

AVALIAÇÃO DA SEGURANÇA DO PACIENTE AMBULATORIAL QUANTO AO USO DE MEDICAMENTOS NO SERVIÇO PÚBLICO BRASILEIRO COMO EFETIVAÇÃO DO PRINCÍPIO DA DIGNIDADE DA PESSOA HUMANA

ASSESSMENT OF THE SAFETY OF AMBULATORY PATIENTS AS TO THE USE OF MEDICINES IN THE BRAZILIAN PUBLIC SERVICE AS EFFECTIVENESS OF THE DIGNITY PRINCIPLE OF THE HUMAN PERSON

Vivian Elaine Alflen 1
Márcia Cristina Zago Novaretti 2
Marcelo Caldeira Pedroso 3
Maria Aparecida Traverzim 4
Mark Cwiek 5

Mestre em Administração pelo Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde (PMPA-GSS) – Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo, SP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5107608263152923>. E-mail: vivian_alflen@yahoo.com.br

Doutora em Medicina pela Universidade de São Paulo (USP) – São Paulo, SP. Diretora do Programa de Mestrado Profissional em Administração – Gestão em Sistemas de Saúde (PMPA-GSS) – Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo, SP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7914282268625215>. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4802-8446>. E-mail: marcianovaretti@uni9.pro.br

Doutor em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP – São Paulo, SP. Doutor em Engenharia de Produção pela Escola Politécnica da USP – São Paulo. Professor do Departamento de Administração da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FEA) – USP, São Paulo – SP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/3176742114159733>. E-mail: mpedroso@usp.br

Doutora em Biofotônica pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo – SP. Professora do Curso de Medicina da Universidade Nove de Julho (UNINOVE) – São Paulo – SP. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7995146756619559>. E-mail: traverzim@fiocruz.br

PhD in Juris. MSc in Healthcare Administration. Professor - School of Health Sciences, Central Michigan University, USA. E-mail: cwiek1ma@cmich.edu

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo principal detectar as principais falhas de segurança do paciente relacionada ao uso de medicamentos em um ambulatório público multidisciplinar de saúde. Trata-se de um estudo de caso transversal, prospectivo e exploratório com abordagem quantitativa e qualitativa. A partir da revisão bibliográfica dos instrumentos existentes, foram coletados dados na Universidade Nove de Julho. A população de estudo foi composta por 207 participantes, com a média de idade de 59,7 anos, frequência de 64,9% do sexo feminino e ensino médio completo em 47,8%. Os principais diagnósticos dos agravos à saúde foram hipertensão arterial sistêmica e diabetes. Em 34,8% dos pacientes apresentam dois agravos à saúde e foi encontrada prescrição de 2,4 medicamentos por paciente, em média. Foi verificado que 97 (46,8%) dos pacientes desta pesquisa esquecem de tomar o medicamento. Cerca de 24% dos pacientes fazem ou fizeram uso de algum medicamento sem prescrição. Setenta e seis pacientes (36,7%) falham no cumprimento da administração do medicamento no horário preestabelecido e 49 (23,7%) dos pacientes não tem aderência total quanto à dosagem preconizada. Na população estudada, 25 (12%) relataram ter tido evento adverso relacionado a medicamentos. Além disso, muitos eventos adversos evitáveis relacionados a medicamentos em 129 (62,3%) também estão associados a erros na adesão do paciente. Conclui-se que o questionário aplicado em um cenário ambulatorial público trouxe informações significativas para o entendimento da ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos e da aderência dos pacientes à terapêutica medicamentosa.

Palavras-chave: Segurança do Paciente. Assistência Ambulatorial. Medicamentos. Eventos Adversos.

Abstract: This research aimed to detect the main patient safety flaws related to the use of medications in a multidisciplinary public health clinic. It is a cross-sectional, prospective and exploratory case study with a quantitative and qualitative approach. From the bibliographic review of the existing instruments, data were collected at Universidade Nove de Julho. The study population consisted of 207 participants, with a mean age of 59.7 years, a frequency of 64.9% female and a high school education of 47.8%. The main diagnoses of health problems were systemic arterial hypertension and diabetes. In 34.8% of patients have two health problems and an average of 2.4 medications per patient was found. It was found that 97 (46.8%) of the patients in this research forget to take the medication. About 24% of patients use or have used any medication without a prescription. Seventy-six patients (36.7%) fail to comply with the medication administration at the pre-established time and 49 (23.7%) of the patients do not have total adherence regarding the recommended dosage. In the studied population, 25 (12%) reported having had an adverse drug-related event. In addition, many preventable drug-related adverse events in 129 (62.3%) are also associated with errors in patient compliance. It is concluded that the questionnaire applied in a public outpatient setting brought significant information for the understanding of the occurrence of adverse events related to drugs and the patients' adherence to drug therapy.

