermagem – USP**. v. 39, n. 2, p. 136-144, 2005.
- MOREIRA, L. B.; FERNANDES, P. F. C. B. C.; MONTE, F. S.; GALVÃO, R. I. M.; MARTINS, A. M. C. Conhecimento sobre o tratamento farmacológico em pacientes com doença renal crônica. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 44, n. 2, abr./jun., 2008.
- MOTTER, F. R.; OLINTO, M. T. A.; PANIZ, V. M. V. Conhecimento sobre a farmacoterapia por portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(8):2263-2274, 2013.
- MUSGRAVEA, C. R.; PILCHA, N. A.; TABERB, D. J.; MEADOWSA, H. B.; MCGILLICUDDYB, J. W.; CHAVINB, K. D.; BALIGAB, P. K. Improving Transplant Patient Safety Through Pharmacist Discharge Medication Reconciliation. **American Journal of Transplantation**, 13: 796–801, 2013.
- NASCIMENTO, A. C. Propaganda de medicamentos para grande público: parâmetros conceituais de uma prática produtora de risco. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3423-3431, 2010.
- NASCIMENTO, M. C. Medicamentos, comunicação e cultura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10 supl.0 Rio de Janeiro set./dez. 2005.
- NATIONAL AUDIT OFFICE. Repeat Prescribing by General Medical Practitioners in England. London, United Kingdom: National Audit Office; 1993 *apud* OSTINI, R.; JACKSON, C.; HEGNEY, D.; TETT, S. E. How Is Medication Prescribing Ceased? A Systematic Review. **Medical Care**, v.49, n1, January, 2011.

NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION – NCCMERP. Taxonomy of medication errors. Rockville, 1998. Disponível em: < <http://www.nccmerp.org/home>>. Acesso em 30 de outubro de 2013.

NUNES, G. B. L.; NOGUEIRA, L. T.; PEDROSA, J. I. S. Simbolismos do medicamento para hipertensos acompanhados pela Estratégia Saúde da Família. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, jul/set; 15(3): 312-319, 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia do Instrutor em Práticas da Boa Prescrição Médica** (1998). Tradução e adaptação para o português: Vera Lucia Luiza e Claudia Garcia Serpa Osorio de Castro. Rio de Janeiro: NAF/ENSP/FIOCRUZ, 2011.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción. Ginebra, 2004. Disponível em: <<http://www.paho.org/>>. Acesso em: 27 de abril de 2013.

_____. **Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS** — Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra, septiembre de 2002. Disponível em: <<http://apps.who.int/medicinedocs/en/>>. Acesso em: 26 de abril de 2013.

OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; PEPE, V. L. E. **Prescrição de Medicamentos**. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/judicializacao/pdfs/516.pdf>>. Acesso em: 24 de agosto de 2014.

OSTINI, R.; JACKSON, C.; HEGNEY, D.; TETT, S. E. How Is Medication Prescribing Ceased? A Systematic Review. **Medical Care**, v.49, n1, January, 2011.

PASSAMAI, M. P. B.; SAMPAIO, H. A. C.; DIAS, A. M. I.; CABRAL, L. A. Letramento funcional em saúde: reflexões e conceitos sobre seu impacto na interação entre usuários, profissionais e sistema de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, vol.16, no.41, p.301-314, 2012.

PEDERSEN, C. A.; SCHNEIDER, P. J.; SCHECKELHOFF, D. J. ASHP national survey of pharmacy practice in hospital settings: Monitoring and patient education—2009. **American Journal of Health-System Pharmacy**, 67:542-58, 2010.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. Tese de Doutorado (Saúde Coletiva). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, 1998.

PEPE, V. L. E.; OSÓRIO DE CASTRO, C. G. S. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. **Caderno de Saúde Pública**, v.16(3):815-822, jul-set, 2000.

PEREIRA, D. N. Incertezas de pacientes no sistema público de saúde. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, v.20, n.1, 145-169, 2010.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**, vol. 44, n. 4, out./dez., 2008.

PHARMACEUTICAL CARE NETWORK EUROPE FOUNDATION. Classification for drug related problems, v.6.2, 2010. Disponível em: <<http://www.pcne.org/>>. Acesso em: 2 de maio de 2013.

