

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JULIANA PAULA DIAS DE SOUSA TEIXEIRA

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE AUTOADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:
ESTUDO NO CENTRO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIAS E REABILITAÇÃO**

BRASÍLIA – DF

2012

JULIANA PAULA DIAS DE SOUSA TEIXEIRA

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE AUTOADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:
ESTUDO NO CENTRO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIAS E REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Cristina Soares Rodrigues

Brasília - DF
2012

JULIANA PAULA DIAS DE SOUSA TEIXEIRA

**EFETIVIDADE DO PROGRAMA DE AUTOADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS:
ESTUDO NO CENTRO INTERNACIONAL DE NEUROCIÊNCIAS E REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Políticas, Práticas e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem.

Aprovada em 10 de agosto de 2012

BANCA EXAMINADORA

Professora Doutora Maria Cristina Soares Rodrigues
Universidade de Brasília
Orientadora/Presidenta

Professora Doutora Patrícia Medeiros de Souza
Universidade de Brasília
Examinadora/Membro Titular

Professora Doutora Gisele Martins
Universidade de Brasília
Examinadora/Membro Titular

Professor Doutor Elioenai Dornelles Alves
Universidade de Brasília
Examinador/Membro Suplente

AGRADECIMENTOS

Expresso sincera gratidão à minha orientadora, Professora Dra. Maria Cristina Soares Rodrigues, pela direção, suporte, parceria, atenção, carinho, paciência no transcorrer da realização dessa pesquisa e ao longo dos meus estudos na Universidade de Brasília.

Sinceros agradecimentos ao corpo docente e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pelo suporte e por contribuírem para a aquisição de conhecimentos e habilidades fundamentais para o alcance de meu projeto de capacitação acadêmico-profissional.

Pela colaboração, na importante etapa de coleta de dados da pesquisa, cordial agradecimento às minhas colegas do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação, e, em especial, às Enfermeiras Margareth Maura Nunes e Luana Ciocca Menegucci, por suas sugestões e cooperação valiosas.

Aos meus queridos pacientes que permitiram a realização deste estudo e que me ensinaram a cada dia que nenhum desafio é impossível, meu abraço afetuoso.

A todos que de alguma forma contribuíram na viabilidade e realização dessa pesquisa, meu inestimável agradecimento.

Aos membros de minha família, maiores e pequenos, e à querida tia Ana Maria Vieira da Rocha, pelo incentivo e ensinamentos, meu carinho e amizade.

Pelo amor e apoio constante, agradeço aos meus irmãos Arnaldo Dias de Sousa Júnior e Cassiano Dias de Sousa Neto.

Especialmente ao meu esposo, Rogério Batista Teixeira, pela paciência, encorajamento e apoio no decorrer do curso de mestrado, meu agradecimento e amor.

Agradeço infinitamente aos meus pais, Arnaldo Dias de Sousa e Janet Vieira de Sousa, pelo carinho, amor, ensinamentos e por tudo que sou e alcancei.

Principalmente, meu profundo agradecimento a Deus pela minha vida, pela coragem e força nos momentos mais difíceis e pela concretização dos meus sonhos.

RESUMO

TEIXEIRA, J.P.D.S. **Efetividade do Programa de Autoadministração de Medicamentos: estudo no Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação.** 2012. 238 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília - Brasília – 2012.

Estudos mostram que a baixa aderência ao tratamento medicamentoso em indivíduos com condições crônicas, como a lesão medular, permanece um problema de difícil solução. A implementação dos programas de autoadministração de medicamentos (PAM) em diversos ambientes hospitalares são estratégias viáveis para a melhoria do conhecimento, autonomia e aderência ao tratamento medicamentoso. Assim, a presente pesquisa objetivou avaliar a efetividade de um PAM direcionado à pacientes adultos com lesão medular, em um centro de reabilitação do Distrito Federal, Brasil, quanto ao conhecimento e aderência ao regime medicamentoso prescrito na admissão, alta e pós-alta hospitalar, bem como verificar taxa de erros na autoadministração de medicamentos e satisfação dos pacientes durante a participação no programa. Trata-se de um estudo de coorte, com formação de dois grupos de comparação, através de seleção não aleatória de 29 participantes em cada grupo, expostos a dois tipos de tratamentos: administração de medicamentos pelo enfermeiro (grupo controle) e autoadministração de medicamentos (grupo estudo). A coleta dos dados ocorreu na admissão, alta e 30 dias após a alta hospitalar, com protocolos desenvolvidos para avaliar variáveis sociodemográficas, conhecimento e aderência ao tratamento medicamentoso, monitoramento de erros na autoadministração e satisfação com o programa na opinião do grupo estudo. Para medida de aderência ao tratamento foram utilizados os questionários de Morisky-Green e Delgado & Lima, com adaptações ao estudo. Realizou-se tratamento estatístico descritivo e inferencial dos dados. Os resultados demonstraram que participantes do grupo estudo apresentaram conhecimento significativamente melhor na alta hospitalar e possuíam 2,36 vezes maior probabilidade de conhecer o tratamento prescrito, quando comparado ao grupo controle. O conhecimento do grupo controle aumentou no pós-alta hospitalar, equiparando-se ao grupo estudo. O grupo controle apresentou nível de aderência significativamente melhor na admissão, contudo, ambos os grupos evoluíram com nível de aderência semelhantemente no pós-alta, embora o grupo estudo apresentasse duas vezes mais chance de aderir. O PAM

contribuiu para eliminação dos não aderentes no pós-alta em 17%. Identificou-se associação positiva entre o conhecimento e a aderência. 94% estavam satisfeitos com o PAM, enquanto 48% do grupo controle gostariam de experimentar o programa. Quase metade dos participantes possuía dificuldade para manejar os materiais empregados no PAM. Quase metade do grupo controle interessou em participar do PAM, o que poderá ser incorporado através de uma política de autoadministração, aliada à segurança do paciente. O PAM foi efetivo na melhoria do conhecimento do regime medicamentoso na alta hospitalar e promoveu alta satisfação e autonomia aos participantes. A baixa incidência de erros de autoadministração e a ausência de danos aos participantes do PAM colaboram para sua manutenção. As sugestões dos participantes para adequação dos recursos materiais empregados no PAM é pertinente, além de incentivar a colaboração dos pacientes. Apesar da contribuição do PAM sobre a aderência, esta ainda é baixa, sendo imprescindível seu aprimoramento.

Descritores: Auto-Administração. Aderência ao Tratamento Medicamentoso. Conhecimentos, Atitudes e Prática em Saúde. Erros de Medicação. Doenças da Medula Espinhal.

ABSTRACT

TEIXEIRA, J.P.D.S. **Effectiveness of the Self-administration Medication Programmes: study in the Internacional Center of the um estudo no Centro Internacional de Neuro-Science and Rehabilitation.** 2012. 238 f. Thesis (MA) – Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, University of Brasilia, Brasilia, 2012.

Studies show that the poor adherence to medications prescriptions in individuals with chronic conditions, as spinal cord diseases, stays a problem of difficult solution. The implementation of the self-administration of medicines (SAM) in several unit clinics are viable strategies for the improvement of the knowledge, autonomy and medication adherence. The present study aimed at to evaluate the effectiveness of the PAM addressed to patient with spinal cord diseases in a rehabilitation center of the Federal District, Brazil, as for the knowledge and medication adherence in the admission, discharge and post discharge, to verify the tax of mistakes in the self-administration of medicines and the patients' satisfaction during the participation in the program. It established cohort study with formation of two comparison groups, through selection no random of 29 patient in each group with different treatments: administration of medicines for the nurse (control group) and the self-administration of medicines (study group). The collection of the data happened in the admission, discharge and 30 days after discharge with protocols developed to evaluate variables socio-demographics, knowledge and medication adherence, follow up of mistakes in the self-administration and satisfaction with the program. The measure of medication adherence used of the questionnaires of Morisky, Green e Levine e Delgado e Lima with adaptations to the study. It accomplished descriptive and inferencial statistical treatment of the data. The results demonstrated that patient in the group of the self-administration presented knowledge significantly better in the discharge and possessed 2,36 times larger probability of knowing the treatment compared to the group of the administration of medicines by the nurse. The knowledge of the control group increased in the after discharge, being compared to the study. The control presented level of adherence significantly better in the admission, however both groups developed with level of similar adherence in the after discharge, although the group study presented more chance twice of adhering. PAM contributed to eliminate the non-adherent in the post discharge in 17%. It identified positive association between the

knowledge and adherence. 94% were satisfied with PAM, while 48% of the control group would like to try the program. Almost the participants' half possessed difficulty to handle the materials employed in PAM. Almost half of the control group interested in participating in PAM, what can be incorporate through an self-administration politics, allied the patient's safety. PAM was effective in the improvement of the knowledge of the medication treatment in the discharge and it promoted larger satisfaction and autonomy of the participants. The low incidence of mistakes of the self-administration and absence of damages to the participants of PAM collaborate for its maintenance. In spite of the contribution of PAM about the adherence, this is still low, needing indispensable improvement of the program. The participants' suggestions for adaptation of the employed materials resources in PAM are pertinent, besides motivating the patients' cooperation.

Descriptors: Self-Administration. Medication Adherence. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Medication Errors. Spinal Cord Diseases.

RESUMEN

TEIXEIRA, J.P.D.S. **La Eficacia del Programa de Autoadministración de Medicación: un estudio en el Centro Internacional de Neurociencias y la Rehabilitación.** 2012. 238 f. Tesis (Master) – Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Brasilia, Brasilia, 2012.

Los estudios muestran que la baja adhesión al tratamiento farmacológico en personas con enfermedades crónicas, como la lesión de la medula espinal, sigue siendo un problema de solución difícil. La implementación de programas de autoadministración de medicación (PAM) en los ambientes hospitalares son estrategias viables para la mejora del conocimiento, la autonomía y la adhesión al tratamiento farmacológico. Así, este estudio tuvo como objetivo evaluar la eficacia de un PAM dirigido a pacientes adultos con lesión medular, en un centro de rehabilitación del Distrito Federal, Brasil, cuánto a los conocimientos y la adhesión al régimen de la medicación prescrita en la admisión, alta y posterior al alta, y verificar la tasa de los errores en la autoadministración de medicación y la satisfacción del paciente durante su participación en el programa. Se trata de un estudio de cohorte, con formación de dos grupos de comparación, a través de la selección no aleatorio de 29 participantes en cada grupo, expuesto a dos tipo de tratamientos: administración de medicamentos por las enfermeras (grupo control) y la autoadministración de la medicación (grupo de estudio). La recolección de los datos ocurrió en la admisión, alta y 30 días después del alta hospitalaria, con protocolos desarrollados para evaluar las variables sociodemográficas, los conocimientos y la adhesión al tratamiento farmacológico, el seguimiento de los errores en la autoadministración y la satisfacción con el programa según la opinión del grupo del estudio. Para medir la adhesión al tratamiento se utilizaron los cuestionarios de Morisky-Green y Delgado & Lima, adaptados para el estudio. Se llevó a cabo el trato estadístico descriptivo e inferencial de los datos. Los resultados mostraron que los participantes del grupo estudio presentaron conocimientos significativamente mejor en el alta y tenían 2,36 veces más probabilidades de cumplir el tratamiento prescrito, en comparación con el grupo control. Los conocimientos del grupo control aumentaron después del alta, lo que equivale al grupo de estudio. El control tenía un nivel significativamente mejor de la adhesión en la admisión, sin embargo, ambos grupos se desarrolló de manera similar con el nivel de la adhesión después del alta, aunque el estudio presentó dos veces más oportunidad de se adherir. El PAM ha contribuído a la eliminación de

los no adherentes después del alta en 17 %. Se identificó una asociación positiva entre los conocimientos y la adhesión. 94 % estaban satisfechos con el PAM, mientras que el 48% del grupo control le gustaría probar el programa. Casi la mitad de los participantes tuvieron dificultades para manejar los materiales empleados en el PAM. Casi la mitad de los controles se interesó en participar del PAM, lo que podría ser incorporado a través de una política de autoadministración, junto con la seguridad del paciente. El PAM fue eficaz para mejorar los conocimientos de régimen de medicación en la alta y promover una alta satisfacción y la autonomía de los participantes. La baja incidencia de errores en la autoadministración y ninguna ocurrencia de daños a los participantes del PAM colaboran para su mantenimiento. Las sugerencias de los participantes para la adecuación de los recursos materiales empleados en el PAM son pertinentes, y también fomentar la colaboración de los pacientes. A pesar de la contribución del PAM sobre la adhesión, esto todavía es bajo, su perfeccionamiento es indispensable.

Descriptores: Autoadministración. Cumplimiento de la Medicación. Conocimientos, Actitudes y Practices en Salud. Errores de Medicación. Enfermedades de la Médula Espinhal.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma 1 –	Avaliação para participação no Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM) do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR) – Brasília – 2012.....	66
Diagrama 1 –	Representação esquemática do estudo de coorte entre expostos e não expostos ao Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM) – Brasília – 2012.....	71
Diagrama 2 –	Representação esquemática do desfecho do conhecimento ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	89
Diagrama 3 –	Representação esquemática do desfecho da aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento, por grupos de estudo – Brasília – 2012.....	113
Gráfico 1 –	Desfecho da aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	113

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Perfil sociodemográfico dos participantes dos grupos estudo e controle, Rede Sarah – Brasília – 2012.....	84
Tabela 2	– Análise comparativa dos medicamentos prescritos, na admissão e alta hospitalar, entre as unidades de estudo – Brasília – 2012.....	86
Tabela 3	– Análise comparativa entre as unidades de estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, nos períodos de seguimento - Rede Sarah – Brasília – 2012.....	87
Tabela 4	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	88
Tabela 5	– Risco de não conhecer o tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na admissão – Brasília – 2012.....	90
Tabela 6	– Risco de não conhecer o tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na alta hospitalar – Brasília – 2012.....	90
Tabela 7	– Risco de não conhecer o tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na alta hospitalar – Brasília – 2012.....	91
Tabela 8	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento do nome dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	92
Tabela 9	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento da dose dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	93
Tabela 10	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento de estudo, quanto ao nível de conhecimento dos horários de uso dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	95
Tabela 11	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento da via de administração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	96
Tabela 12	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto do nível de conhecimento das indicações de uso dos medicamentos	

	prescritos e motivos de desconhecimento das indicações de uso, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	98
Tabela 13	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento das recomendações de uso dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	99
Tabela 14	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento das reações adversas aos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	100
Tabela 15	– Análise de contingência entre a ocorrência de reações adversas e o nível de conhecimento sobre reações adversas aos medicamentos prescritos, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	101
Tabela 16	– Análise descritiva da frequência de reações adversas aos medicamentos prescritos relatadas nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	102
Tabela 17	– Análise descritiva nos períodos de seguimento do estudo, quanto aos cuidados com a guarda e conservação, observação da integridade e validade dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	103
Tabela 18	– Análise descritiva admissional, quanto aos cuidados na ocorrência de perda ou atraso de dose com os medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	104
Tabela 19	– Modelo de regressão linear nos períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, nas unidades CINR e Sarah-Brasília, Rede Sarah – Brasília – 2012.....	106
Tabela 20	– Modelo de regressão linear nos períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, na unidade CINR – Brasília – 2012.....	107
Tabela 21	– Modelo de regressão logística linear nos períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, na unidade Sarah- Brasília – Brasília – 2012.....	108
Tabela 22	– Análise comparativa entre as unidades de estudo, quanto ao nível de aderência aos medicamentos prescritos, nos períodos de seguimento -	

	Rede Sarah - Brasília – 2012.....	109
Tabela 23	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência aos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	110
Tabela 24	– Análise de contingência entre o nível de aderência aos medicamentos e o seguimento da prescrição médica, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	112
Tabela 25	– Risco de não aderência ao tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na admissão – Brasília – 2012.....	114
Tabela 26	– Risco de não aderência ao tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, no pós-alta hospitalar – Brasília – 2012.....	115
Tabela 27	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por perda de dose na autoadministração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	116
Tabela 28	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por perda de dose devido esquecimento na autoadministração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	118
Tabela 29	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência na autoadministração dos medicamentos prescritos por perda de dose por sentir-se melhor nas unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	119
Tabela 30	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por perda de dose por sentir-se pior com o uso dos medicamentos prescritos por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012..	119
Tabela 31	– Análise descritiva da admissão e pós-alta hospitalar, quanto à perda de dose por falta de aquisição dos medicamentos e período de tempo entre a falta à aquisição dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	120
Tabela 32	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por atraso de doses na autoadministração de	

	medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012..	122
Tabela 33	– Análise descritiva entre os períodos de seguimento do estudo, quanto aos motivos de atraso na autoadministração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	123
Tabela 34	– Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por modificações na prescrição médica, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	125
Tabela 35	– Análise de contingência entre a satisfação com os medicamentos prescritos em uso no controle vesical e a justificativa dos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	127
Tabela 36	– Análise de contingência entre a satisfação com os medicamentos prescritos em uso no controle da espasticidade e a justificativa dos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	129
Tabela 37	– Análise de contingência entre a satisfação com os medicamentos prescritos em uso no controle da dor neuropática e a justificativa dos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	131
Tabela 38	– Análise descritiva das dificuldades de aderência ao tratamento medicamentoso prescrito relatadas pelos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	132
Tabela 39	– Análise das dúvidas sobre o tratamento medicamentoso prescrito pelos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	133
Tabela 40	– Análise dos casos da unidade Sarah-Brasília e CINR no grupo único, quanto à relação entre a aderência medicamentosa e as variáveis independentes do estudo no modelo de regressão logística – Brasília – 2012.....	131
Tabela 41	– Regressão logística na análise entre a aderência ao tratamento medicamentoso prescrito e as variáveis independentes na unidade CINR – Brasília – 2012.....	135
Tabela 42	– Regressão logística na análise entre a aderência ao tratamento	

	medicamentoso prescrito e as variáveis independentes na unidade Sarah-Brasília – Brasília – 2012.....	136
Tabela 43	– Análise de contingência entre os erros na autoadministração e os medicamentos prescritos, na unidade CINR – Brasília – 2012.....	137
Tabela 44	– Análise de contingência entre os grupos de estudo, quanto às escolhas dos participantes, entre o método de administração pelo enfermeiro e o método de autoadministração de medicamentos, durante internação para o programa de reabilitação, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.....	139
Tabela 45	– Análise de contingência entre as dificuldades quanto ao manejo da embalagem plástica e sugestões de melhorias das embalagens, pelos participantes do PAM, na alta hospitalar, do CINR – Brasília – 2012.....	140
Tabela 46	– Análise de contingência quanto ao nível de satisfação e justificativas apresentadas pelos participantes do PAM, na alta hospitalar do CINR – Brasília – 2012.....	142
Tabela 47	– Análise descritiva das sugestões de melhorias ao PAM, segundo participantes, na alta hospitalar do CINR – Brasília – 2012.....	144

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	20
1. INTRODUÇÃO	22
2. OBJETIVOS	28
3. HIPÓTESES	30
4. REFERENCIAL TEÓRICO	31
4.1 O Indivíduo com Lesão Medular	33
4.2 O Processo de Reabilitação e Assistência de Enfermagem na Lesão Medular	40
4.3 Programas de Autoadministração de Medicamentos	45
4.4 Aderência ao Tratamento Medicamentoso	51
<i>4.4.1 Conceito de aderência medicamentosa</i>	52
<i>4.4.2 Fatores determinantes do comportamento de aderência do paciente</i>	54
<i>4.4.3 Erros de medicação</i>	56
<i>4.4.4 Medidas de aderência e conhecimento</i>	57
<i>4.4.5 Intervenções para aumentar aderência</i>	58
4.5 O Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM) do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR)	62
5 METODOLOGIA	69
5.1 Delineamento do Estudo	69
5.2 Local de Estudo	69
5.3 Caracterização da Amostra	71
5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão	72
5.5 Procedimento de Coleta de Dados	72
5.6 Variáveis e Medidas de Desfecho	73
<i>5.6.1 Variáveis dependentes</i>	73
<i>5.6.2 Variáveis independentes</i>	77
5.7 Análise dos Dados	77
5.8 Aspectos Éticos	79
6 RESULTADOS	81
6.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes	81

6.2	Conhecimento dos Participantes sobre Regime Medicamentoso Prescrito.....	87
6.2.1	<i>Conhecimento sobre o nome dos medicamentos.....</i>	<i>91</i>
6.2.2	<i>Conhecimento sobre a dose dos medicamentos.....</i>	<i>92</i>
6.2.3	<i>Conhecimento sobre o horário de uso dos medicamentos.....</i>	<i>94</i>
6.2.4	<i>Conhecimento sobre a via de administração dos medicamentos.....</i>	<i>95</i>
6.2.5	<i>Conhecimento sobre indicações de uso dos medicamentos.....</i>	<i>96</i>
6.2.6	<i>Conhecimento sobre recomendações de uso dos medicamentos.....</i>	<i>99</i>
6.2.7	<i>Conhecimento sobre reações adversas aos medicamentos.....</i>	<i>99</i>
6.2.7.1	<i>Reações adversas aos medicamentos prescritos relatadas pelos participantes.....</i>	<i>101</i>
6.2.8	<i>Cuidados com armazenamento e conservação, integridade e validade dos medicamentos prescritos.....</i>	<i>102</i>
6.2.9	<i>Cuidados na ocorrência de perda ou atraso de doses.....</i>	<i>103</i>
6.2.10	<i>Análise de regressão linear entre o conhecimento sobre o tratamento medicamentoso prescrito e variáveis independentes.....</i>	<i>104</i>
6.3	Aderência Medicamentosa ao Tratamento Prescrito.....	109
6.3.1	<i>Medida do nível de aderência medicamentosa e seguimento da prescrição médica.....</i>	<i>109</i>
6.3.2	<i>Perda de dose na autoadministração de medicamentos prescritos.....</i>	<i>115</i>
6.3.3	<i>Perda de dose por esquecimento na autoadministração de medicamentos prescritos.....</i>	<i>117</i>
6.3.4	<i>Perda de dose na autoadministração por sentir-se melhor ou pior.....</i>	<i>118</i>
6.3.5	<i>Perda de dose na autoadministração por falta de aquisição dos medicamentos prescritos.....</i>	<i>120</i>
6.3.6	<i>Atraso de doses na autoadministração dos medicamentos prescritos.....</i>	<i>121</i>
6.3.7	<i>Modificações na prescrição médica por conta própria.....</i>	<i>123</i>
6.3.8	<i>Avaliação de satisfação quanto aos medicamentos prescritos em uso.....</i>	<i>125</i>
6.3.8.1	<i>Controle vesical.....</i>	<i>125</i>
6.3.8.2	<i>Controle da espasticidade.....</i>	<i>127</i>
6.3.8.3	<i>Controle da dor neuropática.....</i>	<i>129</i>
6.3.9	<i>Avaliação das dificuldades quanto à aderência ao tratamento Medicamentoso prescrito.....</i>	<i>131</i>

6.3.10	<i>Avaliação das dúvidas quanto ao tratamento medicamentoso prescrito.....</i>	132
6.3.11	<i>Análise de regressão logística entre a aderência medicamentosa e as variáveis independentes.....</i>	134
6.4	Avaliação da ocorrência de erros na autoadministração de medicamentos durante a participação no PAM.....	138
6.5	Opinião dos Participantes quanto ao PAM.....	139
6.5.1	<i>Opinião dos participantes entre o método de administração de medicamentos pelo enfermeiro e a autoadministração de medicamentos.....</i>	139
6.5.2	<i>Avaliação dos participantes do PAM quanto à conferência da embalagem plástica de medicamentos.....</i>	140
6.5.3	<i>Avaliação dos participantes do PAM quanto à identificação de erros na embalagem plástica de medicamentos.....</i>	141
6.5.4	<i>Avaliação dos participantes do PAM quanto ao manejo da embalagem plástica de medicamentos e sugestões de melhorias.....</i>	141
6.5.5	<i>Avaliação dos participantes do PAM quanto ao armazenamento da embalagem plástica dos medicamentos.....</i>	142
6.5.6	<i>Avaliação dos participantes do PAM quanto ao uso do cartão de medicamentos prescritos e sugestões.....</i>	143
6.5.7	<i>Avaliação da satisfação dos participantes quanto ao PAM, desvantagens e sugestões.....</i>	143
7	DISCUSSÃO.....	147
7.1	Perfil Sociodemográfico dos Participantes.....	147
7.2	Conhecimento do Tratamento Medicamentoso dos Participantes.....	151
7.3	Aderência do Tratamento Medicamentoso.....	160
7.4	Ocorrência de erros de medicação na autoadministração de medicamentos prescritos e danos aos participantes.....	167
7.5	Avaliação quanto à preferência pela autoadministração ou administração de medicamentos pelo enfermeiro e recursos materiais empregados no PAM, segundo opinião dos participantes.....	168
8	CONCLUSÃO.....	172
	REFERÊNCIAS.....	176
	APÊNDICES.....	189
	ANEXOS.....	237

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este estudo está dividido em oito capítulos, além das referências, apêndices e anexos.