Keywords: Patient Safety. Ambulatory Care. Medicines. Adverse events.

Introdução

As doenças crônicas compõem condições que apresentam curso clínico de longo prazo, com períodos possíveis de agudização da condição clínica, podendo gerar complicações, incapacidades e até o óbito (BRASIL, 2013).

De acordo com a OMS, a adesão aos cuidados de saúde em pacientes com doenças crônicas tem uma média apenas 50% nos países desenvolvidos. Uma vez que a não adesão à medicação origina-se a resultados de saúde precária e aumento dos custos de saúde, isso é reconhecido como um importante problema de saúde pública (MENESES et al., 2018).

O medicamento pode ser entendido como um bem essencial à saúde e uma importante ferramenta terapêutica nas mãos do profissional. É fundamental compreender os padrões de utilização de medicamentos para garantir a segurança do paciente (VIEIRA; CASSIANI, 2014).

Vale ressaltar a problemática quanto à ocorrência de eventos adversos na falha no uso de medicamentos representam 0,7% do gasto total de investimentos na saúde global. Os erros de medicação são indicadores de causas de morbidade e mortalidade (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014). Em 2013, dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), revelaram prevalência de 45,1% de DCNT (SEUS et al., 2019).

O sistema de saúde brasileiro enfrenta um conjunto de desafios relacionados ao aumento da demanda, envelhecimento populacional, morbimortalidade, o aumento dos custos de saúde, associado aos avanços tecnológicos e fatores socioeconômicos culturais relativos ao consumo de produtos médicos.

A Segurança do Paciente é uma das dimensões da qualidade. Para Seus e colaboradores (2019), a relevância dessa temática ressalta o fato de que muitas falhas de segurança do paciente são evitáveis totalmente. Diante deste fato, exige-se cada vez mais ferramentas para aumento de eficiência de tratamento e maior segurança do usuário e da equipe de saúde (ROLIM et al., 2018).

Há grande diversidade de características de pacientes ambulatoriais relacionada a configurações de cuidados em saúde. São indicados nas pesquisas de Fondahn e Lane (2016) como: polifarmácia, interações medicamentosas, medicamentos inapropriados e duplicidade terapêutica, avaliação do plano terapêutico, complexidade, riscos ou danos em potencial relacionados aos medicamentos prescritos.

A vulnerabilidade a danos imediatamente após alta hospitalar pode ocorrer por várias razões (MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014). Sabe-se que se por um lado, o paciente ambulatorial pode apresentar menor risco de falhas relativas ao uso de medicamentos, esta afirmativa não representa uma realidade na prática (menor monitorização, maior exposição aos eventos adversos).

E, também se considera o nível de compreensão dos pacientes e responsáveis quanto ao uso adequado de cada droga e dos riscos da automedicação. Além do mais, frequentemente, os erros não são relatados no ambiente ambulatorial (KWAN et al., 2016).

Os medicamentos representam um suporte essencial da prática em saúde, e sabe-se que não existem estudos com foco na informação sobre a utilização dos medicamentos em nível ambulatorial realizado no Brasil foi localizado. É necessária a concentração de esforços para transpor as barreiras identificadas, contribuindo para a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica, comunidade e domicílio.

Define-se erro de medicação como “qualquer evento evitável que possa causar ou levar a uso medicamentos inapropriados ou danos para o paciente, pois a medicação é de controle do profissional de saúde” (FAÇANHA, 2019).

De acordo com Lam e Fresco (2015), os eventos adversos a medicamentos entre os pacientes que administram medicamentos em casa / comunidade são uma causa comum de visitas emergências, mas as causas desses eventos permanecem incertas.

Conforme Ruhland et al. (2017), a utilização de vários medicamentos administrados de forma simultânea a um paciente é um ato comum na prática clínica e encontra-se relacionado diretamente ao risco de ocorrência de interações medicamentosas.

Para Rolim et al. (2018), o uso das boas práticas por si só não são suficientes para evitar que os incidentes ocorram quando relacionados à administração de medicamentos. É

necessário conhecer e controlar os potenciais riscos que possam gerar danos aos pacientes.

Meneses et al. (2018), revê as medidas subjetivas e objetivas da adesão da medicação. As medidas subjetivas propiciam explicações para a não adesão do paciente, enquanto as medidas objetivas indicam um registro mais preciso do comportamento do paciente em tomar medicação.