- POMPEO, D. A.; PINTO, M. H.; CESARINO, C. B.; ARAÚJO, R. R. D. F.; POLETTI N. A. A. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 3, Set. 2007.
- PONNIAH, A.; ANDERSON, B.; SHAKIB, S.; DOECKE, C.J.; ANGLELY, M. Pharmacists' role in the post-discharge management of patients with heart failure: a literature review **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, 32, 343–352, 2007.
- PORTELA, A. S.; SIMÕES, M. O. S.; FOOK, S. M. L.; NETO, A. N. M.; SILVA, P. C. D. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(Supl. 3):3523-3528, 2010.
- PULLAR, T.; ROACH, P.; MELLOR, E.J.; MCNEECE, J.; JUDD, A.; FEELY, M.; COOKE, J. Patients' knowledge concerning their medications on discharge from hospital. **Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics**, v.14, p.57–9, 1989.
- RAMALHO-DE-OLIVEIRA, D. Atenção farmacêutica e serviços farmacêuticos. In: ACÚRCIO; F. A. (Org.). **Medicamentos** – Políticas, Assistência Farmacêutica, Farmacoepidemiologia e Farmacoeconomia. Belo Horizonte: Coopmed, 2013. p.197-227.
- REEDER, T.A.; MUTNICK, A. Pharmacist-versus physician-obtained medication histories. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 65, p. 857-860, 2008.
- RENOVATO, R. D.; BAGNATO, M. H. S. Da educação sanitária para a educação em saúde (1980-1992): discursos e práticas. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, jan/mar;14(1):77-85, 2012.
- RISSATO, M. A. R.; ROMANO-LIEBER, N. S.; LIEBER, R. R. Terminologia de incidentes com medicamentos no contexto hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24(9):1965-1975, set, 2008.
- ROCHA, C. H.; OLIVEIRA, A. P. S.; FERREIRA, C.; FAGGIANI, F. T.; SCHROETER, G.; SOUZA, A. C. A.; DECARLI, G. A.; MORRONE, F. B.; WERLANG, M. C. Adesão à prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(Sup):703-710, 2008.
- ROSA, M. B.; PERINI, E.; ANACLETO, T. A.; NEIVA, H. M.; BOGUTCHI, T. Erros na prescrição hospitalar de medicamentos potencialmente perigosos. **Revista de Saúde Pública**, 43(3):490-8; 2009.
- RUFINO, G. P.; GURGEL, M. G.; PONTES, T. C.; FREIRE, E. Avaliação de fatores determinantes do tempo de internação em clínica médica. **Revista Brasileira de Clínica Médica**, 10(4):291-7, jul-ago, 2012.
- SALANITRO, A. H.; OSBORN, C. Y.; SCHNIPPER, J. L.; ROUMIE, C. L.; LABONVILLE, S.; JOHNSON, D. C.; NEAL, E.; CAWTHON, C.; BUSINGER, A.; DALAL, A. K.; KRIPALANI, S. Effect of Patient- and Medication-Related Factors on Inpatient Medication Reconciliation Errors. **Journal of General Internal Medicine**, 27(8):924–32, 2012.
- SANT'ANA, J. M. B.; PEPE, V. L. E.; FIGUEIREDO, T. A.; OSORIO-DE-CASTRO, C. G. S.; VENTURA, M. Racionalidade terapêutica: elementos médico-sanitários nas demandas judiciais de medicamentos. **Revista de Saúde Pública**, 45(4):714-21, 2011.

SANTOS, L. T. M.; MANSUR, H. N.; PAIVA, T. F. P. S.; COLUGNATI, F. A. B.; BASTOS, M. G. Letramento em Saúde: Importância da avaliação em nefrologia. **Jornal Brasileiro de Nefrologia**, 34(3):293-302, 2012.

SCHNIPPER, J. L.; KIRWIN, J. L.; COTUGNO, M. C.; WAHLSTROM, S. A.; BROWN, B. A.; TARVIN, E.; KACHALIA, A.; HORNG, M.; ROY, C. L.; MCKEAN, S. C.; BATES, D. W.. Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization. **Archives of Internal Medicine**, 166:565-571, 2006.