O capítulo primeiro introduz e contextualiza a temática do estudo, abordando a lesão medular por meio de dados epidemiológicos, assim como a contribuição dos tratamentos de reabilitação e assistência interdisciplinar na readaptação do indivíduo. Nesse contexto, o Programa de Autoadministração de Medicamentos do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação surgiu em 2004 com objetivo de promover a autonomia, conhecimento e habilidades sobre o tratamento medicamentoso prescrito e, principalmente, a aderência medicamentosa dos pacientes que frequentavam o Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular. A avaliação contínua dos programas de saúde é fundamental para o aprimoramento e planejamento futuro, sendo um balizador aos objetivos institucionais.

No segundo capítulo são apresentados os objetivos geral e específicos e no terceiro capítulo as hipóteses levantadas para o estudo.

O capítulo quarto traz a revisão de literatura, no qual são abordados os assuntos mais relevantes para a condução da investigação.

O quinto capítulo aborda a metodologia com aspectos referentes ao delineamento do estudo e todo percurso metodológico.

No capítulo sexto e sétimo são apresentados a análise dos resultados e as discussões dos resultados, respaldadas pela literatura científica sobre a temática.

Finalmente, no capítulo oitavo expõe as conclusões do estudo, incluindo suas limitações.

1INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A lesão medular encontra-se dentre as condições crônicas da sociedade moderna, especialmente de etiologia traumática. Nos últimos anos, o aumento do número de pessoas com tetraplegia ou paraplegia se deve à alta incidência de problemas sociais, como acidentes de trânsito e violência urbana, fatores estes mais evidentes nos países em desenvolvimento, determinantes para a ocorrência da lesão medular (MURTA; GUIMARÃES, 2007; AMARAL, 2009).

A escassez de estudos sobre prevalência e incidência da lesão medular no Brasil dificulta a avaliação do seu nível de controle no país e, conseqüentemente, a proposição de ações preventivas efetivas, assim como a avaliação do seu impacto sobre o sistema de cuidado à saúde, recursos sociais e pessoais. Devido a carência de dados epidemiológicos nacionais, a maioria das estimativas de incidência e prevalência são baseados em dados oriundos de países europeus, dos Estados Unidos da América (EUA) e alguns países da Oceania, destacadamente a Austrália. Assim, a média de incidência e prevalência de lesão medular norte-americana é de 51 novos casos por milhão de habitantes/ano e 755 casos por milhão de habitantes respectivamente (WYNDAELE, M.; WYNDAELE, J., 2006).

Com os avanços nos tratamentos em reabilitação, a expectativa de vida das pessoas com lesão medular aumentou significativamente após a segunda guerra mundial, apesar de ainda ser inferior a população em geral. Atualmente, um quarto de um milhão de americanos estão vivendo com lesão medular (NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE, 2003), mas esse índice tende a aumentar devido ao surgimento de novos casos e ao aumento da expectativa de vida (WYNDAELE, M.; WYNDAELE, J., 2006). Ainda que os dados nacionais sejam insuficientes, é inegável que parcela significativa da população brasileira vivencia ou vivenciará o processo de enfrentamento a uma lesão medular, o que impõe a necessidade de planejamento e ações concretas para o atendimento das demandas dessa população, como tratamentos de reabilitação, assim como a reformulação de políticas públicas de seguridade social, saúde, acessibilidade, entre outras. Portanto, um dos aspectos prementes a pensar nesse processo refere-se ao tratamento em reabilitação, o qual se apresenta como uma necessidade crescente devido à abrangência da ocorrência da lesão medular na população e às importantes alterações que acarreta ao desenvolvimento humano (MENDES, 2007).

Apesar de não haver um consenso na definição do termo reabilitação, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) é definida como um conjunto de medidas para assistir os indivíduos que vivenciam ou provavelmente vivenciarão incapacidades para alcançar e

manter ótimo nível funcional na interação com seus ambientes (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Nessa perspectiva, o Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR), uma das Unidades da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, tem como um dos seus desafios primordiais o desenvolvimento de habilidades físicas e funcionais, mentais, sociais, culturais e vocacionais com o maior nível de independência possível aos pacientes que vivenciam o processo de reabilitação, visando sua adaptação às limitações impostas pela lesão medular e integração ou reintegração ao seu meio de origem.

O processo de reabilitação a lesão medular pressupõe trabalho interdisciplinar de profissionais de saúde, educação, emprego, bem-estar social e outros campos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), que junto ao paciente e família identificam suas necessidades pensando soluções funcionais para esse paciente, que irá se deparar com adversidades ambientais e/ou psicossociais na sociedade onde vive. Desse modo, a reabilitação deve começar no ambiente hospitalar e se expandir para além dos muros do hospital (MURTA; GUIMARÃES, 2007).

O enfermeiro tem papel fundamental nesse processo enquanto membro da equipe interdisciplinar, e para uma assistência qualificada, a equipe de enfermagem do CINR apoia-se na teoria do déficit do autocuidado de Dorothea E. Orem. Esta teoria de enfermagem proporciona uma estrutura conceitual para a prática profissional nas ações de autocuidado, permeando o processo de desenvolvimento da pessoa com lesão medular, sua família e comunidade (OREM, 2001).

As ações de enfermagem na reabilitação envolvem vários aspectos do autocuidado, dentre os quais, estímulo às habilidades e às potencialidades para a autoadministração de medicamentos, visto que, após uma lesão medular, a maioria das pessoas farão uso contínuo de medicamentos para prevenção de complicações decorrentes da lesão, visando à melhoria da qualidade de vida.

Desde 2004, no CINR foi implantado Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM). O PAM tem se guiado, com adaptações, à política de Autoadministração de Medicamentos da Sheffield Health & Social Care NHS Foundation Trust, que tem como objetivo prover orientação clara sobre assuntos relacionados ao manejo dos pacientes na autoadministração de medicamentos em determinados serviços de recuperação, reabilitação e especializados na Inglaterra (LIVINGSTONE; SIMMONS, 2009).

Em vista disso, o objetivo do PAM é promover aos pacientes internados no CINR conhecimento sobre seus medicamentos, autonomia e desempenho seguro na

autoadministração dos medicamentos, preparando-os para o seguimento ao tratamento medicamentoso domiciliar. No transcurso do programa, pacientes são estimulados a desenvolverem algumas habilidades e conhecimentos, como o nome do medicamento prescrito, dosagem, indicações e recomendações de uso, reações adversas, seguir corretamente os horários, utilizar com eficiência a via de administração, manusear com segurança, preservar e proteger adequadamente seus medicamentos.

A promoção à autoadministração de medicamentos no ambiente hospitalar oferece muitas vantagens ao paciente, como segurança, independência, participação no cuidado, aderência ao tratamento, simplificação do regime medicamentoso, melhoria no conhecimento medicamentoso, competência para autoadministrar e individualização do cuidado. No entanto, algumas desvantagens foram identificadas, como overdose acidental ou intencional, subdose acidental ou intencional, desinteresse do paciente, não aderência ao tratamento (COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997), apesar disso estas barreiras na implementação de programas de autoadministração podem ser contornadas seguindo-se recomendações baseadas em evidências. Assim sendo, o United Kingdom Nursing and Midwifery Council (2000) recomenda a incorporação ampla da prática de autoadministração de medicamentos, desde que haja a adoção de uma política local para avaliação da competência do paciente para tomar seus medicamentos com registros contínuos dos procedimentos de treinamento, educação e avaliação.

Ressalta-se que o período seguinte à alta hospitalar é de elevada vulnerabilidade, com alta probabilidade para a ocorrência de erros de medicação devido às mudanças provenientes do tratamento durante a hospitalização. Portanto, enganos ou confusões referentes aos medicamentos são numerosos, o que leva o paciente a modificar o regime terapêutico medicamentoso por conta própria e, conseqüentemente, resulta em elevado impacto sobre eventos adversos a medicamentos (SIMONET, 2005; CUA; KRIPALANI, 2008) e reinternações.

Programas de autoadministração de medicamentos aumentam a eficiência do processo de alta hospitalar, o que permite a identificação de pacientes com problemas reais ou potenciais com seus medicamentos, possibilitando educação medicamentosa antes da alta hospitalar (ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN (RPSGB); PHARMACEUTICAL SERVICES NEGOTIATING COMMITTEE (PSNC); PRIMARY CARE PHARMACISTS' ASSOCIATION (PCPA); GUILD OF HEALTHCARE PHARMACISTS (GHP), 2006).

Há fortes evidências de que programas de autoadministração aumentam o conhecimento medicamentoso e a satisfação do paciente, contudo, quanto à melhoria da

aderência medicamentosa, os estudos são considerados inconclusivos, devido a falhas metodológicas (WRIGHT et al., 2006) e, possivelmente, por não haver, na prática clínica, um padrão ouro de medida de aderência medicamentosa (HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009). Somente cerca de 20% a 50% das pessoas com doenças crônicas aderem ao tratamento medicamentoso (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003), uma vez que mais de 200 fatores intencionais – como reações adversas aos medicamentos, tomar decisão racional – e não intencionais – como a complexidade do tratamento e depressão – têm sido relacionados a não aderência (HAYNES et al., 2011). Destarte, os enfermeiros devem estar atentos aos prováveis fatores que irão influenciar a aderência medicamentosa (INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES, 2002), caso contrário, não serão capazes de incorporar os programas de autoadministração de medicamentos nos serviços assistenciais à saúde.

Estudo piloto prévio sobre a aderência medicamentosa de pessoas com paraplegia ao PAM do CINR, possibilitou uma avaliação inicial quanto à efetividade do programa e permitiu identificar potencialidades e fragilidades, assinalando sugestões para o aperfeiçoamento pela equipe de reabilitação do CINR, o que motivou a pesquisadora no prosseguimento do estudo e no desenvolvimento da presente investigação (TEIXEIRA, 2008).

Apesar de a literatura concernente à aderência medicamentosa ser bem extensa, promovê-la permanece um grande desafio, razão de extrema importância para explorar esta complexa temática. Além disso, a avaliação contínua do PAM do CINR é necessária, uma vez que através desse instrumento de apoio no processo de trabalho é possível ao enfermeiro verificar a qualidade da assistência prestada. Ademais, estará assumindo seu papel gerencial, assegurando competência profissional através da coordenação de ações que garantam a adoção e manutenção de uma filosofia do cuidado (MELO, 2003).

O melhor sentido da avaliação é que seja utilizada como meio de melhorar os projetos existentes, aprimorar o conhecimento sobre sua execução e contribuir para seu planejamento futuro, sendo um balizador aos objetivos institucionais. Neste sentido, é um exercício permanente e, acima de tudo, comprometido com as repercussões de um projeto ao longo de sua realização (REIS, 1999).

Diante do exposto, determinou-se realizar esta pesquisa com as seguintes questões norteadoras: apesar de a aderência ao tratamento medicamentoso ser um problema na assistência interprofissional em saúde, e a autoadministração de medicamentos no ambiente hospitalar mostrar-se um caminho viável, o PAM, comparado ao método de administração de medicamentos pelo enfermeiro, promove melhoria da aderência e conhecimento de paciente

com lesão medular ao tratamento medicamentoso prescrito? Qual a incidência de erros na autoadministração de medicamentos durante a internação? Os pacientes participantes do PAM desejam continuar autoadministrando seus medicamentos enquanto internados no CINR?

Esse estudo tem como finalidade avaliar a efetividade do PAM, comparando-o ao método de administração de medicamentos pelo enfermeiro, investigando se os pacientes com lesão medular, participantes do programa, apresentam melhor conhecimento e aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, além de maior satisfação com a autoadministração. Desse modo, acredita-se que irá contribuir para o seu aperfeiçoamento e, conseqüentemente, do Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular do CINR.

Ressalta-se que, a autoadministração de medicamentos no ambiente hospitalar é um aspecto do autocuidado difundido em diversas instituições internacionais, ao contrário no Brasil, o que contribui para o ineditismo e relevância desta pesquisa no âmbito nacional.

Para o desenvolvimento dessa investigação foram delimitados objetivos e hipóteses, apresentados no capítulo a seguir.

2 OBJETIVOS

2 OBJETIVOS

Esta pesquisa tem como **objetivo geral**:

- Avaliar a efetividade do Programa de Autoadministração de Medicamentos do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação entre pacientes do Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular Adulto.

E, especificamente:

1. Traçar o perfil sociodemográfico dos pacientes participantes quanto: sexo, faixa etária, estado civil, procedência, diagnóstico médico, etiologia e tempo de lesão, quadro depressivo, período de internação, número de internações anteriores, nível de escolaridade, ocupação e condições socioeconômicas para aquisição dos medicamentos prescritos; e o perfil dos medicamentos prescritos.
2. Verificar o nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, na admissão, alta e pós-alta hospitalar, quanto: nome, dose, horário, via de administração, indicações e recomendações de uso, reações adversas, guarda e conservação, observação da integridade e validade dos medicamentos administrados e procedimento ao esquecer-se de autoadministrar os medicamentos.
3. Verificar o nível de aderência dos pacientes ao tratamento medicamentoso prescrito, na admissão, alta e pós-alta hospitalar, quanto: seguimento dos horários e doses prescritos, tempo de atraso na autoadministração dos medicamentos, motivos de perda ou atrasos na administração, suspensão, sobredose ou subdose de medicamentos, satisfação, dificuldades e dúvidas sobre tratamento prescrito.
4. Identificar a ocorrência de erros e danos aos pacientes participantes do programa, na autoadministração dos medicamentos prescritos.
5. Verificar a opinião dos pacientes participantes do PAM quanto à satisfação entre a autoadministração de medicamentos ou o método de administração pelo enfermeiro, e materiais empregados no programa.

3 HIPÓTESES

3 HIPÓTESES

As seguintes hipóteses foram testadas na pesquisa:

- 1- Participantes expostos ao PAM apresentarão melhores níveis de conhecimento sobre o regime medicamentoso prescrito na alta e pós-alta hospitalar, em relação aos participantes expostos à administração de medicamentos pelo enfermeiro.
- 2- Participantes expostos ao PAM apresentarão melhor nível de aderência ao tratamento medicamentoso prescrito no pós-alta hospitalar, em relação aos participantes expostos à administração de medicamentos pelo enfermeiro.
- 3- Participantes expostos ao PAM irão apresentar baixa incidência de erros durante a internação, e estes não ocasionarão danos aos pacientes.
- 4- Participantes expostos ao PAM deverão relatar maior satisfação e autonomia com a autoadministração de medicamentos em relação aos participantes expostos à administração de medicamentos pelo enfermeiro.
- 5- Participantes expostos ao PAM serão melhor preparados para a alta hospitalar, para iniciar a autoadministração dos medicamentos prescritos no ambiente domiciliar, em relação aos participantes expostos à administração de medicamentos pelo enfermeiro.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 - O Indivíduo com Lesão Medular

Nesta seção apresenta-se a revisão da literatura. Para sua elaboração, inicialmente, foram identificadas fontes de informações capazes de auxiliar nas respostas às questões levantadas na pesquisa. Foram utilizadas obras de referência, teses e dissertações, periódicos e livros científicos. As fontes de consulta foram obtidas na biblioteca da instituição ou em bases de dados nacionais e internacionais, via internet.

Primeiramente é apresentada breve explanação sobre lesão medular, processo de reabilitação, o autocuidado e a assistência de enfermagem na lesão medular. A seguir, aborda-se sobre a autoadministração de medicamentos no ambiente hospitalar, sua relação com o conhecimento e a aderência ao tratamento medicamentoso prescrito.

4.1 O Indivíduo com Lesão Medular

As doenças e lesões do sistema nervoso central (SNC) e suas conseqüentes sequelas vêm se tornando mais incidentes e prevalentes na sociedade contemporânea, seja pelo envelhecimento geral da população, pelo aumento da sobrevivência dos pacientes, devido aos melhores cuidados na fase aguda das doenças e, também, pelo aumento da violência e das lesões traumáticas decorrentes (GREVE, 1999).

A incidência anual de lesão na medula espinhal é estimada – não incluindo indivíduos que morrem na cena do acidente – em, aproximadamente, 40 casos por milhão na população dos Estados Unidos (EUA) ou, aproximadamente, 12,000 novos casos a cada ano. A prevalência, o número das pessoas vivas com lesão medular nos EUA em 2010 foi estimado em quase 265,000 pessoas, com uma variação entre 232.000 e 316.000 pessoas (NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2005).

A lesão medular atinge, na sua maioria, a idade adulta jovem, sendo 80,7% do sexo masculino. Desde 2005, acidentes de trânsito representam 40,4% das causas de lesão, seguido por quedas em 27,9%, atos de violência em 15% - principalmente por projétil de arma de fogo, atividades esportivas em 8,0% e causas desconhecidas em 8,5% (NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2005).

Os dados da Rede Sarah são semelhantes aos dados dos EUA, que demonstraram no ano de 2011, as causas de lesões traumáticas relacionadas a acidentes de trânsito em 42% dos casos, agressões por arma de fogo em 27,9%, quedas em 16,8%, mergulho em águas em 5,9%, impacto acidental por objeto pesado em 3,0%, agressão por arma branca em 2,1% e outras causas em 2,2%. A população mais atingida também foi a do sexo masculino, representando 74,6% das admissões, adultos, na faixa etária entre 20 e 40 anos. Os estudos apontam que os

acidentes com motocicleta, quedas e arma de fogo provocaram, principalmente, paraplegia, enquanto mergulho em águas resultaram, na sua maioria, em tetraplegia (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2011).

As principais causas de lesão medular não traumática na Rede Sarah em 2011 foram mielopatias, tumores e mielites. A idade média dos pacientes com lesão não traumática revela valores superiores à idade dos pacientes com lesão traumática, sendo esta diferença significativa (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2011).

As lesões medulares são causadas por traumas diretos ou indiretos na medula espinhal, podendo ocorrer em nível cervical, torácico e lombar. Quando as lesões ocorrem em nível de cervical são denominadas quadriplegia ou tetraplegia e resultam em diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva dos braços, tronco, pernas e órgãos pélvicos. Quando as lesões ocorrem em níveis torácicos e/ou lombares são denominadas paraplegia e resultam em diminuição ou perda da função motora e/ou sensitiva do tronco, pernas e órgãos pélvicos (AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION; INTERNATIONAL MEDICAL SOCIETY OF PARAPLEGIA, 1999).

Quanto ao nível neurológico das lesões, a categoria mais frequente é a tetraplegia incompleta (39,5%), seguida por paraplegia completa (22,1%), paraplegia incompleta (21,7%) e tetraplegia completa (16,3%). Menos de 1% experimentam recuperação neurológica completa após a alta hospitalar (NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2005).

O SNC é formado pela medula espinhal e pelo encéfalo, sendo a medula o principal condutor de impulsos, através do qual se transportam as informações sensitivas e motoras entre o encéfalo e o corpo. As vias condutoras da medula são formadas pelos tratos ascendentes e descendentes, que conduzem impulsos nervosos em direção ao encéfalo (vias ascendentes) e das várias partes do encéfalo para o resto do corpo (vias descendentes) (AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION; INTERNATIONAL MEDICAL SOCIETY OF PARAPLEGIA, 1999).

A agressão traumática na medula espinhal pode resultar em alterações das funções motora, sensitiva e autonômica, além de psicossomáticas. O trauma raquimedular (TRM), pelas consequências que acarreta ao indivíduo, é considerado uma das formas mais graves dentre as lesões incapacitantes que podem acometer o ser humano. As chances de sobrevivência do paciente com TRM aumentaram com os avanços na área médica e com a prevenção de complicações. Entretanto, não existindo uma terapêutica eficaz para “reverter” o quadro de TRM, o paciente deverá conviver com as alterações em seu organismo, ficando sujeito a

complicações frequentes (AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION; INTERNATIONAL MEDICAL SOCIETY OF PARAPLEGIA, 1999).

Além do comprometimento motor e sensitivo, das diversas complicações, como bexiga e intestino neurogênicos, disfunção sexual, espasticidade, úlceras por pressão, ossificação heterotópica e dor neuropática, ainda sofrem com questões sociais e ambientais, pois muitos são impossibilitados de trabalhar, ter lazer, estudar (VALL, 2006 apud VALL, 2010). Frequentemente, necessitam de tratamento medicamentoso ou não medicamentoso para controle dos sinais e sintomas decorrentes destas alterações, com o intuito de minimizar complicações e melhorar a qualidade de vida.

A **bexiga neurogênica** é uma das alterações secundárias em que, após a lesão medular, ocorre a interrupção completa ou incompleta da passagem de estímulos ao encéfalo, impedindo ou prejudicando o recebimento da mensagem de que a bexiga está plena e precisa ser esvaziada (LIANZA, 1995).

A bexiga neurogênica pode ser hipoativa (neurônio motor inferior), isto é, o órgão é incapaz de contrair (não contrátil) e é incapaz de esvaziar adequadamente, ou pode ser hiperativa (neurônio motor superior), esvaziando por reflexos em resposta a certo nível de pressão de enchimento. Neste caso, a musculatura da bexiga sofre espasmos involuntários levando às frequentes e incontroláveis eliminações de urina (LIANZA, 2004).

O tratamento medicamentoso ocorre comumente para a bexiga hiperativa devido à elevada pressão que passa a existir no seu interior com o objetivo de realizar o esvaziamento vesical. Logo após a lesão medular a bexiga é arreflexa. Após 6 à 8 semanas do trauma, a atividade reflexa do detrusor é restabelecida e passa a ser mediada pelo arco reflexo medular, que determina a hiperatividade vesical, com participação das fibras aferentes do tipo C em substituição às fibras aferentes D que participam da micção normal. Na maioria dos casos, a bexiga hiperativa desenvolve a dissinergia detrusor-esfincteriana (CAMPIOLI et al., 2002).

O tratamento farmacológico atua na fase do enchimento vesical (armazenamento), na fase da micção (esvaziamento) e na função da uretra (sinergismo) (CANALINI; MARTUCCI; CAPRINI, 1999; D`ANCONA; ROCHA, 2007). Na fase do enchimento vesical, os medicamentos utilizados são para propiciar uma capacidade adequada, ou seja, a bexiga será capaz de acumular quantidades crescentes de urina sem elevar sua pressão e sem apresentar as perdas urinárias involuntárias (ROCHA, L.C.; ROCHA, F.E.; TRUZZI, J.C., 1999; D`ANCONA; ROCHA, 2007).

Rocha, L.C., Rocha, F.E. e Truzzi, J.C. (1999) descreveram, ainda, que os medicamentos mais utilizados para diminuir a contratilidade do detrusor e melhorar a

capacidade da bexiga são: anticolinérgicos (parassimpaticolíticos), como brometo de propantelina e tartarato de tolterodina (detrusitol) e, relaxantes com ações mistas, como o cloridrato de oxibutinina. Os medicamentos mais utilizados para aumentar a resistência uretral são os antidepressivos tricíclicos, como o cloridrato de imipramina.

Na fase do esvaziamento vesical os medicamentos são utilizados para diminuir a resistência uretral (dissinergia esfíncter detrusora), facilitando o esvaziamento, sendo utilizados antagonistas alfa-adrenérgicos, como doxazosina e tansulosina (ROCHA, L.C.; ROCHA, F.C.; TRUZZI, J.C., 1999; D'ANCONA; ROCHA, 2007).

Outro medicamento amplamente utilizado para o relaxamento tanto do detrusor (músculo liso da bexiga) como do esfíncter externo (músculo estriado) é a toxina botulínica. A mesma é injetada diretamente nos músculos através de um procedimento cirúrgico endoscópico, promovendo bloqueio temporário das atividades reflexas.