O objetivo deste estudo foi detectar as principais falhas de segurança do paciente relacionada ao uso de medicamentos em nível ambulatorial no serviço público. Utilizando-se com instrumento de pesquisa a elaboração de um questionário para identificação dos fatores de risco e proposições de estratégias para redução de falhas.

Referencial Teórico

Para Habermas (2010), a dignidade humana positivada é necessária para a democracia, de onde se aponta para uma reflexão: i) a palavra democracia não tem um significado claro, pois está sujeita a processos de substancialização, ontologização e reificação (PARSE, 2018); ii) e dignidade humana, por seu turno, tem um caráter amorfo o que indica que ainda estamos nos estágios iniciais do processo de elaboração do seu significado (WALDON, 2013).

Isto posto, há que se considerar o caráter ubíquo do conceito de dignidade humana, destaca-se por um lado que ele se perde nas retóricas falaciosas dos diferentes discursos políticos, por outro, a busca pelo seu real significado vai motivando sua positivação em declarações, convenções e outros documentos legais e diferentes áreas do conhecimento humano que vêm conduzindo a reflexões que possibilitem avaliar os padrões humanos mínimos de violações da vida, da liberdade, da integridade e da igualdade (RILEY, 2010), que fundamenta a autonomia do seres humanos, e que possam ser mensuráveis.

Habermas (2010), observa a dificuldade de se positivar o princípio da dignidade humana, ao longo de seu processo de positivação nas normas jurídicas, pela limitação linguística inerente a todas as línguas humanas. As diferentes dimensões da dignidade humana, vão sendo pulverizadas em artigos, incisos e parágrafos no sistema normativo do Estado, provocando um esvaziamento do que se entende por padrões mínimos de violações.

Esta diluição das dimensões humanas produz um apagamento daquilo que é prioritário, perde sua força discursiva, enfraquecendo o pragmatismo. Assim como processo de racionalização departamentalizou excessivamente a ciência, assim também o princípio da dignidade humana é uma noção complexa e departamentalizada que vem sendo estudada desde áreas como o direito, sociologia e antropologia até a bioética (PELE, 2012).

Waldon (2013), lembra que não há um conceito pragmático de dignidade humana porque nós ainda discordamos de quais direitos são direitos humanos pela própria desigualdade do mundo moderno, que apresenta ritmos desiguais em seus diferentes processos de desenvolvimento sócio-político, cultural e econômico nos diferentes continentes, mesmo vivendo tendo concordado que os humanos tiveram a mesma origem biológica, que não há raças diferentes e que é necessário lugar pela igualdade, conceitos universalizantes ainda desafiam a contemporaneidade.

Assim, o legado deixado pelas revoluções do século XIX, a dignidade humana, sofreu uma erosão antes mesmo de ser compreendido. A globalização do capital e a reestruturação dos mercados caminharam juntamente na tentativa de efetivação dos direitos humanos, e trouxe consigo novos tipos de regulações sociais, econômicas e políticas que acabaram por influenciar os requisitos mínimos para se atingir a dignidade.

Qualidade de vida e dignidade humana: dois conceitos que se cruzam

O conceito mais atual de democracia exige o protagonismo individual e coletivo. São as atitudes responsáveis do povo que pressionam o estado na criação de políticas públicas que atentem para a dignidade humana. No cenário atual é extremamente necessário incentivar de todas as formas este protagonismo de modo a eliminar os mecanismos de perpetuação no

poder de certos grupos que distorcem o conceito de proteção social e o utilizam como álibi nas “democracias de fachada” (HABERMAS, 2010).

Quando a Organização das Nações Unidas (ONU) proclamou os direitos humanos, criou novos organismos que poderiam dar conta dos diferentes aspectos que comportam os Direitos Humanos, este caráter multi e interdisciplinar deu origem aos outros ramos das nações unidas, como por exemplo, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e demais.

Neste ponto, volta-se a atenção para o surgimento da primeira, a OMS, cujo documento de constituição veio a lume em 7 de abril de 1948, mesmo ano da publicação da Declaração dos Direitos Humanos. Em seu documento oficial a definição de saúde se apresenta como: “um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente ausência de doenças ou enfermidade”. Destacam-se aí, dois pontos importantes: a visão de saúde individual - integridade física, mental, e a saúde coletiva - o bem-estar social, este último, fundamental para a obtenção da paz.

Em 1986, a Carta de Ottawa define saúde como: bem-estar físico, emocional, econômico, social, cultural e espiritual, resultados das condições de habitação, educação, renda do meio ambiente, trabalho, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso a serviços de Saúde (SHIKATORI et al., 2004).