SCHNIPPER, J. L.; KIRWIN, J. L.; COTUGNO, M. C.; WAHLSTROM, S. A.; BROWN, B. A.; TARVIN, E.; KACHALIA, A.; HORNG, M.; ROY, C. L.; MCKEAN, S. C.; BATES, D. W.. Role of Pharmacist Counseling in Preventing Adverse Drug Events After Hospitalization. **Archives of Internal Medicine**, 166:565-571, 2006.

SCHOMMER, J.C.; WENZEL, R.G.; KUCUKARSLAN, S.N. Evaluation of pharmacists' services for hospital inpatients. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 59, Set 1, 2002.

SILVA, C. M. C.; MENEGHIM, M. C.; PEREIRA, A. C.; MIALHE, F. L. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol.15, n.5, pp., 2010.

SILVA, T.; SCHENKEL, E.P.; MENGUE, S.S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, 16(2):449-55, 2000.

SOARES, M. Letramento e alfabetização: as muitas facetas. **Revista Brasileira de Educação**, n. 25, p. 5-17, Jan /Fev /Mar /Abr, 2004.

STOTZ, E. N.; DAVID, H. M. S. L.; UN, J. A. W. Educação popular e saúde – trajetória, expressões e desafios de um movimento social. **Revista de APS: Atenção Primária a Saúde**, v.8, n.1, p. 49-60, jan./jun. 2005.

TEIXEIRA, J.P.D.S.; RODRIGUES, M.C.S.; MACHADO, V.B. Educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar: uma revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, 33(2):186-196, 2012.

ULAYAR, A. S.; LOPEZ, S. G; LLOBET, N. P.; SANCHO, A. M., BERNADÀS, L. C.; MENDEZ, R. M. Intervención farmacéutica al alta hospitalaria para reforzar la comprensión y cumplimiento del tratamiento farmacológico. **Farmacia Hospitalaria**. doi:10.1016/j.farma.2011.02.003, 2011.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION (UNESCO). Aspects of literacy assessment: topics and issues from the UNESCO expert meeting. UNESCO: Paris, 2005. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001401/140125eo.pdf>>. Acesso em 10 de novembro de 2013.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.3, pp. 599-613, 2005.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular e atenção à saúde da família**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14(1):67- 83, 2004.

VIANNA, C. O.; OPITZ, S. P.; MIASSO, A. I.; LINHARES, J. C.; CASSIANI, S. H. B. Segurança do paciente hospitalizado: avaliação do grau de conhecimento sobre a terapêutica medicamentosa. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, vol. 8, núm. 2, agosto, pp. 235-242, 2004.

VIKTIL, K. K.; BLIX, H. S. The Impact of Clinical Pharmacists on Drug-Related Problems and Clinical Outcomes. **Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology**, v.102, p. 275–280, 2008.

WALKER, P. C.; BERNSTEIN, S. J.; JONES, J. N. T.; PIERSMA, J.; KIM, H.; REGAL, R. E.; KUHN, L.; FLANDERS, S. A. Impact of a Pharmacist-Facilitated Hospital Discharge Program - A Quasi-Experimental Study. **Archives of Internal Medicine**, 169(21):2003-2010, 2009.

WALKER, P. C.; JONES, J. N. T.; MASON, N. A. An Advanced Pharmacy Practice Experience in Transitional Care. **American Journal of Pharmaceutical Education**, 74 (2) Article 20, 2010.

WANNMACHER, L. Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. **Uso racional de medicamentos: temas selecionados**. Brasília, v. 3, n. 2, jan, 2006.

WEISS, B. D.; MAYS, M. Z.; MARTZ, W.; CASTRO, K. M.; DEWALT, D. A.; PIGNONE, M. P.; MOCKBEE, J.; HALE, F. A. Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **The Annals of Family Medicine**, 3:514-22, 2005.

WILLIAMS, A.; MANIAS, E.; WALKER, R. Interventions to improve medication adherence in people with multiple chronic conditions: a systematic review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 63, n. 2, p. 132-43, Jul 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Essential medicines. Disponível em: <http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/>. Acesso em: 18 de outubro de 2013.

_____. **Action on Patient Safety - High 5s**. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/en/#>. Acesso em: 28 de outubro de 2014.