Além da ação medicamentosa que é de suma importância, o enfermeiro também tem papel fundamental na reabilitação da pessoa com lesão medular, educando o paciente e/ou cuidador quanto à bexiga neurogênica e suas complicações. Dentre estes cuidados, inclui-se o treinamento do paciente para a realização do procedimento de autocateterização intermitente com técnica limpa, e/ou treinamento do cuidador para cateterização intermitente assistida, quando indicado. O objetivo deste procedimento é a realização do esvaziamento completo da bexiga em intervalos regulares, evitando o acúmulo de urina residual, minimizando os riscos de complicações, como infecção do trato urinário, litíase vesical, refluxo vesico-ureteral e incontinência urinária (CANALINI; MARTUCCI; CAPRINI, 1999).

O **intestino neurogênico** também é uma consequência da lesão medular, que interfere no seu funcionamento. De acordo com o nível de lesão medular, o intestino poderá comportar-se de dois modos: intestino hiperativo ou intestino hipoativo. O intestino hiperativo (lesão do neurônio motor superior, acima da vértebra torácica T12) ocorre acima do segmento sacral, deixando o centro da defecação íntegro. O esfíncter externo se tornará hipertônico e ocorrem as contrações dos músculos abdominais levando à propulsão inadequada do bolo fecal para o cólon. No intestino hipoativo (lesão do neurônio motor inferior, abaixo de T12), as conexões neurais entre o centro medular, cólon sigmoide e o reto ficam interrompidos. Não há resposta da tonicidade do reto ou sigmoide e a distensão do esfíncter anal externo estão abolidos, ficando abertos; além disso, o levantador do ânus está com a função deformada, levando ao quadro de incontinência fecal, acúmulo de fezes na ampola retal (ZEJDLIK, 1992).

O enfermeiro tem papel fundamental em conjunto com a equipe interdisciplinar na

reeducação intestinal, fornecendo orientações teóricas e práticas que facilitem o funcionamento intestinal de forma adequada, evitando a utilização de medicamentos, além de acidentes (escapes fecais) ou constipação intestinal. A conscientização do paciente quanto à importância do seguimento às orientações que visam melhor controle da função intestinal, evitando situações constrangedoras.

A **espasticidade** é um acometimento neurológico onde ocorre um desequilíbrio da contração muscular e uma conseqüente desregulação do tônus muscular, causando um déficit motor que compromete a realização das tarefas diárias e limita a funcionalidade dos membros afetados. Segundo Lianza et al. (2001), a espasticidade ocorre em grupos musculares, sendo que estes grupos afetados dependem da posição, nível e extensão da lesão. A espasticidade é um distúrbio dos reflexos espinhais proprioceptivos, manifestando clinicamente como um movimento abrupto de hiperreflexia do tendão e um aumento do tônus muscular, que surge durante a realização de movimentos ativos e passivos, dependendo da velocidade, por exaltação do reflexo miotático ou de estiramento. Este importante fator de incapacidade, secundário à lesão do neurônio motor superior, decorre de um desequilíbrio na regulação do tônus muscular (LIANZA et al., 2001).

Não existe um tratamento de cura para a espasticidade, e sim tratamentos que podem minimizar as incapacidades geradas por esta hipertonia. O tratamento medicamentoso para a espasticidade atua por mecanismos que diminuem a excitabilidade dos reflexos medulares. Os medicamentos de ação no SNC atuam nos neurotransmissores envolvidos na espasticidade (LIANZA, 2004).

O principal neurotransmissor é o ácido gama-aminobutírico (GABA). Este reduz a excitabilidade (redução da atividade) dos neurônios motores e interneurônios espinais. O baclofeno é um análogo do GABA. Os benzodiazepínicos, como o diazepam e clonazepam são gabaérgicos, e atuam de forma semelhante ao baclofeno. O cloridrato de tizanidina e clonidina são agonistas alfa-adrenérgicos, que diminuem os reflexos e atividade excitatória dos neurotransmissores (LIANZA et al., 2001).

A **dor neuropática** é vista como uma disestesia (desagradáveis sensações anormais) em áreas com anormalidade sensória, ou seja, abaixo do nível da lesão, e geralmente a dor é bilateral. As características desta dor podem ser do tipo queimação, dolorimento penetrante, ferroadada, pulsátil e formigamento. A dor e as disestesias em indivíduos com lesão medular podem ser espontâneas ou podem aparecer após ser estímulo-evocada. A dor estímulo-evocada pode se apresentar como alodinia, dor que surge por excitação não-nociva a um

suave toque ou inofensivo frio ou calor, ou como hiperalgesia, em que ocorre aumento da resposta dolorosa para um estímulo nocivo (SIDDALL, YEZIERSKI e LOESER, 2000).

A International Association for the Study of Pain classifica a dor em portadores de lesão medular em dor nociceptiva, onde há dano tecidual não neurogênico (dor músculo-esquelética e visceral) e dor neuropática, dano do tecido nervoso periférico e/ou central (SIDDALL, YEZIERSKI e LOESER, 2000).

Características frequentemente presentes na dor neuropática são a alodinia (formação temporal anormal da dor), hiperpatia (a dor continua após cessar a excitação) e dor reflexa (dor sentida além da área estimulada) (SIDDALL, YEZIERSKI e LOESER, 2000).

A dor neuropática na lesão medular é dividida em: acima do nível da lesão, no nível da lesão, e abaixo do nível da lesão. Dor neuropática acima do nível da lesão inclui dor devido à mononeuropatias compressivas (particularmente síndrome do túnel do carpo) e síndromes regionais complexas. A dor abaixo do nível da lesão é considerada de origem central, causada pelo TRM e, a dor ao nível da lesão pode ter componentes periféricos (raiz de nervos) e centrais (medula espinhal) que são difíceis de separar (SIDDALL; TAYLOR; COUSINS, 1997). A dor ao nível da lesão tem um início precoce, já a dor abaixo ao nível da lesão passa a se desenvolver meses ou anos após a lesão medular. Ambos os tipos de dor neuropática se mostram com uma baixa tendência à remissão apesar de tentativas de tratamento, mesmo em uso de opioides (SIDDALL, YEZIERSKI e LOESER, 2000).

Recentes estudos relacionados ao tratamento da dor neuropática após a lesão medular sugerem que o melhor tratamento é aquele baseado na compreensão do fenômeno doloroso, com agentes farmacológicos seletivos, técnicas de neuroestimulação e uso de terapias cognitivas e complementares, a fim de atuar na experiência dolorosa dos pacientes (SIDDALL, 2009 apud VALL, 2010).

4.2 - O Processo de Reabilitação e Assistência de Enfermagem na Lesão Medular

4.2 O Processo de Reabilitação e Assistência de Enfermagem na Lesão Medular

As lesões do SNC são as síndromes incapacitantes mais devastadoras que acometem o homem, pois além da gravidade e irreversibilidade, geram, na maioria dos casos, incapacidades multifatoriais, muitas vezes graves e que exigem um programa de reabilitação longo e oneroso, que muitas vezes não conduz à melhora total do quadro, mas a melhoria da adaptação do indivíduo à sua nova condição. Isto, partindo do princípio de que a reabilitação é um processo que busca o desenvolvimento das capacidades remanescentes, permitindo que o indivíduo alcance sua independência nas atividades físicas, profissionais e sociais de acordo com seu nível de lesão (GREVE, 1999).

Outros autores concordam que a lesão medular traumática é uma das condições crônicas de maior impacto no desenvolvimento humano da pessoa com paraplegia ou tetraplegia, pois limita e demanda completa modificação no estilo e nas opções de vida da pessoa acometida (MURTA; GUIMARÃES, 2007), na família e na sociedade onde vive (FARO, 1998), sendo considerada uma das formas mais graves dentre as lesões incapacitantes que podem acometer o ser humano (AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION; INTERNATIONAL MEDICAL SOCIETY OF PARAPLEGIA, 1999).

É crescente a necessidade das pessoas com lesão medular de tratamentos de reabilitação, devido à gravidade da lesão neurológica e ao aumento progressivo de casos e da sobrevida cada vez maior dos pacientes.

Os tratamentos de reabilitação, apesar de não haver consenso sobre o conceito dessa palavra, se propõem a desenvolver o máximo potencial físico, resgate da autonomia e possibilitar a retomada de atividades ocupacionais e sociais, promovendo a inclusão social da pessoa com lesão medular. Contudo, o processo de reabilitação começa no hospital, mas não se conclui ali. Para o paciente, o retorno para casa, o confronto com sua nova realidade, acrescenta desafios (MENDES, 2007).

Um dos principais objetivos a ser alcançado com a reabilitação da pessoa com lesão medular é a melhora da qualidade de vida. Reabilitação e qualidade de vida possuem uma íntima relação, pois um não ocorre sem o outro (VALL, 2008). O conceito de qualidade de vida está relacionado à autoestima, ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com as atividades de vida diárias e o ambiente em que se vive (VECCHIA et al., 2005).

Segundo a OMS, a reabilitação de indivíduos com incapacidades é compreendida com um processo que objetiva capacitação e o alcance do máximo potencial de habilidades físicas, sensoriais, intelectuais, psicológicas e de funcionamento social. A reabilitação deve instrumentalizar indivíduos com incapacidades, subsidiando ferramentas necessárias para a obtenção de independência e autodeterminação. O foco do processo de reabilitação não deve restringir-se à pessoa. Preconiza-se que recursos que habilitam para a vida devem ser explorados em vários níveis do indivíduo e do contexto onde vive (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Considerar o contexto social como ponto de partida, para um delineamento de propósitos e metas na reabilitação, é coerente com a premissa de que os limites da inclusão, em grande parte, são derivados de fatores presentes no contexto físico e sociocultural. São justamente barreiras geográficas, arquitetônicas e humanas, caracterizadas por obstáculos físicos, desconhecimento e preconceito, que restringem as perspectivas de inserção dos cidadãos com um nível de limitação. Aprofundar nas dificuldades apresentadas pelo contexto social e propor intervenções pode, no decorrer do tempo, permitir mudanças que irão garantir uma mais abrangente inclusão. Essa perspectiva de atuação na reabilitação, que não negligencia fatores do contexto socioambiental, também investe para o desenvolvimento de recursos comunitários (VERA, 2012).

A reabilitação fornecida ao longo de uma assistência contínua, desde o atendimento hospitalar até a reabilitação na comunidade, pode melhorar os resultados de saúde, reduzir custos pela diminuição dos períodos de hospitalização, reduzir a deficiência e melhorar a qualidade de vida (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

A reabilitação envolve a identificação dos problemas e necessidades da pessoa, o relacionamento dos transtornos aos fatores relevantes do indivíduo e do ambiente, a definição de metas de reabilitação, planejamento e implantação de medidas, além da avaliação de seus efeitos. Educar as pessoas com deficiência é fundamental para desenvolver os conhecimentos e habilidades para a autoajuda, a assistência, a gestão e a tomada de decisões. Pessoas com deficiência e suas famílias conseguem melhorar a saúde e a funcionalidade quando são parceiros na reabilitação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Cabe ao paciente, família e profissionais de saúde compartilharem da responsabilidade pela reconstrução gradativa de uma vida muito diferente, que carrega consigo uma problemática de reintegração pessoal, familiar e social somada às alterações parcial ou total da motricidade e sensibilidade, comprometimento vasomotor, intestinal,

vesical e sexual. Diante de uma nova situação, como o TRM, o ser humano deve ser estimulado a adquirir novos conhecimentos e habilidades, que o leva a adaptar-se às condições impostas e retomar sua vida. Os profissionais de saúde e a família devem estar aptos a estimular este indivíduo, na sua busca pelo controle dos fatores que afetam seu próprio desenvolvimento, executando atividades que promovam sua qualidade de vida.

O processo de reabilitação demanda intervenções conjuntas de uma equipe multiprofissional altamente especializada e qualificada, mas dependerá, principalmente, do interesse e da motivação do próprio paciente (VERA, 2012). A reabilitação é sempre voluntária, mas alguns indivíduos podem necessitar de apoio para decidir sobre as opções disponíveis. Em todos os casos, a reabilitação deve ajudar a capacitar a pessoa com deficiência e sua família (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

O enfermeiro é parte fundamental da equipe de reabilitação na assistência ao paciente com lesão medular, que necessita se habituar aos cuidados rigorosos relacionados ao controle vesical, intestinal, da espasticidade, da dor neuropática, cuidados com a pele, a fim de evitar ou reduzir as complicações e melhorar a qualidade de vida.

Nos períodos iniciais, logo após a lesão medular, o paciente e sua família necessitam maior apoio da equipe interdisciplinar no sentido de instrumentalizá-los para reabilitação, que na verdade ocorre fora dos centros de reabilitação. Posteriormente, a depender da reintegração ao ambiente onde vivem, as necessidades do paciente e família vão diminuindo, sendo que este processo é natural e desejável.

Desde a fase aguda do trauma medular, o paciente apresenta níveis variados de dependência para realização das atividades de vida diária, como alimentação, higiene, vestuário, transferências, controle vesical e intestinal. Segundo (FARO, 1996), “[...] esta dependência varia conforme o nível e o grau da lesão medular e, também, com o tempo decorrente do trauma”. Um programa de reabilitação direcionado à lesão medular é essencial e contribui para viabilizar autonomia e qualidade de vida ao paciente e sua família através da ênfase na independência funcional, melhorando a autoestima e inclusão social.

Um dos modelos que pode direcionar as ações assistenciais do enfermeiro e responder às necessidades da pessoa com lesão medular advém do Modelo do Autocuidado de Orem, que apoia-se na premissa, segundo a qual todos possuem potencial, em diferentes graus, para cuidar de si mesmo e dos que estão sob sua responsabilidade. Esse modelo é constituído por três teorias: a teoria dos sistemas de enfermagem; a teoria do déficit de autocuidado e a teoria do autocuidado (OREM, 2001).

Resumidamente, a teoria dos sistemas de enfermagem engloba a teoria do déficit de autocuidado e esta, por sua vez, engloba a teoria do autocuidado. Quando uma exigência por

cuidado de enfermagem é ativada, um sistema de enfermagem é produzido ou seja um conjunto de ações e interações entre enfermeiros e pacientes. A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado é o núcleo central da teoria geral de Orem, e determina quando a enfermagem é necessária. As exigências de autocuidado pela enfermagem podem ser classificadas em sistema totalmente compensatório, parcialmente compensatório e de apoio educativo (OREM, 2001). A teoria do déficit de autocuidado encontra os princípios da reabilitação, torna o cuidado de enfermagem um meio de promoção, recuperação e reabilitação da autonomia social do indivíduo e, conseqüentemente, de sua saúde.

A autora dessa teoria considera a educação para o autocuidado um processo dinâmico que depende da vontade e da percepção do indivíduo sobre sua condição clínica (OREM, 2001).

É importante que profissionais de saúde, cuidadores e familiares tenham consciência de que condutas superprotetoras podem potencializar as incapacidades daqueles que apresentam uma lesão medular. Muitas vezes, o cuidar que promove melhor enfrentamento, envolve reforço e incentivo às potencialidades e não um fazer sistemático pelo outro (VERA, 2012).

A lesão medular é uma das condições crônicas onde as possibilidades de sucesso do tratamento estão intimamente ligadas à “doença percebida”, já que ações de saúde serão realizadas pelos pacientes de acordo com percepções, vontades, possibilidades e modificações que a doença e as formas de tratamento impõem às suas vidas. Há uma complexidade envolvida no processo de tomada de decisão individual para prevenir, tratar e reabilitar-se de um agravo ou doença. É necessário democratizar os conhecimentos, dispor de tecnologias adequadas para que os indivíduos responsabilizem-se pelo seu autocuidado, além disso, um profundo conhecimento das estruturas socioculturais dos indivíduos e da sociedade, de suas percepções do processo saúde-doença e da sua motivação para cuidar-se (CHOMPRÉ, 1994).

4.3 - Programas de Autoadministração de Medicamentos

4.3 Programas de Autoadministração de Medicamentos

Programas de autoadministração de medicamentos no ambiente hospitalar têm sido bem documentados na literatura desde 1970, na Inglaterra, e 1960 nos EUA (SHUTERLAND; SEMPLE, 1995). Encontrou-se somente um estudo brasileiro, de 1979 (HORR, 1979).

A implementação da autoadministração de medicamentos tem ocorrido em diversos ambientes, incluindo de reabilitação, clínica médica e cirúrgica, psiquiatria, oftalmologia, oncologia, geriatria e cardiologia (BARRY, 1993; PERELES et al., 1996; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; JENSEN, 2003; MANIAS et al., 2004; LEVER; O'REILLY; PRYOR, 2008).

Evidências científicas sugerem que programas de autoadministração no ambiente hospitalar sejam incorporados na prática clínica, pois promovem maior autonomia (BARRY, 1993; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; MANIAS et al., 2004; LEVER; O'REILLY; PRYOR, 2008).

Vários estudos chegaram à conclusão que a autoadministração de medicamentos foi associada com uma maior autonomia e independência dos pacientes (BARRY, 1993; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; DEEKS; BYATT, 2000; JENSEN, 2003; MANIAS et al., 2004; LEVER; O'REILLY; PRYOR, 2008).

A literatura em enfermagem contém um grande número de informações sobre os programas de autoadministração de medicamentos, e muitos artigos relatam que estes projetos têm tido boa aceitação pelas enfermeiras clínicas (SALMON, 2002) e, cada vez mais vêm sendo considerados como uma boa prática no ambiente hospitalar (MANIAS et al., 2004).

Tradicionalmente, no ambiente hospitalar, a administração de medicamentos é de responsabilidade do enfermeiro. A autoadministração é definida como um processo por meio do qual a enfermeira provê um ambiente apropriado e a autonomia do paciente é incentivada (MANIAS et al., 2004). As pessoas em casa, usualmente, administram seus medicamentos, portanto, se houver checagem e controle apropriados, os pacientes, no hospital, também podem autoadministrar seus medicamentos com níveis variados de supervisão da enfermagem (SALMON, 2002). Além disso, as preocupações dos profissionais de saúde devem voltar-se, principalmente, para a adequação do preparo dos pacientes e familiares para o gerenciamento dos medicamentos com segurança no pós-alta hospitalar.

Um programa de autoadministração de medicamentos envolve ensino e aconselhamento dos pacientes sobre seus medicamentos, tanto para o paciente no estágio da

autoadministração quanto na autoadministração sob supervisão. Os programas permitem ao paciente maior entendimento sobre os medicamentos, experiência na administração dos medicamentos, identificação precoce de problemas relacionados aos medicamentos pelos profissionais de saúde, maior independência e autonomia, melhor confiança na equipe de saúde (NHS EDUCATION FOR SCOTLAND, 2004).

A autoadministração de medicamentos no hospital serve para monitorar e educar os pacientes e adaptar o gerenciamento dos medicamentos antes da alta hospitalar (MANIAS et al., 2004). A administração de medicamentos à pacientes que não estão em condições clínicas ou que preferem não autoadministrar deveria ser reestruturada através de rotinas mais apropriadas do que as rotinas hospitalares tradicionais para seguimento desses pacientes (MANIAS et al., 2004), já que estes pacientes também receberão alta hospitalar e necessitarão administrar seus medicamentos em domicílio, seja pelo próprio paciente ou cuidador.

Manias et al. (2004) concluíram que os pacientes que autoadministravam os próprios medicamentos, no ambiente hospitalar, puderam praticar habilidades associadas com um novo medicamento ou via de administração pouco conhecida, como administração de terapias intravenosas. Os pacientes acreditavam que, dessa maneira, estavam em uma posição melhor para receber alta hospitalar antecipadamente e executar estas habilidades competentemente em casa. No método tradicional de administração de medicamentos, as instruções ao paciente acontecem logo antes da alta, restando pouco tempo para a equipe de saúde determinar se os pacientes realmente entenderam o seu regime medicamentoso ou examinar as técnicas de administração. Neste estudo, os participantes perceberam que a autoadministração ajudou a melhorar o conhecimento sobre o seu regime de medicamento, assim eles estavam em uma posição melhor para descobrir erros na entrega. Esses benefícios, associados à PAM, também foram identificados em outros estudos (BARRY, 1993; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; PERELES et al., 1996).

Phelan et al. (1996) compararam erros de medicamentos em unidades que praticam autoadministração e em unidades que praticam o método tradicional. O estudo demonstrou que, compartilhar a responsabilidade da administração de medicamentos com o paciente e família no hospital resulta em redução global da taxa de erros de medicação. Além disso, o método da autoadministração permite a identificação dos erros, imediatamente, na admissão, pois os pacientes devem passar por uma avaliação inicial ao chegarem no hospital (PERELES et al., 1996; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; MANIAS et al., 2004).

Os regimes de autoadministração de medicamentos deveriam ser simples e bastante flexíveis para se adaptarem às necessidades dos pacientes, especialmente ao seu estilo de vida

e rotina diária. As rotinas da autoadministração de medicamentos precisam ser reconhecidas para refletir as necessidades individuais dos pacientes. Os enfermeiros precisam se comunicar com seus pacientes a fim de determinar os horários mais apropriados para o aprazamento dos medicamentos de acordo com as rotinas de casa (BARRY, 1993; MANIAS et al., 2004), além disso, devem estar atentos aos problemas potenciais do paciente quanto ao seguimento do regime medicamentoso (BARRY, 1993).

Pacientes que aprendem a autoadministrar seus medicamentos enquanto hospitalizados retornam para seu domicílio sentindo-se mais seguros e, durante a hospitalização, o aumento da participação dos pacientes no autocuidado assegura competência aos pacientes para autoadministrar seus medicamentos antes da alta hospitalar, facilitando a transição do hospital para casa e, desta forma, há maior garantia de aderência após a alta (BARRY, 1993).

Lowe et al. (1995 apud MANIAS et al., 2004) observaram quanto às percepções dos pacientes sobre um programa de autoadministração de medicamentos, que 95% preferiam este modo de administração porque encorajou à autonomia e facilitou o conhecimento dos medicamentos, promovendo maior confiança.

Deeks e Byatt (2000) avaliaram as percepções de 202 pacientes sobre as informações e serviços que eles receberam em relação à autoadministração no hospital, e mostrou que os pacientes estavam mais satisfeitos com o cuidado em geral e processo de alta quando comparados com pacientes que ainda não haviam participado da autoadministração.

Os pacientes gostam de tomar os medicamentos independentemente quando estão hospitalizados, pois aprendem mais sobre os seus medicamentos, e acham útil ter acesso ao cartão com a prescrição médica (KALLAS, 1984 apud BARRY, 1993).

Os benefícios da autoadministração incluem a melhora do conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos, maior concordância com o regime prescrito, maior poder de decisão do paciente, maior preferência por este tipo de cuidado (NHS EDUCATION FOR SCOTLAND, 2004). Outro benefício é que o tempo do enfermeiro, antes destinado à administração tradicional dos medicamentos, agora, poderá ser direcionado a outras atividades, como a educação terapêutica medicamentosa e facilita a relação enfermeiro-paciente (MANIAS et al., 2004).

Os programas de autoadministração têm sido associados à melhoria do conhecimento do tratamento, mas não com ao aumento do conhecimento das reações adversas aos medicamentos (COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; MANIAS et al., 2004; NHS EDUCATION FOR SCOTLAND, 2004).

A maior barreira relacionada aos programas de autoadministração têm sido a perda de controle na administração dos medicamentos pelos profissionais de saúde. Essa potencial barreira tem sido prosperamente tratada de várias formas, incluindo a implementação dos programas em estágios. A implementação sequencial permite a avaliação contínua do paciente quanto ao alcance dos resultados, antes de progredir para o próximo estágio, e é também uma oportunidade para o profissional de saúde reforçar a confiança sobre todo o processo. De acordo com Brady (1990 apud MANIAS et al., 2004) os pacientes deveriam ser reconhecidos como peritos no manejo da própria doença, capazes de tomar decisões sobre o seu cuidado, suas metas e valores.