As quatro décadas que separam os dois conceitos aqui apresentados foram palco de inúmeras transformações no mundo, entre as quais pode se apontar o Plano Marshall, a Guerra Fria, a corrida espacial, a Guerra do Vietnã, o Consenso de Washington, e outros eventos e descobertas científicas e tecnológicas que ameaçaram a humanidade de seu completo desaparecimento e ao mesmo tempo erradicou doenças e possibilitou a cura de outras consideradas incuráveis.

Daí que qualidade de vida esteja conectada a questões coletivas das condições de vida, o que nos conduz a necessidade da existência de direitos sociais, por um lado, e, por outro, a necessidade de bem-estar individual, um desejo subjetivo de viver bem.

Para avaliar todas estas dimensões, criaram-se alguns modelos que capturam as dimensões humanas essenciais de um indivíduo, incluindo-se aí os direitos humanos. A necessidade de compreensão da percepção que um indivíduo tem de sua posição na vida em diferentes contextos, sistemas de valores no quais vive, seus objetivos e expectativas, padrões e preocupações da vida, deu nascimento a vários instrumentos de avaliação da qualidade de vida, e WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) em suas diferentes edições.

WHOQOL – Facetas e domínios para a compreensão da dignidade humana

Quando se joga uma pedra num lago sereno, vê-se círculos concêntricos que se distanciam e vão, lentamente desaparecendo. A metáfora parece significativa para esboçarmos um conceito de dignidade humana e a estratégia utilizada nas diferentes edições do WHOQOL.

Por ser uma construção linguística padece dos males da limitação de significado das palavras, mas procura reconstruir as dimensões e subdimensões que vão do particular, imaginemos a pedra lançada na água, e as necessidades básicas para a qualidade de vida, cada círculo que se distancia do centro: os mais próximos as necessidades físicas e as mais distantes necessidades sociais e espirituais.

O círculo vai se abrindo de tal modo que a percepção de si mesmo, de seu corpo físico vai se expandindo na superfície do espelho d'água. A seguir a Tabela apresenta os domínios e facetas do questionário utilizado.

Tabela 1. Domínios e facetas do questionário utilizado.

DOMÍNIO	FACETA
I. Físico	1. dor e desconforto
	2. energia e fadiga
II. Psicológico	3. sono e repouso
	4. sentimento positivos
	5. pensar, aprender, memória e concentração
	6. autoestima
	7. imagem corporal e apar6encia
	8. sentimento negativos
III. Nível de independência	9. mobilidade
	10. atividades da vida cotidiana
	11. depend6encia de medicação ou de tratamento
	12. capacidade de trabalho
IV. Relações sociais	13. relações pessoais
	14. suporte (apoio social.
	15. atividade sexual
V. Meio ambiente	16. segurança física e proteção
	17. ambiente no lar
	18. recursos financeiros
	19. cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade
	20. oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
	21. participação em e oportunidades de recreação/lazer
	22. ambiente físico: poluição, ruído, trânsito, clima
	23. transporte
VI. Aspectos espirituais, religião, crenças pessoais	24. espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais.

Fonte: Dados compilados pelos autores.

Por serem inesgotáveis e ilimitadas, as necessidades humanas estão em constante redefinição e criação, por isso mesmo, novas situações históricas econômicas, sociais e culturais impulsionam o surgimento de novas necessidades, conseqüentemente de novas dimensões nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida, que por sua vez impulsionam a revisão de políticas públicas-sociais.

As três dimensões da dignidade humana, se esboçam, de forma integrada, nos domínios do WHOQOL: a) dimensão física: domínios I, II e III, a personalidade construída a partir do diálogo com a sociedade; b) dimensão social: domínio IV e VI, princípio necessário para a sobrevivência; e c) dimensão política: domínio VI, a construção do estado de proteção social.

A (r)evolução do conceito de saúde surgido na década de 80 demonstra uma o conceito de interdisciplinaridade, já corrente no meio científico na época. A desintegração por que passou o conceito de dignidade humana, pode ser retomado nos instrumentos de avaliação da qualidade de vida. Se o fenômeno de esfacelamento da dignidade humana se deu no processo de positivação nos textos normativos, é nas ciências da saúde que ela reencontra uma possível reintegração.

Método

O presente trabalho apresenta a análise dos incidentes relacionados à segurança do paciente ambulatorial com doenças crônicas. Trata-se de um estudo de caso de delineamento transversal, prospectivo e exploratório, realizado nos ambulatórios da Universidade Nove de

Julho, no Município de São Paulo, São Paulo, Brasil, no período de novembro e dezembro de 2018. Nesses ambulatorios são desenvolvidas atividades assistenciais e que reconhecem estratégias para a segurança do paciente em cuidados de saúde ambulatorial em relação ao uso de medicamentos. Como delineamento da pesquisa constituiu-se de abordagem quantitativa e qualitativa.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Plataforma Brasil/Uninove de acordo com o CAAE: 90894518.5.0000.5511 e parecer substanciado de aprovação nº 3.016.198.