_____. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>>. Acesso em: 18 de outubro de 2013.

_____. International drug monitoring: the role of national centers. Geneva: World Health Organization; 1972. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/handle/10665/40968>>. Acesso em: 18 de outubro de 2013.

ZIVIN, K.; RATLIFF, S.; HEISLER, M. M.; LANGA, K. M. Factors Influencing Cost-Related Nonadherence to Medication in Older Adults: A Conceptually Based Approach. **Value Health**, 13(4): 338–345, 2010.

APÊNDICES

Apêndice A

Entrevista realizada com: () Paciente

() Cuidador/acompanhante.

Iniciais do (a) paciente: _____ Entrevista nº: _____ Nº Prontuário: _____

Especialidade médica: _____ Data internação: __/__/__ Data alta: __/__/__ Permanência: __ dias

Todas as perguntas referem-se no primeiro medicamento da prescrição de alta hospitalar.

1) É a primeira vez que Sr. (a Sra.) utiliza esse medicamento?

() SIM

() NÃO Há quanto tempo? _____

() Não sabe

2) Qual o nome do medicamento prescrito?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] NOME

3) Qual é a dose do medicamento que está prescrita?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] DOSE

4) Qual a forma de administração* (modo de usar)?

*Modo de usar o medicamento (tomar pela boca, passar na pele, pingar no olho, etc).

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] VIADM.

5) Com que frequência* o Sr. (a Sra.) deve tomar o medicamento?

*Quantas vezes ao dia **ou** intervalo entre doses **ou** horário do dia.

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] FREQ.

6) Por quanto tempo o Sr. (a Sra.) vai tomar esse medicamento?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] DUR.

7) Para que serve o medicamento que o Sr. (a Sra.) faz uso?

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] INDC.

8) O Sr. (a Sra.) sabe se esse medicamento pode causar eventos adversos*?

Se sim, quais? _____

* Reações desagradáveis em geral.

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] EV.ADV.

9) O Sr. (a Sra.) sabe se existe alguma precaução para usar esse medicamento?

Se sim, quais? _____

() Não sabe

() Incorreto

() Correto

[] PRECA.

Apêndice B

Questionário B

Iniciais do (a) paciente: _____ Entrevista nº: _____ Nº Prontuário: _____

1) O Sr. (a Sra.) recebeu orientação verbal sobre o uso dos seus medicamentos antes da alta hospitalar?

() Sim () Não

As perguntas 2, 3 e 4 devem ser aplicadas caso a resposta anterior tenha sido afirmativa. Caso negativa, vá para a pergunta 5.

2) Se sim, por qual profissional?

() Médico () Enfermeiro () Farmacêutico () Outro: _____

3) Conforme o enunciado a seguir, marque a opção que mais se aproxima da sua opinião: “As informações foram transmitidas com linguagem clara e compreensível. Foram usados termos que eu fui capaz de entender”.

Concordo plenamente	Concordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Discordo em parte	Discordo totalmente
---------------------	-------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

4) Conforme o enunciado a seguir, marque a opção que mais se aproxima da sua opinião: “Tive oportunidade para me expressar e fazer perguntas”.

Concordo plenamente	Concordo em parte	Nem concordo, nem discordo	Discordo em parte	Discordo totalmente
---------------------	-------------------	----------------------------	-------------------	---------------------

5) Na sua opinião, qual o seu nível de conhecimento a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar:

() Bom () Regular () Insuficiente

6) O Sr. (a Sra.) desejaria receber mais informações sobre o uso de seus medicamentos?

() Sim () Não

Se sim, quais das seguintes opções? Marque quantas julgar necessário.