Outra barreira quanto à segurança dos programas de autoadministração, refere-se ao possível acesso de outros pacientes às doses. Antigamente, os pacientes que participavam dos programas de autoadministração, em geral, utilizavam uma caixa ou gaveta fechada, próxima à cabeceira da cama, o que aumentava os riscos de segurança. Já no estudo de Mitchell (2000 apud MANIAS et al., 2004), o rigor de segurança era extremo, pois enfermeiras completavam uma carga de comprimidos ou cápsulas para um período de 24 horas, e se erros fossem detectados, o paciente retornava para o primeiro estágio do programa. Embora políticas severas devessem ser cumpridas por razões de segurança, é importante assegurar um balanço entre a segurança e facilidade de acesso às medicações. Obviamente, há necessidade de flexibilização às condutas, inclusive no horário de aprazamento do medicamentos, pois, normalmente, os enfermeiros tendem a aprazar de acordo com a sua conveniência (MANIAS et al., 2004) ou em horários considerados “padrão”, de rotina no serviço.

Os PAM têm sido desenvolvidos em ambientes hospitalares e de reabilitação com intuito de aumentar a aderência medicamentosa. Se esses programas realmente melhoram a aderência, isto ainda não foi conclusivamente demonstrado em diversos estudos analisados. Muitos dos estudos foram considerados inválidos por problemas metodológicos como, por exemplo, a ausência de grupos controle, distribuição não randomizada de pacientes, falta de controle das variáveis de confusão. Além disso, a falta de uma conceituação clara do que constitui aderência medicamentosa e a utilização de métodos insensíveis de avaliação do grau de aderência foram identificados como falhas metodológicas das pesquisas (PERELES et al., 1996). Nenhum estudo avaliou adequadamente a efetividade dos programas de autoadministração de medicamentos (PERELES et al., 1996; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997).

Collingsworth; Gould; Wainwright (1997) realizaram a avaliação de um programa de autoadministração de medicamentos direcionado à idosos, e concluíram que a

autoadministração reduziu o número de erros de medicamentos, e que a prática e o monitoramento da administração correta dos medicamentos, no hospital, tem um efeito benéfico na aderência, porém, não foi possível concluir uma melhoria duradoura na aderência, pois o seguimento pós alta durou somente 1 mês. A aderência ao regime farmacoterápico prescrito torna-se mais difícil promovê-la à longo prazo, é o caso dos pacientes com doenças crônicas.

Muitos pacientes estão certos dos benefícios da autoadministração, mas reconhece-se que existem pressões confrontando o papel dos enfermeiros na administração de medicamentos. Médicos, enfermeiros, farmacêuticos devem considerar o processo decisório medicamentoso e os detalhes da documentação sobre as prescrições médicas como atividades que são empreendidas na relação com os pacientes. Por exemplo, pacientes poderiam determinar o horário de administração de medicamentos quando o medicamento é prescrito. Há uma tendência da legislação sobre medicamentos ser mais flexível, no sentido de permitir maior autonomia do paciente. Contudo, as políticas hospitalares continuam rígidas, afirmando os pacientes como receptores passivos de ordens e informações (MANIAS et al., 2004). Segundo Briceño-León (1996), em geral, a educação é entendida como um processo de transmissão de informação no qual se pretende preencher um vazio. Porém, o desconhecimento não é um vazio que deve ser preenchido. O indivíduo, presumidamente ignorante, tem muitos conhecimentos, crenças, opiniões, que um pode considerar como "más", "tradicionais" ou "incorretas", mas que são as que o indivíduo tem e as que guiam normalmente seu comportamento. Trata-se então de conhecer quais são os conhecimentos, as crenças e os hábitos que os indivíduos têm para poder trabalhar sobre eles e tentar gerar uma transformação dos mesmos em saberes novos, crenças modificadas, hábitos trocados.

4.4 – Aderência ao Tratamento Medicamentoso

4.4 Aderência ao Tratamento Medicamentoso

O número de estudos sobre aderência ao tratamento medicamentoso é extenso. Em levantamento bibliográfico realizado em 20 de Janeiro de 2012, na página da Biblioteca Virtual em Saúde, utilizando-se o descritor “Aderência ao Tratamento Medicamentoso” encontrou-se 3.489 estudos sobre o assunto. Somente no idioma inglês, encontrou-se mais de 2.800 publicações, e no português 59. Os assuntos tratavam sobre a aderência ao tratamento propriamente e da aderência relacionada à síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) e agentes antirretrovirais; hipertensão arterial e anti-hipertensivos; diabetes; asma; conhecimento, atitudes e práticas em saúde; cooperação do paciente; educação de pacientes como assunto e outros. Porém, não foram encontrados estudos que tratassem especificamente da aderência ao tratamento medicamentoso na lesão medular crônica, foco dessa investigação. Por isso, considerou-se, principalmente, a literatura referente à aderência ao tratamento medicamentoso na doença crônica ou no tratamento à longo prazo.

Estima-se que 20% a 50% dos pacientes com doenças crônicas aderem ao tratamento medicamentoso, sendo que o problema da não aderência é ainda maior nos países mais pobres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003; HAYNES et al., 2011). Há forte associação entre boa aderência à terapia medicamentosa e resultados positivos em saúde, ao contrário, forte associação entre baixa aderência e mortalidade (SIMPSON et al., 2006).

À luz de recentes assuntos sobre a segurança do paciente é importante considerar que a aderência nem sempre é “algo bom”, pois uma prescrição pode ser inadequada, não atender às necessidades diversas do paciente (HORNE et al., 2005) ou pode ser uma terapia prejudicial sem a devida vigilância pós-comercialização da droga (SIMPSON et al., 2006).

Entre promover um cuidado de excelência – definido como o uso ótimo de terapias eficazes comprovadas em toda população de risco – e um cuidado habitual – definido como o nível atual de cuidado eficaz provido – existe um grande “gap” (MONTAGUE et al., 1997). Esse “gap” do cuidado apresenta quatro causas principais, como doenças não diagnosticadas, terapias eficazes não prescritas, acesso restrito às terapias ou não aderência do paciente às prescrições (WAHL et al., 2005).

A não aderência ao tratamento medicamentoso é um dos maiores causadores de “gaps” do cuidado, mas independentemente das causas, os “gaps” levam aos resultados clínicos menos ótimos e às perdas de oportunidades que poderiam melhorar a qualidade de vida e a produtividade dos pacientes (WAHL et al., 2005).

4.4.1 *Conceito de aderência medicamentosa*

Na literatura consultada, em língua inglesa, encontram-se três termos distintos para adesão, ou seja, “compliance”, “adherence” e “concordance”, que muitas vezes são utilizados indiferentemente, no entanto, as diferenças são evidentes. Algumas confusões têm ocorrido mais frequentemente entre “compliance” e “adherence” e “adherence” e “concordance” (HORNE et al., 2005).

O termo “compliance” tem sido criticado, por sua conotação negativa, onde o indivíduo aceita a prescrição médica de forma passiva e submissa (HORNE et al., 2005). Tradicionalmente, o profissional de saúde define um diagnóstico, pondera os riscos e benefícios da terapêutica, prescreve a tratamento escolhido e informa-o ao paciente, cabe a esse o entendimento e a adesão ao tratamento (WAHL et al., 2005). Neste caso, não adesão pode ser interpretada como incompetência do paciente em seguir as recomendações médicas por ser incapaz ou pior por desvio de comportamento (HORNE et al., 2005; LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Por outro lado, o termo “adherence” se desenvolve no sentido de se obter um acordo com o paciente, e não se tem o propósito de fazer julgamentos críticos, não há interesse em lançar a culpa sobre o paciente, profissional de saúde ou tratamento. Esse termo é definido como a extensão em que o comportamento do paciente coincide com as recomendações acordadas com o médico ou profissional de saúde (HORNE et al., 2005). Alguns têm recomendado “adherence” como termo de escolha para descrever o comportamento do paciente na tomada dos medicamentos, além disso, sugere que o uso de bom e mau aderente não cabe nessa perspectiva, mas que baixa e alta aderência são perfeitamente aceitáveis (HORNE et al., 2005).

Porém, “concordance” tem a intenção de ir além de “adherence”, pois inclui um acordo consensual sobre o tratamento, sugere participação ativa do paciente no processo de tomada de decisão entre paciente e profissional de saúde (HAYNES et al., 2011). O modelo da concordância na relação médico-paciente caracteriza-se como duas posições contrastantes, o médico e o paciente, cada um com suas fortes convicções de saúde. A tarefa do paciente é convencer o médico de suas convicções de saúde e do médico permitir que isto aconteça. A tarefa do médico ou outro profissional de saúde é convencer o paciente de suas convicções de saúde e do paciente levar isso em consideração. A intenção é auxiliar o paciente fazer uma escolha informada como possível sobre o diagnóstico e tratamento, risco e benefício e tomar parte completa de uma aliança terapêutica. Embora recíproco, esta é uma aliança em que as

determinações mais importantes são os acordos feitos pelo paciente (PHARMACEUTICAL ROYAL SOCIETY, 1997).

Nesse estudo optou-se pela utilização do termo “adherence”, pois sua definição vai ao encontro aos princípios do PAM, onde se procura obter um acordo entre médico-paciente na realização de uma prescrição. Ainda não se alcançou o nível do termo “concordance”, pois seria necessária uma mudança profunda na forma de pensar e agir dos profissionais de saúde e dos próprios pacientes. Observa-se que pacientes ainda agem de forma submissa, passiva, mesmo quando lhes é dada a oportunidade de agir com maior autonomia e liberdade.

Vale considerar que o paciente e o profissional de saúde definem aderência de forma peculiar, assim como possuem objetivos distintos no tratamento. O paciente entende a aderência em termos do sucesso de suas práticas de automanejo para ter “boa saúde”, valorizam a opinião médica nos retornos às consultas quando dizem que estão “indo muito bem” ou em alguns casos, por exemplo, realizam a própria checagem dos níveis de açúcar e da pressão sanguínea (ROBERSON, 1992).

Aderir ao tratamento pode ser definido como a extensão em que o comportamento do paciente – em termos de tomar os medicamentos, seguir dietas ou promover mudanças no estilo de vida – coincide com as recomendações prescritas pelo médico ou profissional de saúde (HAYNES; TAYLOR; SACKETT, 1979).

O conceito de adesão varia entre diversos autores, mas, de forma geral, tem sido compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos ou outros procedimentos em pelo menos 80% de seu total, observando horários, doses, tempo de tratamento. Representa a etapa final do que se sugere como uso racional de medicamentos (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

Essa taxa de seguimento da prescrição pode variar em algumas pesquisas. No estudo sobre hipertensão arterial de Luscher et al. (1985 apud HORNE et al., 2005), identificou que 80% de aderência ao regime era suficiente para normalização dos níveis pressóricos. Outro estudo de Horwitz et al. (1990 apud HORNE et al., 2005) revelou que seguimento da prescrição acima de 75% aumentava em três vezes a sobrevida após 1 ano de recuperação de infarto do miocárdio. Outros tratamentos podem exigir maior aderência para se obter uma resposta terapêutica adequada, como, por exemplo, o tratamento anti-retroviral para o HIV, que exige acima de 95% de aderência segundo Paterson, Swindells e Mohr (2000) apud HORNE et al., 2005).

4.4.2 *Fatores determinantes do comportamento de aderência do paciente*

Entender a complexidade dos fatores envolvidos é fundamental para a promoção da aderência ao tratamento medicamentoso. Inúmeros fatores têm sido associados a não aderência, podendo ser classificados como intencionais (tomada racional de decisão, reações adversas) e não intencionais (depressão, complexidade do tratamento) (JANSA et al., 2010).

A não aderência, não intencional, surge de limitações de habilidades e recursos que impedem os pacientes de implementar as suas decisões para seguir as recomendações terapêuticas, e envolve restrições individuais (exemplo: memória, destreza, dentre outros) e ambientais (exemplos: problemas de acesso à prescrições, custo dos medicamentos, demandas competitivas e outros). Enquanto a não aderência intencional surge das convicções, atitudes e expectativas que influenciam a motivação dos pacientes para dar início e seguimento ao tratamento medicamentoso prescrito (HORNE et al., 2005).

A OMS propõe o uso de uma estrutura conceitual que agrupa todos os fatores em cinco dimensões, a saber: (1) características da equipe e do sistema de cuidado à saúde; (2) fatores socioeconômicos; (3) fatores relacionados à terapia; (4) fatores relacionados ao paciente; e (5) condição clínica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

Há pouca consistência nas pesquisas realizadas acerca das influências das características sociodemográficas na aderência medicamentosa, relacionadas a etnia, sexo, idade e nível socioeconômico, nível educacional (HAYNES; TAYLOR; SACKETT, 1979; HORNE et al., 2005). Porém, há evidências de que outros fatores, como a complexidade do regime medicamentoso (JANSA et al., 2010; LEITE; VASCONCELLOS, 2003), autoeficácia do paciente, suporte social, custo do tratamento, reações adversas (GREGOIRE et al., 2002 apud WAHL et al., 2005; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997), conhecimento da doença, alternativas de tratamento (GREGOIRE et al., 2002 apud WAHL et al., 2005) e rompimento do estilo de vida (COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; BAUM et al., 2000 apud WAHL et al., 2005) são fatores muito influentes.

A não aderência ao tratamento e reações adversas podem resultar em uma série de resultados negativos, inclusive aumento das admissões hospitalares (BEERS et al., 1989 apud PERELES et al., 1996).

A **complexidade do regime medicamentoso** expõe o paciente a um maior risco de não aderência ao tratamento, interações medicamentosas e reações adversas (PERELES et al., 1996), por isso, a simplificação do regime para uma ou duas doses diárias ao invés de três ou quatro doses apresentou um efeito positivo na aderência ao tratamento (FISH; LUNG, 2001).

Porém, o mais importante, mesmo num regime medicamentoso complexo, é discutir com o paciente sua rotina diária, expectativas e preferências (HORNE et al., 2005).

A relação entre o **conhecimento do paciente sobre o regime medicamentoso** e a aderência ao tratamento tem sido demonstrada em vários estudos, porém é uma associação inconsistente por falhas metodológicas. Contudo, isso não significa que o conhecimento do tratamento e a aderência não seja importante; é necessário certo nível de conhecimento para a autoadministração dos medicamentos (HORNE et al., 2005).

A dificuldade de **lembrança** das instruções é um dos aspectos da **memória** que influencia na aderência. Além disso, outra barreira comum é esquecer-se de administrar os medicamentos nos horários corretos. Existem poucas pesquisas para auxiliar o paciente a enfrentar essa barreira. Avanços nas tecnologias dos serviços de telefonia em geral pode ser uma possibilidade interessante, além de outros recursos (HORNE et al., 2005).

Outro fator importante, em que se encontrou uma relação significativa, foi entre **depressão** e aderência ao tratamento na doença crônica. Mas há necessidade de mais pesquisas, especialmente para conhecer se o tratamento da depressão melhora a aderência (HORNE et al., 2005).

A **autoeficácia** do paciente é também um aspecto fundamental para definir o rumo do tratamento e conseqüentemente a aderência, pois se refere às crenças do indivíduo sobre suas capacidades em planejar e executar tarefas para gerar certos resultados. Tais crenças são importantes para a auto regulação e motivação em direção a mudanças de objetivos e expectativa de resultados (BANDURA, 1997). Assim, a percepção do paciente sobre os medicamentos prescritos influenciam nas suas decisões sobre o seguimento ao tratamento medicamentoso. Essas percepções se referem a preocupações sobre os potenciais efeitos nocivos dos medicamentos, tais como reações medicamentosas adversas nocivas, dependência ou vício pelo uso contínuo do medicamento, tolerância ao medicamento (medo do medicamento não atingir mais o efeito esperado a longo prazo), efeitos nocivos e cumulativos a longo prazo, mascaramento de sintomas, uso de substâncias químicas versus naturais (HORNE et al., 2005).

Expectativas do paciente e experiências de sintomas da doença influenciam a percepção inicial da necessidade do uso de medicamentos e serve como parâmetro de monitoramento dos resultados do tratamento. Determinado nível de sintoma pode estimular o uso de medicamento, facilitando a lembrança e até a administração em excesso, ao contrário, a melhora pode significar benignidade da doença, ambos influenciam diretamente na decisão de aderência ao tratamento (HORNE et al., 2005).

As preocupações dos pacientes que interferem no grau de aderência aos medicamentos giram em torno do automanejo dos seus problemas crônicos de saúde em associação ao regime terapêutico proposto, sendo que múltiplos fatores poderão influenciar esse automanejo, como a falta de conhecimento de todas as facetas do regime de tratamento, conhecimento mínimo das suas condições de saúde, pouco entendimento das relações existentes entre programas de tratamento e a sua saúde, baixa confiança no médico. Além disso, fatores relacionados com a manutenção da qualidade de vida, como conforto financeiro e vida social normal (ROBERSON, 1992).

4.4.3 Erros de medicação

O objetivo da terapia medicamentosa é alcançar resultados terapêuticos definidos que melhoram a qualidade de vida do paciente. Os resultados terapêuticos vão desde a cura de doenças, redução ou eliminação de sintomas, suspensão ou diminuição da velocidade do processo de adoecimento e prevenção de doenças ou sintomas (HEPLER; STRAND, 1990).

Nos indivíduos com lesão medular, os resultados terapêuticos esperados com o tratamento medicamentoso enfocam, principalmente, a prevenção de complicações e o controle de sintomas decorrentes de alterações das funções motora, sensitiva, autonômica e psicossomáticas (FARO, 1996; GREVE, 1999; VALL, 2008).

No entanto, o uso de medicamentos, sejam eles prescritos ou não, gera riscos inerentes que podem ser previamente conhecidos ou desconhecidos. Esses riscos envolvem reações adversas aos medicamentos e erros de medicação (AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS, 1993).

Os erros de medicação (EM) são definidos como “algum evento prevenível que pode causar ou levar ao uso inapropriado de medicação ou danos ao paciente enquanto a medicação está sob o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor” (NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION, 1998–2012). Os EM podem causar danos ou não, sendo que erros com danos são caracterizados como eventos adversos dos medicamentos (EAM), em contraste os erros sem danos como potencial EAM (ROMMERS; TEEPE-TWISS; GUCHELAAR, 2007). EAM são necessariamente associados à presença de dano ao paciente, sendo decorrentes de reações adversas (danos intrínsecos) ou erros de medicação (danos extrínsecos) (ROMMERS; TEEPE-TWISS; GUCHELAAR, 2007).

Alguns pesquisadores como Wade e Bowling (1986 apud COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997) identificaram categorias de não aderência na autoadministração dos medicamentos, como erros de omissão, erros de dosagem, tomar medicamento pelo motivo errado, erros da escolha de horário, tomar medicamento adicional não prescrito. Os erros de dosagem e horário resultam em controle inadequado da doença, aumentam a morbidade, mortalidade, admissões hospitalares e conseqüentemente aumentam os custos com a saúde (JENSEN, 2003).

O método tradicional de administração de medicamentos tem sido desenhado no sentido de proteger o paciente de EM não intencionais (SHIPLEY; FAIRWEATHER, 2001), procurando-se assegurar que o paciente tome os medicamentos como prescritos durante o período de internação. É uma cultura “paternalista”, onde a segurança do paciente pode ser facilmente abalada. Considere que muitas vezes é relegado ao segundo plano o planejamento de alta hospitalar, que assegura continuidade do cuidado e evita reinternações (POMPEO et al., 2007). Além disso, pesquisas nacionais e internacionais demonstram alta incidência de EM no processo de administração de medicamentos no ambiente hospitalar (UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING, 2000; REIS et al., 2010).

4.4.4 Medidas de aderência e conhecimento

Desde a década de 1970, Haynes vem dedicando suas pesquisas ao tema da aderência medicamentosa, e na sua primeira publicação apontava para os problemas metodológicos que continuam sem solução e às dificuldades para identificação de uma intervenção efetiva. O autor assinala para amostras pequenas, insuficientes para conferir poder estatístico e marcar as diferenças entre os grupos, estudos sem sigilo do processo de aleatorização, avaliação da efetividade de intervenções multifacetadas que não discriminam quais dos seus componentes são mais efetivos, colocando em dúvida se todos são necessários para o sucesso da intervenção (HAYNES; TAYLOR; SACKETT, 1979; HAYNES et al., 2011).

O conceito de aderência tem sido utilizado para medir a fidelidade ao tratamento ou avaliar resultados de intervenções no ambiente clínico, desta forma, várias estratégias têm sido desenvolvidas para a medida da aderência. Os métodos de vigilância incluem uso de microchips eletrônicos, medidas de observação direta associada ao autorrelato e métodos qualitativos. Três abordagens-chaves para avaliar e monitorar aderência tem sido identificados: vigilância externa, autorrelato usando abordagem geral ou específica por doenças e integração de desfecho clínico à aderência (ROLLEY et al., 2008).

O sistema de monitoramento de eventos relacionados a medicamentos é usado para avaliar o acesso aos recipientes de medicamentos, via dispositivo eletrônico na tampa, ativado quando o recipiente é aberto, e é considerado um “padrão ouro”, servindo para comparação na validação de outros métodos (ROLLEY et al., 2008).

Medidas de autorrelato (“Self-report”) incluem entrevistas, diários e questionários, sendo as formas mais comuns de medida de aderência citadas na literatura. É um método eficiente, considerando custo-efetividade. Apesar das limitações deste método, é mais acessível à maioria dos clínicos e pesquisadores (ROLLEY et al., 2008).

O estudo de Fröhlich, Dal Pizzol e Mengue (2010) objetivou desenvolver e testar um instrumento para a avaliação do nível de conhecimento da prescrição pelo paciente na atenção primária. A escala foi construída de forma a ponderar cada item de acordo com a importância para a utilização segura do medicamento. Os itens indispensáveis para o paciente identificar e administrar o medicamento, como nome do medicamento, dose, forma de administração e frequência da administração, receberam maior pontuação. As informações não diretamente relacionadas com a administração do medicamento, mas que poderiam ser importantes para a aderência ao tratamento, como indicação terapêutica, duração do tratamento, alguma reação adversa, interação com alimentos ou outros medicamentos, e o que fazer no caso de esquecimento de uma ou mais doses, receberam menor pontuação. O nível de conhecimento da prescrição de medicamentos foi obtido somando-se os acertos e considerando-se os pesos. Foram atribuídos pontos de corte e o paciente foi classificado em uma das seguintes situações: menos de oito pontos: nível insuficiente (o usuário não tem condições de utilizar o medicamento com segurança); de oito a dez pontos: nível regular (o usuário tem condições de usar o medicamento de forma segura em ausência de intercorrências); 11 pontos ou mais: nível bom (o usuário apresenta condições de utilizar o medicamento de forma segura sob qualquer circunstância).

4.4.5 Intervenções para aumentar aderência

Ryan et al. (2011) classificaram as intervenções dos estudos em categorias da seguinte forma: (a) intervenções de suporte para mudança comportamental, como, por exemplo, simplificação da dose ou pacote; (b) aconselhamento (apoio); (c) automonitoramento (adquirir habilidades e competências); (d) instrução (prover informação e educação); e, (e) serviços de cuidados farmacêuticos (melhoria da qualidade). As intervenções identificadas para que os usuários tomem os medicamentos vão desde as mais simples, como redução de frequência das

doses, enviar cartões postais de lembrança, mudança na formulação do medicamento, às mais complexas, como diferentes combinações educacionais, automonitoramento, programas de autoadministração de medicamentos. Nesse estudo, os pesquisadores não identificaram nenhuma revisão sobre a participação do indivíduo no processo de tomada de decisão e poucos estudos tratavam sobre a aquisição de habilidades e competências dos pacientes ou apontavam para facilitação da comunicação do indivíduo e tomada de decisão (RYAN et al., 2011).

Rehder et al. (1980) relatam que o problema da aderência medicamentosa não é estritamente limitado às falhas do paciente. No tratamento da doença crônica é importante estabelecer um contínuo do cuidado, discutindo com o paciente o seu problema de saúde e a terapêutica. Isto irá aumentar o interesse do paciente sobre seu próprio cuidado e, conseqüentemente, contribuirá para melhorar a aderência.

Haynes et al. (1987) propõem em seu estudo, uma lista de ações que levam ao aumento imediato da aderência medicamentosa, algumas destas, como simplificação do regime medicamentoso, fornecimento de instruções claras, preferencialmente escritas, adequação do tratamento à rotina diária do paciente, reforçar a importância da aderência a cada abordagem com o paciente, promover o envolvimento dos familiares e reconhecimento dos esforços do paciente para aderir ao tratamento.