Quanto à população do estudo, a amostra pesquisada foi constituída de 207 (duzentos e sete) participantes. Para inclusão na pesquisa foi solicitada no momento em que estavam esperando para realizar a consulta médica, e isto não interferiu na operacionalização e atividades cotidianas destas. Para a aplicação do instrumento cada participante foi abordado pela autora com um período médio de 20 minutos para a aplicação do questionário enquanto aguardavam a consulta médica, não interferindo, portanto na operacionalização das atividades assistenciais da unidade participante deste estudo.

Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: ser acompanhado no atendimento ambulatorial da universidade por doença crônica não transmissível, utilizar algum tipo de medicamento em longo prazo, ser maior de 18 anos e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Os dados foram coletados pelo instrumento de pesquisa desenvolvido a partir da revisão bibliográfica dos diversos instrumentos existentes, fez-se necessário optar por um agrupamento de questões que avaliassem as variáveis propostas e correlações, com perguntas fechadas sobre dados socioeconômicos (sexo, idade, escolaridade), dados de saúde autorreferidos (agravos à saúde apresentados), dados sobre a farmacoterapia (medicamentos de uso crônico consumidos, vias de administração e adesão à farmacoterapia) e dados de satisfação dos pacientes com os serviços de saúde do ambulatório estudado. Os dados foram apresentados em média, desvio padrão (DP), frequências absoluta e relativa.

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

Quadro 1. Perguntas selecionadas e suas respectivas referências.

Perguntas	Referências
Recebeu Prescrição Médica?	Elaborada pelos autores
Medicamentos, Dose, Frequência, Forma de dosagem?	18
Número de consultas no último ano?	Elaborada pelos autores
Tempo de utilização do serviço?	Elaborada pelos autores
Você às vezes esquece-se de tomar seus remédios prescritos?	4,22
Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios?	22
Você armazena os medicamentos aonde?	Elaborada pelos autores
Você toma algum medicamento sem prescrição médica?	Elaborada pelos autores
Você toma as medicações no horário estabelecido?	17,22
Você encaixa os horários dos remédios nas atividades do seu dia a dia?	17,22
Você toma todas as doses indicadas?	17,22
Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava?	4,22
Você teve alergia a algum medicamento?	Elaborada pelos autores
Você teve reação a algum medicamento?	Elaborada pelos autores
Quando você viaja ou sai de casa, às vezes esquece de levar seus medicamentos?	22
Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios?	4,22

Você já se sentiu incomodado por seguir corretamente o seu tratamento medicamentoso?	22
Como a medicação funciona para você?	4
Quanto é difícil para você abrir ou fechar a embalagem do medicamento?	4
Quanto é difícil para você ler o que está escrito na embalagem?	4
Quanto é difícil para você conseguir o medicamento?	4
Quanto é difícil para você tomar tantos comprimidos ao mesmo tempo?	4
Você e o seu médico decidem juntos o tratamento a ser seguido?	17,22
Você cumpre o tratamento sem supervisão de sua família ou amigos?	17,22
Você leva o tratamento sem grandes esforços?	17,22
Você faz uso de lembretes para a realização do tratamento?	17,22
Há alguma instrução adicional quanto à sua medicação?	18

Fonte: Elaborado pelos autores.

Os dados foram apresentados em média, desvio padrão (DP), frequências absoluta e relativa. A análise estatística dos dados foi realizada por meio do programa SPSS versão 12. Elaborou-se análise estatística descritiva; análise de significância e correlações para testar as relações entre a adesão terapêutica e outras variáveis, assumindo valor de $p < 0,05$ como estatisticamente significativa.

Resultados

O estudo aplicado em usuários dos Ambulatórios da Uninove com assistência multidisciplinar e pública.

Resultou-se no total 207 participantes para a pesquisa. Foram predominantemente do sexo feminino (64,9%), adultos e idosos (idade média de 59,7 anos) e com ensino médio completo. Foram prescritos 2,4 medicamentos por paciente, em média.

Tabela 1. Características sócio demográficas, médico assistenciais e uso prévio do medicamento dos participantes incluídos na amostra.