- | | |
|--------------------------------|---|
| () Conservação do medicamento | () Nome dos medicamentos |
| () Indicação de uso | () Dose adequada |
| () Posologia | () Eventos adversos |
| () Precauções | () Interações com medicamentos/alimentos |
| () Duração do tratamento | () Obtenção gratuita |

Apêndice C

Questionário Socioeconômico

Iniciais do nome do(a) paciente:

1. Seu sexo: Feminino Masculino**2. Data de nascimento:** ___/___/_____**3. Como você se considera:**

- Branco (a)
 Pardo (a) / Mulato (a)
 Negro (a)
 Amarelo (a)
 Indígena

4. Qual seu estado civil?

- Solteiro (a)
 Casado (a) / mora com um (a) companheiro (a)
 Separado (a) / divorciado (a)
 Viúvo (a)

5. Qual seu nível de escolaridade?

- Analfabeto (a)
 Fundamental incompleto
 Fundamental completo
 Ensino médio incompleto
 Ensino médio completo
 Superior incompleto
 Superior completo

6. Qual o nível de escolaridade dos seus pais?

- | Pai | Mãe |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Analfabeta |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino médio completo | <input type="checkbox"/> Ensino médio completo |
| <input type="checkbox"/> Superior incompleto | <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Superior completo | <input type="checkbox"/> Superior completo |

7. Quem mora com você?

- Moro sozinho(a)
 Pai e/ou mãe
 Esposa / marido / companheiro(a)
 Filhos
 Irmãos
 Outros parentes
 Amigos ou colegas

8. Você trabalha, ou já trabalhou, ganhando algum salário ou rendimento?

- Trabalho, estou empregado com carteira de trabalho assinada
 Trabalho, mas não tenho carteira de trabalho assinada
 Trabalho por conta própria, não tenho carteira de trabalho assinada
 Já trabalhei, mas não estou trabalhando
 Nunca trabalhei
 Nunca trabalhei, mas estou procurando trabalho

9. Qual sua renda mensal individual?

- nenhuma
 até 01 salário mínimo
 de 01 até 03 salários mínimos
 de 03 até 05 salários mínimos
 de 05 até 08 salários mínimos
 superior a 08 salários mínimos
 benefício social governamental, qual?

_____ Valor: _____

Apêndice D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP HU/UFJF
JUIZ DE FORA – MG – BRASIL

Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Acadêmico
Pesquisador Responsável: Evandro de Oliveira Lupatini
Endereço: Faculdade de Medicina da UFJF, Campus Universitário, s/n – Bairro: Martelos
CEP: 36036-330 – Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 2102-3841 (Secretaria do programa) / (32) 8841-2042 (Pesquisador)
E-mail: evandrolupatini@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Nível de conhecimento dos pacientes a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar”. Nesse estudo pretendemos identificar o nível de conhecimento dos pacientes a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar, coletando informações por meio da aplicação de questionários.

O motivo que nos leva a estudar é mensurar o nível de conhecimento da prescrição de alta hospitalar pelo paciente. Há um consenso na literatura de que pacientes bem informados cumprem melhor os regimes terapêuticos, aumentando a adesão ao tratamento medicamento e alcançando os objetivos propostos. Até a data da revisão bibliográfica deste trabalho não foi encontrado na literatura nacional um estudo que avaliasse o nível de compreensão da prescrição de alta hospitalar pelo paciente.

Para este estudo adotaremos um questionário que será aplicado pelo pesquisado e que abordará perguntas que visam esclarecer os objetivos propostos.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc. Apesar disso, você tem assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Caso venha a ter qualquer despesa financeira para participar desta pesquisa, esta será ressarcida pelo pesquisador. Você será esclarecido (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a

participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento ou fase da pesquisa. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na secretaria do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva e a outra será fornecida a você.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, o pesquisador assumirá a responsabilidade pelos mesmos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “Nível de conhecimento dos pacientes a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que, a qualquer momento, poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20__ .

Nome Assinatura do participante Data

Nome Assinatura do pesquisador Data

Evandro de Oliveira Lupatini (MG-14186413)

Nome Assinatura testemunha Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o

CEP HU – Comitê de Ética em Pesquisa HU/UFJF

Hospital universitário Unidade Santa Catarina

Prédio da Administração Sala 27

CEP 36036-110

E-mail: cep.hu@ufjf.edu.br

Apêndice E

Os resultados abaixo foram obtidos utilizando-se o comando “Teste T de amostras independentes” do pacote estatístico SPSS e apresentam-se de modo completo. Os elementos de interesse foram copiados para elaboração das tabelas anteriormente apresentadas.