A estratificação através de grupo de aderentes e não aderentes é outra forma de intervenção que pode facilitar a identificação precoce de terapias prejudiciais se a taxa de eventos adversos for mais alta em participantes com boa aderência (SIMPSON et al., 2006).

A aderência à prescrição medicamentosa é parte integrante da assistência clínica de qualidade e objeto para avaliação e melhora, sendo que relaciona-se ao conhecimento do paciente sobre sua terapêutica. Esse conhecimento pode refletir a comunicação entre médico e paciente, as diferenças culturais e de linguagem existente entre eles. As informações ao paciente devem ser fornecidas, preferencialmente, por escrito, pois ele pode esquecê-las ou não entendê-las adequadamente, o que dificultaria a aderência. Essas informações incluem: nome do genérico ou fantasia do medicamento, indicação, dose, horários e modo de administração, duração do tratamento, o que fazer em caso de esquecimento de uma ou mais doses, possíveis interações com alimentos ou outros medicamentos, reações adversas aos medicamentos significativas, riscos de dependência e armazenamento correto (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

Apesar de inúmeros estudos, a baixa aderência é uma barreira crítica ao sucesso do tratamento e permanece como desafio aos profissionais de saúde (MILLER et al., 1997).

**4.5 – O Programa de Autoadministração de Medicamentos
(PAM) do Centro Internacional de Neurociências e
Reabilitação (CINR)**

4.5 O Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM) do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR)

Em 2004 instituiu-se Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM) pela equipe de enfermagem, farmacêutica e médica como parte integrante dos Programas de Reabilitação do CINR, com o propósito de estimular e educar paciente e família para o desenvolvimento do autocuidado na administração de medicamentos.

O PAM foi implementado de acordo com as especificidades de cada Programa de Reabilitação, dentre os quais os quais o Programa de Reabilitação Neurológica em Lesão Medular Adulto, foco de interesse desse estudo.

O objetivo do PAM é promover aos pacientes e/ou acompanhantes do CINR autonomia, conhecimento e habilidades para autoadministração segura dos medicamentos prescritos, visando à aderência ao tratamento medicamentoso prescrito. No transcurso da participação no PAM, pacientes e/ou acompanhantes deverão desenvolver algumas habilidades e conhecimentos, como conhecer o nome da medicação prescrita, a dosagem, as indicações, as ações, os reações adversas, seguir corretamente os horários, utilizar com eficiência a via de administração, manusear com segurança, preservar e proteger adequadamente os seus medicamentos.

O PAM promove a identificação dos pacientes e acompanhantes de alto risco e não adequados para o autocuidado, estabelecendo a prática segura de administração de medicamentos.

Os pré-requisitos necessários para a participação dos pacientes e/ou acompanhantes no PAM são: ser alfabetizado (saber ler e escrever); ser capaz de compreender com segurança as instruções e orientações sobre a autoadministração de medicamentos; ter habilidade para manusear o material fornecido.

O material fornecido ao paciente e/ou acompanhante para autoadministração inclui a **embalagem plástica com os medicamentos, a grade de horários para autoadministração e a bolsa para guarda dos medicamentos.**

A **embalagem plástica com os medicamentos** consiste em uma embalagem onde os medicamentos de uso oral, na forma de comprimidos ou cápsulas, são organizados separadamente por horários e doses prescritas. Essa embalagem é preparada diariamente pela equipe farmacêutica, de acordo com a prescrição médica, e conferida com a equipe de enfermagem. A equipe médica comunicará a ocorrência de alterações na prescrição para que a

embalagem possa ser reorganizada da mesma forma descrita anteriormente. Além disso, as alterações podem ser observadas através do sistema de prescrição eletrônica.

A embalagem serve para guardar os medicamentos orais prescritos ao paciente, na forma de comprimidos ou cápsulas, para um período de 24 horas, sendo que primeira dose do dia se inicia a partir das 9 horas, com término até às 8 horas do dia seguinte. O paciente ou acompanhante é orientado a buscar a embalagem no posto de enfermagem, diariamente e após a entrega pelo enfermeiro, este fará a checagem na prescrição. O tempo de tolerância para a busca da embalagem é até o horário da primeira dose do dia. Caso o paciente ou acompanhante não o faça, o enfermeiro deverá levar ao paciente.

A **grade de horários para autoadministração dos medicamentos** consiste numa grade plástica com um cartão, onde é impressa a prescrição médica, com nome do paciente, nome dos medicamentos, dose, horários dos medicamentos em uso, recomendações de uso, medicamentos prescritos se necessário (Anexo 1). Este cartão é impresso semanalmente pelo Serviço de Farmácia Hospitalar, ou antes, se houver alteração na prescrição e, posteriormente, é entregue ao paciente pela enfermagem. O cartão deve ser utilizado frequentemente pelo paciente em local visível durante as atividades de reabilitação, possibilitando que o mesmo ou seu acompanhante realize consultas e, também, os profissionais do programa de reabilitação, aqueles não diretamente envolvidos na autoadministração, poderão observar qualquer alteração no procedimento de autoadministração, comunicando aos profissionais diretamente envolvidos.

A **bolsa para guarda dos medicamentos** consiste numa bolsa de algodão crú, com divisórias e velcrons, para uso individual, com objetivo de guardar os medicamentos, e que estes possam acompanhar os pacientes em todas as suas atividades no Centro de Reabilitação. No momento da admissão, juntamente às orientações sobre o programa da autoadministração, o paciente receberá esta bolsa que poderá ser usada presa ao corpo ou a própria cadeira de rodas, podendo ser trocada quando danificar ou sujar.

A política de Autoadministração de Medicamentos desenvolvida pela NHS Foundation Trust apresenta, há décadas, revisões de um protocolo seguro, prático e eficiente na execução da técnica de autoadministração de medicamentos (NHS EDUCATION FOR SCOTLAND, 2004; LIVINGSTONE; SIMMONS, 2009). Desta forma, adotou-se esta política como referência para a implementação do Programa de Autoadministração de Medicamentos do CINR. A avaliação de admissão dos pacientes e acompanhantes quanto ao grau de conhecimento, habilidade e interesse para participação no programa foi classificada em quatro estágios, a seguir descritas.

No **estágio 0** ocorre a administração integral dos medicamentos pela equipe de enfermagem, assim como a guarda e o fornecimento dos medicamentos. Deve-se estabelecer um programa educacional pela equipe interdisciplinar.

No **estágio 1** ocorre a supervisão integral da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem que acompanha a administração de medicamentos realizados pelos pacientes e/ou acompanhantes. Deve-se estabelecer um programa educacional pela equipe interdisciplinar.

No **estágio 02** há a supervisão parcial da administração de medicamentos pela equipe de enfermagem que acompanha em intervalos não contínuos (irregulares) a administração de medicamentos realizados pelos pacientes e acompanhantes. Deve-se estabelecer um programa educacional pela equipe interdisciplinar.

No **estágio 03** a autoadministração de medicamentos é realizada pelos pacientes e acompanhantes. A equipe de enfermagem não supervisiona a administração de medicamentos, pois os pacientes e acompanhantes estão independentes. Deve-se estabelecer um programa educacional pela equipe interdisciplinar.

O processo de avaliação do paciente e/ou acompanhantes passa por etapas que são orientadas para a tomada de decisão da equipe interdisciplinar, sendo fundamental a discussão das condutas e decisões a serem tomadas frente ao paciente ou acompanhante que participa do PAM. O fluxograma de avaliação ao PAM, apresentado a seguir, possibilita a melhor compreensão do processo de avaliação e classificação dos estágios.

No item 1 do fluxograma, se o paciente ou o acompanhante não administra os medicamentos durante a internação e após a alta hospitalar, é de responsabilidade da equipe interdisciplinar a orientação, o ensino e a formação da responsabilidade perante os medicamentos prescritos.

Nos itens 2 e 3 salienta-se a importância de avaliar o grau de confusão e desorientação do paciente e/ou acompanhante, pois pode ser uma alteração permanente ou temporária. A avaliação e orientação deverão ser diárias e rigorosas, até o paciente ou acompanhante estar apto e interessado em iniciar o PAM.

No item 4, o paciente ou acompanhante deverá ser orientado sobre as normas e rotinas do PAM pela equipe interdisciplinar, assim, estará apto e responsável pela decisão de iniciar o programa.

No item 5, o paciente e/ou acompanhante com história de alcoolismo, uso de drogas ilícitas ou risco de suicídio, é considerado como não adequado para a participação no PAM. Contudo, é uma situação complexa, pois os mesmos administrarão os medicamentos quando

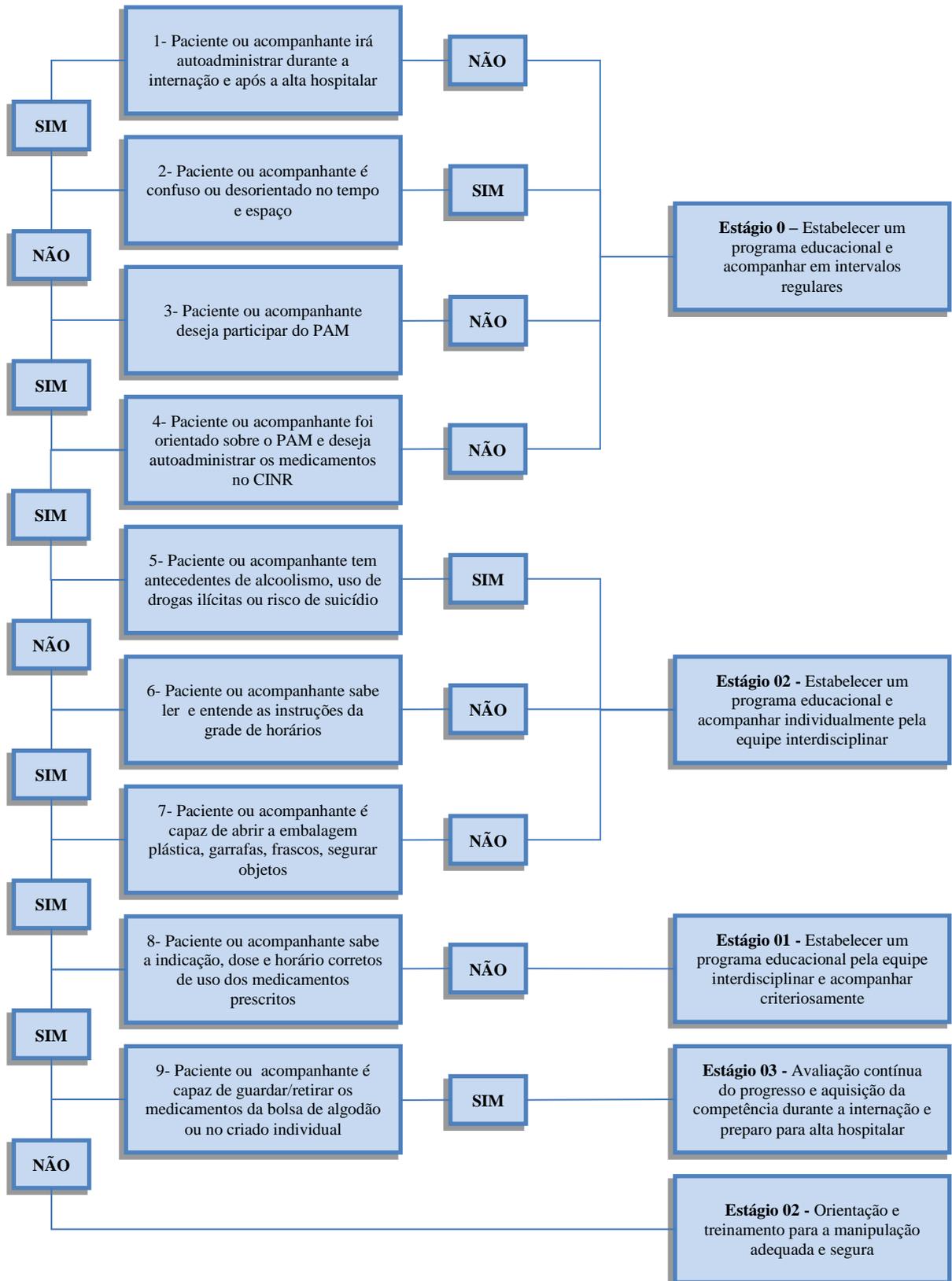
estiverem em casa. Assim, é interessante iniciar o programa com supervisão, para promover o conhecimento, a responsabilidade e o acompanhamento dos riscos inerentes à alteração de comportamento.

Nos itens 6 e 7, o paciente e/ou o acompanhante poderá apresentar limitações ou fatores associados a problemas físicos, pessoais, educacionais e sociais, que podem ser contornados com orientação, ensino e acompanhamento.

No item 8, define-se o estabelecimento de um programa educacional pela equipe interdisciplinar para orientação, ensino, e formação da responsabilidade perante o uso dos medicamentos prescritos, ponto primordial do PAM.

No item 9, o objetivo da autoadministração de medicamentos é que o paciente e/ou acompanhante seja responsável por seus medicamentos em seu domicílio, e que a maioria dos pacientes e/ou acompanhantes internos atinjam o estágio 03 na alta hospitalar.

Fluxograma 1 - Avaliação para participação no Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM) do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR) – Brasília – 2012.



Fonte: CINR, Rede Sarah – Brasília – 2012.

A definição de algumas competências aos profissionais diretamente envolvidos no PAM – médicos, enfermeiros e farmacêuticos – facilitou a sua implementação no CINR, como descritos a seguir.

As **competências médicas** envolvem a prescrição dos medicamentos; orientação dos pacientes e acompanhantes sobre as indicações dos medicamentos, ações farmacológicas, modo de uso e reações adversas aos medicamentos; acompanhamento do tratamento medicamentoso prescrito e avaliação juntamente a equipe acerca da evolução do paciente e/ou acompanhante.

As **competências do enfermeiro** se referem à conferência da prescrição médica; supervisão da autoadministração dos medicamentos pelos pacientes e/ou acompanhantes; orientação dos pacientes e acompanhantes sobre as indicações, ações, modo de uso e reações adversas aos medicamentos; na admissão dos pacientes e acompanhantes, deverá apresentar e orientar as normas e rotinas estabelecidas para autoadministração de medicamentos; deverá realizar a conferência da embalagem plástica de medicamentos junto à equipe do Serviço de Farmácia, e de acordo com a prescrição médica atualizada; entregar a embalagem plástica com os medicamentos ao paciente e/ou acompanhante, que deverão buscá-la no posto de enfermagem; entregar a grade de horários para autoadministração dos medicamentos após a impressão atualizada pelo Serviço de Farmácia; orientar quanto ao uso da grade dos horários para a administração de medicamentos; entrega da bolsa e orientação quanto à guarda dos medicamentos; fornecimento de justificativas de medicamentos não utilizados e devolvidos à farmácia através de impresso específico (Anexo 2); avaliação junto à equipe interdisciplinar quanto à evolução do paciente e/ou acompanhante quanto ao PAM.

As **competências do farmacêutico**, consistem na conferência da prescrição médica; preparação e conferência dos medicamentos prescritos de maneira individualizada; conferência juntamente a equipe de enfermagem das embalagens plásticas com as doses individuais dos medicamentos prescritos; impressão e entrega à equipe de enfermagem da grade de horários dos medicamentos prescritos semanalmente ou quando houver alterações; orientação dos pacientes e acompanhantes sobre as indicações dos medicamentos, ações farmacológicas, modo de uso e possíveis reações adversas aos medicamentos, avaliação junto à equipe interdisciplinar da evolução do paciente e/ou acompanhante quanto ao PAM.

5 METODOLOGIA

5 METODOLOGIA

5.1 Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo analítico de coorte, de natureza quantitativa. A classificação como estudo analítico se deve à presença de um grupo controle formado simultaneamente ao grupo de estudo, para comparação dos resultados. Quanto à classificação como estudo de coorte, deve-se ao seguimento dos grupos através da exposição para o desfecho, partindo-se do tempo presente. O estudo de coorte é o melhor caminho para identificar a incidência e história natural da doença e pode ser utilizado para examinar múltiplos desfechos após uma única exposição (GRIMES; SCHULZ, 2002).

Neste estudo, os grupos foram formados por alocação não aleatória da exposição, ou seja, um grupo de participantes expostos ao PAM e outro de não expostos, que foram seguidos no tempo partindo-se da exposição ao PAM em direção ao efeito no conhecimento e aderência ao tratamento medicamentoso. Procurou-se investigar a suposta associação entre fator de exposição (o PAM) e os desfechos (aderência ao tratamento e conhecimento do tratamento medicamentoso prescrito) (PEREIRA, 1995; GRIMES; SCHULZ, 2002).

5.2 Local de Estudo

O estudo foi realizado em duas Unidades da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação – o Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR) e o Sarah-Brasília –, onde os grupos estudo e controle foram acompanhados, respectivamente.

O CINR está localizado no Centro-Oeste brasileiro, na cidade de Brasília – Distrito Federal, e foi inaugurado em 2003. Atualmente, possui 49 leitos distribuídos entre os seguintes programas: Programa de Reabilitação Neurológica em Lesão Medular Adulto; Programa de Reabilitação Neurológica em Lesão Cerebral Adulto; Programa de Reabilitação Infantil; e Programa de Ortopedia Adulto.

O CINR, em 2010, realizou 86.127 atendimentos a pacientes. A média diária foi de 359 atendimentos. Realizou 731.552 procedimentos de assistência médica e reabilitação. O Sarah Lago Norte é um importante centro de apoio a pesquisas avançadas na área de reabilitação e para intensificação dos programas de tratamento de pacientes, visando à reintegrá-los ao meio de origem. O Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação é conhecido como Sarah Lago Norte, e atualmente é a principal ponte de intercâmbio de

estudos e pesquisas com os grande centros de investigação na área das ciências da saúde. Vários estudos e pesquisas estão em curso, com intercâmbios internacionais, ampliando as áreas de estudos do cérebro (REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2012).

Quanto ao aspecto arquitetônico, o CINR foi desenvolvido numa estrutura horizontal que permite livre acesso dos pacientes aos diversos ambientes que o compõem (enfermarias, ginásios, quadra poliesportiva, hidroterapia, náutica, biblioteca e outros) e a interação entre todos pacientes e profissionais das diversas áreas. Nesses espaços é possível a integração e a convivência entre idosos, crianças, jovens e adultos com diversas alterações físicas e neuropsicológicas, sendo um local propício à discussão das diferenças, preconceitos existentes e à reformulação de conceitos, princípios e valores essenciais à vida.

O Sarah-Brasília, inaugurado em 1980, possui capacidade instalada de 248 leitos. Em 2010, realizou 515.957 atendimentos a pacientes. A média diária foi de 2.150 atendimentos. Realizou 7.246.986 procedimentos de assistência médica e reabilitação. O Sarah-Brasília acumula as funções de Hospital, Centro de Administração e de Gestão Hospitalar, Centro de Ensino e Pesquisas, Centro de Pesquisas em Educação e Prevenção, Centro de Controle de Qualidade e Centro de Formação de Recursos Humanos. O Sarah-Brasília constitui uma infraestrutura singular entre as instituições médicas do país, voltada tanto para o atendimento quanto para o conhecimento e o avanço da medicina (REDE SARAH, 2012).

O Sarah-Brasília foi selecionado para comparação com a Unidade CINR por possuir um Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular, semelhante ao da unidade de estudo, com a diferença essencial que os pacientes do Sarah-Brasília ou unidade controle participam da administração de medicamentos pelo enfermeiro, e na de estudo participam do PAM.

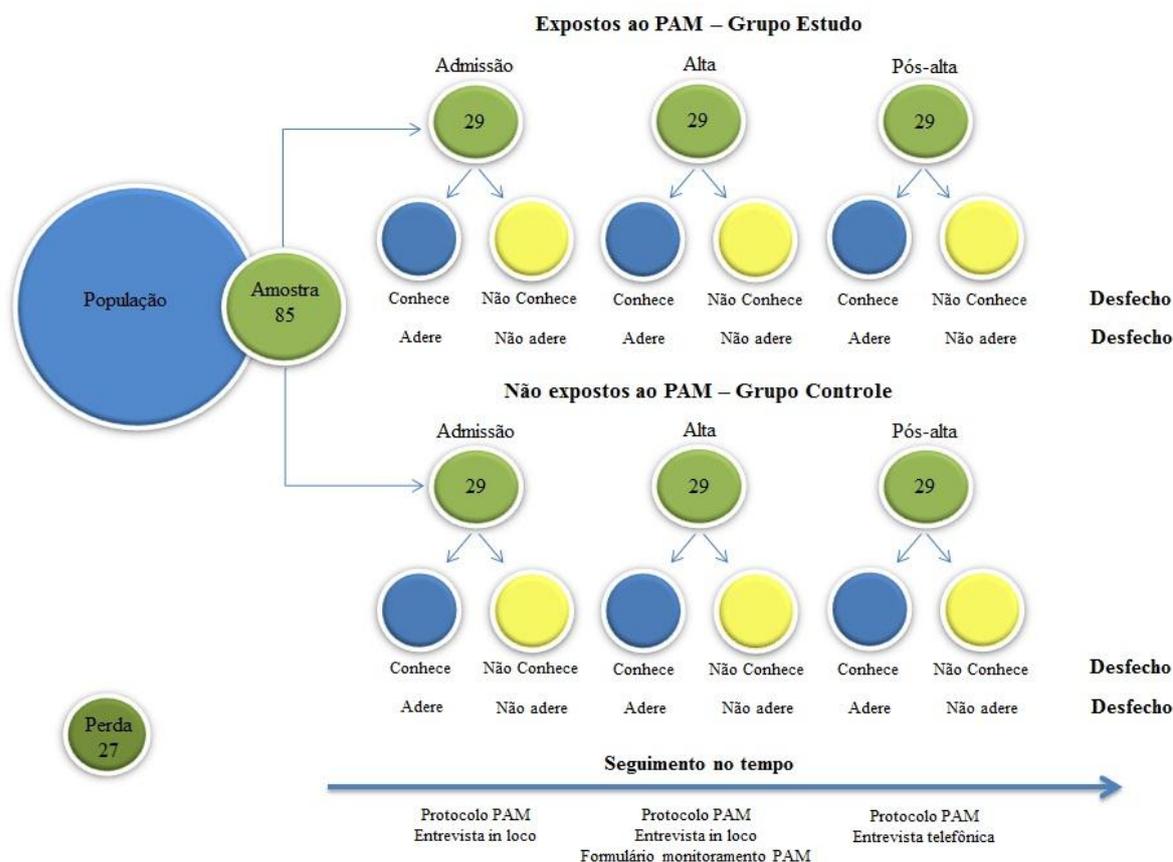
A admissão dos pacientes, em ambas as unidades, ocorre com a finalidade de frequentar um programa de reabilitação em regime de hospital dia ou interno. No regime de hospital dia, o paciente comparece para as atividades de reabilitação nos dias úteis no período diurno, de acordo com sua programação individualizada. O paciente sob regime interno permanece tempo integral, podendo sair para o convívio comunitário aos finais de semana e feriados, a depender da avaliação da equipe multiprofissional e da autorização médica. As unidades atendem, também, pacientes ambulatorial e externo. No Sarah-Brasília, especificamente, os pacientes podem ser admitidos com a finalidade de frequentarem um programa de reabilitação, mas também com a finalidade de realização de tratamentos clínicos, cirúrgicos ou investigação diagnóstica.

5.3 Caracterização da Amostra

Realizou-se amostragem por conveniência, através da seleção de 85 participantes para os grupos estudo e controle que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão, no período de coleta dos dados, realizado entre setembro de 2010 e outubro 2011. Contudo, houve perda de 23 participantes devido à antecipação da alta hospitalar, transferência entre unidades e impossibilidade de contato telefônico com participante na terceira etapa da entrevista. Na amostra final, cada grupo estudo e controle compôs-se de 29 participantes, respectivamente.

O diagrama esquemático a seguir demonstra a caracterização da amostra no estudo de coorte.

Diagrama 1 – Representação esquemática do estudo de coorte entre expostos e não expostos ao Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM) – Brasília – 2012.



Fonte: Teixeira (2012) - Brasília – 2012.

5.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

A seleção dos participantes incluiu apenas aqueles sob risco para os desfechos, considerando-se os critérios de inclusão e exclusão previamente definidos para essa pesquisa.