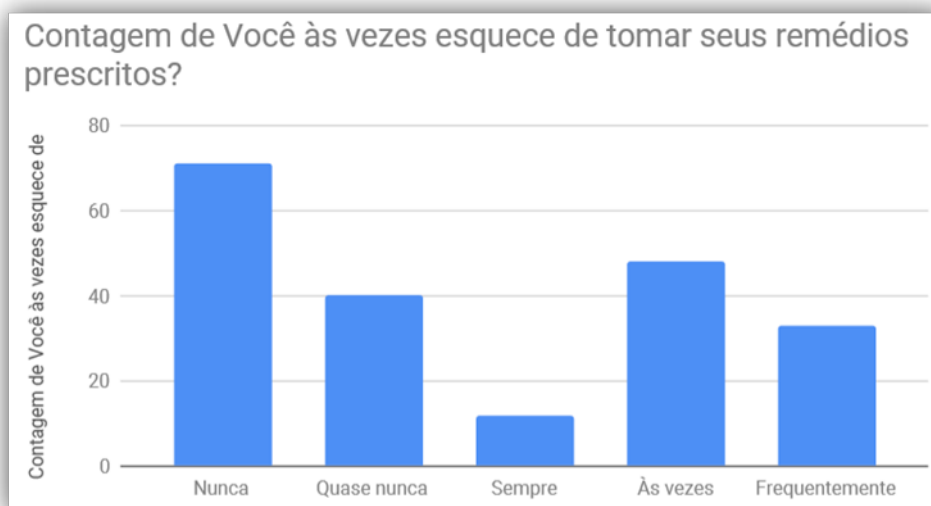
Características	Categorias	Valores Frequência	Valores Porcentagem	Média	Desvio Padrão
Sexo	Masculino	72	35,1%	-	-
	Feminino	135	64,9%	-	-
Idade (anos)				59,7	±15,58
Escolaridade	Analfabeto	22	10,6%	-	-
	Fundamental	32	15,4%	-	-
	Médio inc.	26	12,6%	-	-
	Médio comp.	99	47,8%	-	-
	Superior inc.	12	5,8%	-	-
	Superior com.	16	7,7%	-	-
Recebeu Prescrição Médica	-	206	99,5%	-	-
Número de consultas no último ano	-	-	-	7,9	±6,7
Tempo de utilização do serviço	> de um ano	140	67,6%	-	-
	6 meses a 1 ano	48	23,2%	-	-

	3 a 6 meses	19	9,2%	-	-
Uso prévio de medicamentos	Sim	150	72,5%	-	-
	Não	53	25,6%	-	-
	Não sabe	4	1,9%	-	-
Tempo de uso medicamento em meses	-	-	-	71,48	±70,5
Quantidade de agravos à saúde	-	-	-	2,08	-

Fonte: Elaborada pelos autores.

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

Figura 1. Frequência de esquecimento para tomar os remédios prescritos.



Fonte: Elaborada pelos autores.

A Figura 1 identifica que 97 (46,8%) dos pacientes desta pesquisa esquecem-se de tomar o medicamento (sendo representado para as “respostas às vezes, frequentemente e sempre”).

O eventual motivo foram: não lembra 11 (24,4%), quantidade grande de remédios para lembrar 5 (11,11%) e não quero tomar 5 (11,11%).

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

Foram também perguntados se os pacientes em algum momento têm dificuldade para lembrar-se de tomar todos os seus medicamentos, 98 (47,3%) responderam que têm dificuldade.

Tabela 2. Classificação e exemplos dos tipos de eventos adversos encontrados

Tipo de eventos adversos	Exemplos de eventos adversos (relatos)
Esquecimento da medicação (horário, atividades do dia a dia entre outros)	Eu bem via ele se perguntando: já tomei este? Deixa eu contar quantos tem Esquece embaixo da borda do prato e tomar horas depois Esquece de tomar. Quando esquece de manhã, toma só o da noite
Sente-se incomodado com o tratamento	Não gosta de tomar tantos comprimidos As vezes não toma quando vai sair e tem remédio que dá vontade de fazer xixi
Instruções adicionais na administração	Ele tomava um que tinha que ser em jejum ... esperar 30 minutos para poder tomar o café..., às vezes precisávamos sair e ele não tinha tomado o café

Fonte: Elaborada pelos autores.

Discussão

Em análise e interpretação não foi observado significância e correlação estatística com os dados das variáveis apresentadas.

Quando comparadas as características gerais da amostra da presente pesquisa com outros estudos tem-se que dos 207 pacientes, houve predominância do sexo feminino 135 (64,9%), assemelhando-se a outros estudos. Pode-se entender que a classe masculina passa a procurar o tratamento quando os agravos à saúde já estão em estágios mais avançados (CAROLLO, 2017). Esse resultado da pesquisa é consistente com a literatura.