Group Statistics					
	Entrevistado	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Paciente	83	9,66	1,869	,205
	Cuidador	24	9,67	1,341	,274

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Pontuação	Equal variances assumed	1,563	,214	-,010	105	,992	-,004	,410	-,816	,808	
	Equal variances not assumed			-,012	51,564	,991	-,004	,342	-,690	,682	

Group Statistics					
	Dur_inter_nova	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Até 6 dias		59	9,59	1,867
	> 6 dias		48	9,75	1,631

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances				t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
Pontuação	Equal variances assumed	,624	,431	-,457	105	,649	-,157	,343	-,837	,524	

Equal variances not assumed	-,463	104,445	,644	-,157	,338	-,828	,514
-----------------------------	-------	---------	------	-------	------	-------	------

Group Statistics

	Natureza da internação	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Cirúrgica	55	9,84	1,803	,243
	Clínica	52	9,48	1,709	,237

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Pontuação	Equal variances assumed	,107	,744	1,046	105	,298	,356	,340	-,319	1,030
	Equal variances not assumed			1,047	104,999	,297	,356	,340	-,318	1,029

Group Statistics

	Primeira vez que usará o medicamento?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Sim	46	9,65	1,509	,222
	Não	61	9,67	1,938	,248

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Pontuação	Equal variances assumed	,316	,575	-,058	105	,954	-,020	,345	-,704	,664
	Equal variances not assumed			-,060	104,8	,952	-,020	,333	-,681	,641

Group Statistics

	Polifarmácia	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Uso de até 4 medicamentos	79	9,91	1,642	,185
	Uso de 5 ou mais medicamentos	28	8,96	1,915	,362

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Pontuação	Equal variances assumed	,578	,449	2,509	105	,014	,947	,378	,199	1,696
	Equal variances not assumed			2,331	41,933	,025	,947	,406	,127	1,767

Group Statistics

	Desejaria receber mais orientações?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Sim	81	9,54	1,775	,197
	Não	26	10,04	1,685	,330

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Pontuação	Equal variances assumed	,193	,661	-1,253	105	,213	-,495	,395	-1,279	,289
	Equal variances not assumed			-1,287	44,237	,205	-,495	,385	-1,271	,280

Group Statistics

	Recebeu orientação sobre seus medicamentos?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Sim	70	9,71	1,669	,200
	Não	37	9,57	1,937	,318

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Pontuação	Equal variances assumed	,039	,844	,409	105	,684	,147	,359	-,565	,858
	Equal variances not assumed			,390	64,617	,698	,147	,376	-,604	,897

Group Statistics

	Sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Masculino	37	9,32	2,122	,349
	Feminino	70	9,84	1,519	,182

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Pontuação	Equal variances assumed	2,917	,091	-1,458	105	,148	-,519	,356	-1,224	,187
	Equal variances not assumed			-1,318	56,006	,193	-,519	,393	-1,306	,269

Group Statistics

	Raça/cor (autodeclarada)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Branca	37	10,27	1,146	,188
	Não branca	70	9,34	1,940	,232

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Pontuação	Equal variances assumed	5,286	,023	2,668	105	,009	,927	,348	,238	1,617
	Equal variances not assumed			3,104	103,618	,002	,927	,299	,335	1,520

Group Statistics

	Escolaridade (anos)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	≤ 8 anos	67	9,46	1,925	,235
	> 8 anos	40	10,00	1,396	,221

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper	
Pontuação	Equal variances assumed	2,209	,140	-1,539	105	,127	-,537	,349	-1,230	,155
	Equal variances not assumed			-1,666	100,9	,099	-,537	,323	-1,177	,103

Group Statistics

	Recebeu orientação sobre seus medicamentos?	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pontuação	Sim	70	9,71	1,669	,200
	Não	37	9,57	1,937	,318

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower		Upper
Pontuação	Equal variances assumed	,039	,844	,409	105	,684	,147	,359	-,565	,858
	Equal variances not assumed			,390	64,617	,698	,147	,376	-,604	,897

Descriptives

Pontuação								
	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
18 - 30	19	9,89	1,761	,404	9,05	10,74	4	13
31 - 65	79	9,75	1,548	,174	9,40	10,09	5	13
> 65	9	8,44	2,963	,988	6,17	10,72	2	12
Total	107	9,66	1,759	,170	9,33	10,00	2	13

Test of Homogeneity of Variances

Pontuação			
Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1,860	2	104	,161

ANEXOS

Pareceres do CEP

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Nível de conhecimento dos pacientes a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar.