As coortes foram facilmente separadas em relação ao fator de exposição, pacientes da Unidade CINR foram expostos ao PAM e pacientes da Unidade Sarah-Brasília não foram expostos ao PAM.

Assim, incluiu-se no grupo estudo e controle, pacientes admitidos no Programa de Neuroreabilitação em Lesão Medular das respectivas Unidade CINR e Sarah-Brasília em regime de internação integral, adultos, maiores de 18 anos, ambos os sexos, desacompanhados durante a internação, em uso de medicamentos sob prescrição médica, que aceitassem convite para participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - Apêndice A). A única diferença entre os grupos foi o fator de exposição, no qual o grupo estudo participava do PAM no Estágio 3 de avaliação – por ser independente na administração de medicamentos – e o grupo controle participava da administração tradicional de medicamentos pelo enfermeiro.

Excluiu-se da pesquisa pacientes acompanhados por seus cuidadores ou familiares durante a internação, com idade inferior a 18 anos, aqueles em regime de hospital dia, que não utilizavam medicamentos no momento da admissão, pacientes com alterações cognitivas e/ou comportamentais, avaliados pela escala de independência funcional (FIM), e os que não aceitaram convite para participar do estudo.

5.5 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta de dados sobre os desfechos foram obtidas da mesma maneira em ambos os grupos, por meio do Protocolo de Avaliação do Paciente ao PAM (Apêndice B), o qual foi desenvolvido e fundamentado em estudos prévios (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; DELGADO; LIMA, 2001; TEIXEIRA, 2008; MIASSO; CASSIANI, 2004).

Delgado e Lima (2001) desenvolveram e validaram uma medida de adesão ao tratamento medicamentoso com sete itens, a partir da medida com quatro itens apresentada por Morisky, Green e Levine (1986). Porém, no presente estudo, a avaliação da aderência utilizou oito itens.

O formulário de entrevista constituiu-se de perguntas e respostas na escala do tipo Likert ou dicotômicas e abertas, contemplando os aspectos delimitados nos três primeiros e

último objetivos do estudo. Este protocolo foi aplicado em três períodos de seguimento, ou seja, coleta de dados na admissão, alta e pós-alta hospitalar.

A primeira etapa da coleta foi realizada na admissão ou até 48 horas após; a segunda etapa ocorreu até 48 horas antes da alta hospitalar; e a terceira, 30 a 40 dias após a alta hospitalar, por meio de contato telefônico pela pesquisadora. O tempo de avaliação pós-alta foi semelhante a outro estudo (DELGADO; LIMA, 2001), além do mais, considerou-se a viabilidade operacional para esta pesquisa.

Outro instrumento – Formulário de Monitoramento da Autoadministração de Medicamentos dos Participantes do PAM do CINR (Apêndice C) – atendeu ao objetivo específico da pesquisa de identificar possíveis erros e a ocorrência de danos na autoadministração de medicamentos pelos participantes selecionados para o grupo estudo. Este instrumento foi desenvolvido e adaptado ao PAM a partir da Classificação dos Tipos de Erros de Medicamentos proposta pela American Society of Health-System Pharmacists (1993). Além disso, os possíveis erros identificados foram categorizados segundo o dano causado pelo índice preconizado pelo *National Coordinating Council About Medication Error and Prevention (1998-2012)*.

Os participantes selecionados para avaliação através deste formulário pertenciam ao grupo estudo e a seleção desses participantes ocorreu de forma aleatória e diária com auxílio do software Microsoft Office Excel[®] (2007). O monitoramento foi realizado diariamente pelos enfermeiros do CINR, nos períodos matutino, vespertino ou noturno, durante o período de internação dos participantes.

Ressalta-se que os enfermeiros foram orientados e acompanhados previamente e durante a coleta de dados para a devida aplicação do Formulário de Monitoramento. Os dois instrumentos foram submetidos ao processo de testagem com aplicação de 10 entrevistas testes que permitiram os ajustes finais dos instrumentos.

5.6 Variáveis e Medidas de Desfecho

5.6.1 Variáveis dependentes

O julgamento dos resultados deste estudo utilizou o conceito de efetividade segundo Donabedian (1990), definido como a capacidade dos serviços de saúde para alcançar os efeitos desejáveis, avaliados em condições reais da prática cotidiana. Os efeitos ou objetivos desejáveis do PAM, conforme mencionado no capítulo anterior, são promover aos pacientes

do CINR autonomia, conhecimento e habilidades para a autoadministração segura dos medicamentos prescritos, visando à aderência ao tratamento medicamentoso prescrito. Portanto, considerou-se como parâmetros da efetividade, o conhecimento e a aderência ao tratamento medicamentoso, que são as variáveis de desfecho ou dependentes do estudo.

A avaliação do **nível de conhecimento total**, considerou como conhecimento correto do nome, tanto o nome comercial quanto a substância química. As respostas às indicações de uso foram comparadas com a evolução médica da indicação, principalmente quando havia dúvida sobre a resposta. Outros itens não expressos na prescrição, como recomendações de uso e reações adversas foram avaliados, considerando as orientações propostas ao consumidor pelo banco de dados da (MICROMEDEX HEALTHCARE SERIES). A partir deste banco de dados, construiu-se uma tabela (Apêndice D) com todos os medicamentos prescritos aos participantes do estudo, estabelecendo-se o número total de recomendações de uso e de reações adversas que o paciente deveria conhecer.

O nível total de conhecimento medicamentoso resultou da somatória dos seguintes itens: conhecimento do nome do medicamento (2 pontos); dose em miligramas (2 pontos); horário de administração (2 pontos); via de administração (1 ponto); indicações de uso (1 ponto); recomendações de uso (1 ponto) e reações adversas aos medicamentos prescritos (1 ponto). Observa-se que algumas questões foram consideradas de maior peso para a autoadministração dos medicamentos. O cálculo da pontuação foi gerado pelo próprio programa de armazenamento dos dados. O cálculo de cada item é feito da divisão entre o total de acertos sobre o total prescrito. A seguir, é exemplificado esse cálculo: considere um paciente com prescrição de 5 mg de cloridrato de oxibutinina, a cada 8 horas, via oral, indicado para relaxamento vesical (redução da pressão vesical) e controle das perdas urinárias. Suponha que a resposta do paciente tenha sido uso de oxibutinina, 5mg, pela manhã e à noite, via oral, serve para não perder urina. O cálculo deve ser realizado da seguinte forma:

- **Nome:** acertos do paciente = 1, total nome prescrito = 1, portanto $1/1 = 1 \times 2$ (peso) = 2,0

- **Dose:** acertos do paciente = 2, total dose prescrita = 3, portanto $2/3 = 0,75 \times 2$ (peso) = 1,5

- **Horário:** acertos do paciente = 2, total horário prescrito = 3, portanto = $0,75 \times 2$ (peso) = 1,5

- **Via de administração:** acertos do paciente = 1, total via prescrita = 1, portanto $1/1 = 1 \times 1$ (peso) = 1,0

- **Indicações de uso:** acertos do paciente = 1, total prescrito = 2, portanto $1/2 = 0,50 \times 1$ (peso) = 1,0

- **Recomendações de uso:** acertos do paciente = 0, total recomendações a saber = 5, portanto $0/5 = 0 \times 1$ (peso) = 1,0

- **Reações adversas:** acertos do paciente = 2, total reações a saber = 5, portanto $2/5 = 0,40 \times 1$ (peso) = 1,0

- **Conhecimento total** = $2,0 + 1,5 + 1,5 + 1,0 + 0,50 + 0 + 0,40 = 6,9$ pontos

Em alguns momentos da análise estatística, a variável conhecimento total foi utilizada de forma dicotomizada em “conhece” – participantes com nível de conhecimento superior a 7,5 pontos – e “não conhece” – participantes com nível de conhecimento inferior a 7,499 pontos. Essa forma de pontuação é semelhante à categorização de 0% a 100% estabelecida por (MIASSO; CASSIANI, 2004), expressos pela seguinte classificação:

- 0% - nenhum conhecimento
- 0,1% a 25% - muito pouco conhecimento
- 25% a 50% - pouco conhecimento
- 50% a 75% - conhecimento regular
- 75% a 100% - bom conhecimento

Os valores contínuos da variável foram utilizados na análise de regressão linear para avaliação das variáveis independentes preponderantes no conhecimento do tratamento medicamentoso.

A avaliação da variável **nível de aderência medicamentosa** foi realizada pela somatória das respostas às questões a seguir descritas, num total de 1 a 10 pontos, sendo 10 pontos a pontuação máxima obtida, conforme apresentado:

- 1) Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita dos medicamentos?
Sempre (0); Quase sempre (0,5); Às vezes (1,0); Raramente (1,5); Nunca (2,0)
- 2) Alguma vez não autoadministrou no intervalo de horário prescrito?
Sempre (0); Quase sempre (0,25); Às vezes (0,5); Raramente (0,75); Nunca (1,0)
- 3) Alguma vez autoadministrou a dose prescrita com atraso?
Sempre (0); Quase sempre (0,25); Às vezes (0,5); Raramente (0,75); Nunca (1,0)
- 4) Quanto tempo de atraso?

< 30 min (1,0); 31 a 59min (0,75); 1 a 1h59min (0,5); 2 a 2h59min (0,25); >3h (0,0)

5) Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita dos medicamentos por esquecimento?

Sempre (0); Quase sempre (0,5); Às vezes (1,0); Raramente (1,5); Nunca (2,0)

6) Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita dos medicamentos por sentir-se melhor?

Sempre (0); Quase sempre (0,25); Às vezes (0,5); Raramente (0,75); Nunca (1,0)

7) Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita dos medicamentos por sentir-se pior?

Sempre (0); Quase sempre (0,25); Às vezes (0,5); Raramente (0,75); Nunca (1,0)

8) Alguma vez modificou por conta própria a prescrição médica?

Sim (0); Não (1)

Para a dicotomização desta variável em “aderente” e “não aderente” foi necessário associar uma outra medida de aderência, pois observou-se no decorrer da pesquisa que o participante poderia superestimar ou subestimar a sua aderência medicamentosa. Assim, o participante poderia ter obtido elevado nível de aderência medicamentosa, mas ter baixo nível de seguimento à prescrição médica. Ou, ao contrário, relatava ter baixo nível de aderência, porém seguia adequadamente a prescrição médica. Em ambos os casos, o participante é considerado “não aderente” ao tratamento. A associação da variável seguimento da prescrição serviu para tornar mais fidedigna a dicotomização. O seguimento da prescrição era obtido através da questão sobre quais os medicamentos estava utilizando naquele momento.

Para avaliação da taxa de seguimento à prescrição médica considerou-se o conceito de aderência compreendido como a utilização dos medicamentos prescritos em pelo menos 80% de seu total, observando-se horários, doses e tempo de tratamento (LEITE; VASCONCELLOS, 2003). No caso dos pacientes com lesão medular, os medicamentos em uso são de uso contínuo, não há tempo de tratamento determinado, por isso não levou em consideração o tempo no cálculo.

Para ser considerado aderente, o participante deveria seguir acima de 80% da prescrição médica, quanto aos horários e doses prescritas, além de ter nível de aderência medicamentosa acima de 7,5 pontos. Esse ponto de corte foi realizado pela avaliação qualitativa da aderência, com base na análise das respostas dos participantes.

Assim, considerou-se:

- **Aderente** – participante que a segue prescrição > 80% e possui nível de aderência > 7,5 pontos.
- **Não aderente** – participante segue a prescrição < 79,999% e possui nível de aderência < 7,4999 pontos.
- **Não aderente** – participante segue a prescrição > 80% , mas possui nível de aderência < 7,4999 pontos.
- **Não aderente** – participante segue a prescrição < 79,999% e possui nível de aderência > 7,5 pontos.

A dicotomização da variáveis dependentes é necessária no estudo de coorte com a finalidade de identificar valores de incidência e risco relativo do desfecho do conhecimento e da aderência entre expostos e não expostos ao PAM (WAGNER, 1998; GRIMES; SCHULZ, 2002).

5.6.2 Variáveis independentes

As variáveis independentes foram analisadas nos diversos períodos de seguimento do estudo quanto às associações entre as variáveis dependentes: aderência e conhecimento do tratamento medicamentoso prescrito.

As principais variáveis independentes analisadas foram idade, sexo, estado civil, procedência por regiões brasileiras, escolaridade, ocupação, recebimento de benefício, quadro de depressão, uso de bebida alcoólica, diagnóstico, etiologia, tempo de lesão medular, tempo de internação, tempo entre a data da última internação ou revisão médica ambulatorial e a atual, número de medicamentos prescritos, fatores relacionados à aquisição dos medicamentos, renda familiar mensal, gasto mensal com os medicamentos, reações adversas aos medicamentos, dificuldades e dúvidas quanto ao seguimento do tratamento medicamentoso prescrito.

5.7 Análise dos Dados

Os dados coletados foram categorizados e tabulados em banco de dados desenvolvido para tal finalidade, empregando-se o programa Delphi[®] (2010) e processados utilizando-se o software estatístico Statistical Package for the Social Sciences[®] (SPSS - Versão 18.0).

O Protocolo de Avaliação do Paciente ao PAM (Apêndice B) foi analisado individualmente através do confronto das informações coletadas com as prescrições médicas e/ou evoluções referentes ao tratamento medicamentoso da última internação ou última consulta do paciente na instituição e da alta hospitalar atual. Estabeleceram-se critérios únicos de análise quanto aos níveis de conhecimento e aderência ao tratamento medicamentoso para os dois grupos estudados.

O tratamento estatístico consistiu-se na análise de todas as variáveis dependentes e independentes, comparando-se a incidência de aderentes e não aderentes ao tratamento medicamentoso dos pacientes expostos e não expostos ao PAM, nos três momentos de seguimento do estudo: admissão, alta e pós-alta. Da mesma forma, procedeu-se à análise do nível de conhecimento dos participantes. A análise dos dois últimos objetivos do estudo, identificação da taxa de erros na autoadministração e opinião dos participantes sobre o PAM foi restrita ao grupo estudo.

A análise dos dados percorreu três fases distintas, sendo elas, a análise interna do grupo estudo, análise interna do grupo controle e análise comparativa entre os grupos. Para comparar, a incidência do desfecho entre participantes expostos ao PAM com aqueles não expostos (método tradicional de administração de medicamentos), calculou-se o risco relativo (RR), assim como o intervalo de confiança, com intuito de saber se esse risco representava um efeito presente na população, e não apenas na amostra estudada (WAGNER, 1998).

Na estatística descritiva, as variáveis foram analisadas quanto às frequências relativa e absoluta. Para as variáveis quantitativas utilizou-se desvio padrão, mínimo, máximo e média. Para comparação das médias utilizou-se teste t de Student, nas amostras independente e pareada. Para demonstrar a relação entre as variáveis qualitativas nos períodos de seguimento e entre os grupos recorreu-se ao Crosstabulation, com realização de teste Qui-quadrado. Além disso, foram realizadas análises multivariadas, que incluíram a regressão linear – para avaliar a associação do conhecimento medicamentoso – e regressão logística bivariada – para avaliar a associação da aderência às variáveis independentes. O risco alfa de 0,05 foi assumido para todos os testes estatísticos realizados.

Destaca-se que não houve medida de aderência do grupo controle na alta hospitalar, pois neste momento os participantes participavam do método de administração de medicamentos pelo enfermeiro.

5.8 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais em 03 de agosto de 2010, mediante protocolo de registro junto ao CEP sob nº 672, com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata das diretrizes e das normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

6 RESULTADOS

6. RESULTADOS

6.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes

O grupo estudo (GE) foi constituído por 29 pacientes com lesão medular, pertencentes à Unidade CINR e participantes do PAM, e o grupo controle (GC) por 29 pacientes com lesão medular da Unidade Sarah-Brasília, participantes do método de administração de medicamentos pelo enfermeiro. Na análise de comparação do perfil sociodemográfico procurou-se avaliar as semelhanças entre os grupos.

Observou-se predominância do sexo masculino nos dois grupos ($n_{GE} = 19, 65,5\%$; $n_{GC} = 23, 79,3\%$), com idade média de 31,07 anos ($DP \cong 8,791$) no GE e 30,52 anos ($DP \cong 9,797$) no GC, variando de 18 a 56 anos no GE e 20 a 53 anos no GC. A maioria se declarou como solteiro ($n_{GE} = 15, 51,7\%$; $n_{GC} = 19, 65,5\%$). Quanto à região de procedência dos participantes, predominaram aqueles provenientes da região Sul ($n_{GE} = 14, 48,3\%$) e da região Centro-Oeste ($n_{GC} = 15, 51,7\%$).

O principal diagnóstico decorrente da lesão medular na maioria dos participantes de ambos os grupos foi a paraplegia ($n_{GE} = 23, 79,3\%$; $n_{GC} = 26, 89,7\%$), sendo o acidente de trânsito a causa mais frequente das lesões medulares ($n_{GE} = 18, 62,0\%$; $n_{GC} = 12, 41,3\%$). Encontrou-se diferença estatisticamente significativa na distribuição da etiologia da lesão medular por sexo no GE ($p = 0,039$), com predomínio de acidentes com automóvel no sexo feminino ($n_{GE} = 6, 20,7\%$) e acidentes com motocicleta ($n_{GE} = 6, 20,7\%$) para o sexo masculino. Enquanto no GC não houve diferença na distribuição por sexo ($p = 0,428$). O tempo médio de lesão foi de 3,59 anos ($DP \cong 3,088$) no GE e 2,76 anos ($DP \cong 4,711$) no GC. O tempo médio de internação foi de 21,97 dias ($DP \cong 12,198$) para os participantes do GE e de 23,31 dias ($DP \cong 10,843$) para os do GC.

Quanto ao número de internações na unidade Sarah-Brasília, a maioria dos participantes do GE estiveram internados uma única vez ($n_{GE} = 23, 79,3\%$), enquanto pouco mais da metade do GC encontrava-se acima da segunda internação nesta unidade ($n_{GC} = 15, 51,7\%$). A média de internação do GC foi de 1,97 ($DP \cong 1,149$) e do GE, de 1,38 ($DP \cong 1,083$).

Quanto ao número de internações na unidade CINR, a maioria ($n_{GE} = 22, 75,9\%$) dos participantes do GE se encontrava acima da segunda internação e somente sete (24,1%) se encontravam na primeira internação. A média de internação dos participantes do GE foi de 3,48 ($DP \cong 2,355$), enquanto no GC, nenhum participante internou nessa unidade, respeitando os critérios de inclusão da pesquisa.

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria declarou ter o ensino médio completo nos dois grupos ($n_{GE} = 19, 65,5\%$; $n_{GC} = 14, 48,3\%$), destes, seis (20,7%) no GE e dois (6,9%) no GC realizaram trancamento de curso do ensino superior e, dois (6,9%) no GE e um (3,4%) no GC estavam realizando um curso de ensino superior. Porém, há um predomínio de participantes com ensino superior completo no GE em relação ao GC ($n_{GE} = 8, 27,6\%$; $n_{GC} = 4, 13,8\%$), assim como um predomínio de participantes com ensino fundamental completo ($n_{GE} = 2, 6,9\%$; $n_{GC} = 6, 20,7\%$) e incompleto ($n_{GE} = 0, 0,0\%$; $n_{GC} = 5, 17,2\%$) no GC em relação ao GE.

A ocupação é bastante diversificada no GE, pois a maioria possuía uma ocupação ($n_{GE} = 19, 65,5\%$) sem vínculo empregatício ($n_{GE} = 12, 41,4\%$), ao contrário do GC, em que a maioria não estava ocupado em algum trabalho formal ou informal ($n_{GC} = 27, 93,1\%$). Quanto ao recebimento de benefícios do governo, nos dois grupos, a maioria recebia algum benefício ou aposentadoria ($n_{GE} = 22, 75,9\%$; $n_{GC} = 26, 89,6\%$).

Quinze indivíduos (51,7%) do GE e 16 (55,2%) do GC adquiriam os medicamentos prescritos somente com recursos próprios, 12 (41,4%) do GE e seis (20,7%) do GC adquiriam somente pela Secretaria de Saúde da cidade de origem. Quanto às dificuldades para a aquisição dos medicamentos, 11 (37,9%) do GE e 16 (55,2%) do GC relataram apresentar dificuldades para aquisição. As dificuldades relatadas nos dois grupos foram, principalmente, a falta do medicamento no posto de saúde ($n_{GE} = 2, 6,9\%$; $n_{GC} = 2, 6,9\%$), dificuldade em obter a receita de medicamentos controlados ($n_{GE} = 4, 13,8\%$; $n_{GC} = 2, 6,9\%$), dificuldade financeira ($n_{GE} = 2, 6,9\%$; $n_{GC} = 8, 27,6\%$), além de outras ($n_{GE} = 3, 10,3\%$; $n_{GC} = 4, 13,8\%$).

Quanto à renda familiar, a maioria do GE informou ter renda entre R\$1.500,00 e 2.999,00 por mês ($n_{GE} = 11, 37,9\%$), e a maioria no GC informou ter renda entre R\$545,00 e 1.499,00 por mês ($n_{GC} = 14, 48,3\%$). Quanto ao gasto na aquisição dos medicamentos, o valor mensal declarado foi inferior a R\$200,00 para a maioria dos participantes de ambos os grupos ($n_{GE} = 17, 58,6\%$; $n_{GC} = 15, 51,7\%$).

Quanto à ingestão de bebida alcoólica, a maioria dos participantes, nos dois grupos do estudo, declarou que raramente ou nunca ingeria bebida alcoólica ($n_{GE} = 20, 68,9\%$; $n_{GC} = 19, 65,5\%$). Além disso, verificou-se que a maioria dos participantes não apresentava histórico de depressão ou de uso de drogas ilícitas nos dois grupos ($n_{GE} = 19, 65,5\%$; $n_{GC} = 22, 75,9\%$), no entanto, 10 indivíduos (34,5%) no GE e seis (20,7%) no GC apresentavam histórico de depressão e somente um (3,4%) do GC apresentava histórico de uso de drogas ilícitas no momento da avaliação admissional.

Os testes estatísticos realizados para comparação do perfil sociodemográfico dos grupos estudados revelaram semelhanças das variáveis sexo, idade, estado civil, diagnóstico, etiologia, tempo de lesão e tempo de internação, recebimento de benefício pelo governo, aquisição, dificuldades na aquisição e gasto com medicamentos, consumo de bebida alcoólica, histórico de depressão ou de uso de drogas ilícitas. Porém, observaram-se diferenças estatisticamente significativas para as variáveis procedência por regiões brasileiras, número de internações nas unidades CINR e Sarah-Brasília, nível de escolaridade, ocupação/vínculo empregatício e renda familiar mensal. Os resultados do estudo comparativo dos grupos são demonstrados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos participantes dos grupos estudo e controle, Rede Sarah – Brasília – 2012.