Com relação à idade, os achados deste estudo corroboraram com outros estudos em que o predomínio de idade média de 59,7 anos. As mulheres, juntamente com os idosos e doentes crônicos, se destacam no consumo de medicamentos (ARRAIS et al., 2005). No estudo de Secoli (2010), os resultados demonstraram que 492 pacientes foram atendidos no ambulatório com a média de idade de 58,9 anos e frequência de 61,2% do sexo feminino. Também foram identificadas comorbidades como diabetes, hipertensão arterial e dislipidemia.

De modo geral, as desigualdades sociais, diferenças no acesso aos bens e aos serviços, baixa escolaridade e desigualdades no acesso à informação determinam, maior prevalência das doenças crônicas e dos agravos da doenças de base (VIEIRA; CASSIANI, 2014).

Boa parte da população tende a retirar a sua medicação nas Unidades Básicas de Saúde, sendo de forma gratuita. Nem mesmo as fortes evidências de que vários tratamentos medicamentosos não são efetivos na redução da morbidade e da mortalidade em virtude da baixa adesão ao tratamento (SECOLI, 2010).

Os pacientes mal orientados quanto à frequência e/ou a duração do tratamento medicamentoso, podem acabar desenvolvendo outras comorbidades além das que já possui (ARAÚJO et al., 2019). No entanto, outros autores também avaliaram vários determinantes psicossociais da aderência, tais como o conhecimento, o apoio social, a satisfação com o cuidado e a complexidade do regime médico.

Para Mendes (2018), foi pesquisado um processo de engajamento de partes interessadas que envolve análise interativa, deliberação e tomada de decisão orientou a implementação de uma medida de resultado relatado pelo paciente de adesão a medicamentos para pacientes com hipertensão e / ou hiperlipidemia.

O risco de ocorrência de falhas da administração aumenta em 13% com uso de dois agentes, de 58% quando este número aumenta para cinco, elevando-se para 82% nos casos em que são consumidos sete ou mais medicamentos (SECOLI, 2010).

Similarmente no estudo de Donaldson (2017), também teve como o objetivo identificar

os incidentes relacionados ao uso de medicamentos em um ambulatório, além de descrever a frequência e os tipos de incidentes envolvendo os medicamentos. Sabe-se que a ausência de informações acerca dos medicamentos são as principais razões pelas quais 30% a 50% dos pacientes não os usam conforme a prescrição.

Na pesquisa identificou-se que a maioria dos participantes está há mais de um ano em acompanhamento. Para Silva e colaboradores (2000), a falta de contato entre as equipes é considerada a principal barreira para desenvolver o vínculo entre os serviços. Sendo assim, a proposta da pesquisa em explorar a temática em um ambiente de saúde objetivou identificar as principais causas e soluções para o erro de medicação na atenção primária.

Neste estudo, foi constatada a administração de medicamentos em dose maior ou menor do que a prescrita. Erros de dose, na maioria das vezes, podem ser atribuídos a algumas características apresentadas na presente pesquisa como a não prescrição, a sintomatologia, reações adversas entre outros. A administração de doses incorretas pode resultar em ineficiência do tratamento, prologando o tempo de internação e comprometendo a qualidade da assistência prestada (MENDES et al., 2018).

Contudo ao longo do processo de implementação, a OMS procurará também enfatizar os problemas especiais dos danos relacionados com a medicação em países de baixa e média renda (GERTLER et al., 2016). Mesmo que muitos erros de medicação não tragam consequências sérias aos pacientes, essa identificação é fundamental, pois sustenta as decisões necessárias para evitá-los (MENDES et al., 2018).

Deste modo, o enfrentamento da cronicidade envolve a compreensão dos doentes, de acordo com suas percepções de saúde/doença, e do apoio que recebem dos profissionais da saúde. Seu controle abrange a participação ativa do doente e coparticipação da família e do desempenho dos serviços de saúde (FAÇANHA, 2019).

Reafirma-se a importância que capacite não só profissionais em saúde, mas também os portadores da doença e seus responsáveis contribuem para desmitificar conceitos inadequados que muito provavelmente prejudicam a adesão ao tratamento, sendo essencial para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Há um grande impacto econômico que as doenças crônicas têm para o País, principalmente relacionado não só com os gastos por meio do SUS, mas também com as despesas geradas em função do absenteísmo, das aposentadorias e da morte da população economicamente ativa.

O estudo limita-se a incidentes relacionados à medicação de pacientes no ambiente ambulatorial em uma clínica específica, é provável que as doenças crônicas estejam subestimadas devido a problemas de memória e/ou ausência de diagnóstico.

Conclusão

Conclui-se que os resultados encontrados demonstram a alta prevalência de utilização de medicamentos pela população ambulatorial para tratar as DCNT, principalmente hipertensão arterial e diabetes, o que pode indicar melhoria no acesso ao tratamento medicamentoso para essas doenças.