Pesquisador: Evandro de Oliveira Lupatini

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 19084513.6.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 450.104

Data da Relatoria: 28/10/2013

Apresentação do Projeto:

A farmacoterapia sempre assumiu um importante papel na prevenção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para aumentar a qualidade e expectativa de vida da população. Muito se avançou nas ciências da saúde com a introdução de medicamentos para doenças que, no passado, eram consideradas incuráveis. Entretanto, a prescrição e a utilização inapropriada desses medicamentos vêm causando graves consequências para a saúde, tanto individual como coletiva, levando às reações adversas, intoxicações, internações hospitalares, sofrimento humano e redução da qualidade de vida, além de consequências maiores como danos irreversíveis e morte (AIZENSTEIN, 2010). Leite e Vasconcelos (2003), ao estudarem elementos e pressupostos no que diz respeito à adesão à terapia

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@uff.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 450.104

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 07 de Novembro de 2013

Assinador por:
Gisele Aparecida Fófano
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufff.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Nível de conhecimento dos pacientes a respeito dos medicamentos prescritos na alta hospitalar.

Pesquisador: Evandro de Oliveira Lupatini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 19084513.6.0000.5133

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 403.314

Data da Relatoria: 26/08/2013

Apresentação do Projeto:

A farmacoterapia sempre assumiu um importante papel na prevenção, manutenção e recuperação da saúde, contribuindo para aumentar a qualidade e expectativa de vida da população. Muito se avançou nas ciências da saúde com a introdução de medicamentos para doenças que, no passado, eram consideradas incuráveis. Entretanto, a prescrição e a utilização inapropriada desses medicamentos vêm causando graves consequências para a saúde, tanto individual como coletiva, levando às reações adversas, intoxicações, internações hospitalares, sofrimento humano e redução da qualidade de vida, além de consequências maiores como danos irreversíveis e morte (AIZENSTEIN, 2010). Leite e Vasconcelos (2003), ao estudarem elementos e pressupostos no que diz respeito à adesão à terapia medicamentosa, levantam a importante questão relacionada ao papel do paciente no processo saúde/doença/tratamento, colocando-o como objeto e objetivo de investigações e ações para promoção da adesão. Autocontrole e liberdade para conduzir da melhor maneira a própria vida são expressões do paciente enquanto ser social,

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 403.314

outras possivelmente presentes) contidas na prescrição de alta hospitalar de cada paciente (Apêndice A); Analisar a concordância das respostas dos pacientes, a partir da comparação com informações da prescrição de alta hospitalar, prontuário do paciente e literatura farmacológica (Apêndice A); Classificar o nível do conhecimento de

cada paciente a respeito dos medicamentos prescritos em categorias (bom, regular, insuficiente) (Apêndice A); Identificar o (s) profissional (ais) que forneceu (ram) informações aos pacientes sobre o tratamento medicamentoso (Apêndice B); Classificar a opinião do paciente a respeito das orientações transmitidas verbalmente sobre o tratamento medicamentoso em categorias conforme apêndice B, itens 3, 4 e 5. Identificar, através da

opinião do paciente, a possível necessidade de informações a respeito do tratamento medicamentoso (Apêndice B).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Este estudo apresenta risco mínimo, isto é, o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc.

Benefícios:

Para participar deste estudo o paciente entrevistado não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente projeto apresentado pelo pesquisador contempla todas as normas estabelecidas por esse Comitê de Ética e apresenta risco mínimo para os pacientes, portanto não há nenhuma restrição à realização dessa pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O autor do projeto apresentou todos os termos de apresentação obrigatória, não havendo nenhuma pendência.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufff.edu.br

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE
JUIZ DE FORA-MG



Continuação do Parecer: 403.314

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

JUIZ DE FORA, 23 de Setembro de 2013

Assinador por:
Henrique Duque Netto
(Coordenador)

Endereço: Rua Catulo Breviglieri, s/n- Comitê de Ética
Bairro: Bairro Santa Catarina **CEP:** 36.036-110
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)4009-5205 **Fax:** (32)4009-5160 **E-mail:** cep.hu@ufjf.edu.br