Variáveis	Grupo Estudo		Grupo Controle		p	Variáveis	Grupo Estudo		Grupo Controle		p
	f	%	f	%			f	%	f	%	
Sexo											
Masculino	19	65,5	23	79,3	0,240*	Ensino fundamental incompleto	-	-	5	17,2	
Feminino	10	34,5	6	20,7		Ensino fundamental completo	2	6,9	6	20,7	0,028*
Faixa Etária (média±DP)	31,07±8,791		30,52±9,797			Ensino médio completo	19	65,5	14	48,3	
18 a 25	7	24,1	11	37,9		Ensino superior completo	8	27,6	4	13,8	
26 a 35	16	55,2	11	37,9	0,822**	Ocupação/vínculo empregatício					
36 a 45	4	13,8	4	13,8		Possui vínculo	7	24,1	2	6,9	0,000*
46 a 60	2	6,9	3	10,3		Não possui vínculo	12	41,4	-	-	
Estado civil						Não exerce ocupação/estudante	10	34,5	27	93,1	
Solteiro	15	51,7	19	65,5		Benefício/aposentadoria					
Casado	9	31,0	7	24,1	0,632*	Aposentadoria	8	27,6	8	27,6	
Convivência marital	2	6,9	2	6,9		Aposentadoria e pensão	1	3,4	-	-	0,433*
Divorciado	3	10,3	1	3,4		Auxílio doença	13	44,8	18	62,1	
Procedência por regiões						Não recebe benefício	7	24,1	3	10,3	
Norte	5	17,2	2	6,9		Renda familiar mensal					
Nordeste	-	-	2	6,9	0,024*	< R\$ 545,00/mês	-	-	1	3,4	
Centro-Oeste	5	17,2	15	51,7		R\$ 545,00 A R\$ 1.499,00/mês	3	10,3	14	48,3	
Sudeste	5	17,2	2	6,9		R\$ 1.500,00 A R\$ 2.999,00/mês	11	37,9	8	27,6	0,010*
Sul	14	48,3	8	27,6		R\$ 3.000,00 A R\$ 4.999,00/mês	7	24,1	1	3,4	
Diagnóstico						R\$ 5.000,00 A R\$ 8.000,00/mês	4	13,8	1	3,4	
Paraplegia	23	79,3	26	89,7	0,501*	> R\$ 8.000,00/mês	3	10,3	1	3,4	
Paraparesia	3	10,3	2	6,9		Não sabe/não informado	1	3,4	3	10,3	
Tetraparesia	3	10,3	1	3,4		Aquisição dos medicamentos					
Etiologia						Recursos próprios	15	51,7	16	55,2	
Acidente automobilístico	8	27,6	7	24,1		Aquisição no posto de saúde	12	41,4	6	20,7	0,764*
Acidente motociclístico	10	34,5	5	17,2		Recursos próprios e posto saúde	-	-	4	13,8	
Acidente por arma de fogo	2	6,9	10	34,5	0,164*	Outras formas de aquisição	2	6,9	3	10,3	
Mergulhos em águas	1	3,4	-	-		Dificuldade na aquisição					
Queda de altura	4	13,8	3	10,3		Não apresenta dificuldade	18	62,1	13	44,8	
Causa não traumática	4	13,8	4	13,8		Dificuldade adquirir receita médica	4	13,8	2	6,9	0,188*
Tempo de lesão (média±DP)	3,59±3,088		2,76±4,711			Falta medicamento posto de saúde	2	6,9	2	6,9	
< 2 anos	15	51,7	24	82,8		Dificuldade financeira	2	6,9	8	27,6	
2 a 4 anos	4	13,8	1	3,4	0,432**	Outras dificuldades	3	10,3	4	13,8	
> 4 anos	10	34,4	4	13,8		Gasto com medicamento uso contínuo					
Tempo internação (média±DP)	21,97±12,228		23,31±10,843			Sem gasto	5	17,2	6	20,7	
< 12 dias	8	27,6	6	20,7		< R\$ 50,00/mês	3	10,3	3	10,3	
13 a 25 dias	9	31,0	9	31,0	0,659**	R\$ 50,00 A R\$ 99,00/mês	10	34,5	7	24,1	0,623*
26 a 35 dias	7	24,1	11	37,9		R\$ 100,00 A R\$ 199,00/mês	4	13,8	5	17,2	
36 a 54 dias	5	17,2	3	10,3		R\$ 200,00 A R\$ 399,00/mês	4	13,8	2	6,9	
Nº internações Sarah-Brasília	1,38±1,083		1,97±1,149			R\$ 400,00 A R\$ 1000,00/mês	2	6,9	1	3,4	
1 internação	23	79,3	12	41,4	0,050**	Não sabe/não informado	1	3,4	5	17,2	
2 a 3 internações	5	17,2	15	51,7		Uso de bebida alcoólica					
> 4 internações	1	3,4	2	6,9		Sempre	-	-	-	-	
Nº internações CINR	3,45±2,369		-			Quase sempre	1	3,4	1	3,4	0,365*
1 internação	7	24,1	-	-	0,000**	Às vezes	8	27,6	9	31,0	
2 a 3 internações	9	31,0	-	-		Raramente	13	44,8	7	24,1	
> 4 internações	13	44,8	-	-		Nunca	7	24,1	12	41,4	
						Histórico de alterações psiquiátricas					
						Uso de drogas ilícitas	-	-	1	3,4	0,330*
						Depressão	10	34,5	6	20,7	
						Não apresenta alterações	19	65,5	22	75,9	

* Teste Qui-Quadrado; ** Teste t de Student.

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

O tempo médio entre a última consulta/internação na instituição e a avaliação de admissão atual do GE foi de 444,14 dias (DP \cong 181,097), enquanto para o GC foi de 125,86 dias (DP \cong 209,637). Dezenove (65,5%) participantes do GC e um (3,4%) participante do GE internaram ou consultaram na instituição num intervalo inferior a 120 dias. Encontrou-se diferença significativa nesse tempo entre os grupos ($p < 0,0001$).

Quanto ao perfil dos medicamentos prescritos na admissão e alta hospitalar, a frequência absoluta e relativa dos medicamentos, assim como a análise comparativa entre cada medicamento prescrito por unidades de estudo são demonstrados na Tabela 2.

Na admissão observou-se diferenças estatisticamente significativas nas prescrições de diazepam ($p = 0,038$), imipramina ($p = 0,007$) e o cloridrato de oxibutinina ($p = 0,050$) entre os grupos/unidades de estudo. Na alta hospitalar manteve-se a diferença na prescrição do diazepam ($p = 0,044$) e surgiu uma diferença significativa na prescrição de carbamazepina ($p = 0,038$) entre os grupos.

O cloridrato de oxibutinina é o medicamento mais prescrito na admissão e alta hospitalar, em ambas as unidades. A imipramina foi o segundo medicamento mais prescrito na alta hospitalar do CINR, enquanto no Sarah-Brasília, o baclofeno manteve-se como o segundo medicamento mais prescrito.

Tabela 2 – Análise comparativa dos medicamentos prescritos, na admissão e alta hospitalar, entre as unidades de estudo – Brasília – 2012.

Medicamento	Admissão		Alta Hospitalar		Admissão		Alta Hospitalar		Admissão	Alta
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>p</i> *	<i>p</i> *
AAS	1	3,4	1	3,4	1	3,4	-	-	1,00	0,313
Amitriptilina	3	10,3	2	6,9	5	17,2	6	20,7	0,446	0,128
Atenolol	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1,00	1,00
Azatioprina	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4	0,313	0,313
Baclofeno	14	48,3	11	37,9	11	37,9	14	48,3	0,426	0,426
Cabergolina	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	0,313	0,313
Captopril	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	0,313	0,313
Carbamazepina	-	-	-	-	3	10,3	4	13,8	0,075	0,038
Carbonato de cálcio	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4	0,313	0,313
Citalopran	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	0,313	0,313
Clonazepan	-	-	-	-	1	3,4	2	6,9	0,313	0,150
Clorpromazina	2	6,9	1	3,4	2	6,9	1	3,4	1,00	1,00
Complexo B	-	-	-	-	1	3,4	-	-	0,313	1,00
Darifenacina	-	-	..	..	2	6,9	..	..	..	0,491
Tolderodina	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	0,313	0,313
Diazepan	-	-	1	3,4	4	13,8	6	20,7	0,038	0,044
Domperidona	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4	0,313	0,313
Doxazosina	3	10,3	5	17,2	1	3,4	2	6,9	0,300	0,227
Finasterida	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4	0,313	0,313
Fluoxetina	-	-	-	-	1	3,4	2	6,9	0,313	0,150
Gabapentina	4	13,8	3	10,3	3	10,3	3	10,3	0,687	1,00
Imipramina	12	41,4	13	44,8	3	10,3	8	27,6	0,007	0,172
Levotiroxina	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	0,313	0,313
Macrogols	-	-	..	..	1	3,4	..	..	0,313	..
Policarbofila cálcica	-	-	..	..	1	3,4	..	..	0,313	..
Nitrofurantoína	-	-	-	-	2	6,9	-	-	0,150	0,491
Nortriptilina	3	10,3	2	6,9	-	-	2	6,9	0,075	1,00
Omeprazol	-	-	1	3,4	1	3,4	3	10,3	0,313	0,300
Oxcarbamazepina	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4	0,313	0,313
Oxibutinina	23	79,3	21	72,4	16	55,2	22	75,9	0,050	0,764
Oxibutinina liberação lenta	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1	3,4	1,00	1,00
Oxibutinina vesical	2	6,9	4	13,8	-	-	1	3,4	0,150	0,160
Prednisona	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4	0,313	0,313
Pregabalina	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4	0,313	0,313
Sertralina	..	..	-	-	..	..	1	3,4	..	0,313
Sinvastatina	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	0,313	0,313
Tizanidina	7	24,1	8	27,6	2	6,9	5	17,2	0,070	0,345
Tolderodina	..	..	1	3,4	..	..	-	-	..	0,313
Venlaflexina	..	..	-	-	..	..	1	3,4	..	0,313
Diosmina, hesperidina	-	-	..	..	1	3,4	..	..	0,313	..
Vitamina D	..	..	-	-	..	..	1	3,4	..	0,313

*Teste Qui-Quadrado.

Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; .. não se aplica dado numérico.

6.2 Conhecimento dos Participantes sobre Regime Medicamentoso Prescrito

Quanto ao nível de conhecimento sobre o tratamento medicamentoso prescrito, observou-se que, na admissão, a maioria dos participantes do GE apresentava conhecimento entre 7,5 e 10 pontos ($n_{GE} = 15$, 51,7%) e nove (31,0%) do GC conhecimento acima de 7,5 pontos. A média de conhecimento foi de 6,78 pontos ($DP \cong 1,652$) e 6,38 ($DP \cong 1,476$) para o GE e GC, respectivamente. Não houve diferença no conhecimento admissional entre os grupos ($p = 0,327$).

Na alta hospitalar, a maioria dos participantes do GE apresentava conhecimento entre 7,5 e 10 pontos ($n_{GE} = 19$, 65,5%), enquanto a maioria do GC apresentava conhecimento inferior a 5,99 pontos ($n_{GC} = 17$, 58,6%), somente 27,5% ($n = 8$) apresentava conhecimento superior a 7,5 pontos. A média de conhecimento foi de 7,59 ($DP \cong 0,805$) e 5,48 pontos ($DP \cong 2,326$) para o GE e GC, respectivamente. Houve diferença no conhecimento da alta hospitalar entre os grupos ($p < 0,0001$).

No pós-alta hospitalar, a maioria dos participantes de ambos os grupos apresentava conhecimento entre 7,5 e 10 pontos ($n_{GE} = 20$, 69,0%; $n_{GC} = 13$, 44,8%). A média de conhecimento foi de 7,27 ($DP \cong 1,362$) e 6,49 pontos ($DP \cong 1,740$) para o GE e GC, respectivamente. Não encontrou-se diferença no conhecimento do pós-alta hospitalar entre os grupos ($p = 0,063$).

Os dados referentes à comparação do nível de conhecimento entre as unidades são demonstrados nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 3 – Análise comparativa entre as unidades de estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, nos períodos de seguimento - Rede Sarah – Brasília – 2012.

Variável/Período de seguimento	Unidade	N	Média	Desvio padrão	p**
Nível conhecimento/Admissão	Sarah-Brasília	29	6,38	1,476	0,327
	CINR	29	6,78	1,652	
Nível conhecimento/Alta hospitalar	Sarah-Brasília	29	5,48	2,326	0,001
	CINR	29	7,59	0,805	
Nível conhecimento/Pós-alta hospitalar	Sarah-Brasília	29	6,49	1,740	0,063
	CINR	29	7,27	1,362	

**Teste t de Student.

Na Tabela 4, observa-se que o GE apresentou aumento significativo de conhecimento da admissão para alta hospitalar ($p = 0,018$), ao contrário, o GC, que apresentou redução do conhecimento ($p = 0,023$) nesse período. O aumento do conhecimento dos grupos, da admissão para o pós-alta não foi estatisticamente significativo. O GE não perdeu conhecimento da alta para o pós-alta de forma significativa. O GC aumentou o conhecimento significativamente após a alta ($p=0,005$).

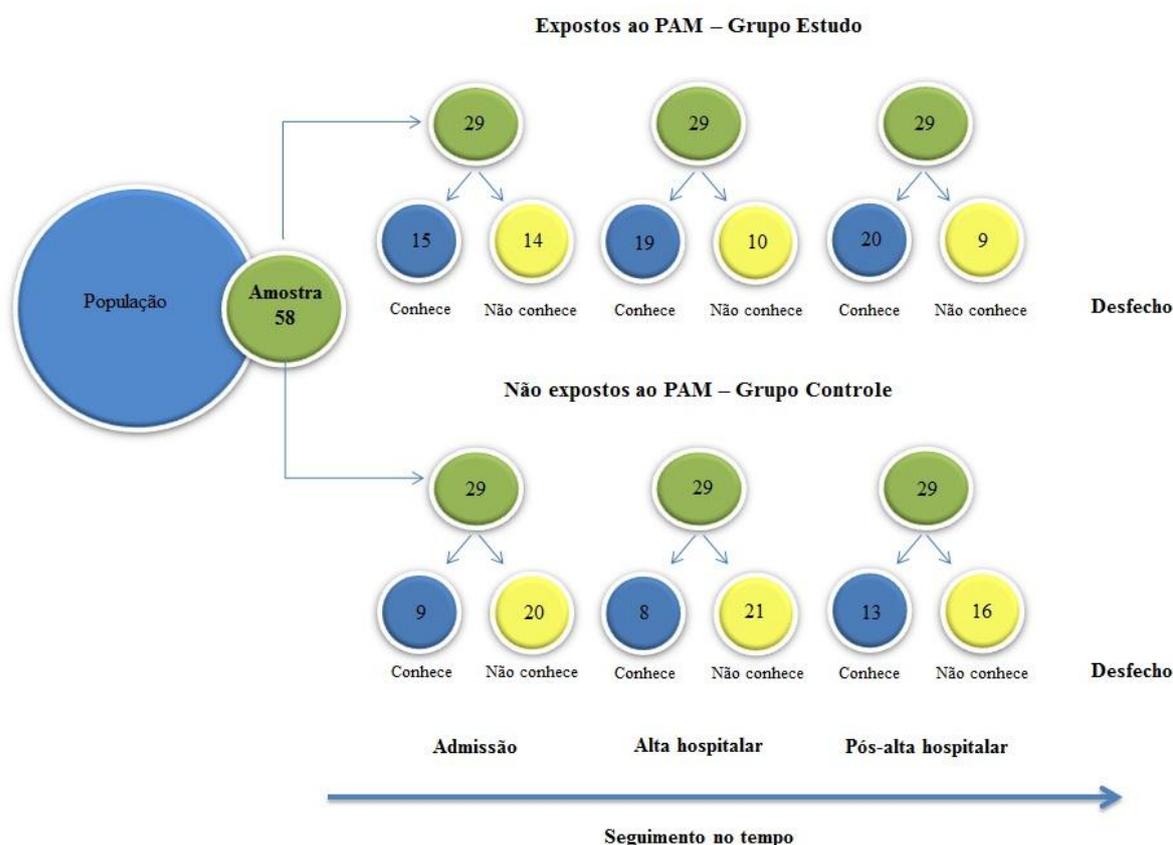
Tabela 4 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível conhecimento total (Média±DP)	6,78±1,652		7,59±0,805		7,27±1,362		6,38±1,476		5,48±2,326		6,49±1,740	
< 3,99 pontos	3	10,3	-	-	2	6,9	2	6,9	8	27,6	3	10,3
4 a 5,99 pontos	5	17,2	2	6,9	-	-	8	27,6	9	31,0	5	17,2
6 a 7,499 pontos	6	20,7	8	27,6	7	24,1	10	34,5	4	13,8	8	27,6
7,5 a 10 pontos	15	51,7	19	65,5	20	69,0	9	31,0	8	27,6	13	44,8
Conhecimento mínimo/máximo	3/9		5/9		3/8		3/8		1/8		2/8	
p admissão/alta hospitalar**			0,018		-		0,023				-	
p admissão/pós-alta**			0,231				0,739					
p alta hospitalar/pós-alta**	-		0,179		-		0,005					

**Teste t de Student. Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

O diagrama 2 ilustra o desfecho do conhecimento ao tratamento medicamentoso prescrito, na forma dicotômica, nos períodos da admissão ao pós-alta hospitalar, em ambos os grupos.

Diagrama 2 – Representação esquemática do desfecho do conhecimento ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.



Fonte: Teixeira (2012) – Brasília – 2012.

Nas Tabelas 5, 6 e 7, pode-se observar a mensuração do desfecho da aderência, na admissão e alta hospitalar, respectivamente.

Na admissão, o risco (R) ou probabilidade de ocorrência de desconhecimento da prescrição para os participantes expostos ao PAM foi de 48%, enquanto para os participantes não expostos foi de 69%. O RR menor que 1, indica que o risco entre os expostos era menor que nos indivíduos não expostos ao PAM, isto é, a magnitude do risco no grupo exposto ao PAM equivale a 70% do risco encontrado nos participantes do método de administração pelo enfermeiro. Assim, tem-se que, o PAM reduziu o risco de desconhecimento em 30% (representa a eficácia do PAM) e uma redução absoluta do risco em 21% (significa que o PAM resultou na eliminação de 21% de desconhecimento).

Tabela 5 – Risco de não conhecer o tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na admissão – Brasília – 2012.

Participantes	Não conhece o tratamento medicamentoso			Probabilidade de não conhecer
	Sim	Não	Total	
Expostos ao PAM	14	15	29	$R = 14/29 = 0,48 \times 100 = 48\%$
Não expostos ao PAM	20	9	29	$R = 20/29 = 0,69 \times 100 = 69\%$
Total	34	24	58	
$RR = 0,48/0,69 = 0,70 \times 100 = 70\%$				
$RRR = 1 - 0,70 = 0,30 \times 100 = 30\%$ $RAR = 0,69 - 0,48 = 0,21 \times 100 = 21\%$				

R = Risco, RR = risco relativo, RRR ou Eficácia = redução relativa do risco, RAR = relação absoluta do risco.

Na alta hospitalar, a probabilidade de “não conhecer” a prescrição, para os participantes expostos ao PAM, foi de 34%, enquanto para os participantes não expostos foi de 72%. O RR menor que 1, indica que o risco entre os expostos era menor que entre os não expostos ao PAM, isto é, a magnitude do risco no grupo exposto equivale a 47% do risco encontrado nos participantes do método de administração pelo enfermeiro. Tem-se que o PAM reduziu o risco de desconhecimento em 53% (representa a eficácia do PAM) e uma redução absoluta do risco em 38% (significa que o PAM resultou na eliminação de 38% de desconhecimento).

Tabela 6 – Risco de não conhecer o tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na alta hospitalar – Brasília – 2012.

Participantes	Não conhece o tratamento medicamentoso			Probabilidade de não conhecer
	Sim	Não	Total	
Expostos ao PAM	10	19	29	$R = 10/29 = 0,34 \times 100 = 34\%$
Não expostos ao PAM	21	8	29	$R = 21/29 = 0,72 \times 100 = 72\%$
Total	31	27	58	
$RR = 0,34/0,72 = 0,47 \times 100 = 47\%$				
$RRR = 1 - 0,47 = 0,53 \times 100 = 53\%$ $RAR = 0,72 - 0,34 = 0,38 \times 100 = 38\%$				

R = Risco, RR = risco relativo, RRR ou Eficácia = redução relativa do risco, RAR = relação absoluta do risco.

No pós-alta hospitalar, a probabilidade de “não conhecer” a prescrição, para os participantes expostos ao PAM, foi de 31%, enquanto para os participantes não expostos foi de 72%. O RR menor que 1, indica que o risco entre os expostos era menor que entre os não

expostos ao PAM, isto é, a magnitude do risco no grupo exposto equivale a 56% do risco encontrado nos participantes do método de administração pelo enfermeiro. Assim, tem-se que o PAM reduziu o risco de desconhecimento em 44% (representa a eficácia do PAM) e uma redução absoluta do risco em 24% (significa que o PAM resultou na eliminação de 24% de desconhecimento).

Tabela 7 – Risco de não conhecer o tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na alta hospitalar – Brasília – 2012.

Participantes	Não conhece o tratamento medicamentoso			Probabilidade de não conhecer
	Sim	Não	Total	
Expostos ao PAM	9	20	29	$R = 9/29 = 0,31 \times 100 = 31\%$
Não expostos ao PAM	16	13	29	$R = 16/29 = 0,55 \times 100 = 55\%$
Total	25	33	58	
	$RR = 0,31/0,55 = 0,56 \times 100 = 56\%$			
	$RRR = 1 - 0,56 = 0,44 \times 100 = 44\%$			$RAR = 0,55 - 0,31 = 0,24 \times 100 = 24\%$

R = Risco, RR = risco relativo, RRR ou Eficácia = redução relativa do risco, RAR = relação absoluta do risco.

6.2.1 Conhecimento sobre o nome dos medicamentos

Quanto ao conhecimento do nome dos medicamentos, a maioria apresentava conhecimento adequado na admissão, em ambos os grupos ($n_{GE} = 20, 69,0\%$; $n_{GC} = 17, 58,7\%$). Na alta hospitalar, 23 (79,3%) participantes do GE demonstravam conhecimento adequado, e, somente 13 (44,8%) do GC. No pós-alta, a maioria apresentava conhecimento adequado do nome em ambos os grupos ($n_{GE} = 23, 79,3\%$; $n_{GC} = 20, 69,0\%$).

Quanto ao GE, não houve diferenças estatisticamente significativas no conhecimento do nome nos períodos de seguimento, assim como para o GC, exceto da alta para o pós-alta o GC demonstrou melhoria do conhecimento do nome ($p = 0,004$).

Na admissão, o motivo principal de desconhecimento foi esquecimento do nome ($n_{GC} = 9; 31,0\%$) e não uso do medicamento prescrito por conta própria ($n_{GE} = 7; 24,1\%$). Na alta, os motivos relatados foram falta de informação sobre o nome do medicamento prescrito ($n_{GE} = 3, 10,3\%$; $n_{GC} = 4, 13,8\%$) e desconhecer que estava tomando o medicamento durante a internação ($n_{GC} = 4, 13,8\%$). No pós-alta, o motivo foi o não uso do medicamento prescrito por conta própria ($n_{GE} = 4, 13,8\%$; $n_{GC} = 4, 13,8\%$) e esquecimento do nome do medicamento ($n_{GE} = 2, 6,9\%$; $n_{GC} = 2, 6,9\%$).

Não houve diferença no conhecimento do nome, na avaliação de admissão ($p = 0,309$) e pós-alta ($p = 0,345$) entre os grupos, porém, na alta hospitalar, o GE teve melhor conhecimento ($p = 0,001$).

Tabela 8 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento do nome dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Conhecimento do nome (Média±DP)	1,75±0,420		1,87±,278		1,86±0,304		1,60±0,637		1,40±0,674		1,74±0,454	
Conhece	20	69,0	23	79,3	23	79,3	17	58,7	13	44,8	20	69,0
Conhece parcialmente	9	31,0	6	20,7	6	20,7	9	31,0	14	48,3	9	31,0
Desconhece	-	-	-	-	-	-	3	10,3	2	6,9	-	-
Conhecimento mínimo/máximo	1/2		1/2		1/2		0/2		0/2		1/2	
p admissão/alta hospitalar**			0,190						0,085			
p admissão/pós-alta hospitalar**					0,230						0,256	
p alta/pós-alta hospitalar**					0,893						0,004	
Motivos do desconhecimento												
Esquecimento do nome	1	3,4	1	3,4	2	6,9	9	31,0	1	3,4	2	6,9
Não uso medicamento do prescrito	7	24,1	-	-	4	13,8	1	3,4	-	-	4	13,8
Não foi informado sobre nome	-	-	3	10,3	-	-	-	-	4	13,8	-	-
Não sabia da administração do medicamento pelo enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-	-	4	13,8	-	-
Outras causas	1	3,4	2	6,9	-	-	2	6,9	7	24,1	3	10,3

** Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.2.2 Conhecimento sobre a dose dos medicamentos

Na admissão, ambos os grupos apresentavam conhecimento parcial sobre a dose do medicamento ($n_{GE} = 17, 58,6\%$; $n_{GC} = 12, 41,4\%$), porém, os motivos de desconhecimento se diferem nos dois grupos. No GE, o desconhecimento da dose se deveu ao uso de sobredose ou subdose dos medicamentos prescritos ($n_{GE} = 6, 20,7\%$) e suspensão dos medicamento prescritos ($n_{GE}=5, 17,2\%$). No GC, o motivo de desconhecimento se deveu ao desconhecimento da dose em miligramas, mas conheciam a dosagem na forma de apresentação em comprimidos ($n_{GC} = 11, 37,9\%$) e desconhecimento da dose prescrita ($n_{GC} = 4, 13,8\%$). Na alta hospitalar, a maioria dos participantes do GE apresentava conhecimento da

dose em miligramas ($n_{GE} = 19$; 65,5%), enquanto no GC somente nove (31,0%) participantes apresentavam conhecimento completo acerca da dose prescrita. O desconhecimento da dose em miligramas, nesse momento, se deveu, principalmente, ao desconhecimento da dose prescrita ($n_{GE} = 5$, 17,2%; $n_{GC} = 9$, 31,0%). No pós-alta, a maioria dos participantes do GE apresentava conhecimento da dose em miligramas ($n_{GE} = 16$, 55,2%), enquanto no GC, 13 (44,8%) participantes apresentavam conhecimento completo da dose prescrita.