Referências

ARAÚJO, R. R. DE et al. The knowledge of elderly carriers of noncommunicable diseases about their polymedicate treatment. **PAJAR - Pan American Journal of Aging Research**, v. 7, n. 2, p. 33199, 2019.

ARRAIS, P. S. D. et al. Prevalência e fatores determinantes do consumo de medicamentos no Município de Fortaleza, Ceará, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, p. 1737–1746, 2005.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.** Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias, 2013.

CAROLLO, J. B. **Incidentes relacionados a medicamentos em um ambulatório de quimioterapia.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Santa Maria - RS: Universidade Federal de Santa Maria, 2017.

DONALDSON, L. J. et al. Medication without harm: WHO's third global patient safety challenge. **The Lancet**, v. 389, n. 10080, p. 1680–1681, 2017.

FAÇANHA, T. R. DOS S. **Percepções de profissionais de saúde em uma instituição hospitalar: um enfoque bioético sobre cultura de segurança do paciente.** Dissertação (Mestrado em Bioética) — Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

FONDAHN, E.; LANE, M. **The Washington Manual of Medical Therapeutics.** Philadelphia: Wolters Kluwer, 2016.

GERTLER, S. A. et al. Root cause analysis of ambulatory adverse drug events that present to the emergency department. **Journal of patient safety**, v. 12, n. 3, p. 119–124, 2016.

HABERMAS, J. The concept of human dignity and the realistic utopia of human rights. *Metaphilosophy*. In: **Human Dignity**. Oxford: LLC and Blackwell Publishing Ltd, 2010.

KWAN, B. M. et al. Stakeholder engagement in a patient-reported outcomes (PRO) measure implementation: a report from the SAFTINet practice-based research network (PBRN). **The Journal of the American Board of Family Medicine**, v. 29, n. 1, p. 102–115, 2016.

LAM, W. Y.; FRESCO, P. Medication adherence measures: an overview. **BioMed research international**, v. 2015, p. ID 217047, 2015.

MARQUES, L. DE F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 24, p. 401–420, 2014.

MENDES, J. R. et al. Tipos e frequência de erros no preparo e na administração de medicamentos endovenosos. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 3, p. eAO4146., 2018.

MENESES, S. M. DE O. C. et al. Segurança do paciente na administração de quimioterápico. **Gep News**, v. 1, n. 1, p. 178–184, 2018.

PARSE, R. R. Dignity: The ethos of humanbecoming. **Nursing science quarterly**, v. 31, n. 3, p. 259–262, 2018.

PELE, A. **Understanding human dignity redux.** *Postmodern Opening*. v. 3, pp.21-34, 2012.

RILEY, S. **Human dignity: comparative and conceptual debate.** In. **International Journal of Law in Context**. Cambridge University Press. v. 6, n. 2, p. 117-138, 2010.

ROLIM, E. C. et al. Uso de ferramentas de gestão clínica e de segurança do paciente em uma unidade básica de saúde no Distrito Federal. **Comunicação em Ciências da Saúde**, v. 29, n. Supl 1, p. 79–83, 2018.

RUHLAND, D. J.; BELLONE, J. M.; WILKES, E. Implementation and assessment of an ambulatory prescribing guidance tool to improve patient safety in the geriatric population. **The Consultant Pharmacist®**, v. 32, n. 3, p. 169–174, 2017.

SECOLI, S. R. Polypharmacy: interaction and adverse reactions in the use of drugs by elderly

people. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136–140, 2010.

SEUS, T. L. C. et al. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: promoção da saúde, atividade física e doenças crônicas no Brasil-inquérito nacional PMAQ 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 28, n. 2, 2019.

SHIKATORI, K. et al. **Educação em Saúde como estratégia para garantir a dignidade da pessoa humana**. In. **Rev. Brasileira de Enfermagem, Brasília. DF. v. 57, n. 5, p. 617-619.**, 2004.

SILVA, T. DA; SCHENKEL, E. P.; MENGUE, S. S. Nível de informação a respeito de medicamentos prescritos a pacientes ambulatoriais de hospital universitário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, p. 449–455, 2000.

VIEIRA, L. B.; CASSIANI, S. H. DE B. Avaliação da adesão medicamentosa de pacientes idosos hipertensos em uso de polifarmácia. **Rev Bras Cardiol**, v. 27, n. 3, p. 195–202, 2014.

WALDON, J. **Is dignity the foundation of human rights? Public Law & Legal Theory research papers series**. New York University School of Law, 2013.

Recebido em 20 de fevereiro de 2020.

Aceito em 26 de fevereiro de 2020.