O GE apresentava maior conhecimento da dose na avaliação admissional ($p = 0,026$) e na alta ($p < 0,0001$), porém não havia diferença significativa no conhecimento do pós-alta entre os grupos ($p = 0,144$).

Na Tabela 9 observa-se que as variações do conhecimento da dose pelo GE não foram consideradas estatisticamente significativas. No GC, a única variação significativa foi o aumento de conhecimento da dose, da alta para o pós-alta ($p = 0,022$).

Tabela 9 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento da dose dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Conhecimento dose (mg)(Média±DP)	1,56±0,515		1,72±0,512		1,65±0,536		1,15±0,801		1,02±0,849		1,42±0,723	
Conhece	12	41,4	19	65,5	16	55,2	10	34,5	9	31,0	13	44,8
Conhece parcialmente	17	58,6	9	31,0	12	41,4	12	41,4	11	37,9	14	48,3
Desconhece	-	-	1	3,4	1	3,4	7	24,1	9	31,0	2	6,9
Conhecimento mínimo/máximo	0/2		0/2		0/2		0/2		0/2		0/2	
p admissão/alta hospitalar	0,202						0,337					
p admissão/pós-alta hospitalar	0,511						0,119					
p alta/pós-alta hospitalar	0,585						0,022					
Motivos do desconhecimento												
Desconhece dose em miligramas	2	6,9	2	6,9	3	10,3	11	37,9	-	-	3	10,3
Desconhece dose prescrita	-	-	5	17,2	-	-	4	13,8	9	31,0	-	-
Sobredose e/ou subdose da prescrita	6	20,7	-	-	3	10,3	-	-	-	-	6	20,7
Não uso de medicamento prescrito	5	17,2	-	-	1	3,4	-	-	-	-	4	13,8
Não sabia da administração do medicamento pelo enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10,3	-	-
Outras causas	3	10,3	3	10,3	5	17,2	4	13,8	8	27,6	3	10,3

** Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.2.3 *Conhecimento sobre o horário de uso dos medicamentos*

Quanto ao conhecimento sobre o horário de uso dos medicamentos, a maioria apresentava conhecimento adequado, na admissão, em ambos os grupos ($n_{GE} = 17, 58,6\%$; $n_{GC} = 22; 75,9\%$), sendo que o motivo principal do desconhecimento de horário no GE foi a suspensão dos medicamento prescritos por conta própria ($n_{GE} = 5, 17,2\%$) e, no GC, uso de sobredose ou subdose dos medicamentos prescritos ($n_{GC} = 3, 10,3\%$; $n_{GE} = 3, 10,3\%$).

Na alta hospitalar, 28 (96,6%) participantes do GE demonstraram conhecimento adequado, porém, somente 11 (37,9%) do GC. Os motivos de desconhecimento foram intervalo incorreto de uso ($n_{GC} = 5, 17,2\%$), uso de sobredose ou subdose dos medicamentos prescritos ($n_{GC} = 5, 17,2\%$) e não uso dos medicamentos prescritos ($n_{GC} = 5; 17,2\%$).

No pós-alta, a maioria do GE continuava apresentando conhecimento adequado do horário ($n_{GE} = 21, 72,4\%$) e no GC 13 participantes apresentavam conhecimento adequado (44,8%) e 16 conhecimento parcial (55,2%). Os motivos de desconhecimento foram intervalo incorreto de uso ($n_{GE} = 2, 6,9\%$; $n_{GC} = 3, 10,3\%$), sobredose ou subdose dos medicamentos prescritos ($n_{GE} = 1, 3,4\%$; $n_{GC} = 4, 13,8\%$), não uso dos medicamentos prescritos ($n_{GE} = 2, 6,9\%$; $n_{GC} = 4, 13,8\%$).

Quanto ao GE, observou-se melhoria do conhecimento do horário da admissão para alta ($p = 0,002$) e, da alta para o pós-alta ($p = 0,038$), porém, não houve ganho de conhecimento da admissão para o pós-alta ($p = 0,371$). Quanto ao GC, houve queda do conhecimento do horário da admissão para alta ($p = 0,024$), porém, da admissão para o pós-alta não houve diferença significativa ($p = 0,141$). Na Tabela 10, observa-se as variações do conhecimento e comparações entre os períodos de seguimentos.

Os grupos eram semelhantes no conhecimento do horário, na avaliação admissional ($p = 0,334$) e no pós-alta ($p = 0,083$), porém, na alta hospitalar o GE apresentava maior conhecimento que o GC ($p = 0,001$).

Tabela 10 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento de estudo, quanto ao nível de conhecimento dos horários de uso dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Conhecimento do horário (Média±DP)	1,69±0,465		1,97±0,136		1,80±0,399		1,79±0,380		1,40±0,741		1,62±0,461	
Conhece	17	58,6	28	96,6	21	72,4	22	75,9	11	37,9	13	44,8
Conhece parcialmente	12	41,4	1	3,4	8	27,6	7	24,1	15	51,7	16	55,2
Desconhece	-	-	-	-	-	-	-	-	3	10,3	-	-
Conhecimento mínimo/máximo	1/2		1/2		0/2		1/2		0/2		1/2	
p admissão/alta hospitalar**	0,002						0,024					
p admissão/pós-alta hospitalar**	0,371						0,141					
p alta/pós-alta hospitalar**	0,038						0,133					
Motivos do desconhecimento												
Intervalo incorreto de uso	1	3,4	-	-	2	6,9	2	6,9	5	17,2	3	10,3
Sobredose e/ou subdose da prescrita	3	10,3	-	-	1	3,4	3	10,3	5	17,2	4	13,8
Não uso de medicamento prescrito	5	17,2	-	-	2	6,9	-	-	5	17,2	4	13,8
Outras causas	3	10,3	1	3,4	3	10,3	2	6,9	-	-	5	17,2

** Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.2.4 Conhecimento sobre a via de administração dos medicamentos

Quanto ao conhecimento sobre a via de administração dos medicamentos, a maioria apresentava conhecimento adequado em ambos os grupos na admissão ($n_{GE} = 21, 72,4\%$; $n_{GC} = 27, 93,1\%$), alta hospitalar ($n_{GE} = 28, 96,6\%$; $n_{GC} = 16, 55,2\%$) e pós-alta ($n_{GE} = 25, 86,2\%$; $n_{GC} = 21, 72,4\%$).

Houve melhoria do conhecimento sobre a via de administração pelo GE, da admissão para alta ($p = 0,010$), porém, a melhoria de conhecimento observada, da admissão para o pós-alta, e, da alta para o pós-alta, não foram significativas. Quanto ao GC, houve queda do conhecimento, da admissão para alta ($p = 0,004$), porém, nos outros períodos de avaliação não se observou alteração estatisticamente significativa.

O não uso do medicamento prescrito ($n_{GE} = 7, 24,1\%$; $n_{GC} = 1, 3,4\%$) na admissão pelo GE foi o principal motivo de desconhecimento da via, enquanto na alta hospitalar, o motivo relatado pelo GC foi não saber que estava sendo administrado o medicamento ($n_{GC} = 6,$

20,7%). No pós-alta, o motivo para os dois grupos, foi o não uso do medicamento prescrito por conta própria ($n_{GE} = 3, 10,3\%$; $n_{GC} = 6, 20,7\%$).

O GC apresentava melhor conhecimento da via de administração na admissão ($p = 0,021$). Na alta hospitalar, o GE apresentava melhor conhecimento em relação ao GC ($p = 0,002$). No pós-alta, não houve diferença no conhecimento ($p = 0,362$).

Na Tabela 11 é demonstrada a análise comparativa entre os períodos de estudo por unidades.

Tabela 11 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento da via de administração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Conhecimento via de administração (Média±DP)	0,89±0,208		0,99±0,037		0,96±0,132		0,99±0,048		0,87±0,200		0,92±0,183	
Conhece	21	72,4	28	96,6	25	86,2	27	93,1	16	55,2	21	72,4
Conhece parcialmente	8	27,6	1	3,4	4	13,8	2	6,9	13	44,8	8	27,6
Desconhece	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conhecimento mínimo/máximo	0/1		1/1		1/1		1/1		0/1		0/1	
P admissão/alta hospitalar**	0,010						0,004					
P admissão/pós-alta hospitalar**	0,155						0,074					
P alta/pós-alta hospitalar**	0,194						0,128					
Motivos do desconhecimento												
Não uso de medicamento prescrito	7	24,1	-	-	3	10,3	1	3,4	-	-	6	20,7
Não sabia da administração do medicamento pelo enfermeiro	-	-	-	-	-	-	-	-	6	20,7	-	-
Outras causas	-	-	1	3,4	-	-	1	3,4	6	20,7	-	-

** Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.2.5 Conhecimento sobre indicações de uso dos medicamentos

Quanto ao conhecimento das indicações de uso dos medicamentos prescritos, a maioria dos participantes de ambos os grupos conhecia, acima de 75%, sobre as indicações de uso na admissão ($n_{GE} = 17, 58,6\%$; $n_{GC} = 19, 65,5\%$), na alta hospitalar, ($n_{GE} = 23, 79,3\%$; $n_{GC} = 16, 55,2\%$) e pós-alta ($n_{GE} = 22, 75,9\%$; $n_{GC} = 17, 58,6\%$).

O GE apresentou melhoria do conhecimento da admissão para alta ($p = 0,004$), porém, a melhoria da admissão para o pós-alta não foi considerada significativa. O GC manteve o mesmo nível de conhecimento nos períodos de seguimento, pois não houve diferenças estatisticamente significativas.

O motivo principal de desconhecimento das indicações nos dois grupos da admissão ao pós-alta se deve, principalmente, ao baixo conhecimento sobre a indicação dos anticolinérgicos, pois os participantes relatavam que esses medicamentos “servem para a bexiga ou para a incontinência urinária” (SIC). Outros motivos estão apontados na Tabela 12.

Os grupos são estatisticamente semelhantes quanto ao conhecimento das indicações de uso na admissão ($p = 0,534$), mas evoluem com diferenças significativas na alta ($p = 0,002$) e no pós-alta hospitalar ($p = 0,018$).

Tabela 12 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto do nível de conhecimento das indicações de uso dos medicamentos prescritos e motivos de desconhecimento das indicações de uso, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	F	%	f	%	f	%	f	%
Conhecimento indicações de uso (Média±DP)	0,83±0,222		1,00±0,168		1,00±0,201		0,80±0,247		0,75±0,259		0,75±0,296	
Conhece (>75%)	17	58,6	23	79,3	22	75,9	19	65,5	16	55,2	17	58,6
Não Conhece (<75%)	12	41,4	6	20,7	7	24,1	10	34,5	13	44,8	12	41,4
Conhecimento mínimo/máximo	0/1		0,5/1		0,25/1		0/1		0,25/1		0/1	
P admissão/alta hospitalar**	0,004				..		0,404				..	
P admissão/pós-alta hospitalar**			0,061						0,464			
P alta/pós-alta hospitalar**	..				0,445		..				0,939	
Motivos do desconhecimento												
Confusão das indicações de uso	..	..	1	3,4	..	..	2	6,9	1	3,4	..	..
Confusão das indicações de uso/ Desconhece indicações de uso	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4
Conhecimento restrito à bexiga/ Confusão das indicações de uso	1	3,4	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Conhecimento restrito à bexiga/ Desconhece indicações de uso	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4	-	-
Conhecimento restrito à bexiga/ Não uso do medicamento	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..
Conhecimento restrito à bexiga	1	3,4	1	3,4	1	3,4	2	6,9	1	3,4	3	10,3
Conhecimento restrito à aumentar capacidade bexiga	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Desconhece indicações de uso	1	3,4	1	3,4	1	3,4	..	..	1	3,4	1	3,4
Desconhece indicações de uso/ Não sabe ou não se lembrou do uso medicamento	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4	1	3,4
Desconhece indicações de uso/ Indicado para controle urinário	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	2	6,9
Desconhece indicações de uso/ Não sabe ou não se lembrou do uso medicamento/ Serve controle urinário	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Não uso do medicamento prescrito	6	20,7	-	-	2	6,9	..	..	..	..	..	..
Não sabe que prescrito para dissinergismo vesico-esfincteriano	..	..	1	3,4	..	..	..	..	1	3,4	..	..
Não sabe ou não se lembrou do uso medicamento	..	..	1	3,4	..	..	..	..	5	17,2	1	3,4
Não sabe ou não se lembrou do uso medicamento/ Confusão da indicação de uso	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Sabe que trata a dor, mas não dor neuropática	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Sabe que trata a dor, mas não dor neuropática/ confusão das indicações de uso	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Serve para controle urinário	3	10,3	1	3,4	3	10,3	6	20,7	6	20,7	6	20,7
Serve para controle urinário/ Confusão das indicações de uso	..	..	..	..	..	..	1	3,4	2	6,9	1	3,4
Serve para controle urinário/ Não sabe ou não se lembrou do uso medicamento ou não uso do medicamento prescrito	1	3,4	..	..	..	..	..	..	1	3,4	2	6,9
Serve para controle urinário/ Não sabe que prescrito para dissinergismo vesico-esfincteriano	..	..	2	6,9	2	6,9	..	..	..	..	..	..
Substituição do medicamento prescrito por outro	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..

** Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.2.6 Conhecimento sobre recomendações de uso dos medicamentos

Quanto ao conhecimento sobre recomendações de uso, a maioria apresentava desconhecimento em ambos grupos na admissão ($n_{GE} = 22, 75,9\%$; $n_{GC} = 26, 89,7\%$), na alta hospitalar ($n_{GE} = 19, 65,5\%$; $n_{GC} = 22, 75,9\%$) e no pós-alta ($n_{GE} = 20, 69,0\%$; $n_{GC} = 19, 65,5\%$).

Quanto ao GE, não se observou diferenças estatisticamente significativas na variação do conhecimento, nos períodos de seguimento. Quanto ao GC, observou-se diferença estatisticamente significativa somente no conhecimento, da alta para o pós-alta ($p = 0,027$).

Tabela 13 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento das recomendações de uso dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Conhecimento recomendações de uso (Média±DP)	0,03±0,059		0,04±0,083		0,03±0,053		0,01±0,045		0,02±0,049		0,03±0,056	
Conhece (>75%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conhece parcialmente (<75%)	7	24,1	10	34,5	9	31,0	3	10,3	7	24,1	10	34,5
Desconhece (<75%)	22	75,9	19	65,5	20	69,0	26	89,7	22	75,9	19	65,5
Conhecimento mínimo/máximo	0/0		0/0		0/0		0/0		0/0		0/0	
P admissão/alta hospitalar **	0,350						0,455					
P admissão/pós-alta hospitalar **	0,620						0,114					
P alta/pós-alta hospitalar **	0,366						0,027					

** Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.2.7 Conhecimento sobre reações adversas aos medicamentos

Quanto ao conhecimento sobre reações adversas, a maioria apresentava desconhecimento, em ambos grupos, na admissão ($n_{GE} = 21, 72,4\%$; $n_{GC} = 22, 75,9\%$), alta hospitalar ($n_{GE} = 25, 86,2\%$; $n_{GC} = 22, 75,9\%$) e pós-alta ($n_{GE} = 25, 86,2\%$; $n_{GC} = 23, 79,3\%$).

Quanto ao GE encontrou-se diferença estatisticamente significativa na melhoria do conhecimento a respeito de reações adversas, da admissão para alta ($p = 0,039$), assim como,

da admissão para o pós-alta ($p = 0,009$). O GC não apresentou diferença estatisticamente significativa nas variações de conhecimento no período de seguimento.

Na comparação entre os grupos, não houve diferença estatisticamente significativa na admissão ($p = 0,196$), alta ($p = 0,241$) e pós-alta ($p = 0,506$).

Tabela 14 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento das reações adversas aos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Conhecimento reações adversas (Média±DP)	0,06±0,092		0,09±0,122		0,10±0,115		0,07±0,069		0,06±0,072		0,07±0,069	
Conhece (>75%)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Conhece parcialmente (<75%)	21	72,4	25	86,2	25	86,2	22	75,9	22	75,9	23	79,3
Desconhece (<75%)	8	27,6	4	13,8	4	13,8	7	24,1	7	24,1	6	20,7
Conhecimento mínimo/máximo	0/0		0/1		0/0		0/0		0/0		0/0	
P admissão/alta hospitalar**	0,039						0,444					
P admissão/pós-alta hospitalar**	0,009						0,498					
P alta/pós-alta hospitalar**	0,757						0,859					

** Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

Na análise de contingência, demonstrada na Tabela 15, entre a ocorrência de reações adversas e o nível de conhecimento dos participantes das reações adversas, observou-se associação estatisticamente significativa de ambos os grupos, nos períodos de seguimento, exceto no pós-alta hospitalar, do GC, conforme demonstrado pelos “p” valores.

Tabela 15 – Análise de contingência entre a ocorrência de reações adversas e o nível de conhecimento sobre reações adversas aos medicamentos prescritos, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

		Unidade CINR n = 29			Unidade Sarah-Brasília n = 29						
		Conhecimento sobre reações adversas									
		Sim	Não	Parcial				Sim	Não	Parcial	
		<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>				<i>f</i>	<i>f</i>	<i>f</i>	
		Reações adversas aos medicamentos				Total					Total
Admissão	Sim	-	2	17	19	-	-	17	17		
	Não	-	6	4	10	-	7	5	12		
	Total	-	8	21	29	-	7	22	29		
Alta hospitalar	Sim	-	-	15	15	-	1	14	15		
	Não	-	-	10	14	-	6	8	14		
	Total	-	-	25	29	-	7	22	29		
Pós-alta hospitalar	Sim	-	-	16	16	-	3	11	14		
	Não	-	-	10	14	-	3	12	15		
	Total	-	-	25	29	-	6	23	29		

* Teste Qui-quadrado: associação entre reações adversas aos medicamentos e conhecimento sobre reações adversas expressa pelo valor de p. Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.2.7.1 Reações adversas aos medicamentos prescritos relatadas pelos participantes

Quanto às reações adversas apresentadas pelos participantes, a maioria dos participantes de ambos os grupos relatou a ocorrência de reações adversas aos medicamentos prescritos na admissão ($n_{GE} = 19, 65,5\%$; $n_{GC} = 17, 58,6\%$), assim como, na alta hospitalar ($n_{GE} = 15, 51,7\%$; $n_{GC} = 15, 51,7\%$). No pós-alta hospitalar, a maioria do GE continuava relatando a ocorrência de reações adversas ($n_{GE} = 16, 55,2\%$), mas houve diminuição desses relatos pelos participantes do GC ($n_{GC} = 14, 48,3\%$).

Na admissão, as principais reações adversas relatadas pelos participantes foram xerostomia, em ambos os grupos ($n_{GE} = 5 17,2\%$; $n_{GC} = 8 27,5\%$), e xerostomia associada à sonolência ($n_{GE} = 6 20,7\%$), somente no GE. Na alta hospitalar, manteve-se o relato de xerostomia ($n_{GE} = 6 20,7\%$; $n_{GC} = 11 37,9\%$) nos dois grupos, além disso, o GE apresentou aumento de relatos de reações adversas associadas à presença de três ou mais sintomas (n_{GE}

= 5; 17,2%). No pós-alta, predominava o relato de xerostomia ($n_{GE} = 7$; 24,1%; $n_{GC} = 10$; 34,5%). Esses dados são mostrados na Tabela 16.

Tabela 16 – Análise descritiva da frequência de reações adversas aos medicamentos prescritos relatadas nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Reações adversas aos medicamentos												
Epigastralgia	2	6,9	..	..	1	3,4	1	3,4	..	..	..	..
Epigastralgia e ginecomastia	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Inchaço corporal e acne	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Insônia	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Queimação labial	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..
Sonolência	1	3,4	1	3,4	2	6,9	3	10,3	1	3,4	2	6,9
Taquicardia	1	3,4	..	..	-	-	-	-	..	..	..	..
Tontura	..	..	..	..	-	-	-	-	..	..	1	3,4
Tontura e alterações visuais	..	..	..	..	-	-	1	3,4	2	6,9	..	..
Três ou mais reações associadas	2	6,9	5	17,2	2	6,9	2	6,9	..	..	..	..
Visão turva e xerostomia	1	3,4	..	..	..	..	-	-	..	..	..	..
Visão turva e taquicardia	1	3,4	..	..	..	..	-	-	..	..	..	..
Xerostomia	5	17,2	6	20,7	7	24,1	8	27,5	11	37,9	10	34,5
Xerostomia e constipação intestinal	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4
Xerostomia e impotência	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Xerostomia e sonolência	6	20,7	1	3,4	2	6,9	..	..	..	..	..	..
Xerostomia e taquicardia	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..

Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

6.2.8 Cuidados com armazenamento e conservação, integridade e validade dos medicamentos prescritos

Quanto aos cuidados com a guarda e conservação, a maioria dos participantes relatou armazenamento adequado no domicílio, em ambos os grupos ($n_{GE} = 26$, 89,7%; $n_{GC} = 26$, 89,7%). Alguns participantes guardavam os medicamentos em local inadequado, como, dentro do carro ($n_{GE} = 1$, 3,4%; $n_{GC} = 2$, 6,9%), junto ao material do cateterismo vesical ($n_{GE} = 1$, 3,4%), dentro do carro e na geladeira ($n_{GE} = 1$, 3,4%), fora da embalagem original ($n_{GC} = 1$, 3,4%).

Quanto aos cuidados com a observação da integridade ao autoadministrar os medicamentos prescritos, a maioria observava a integridade antes de tomar os medicamentos, na admissão ($n_{GE} = 26$, 89,7%; $n_{GC} = 26$, 89,7%), alta hospitalar ($n_{GE} = 23$, 79,3%) e pós-alta ($n_{GE} = 27$, 93,1%; $n_{GC} = 26$, 89,7%).

Quanto à observação da data de validade dos medicamentos prescritos, em domicílio, a maioria observava, em ambos os grupos, tanto na admissão ($n_{GE} = 19, 65,5\%$; $n_{GC} = 19, 65,5\%$) quanto no pós-alta ($n_{GE} = 21, 72,4\%$; $n_{GC} = 21, 72,4\%$), porém, a maioria do GE, nunca ou raramente observava esta variável de análise durante a internação ($n_{GE} = 19, 65,5\%$).

Tabela 17 – Análise descritiva nos períodos de seguimento do estudo, quanto aos cuidados com a guarda e conservação, observação da integridade e validade dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-alta		Admissão		Alta		Pós-alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Adequado armazenamento e conservação dos medicamentos												
Sim	26	89,7	..	..	..	..	26	89,7	..	..	..	..
Parcialmente	1	3,4	..	..	..	..	3	10,3	..	..	..	..
Não	2	6,9	..	..	..	..	0	0,0	..	..	..	..
Observação da integridade ao autoadministrar												
Sempre	26	89,7	23	79,3	27	93,1	26	89,7	..	..	26	89,7
Quase sempre	2	6,9	3	10,3	2	6,9	-	-	..	..	2	6,9
Às vezes	1	3,4	2	6,9	-	-	1	3,4	..	..	-	-
Raramente	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-	-
Nunca	-	-	1	3,4	-	-	2	6,9	..	..	1	3,4
Observação da validade ao autoadministrar												
Sempre	19	65,5	6	20,7	21	72,4	19	65,5	..	..	21	72,4
Quase sempre	3	10,3	1	3,4	3	10,3	3	10,3	..	..	1	3,4
Às vezes	2	6,9	3	10,3	2	6,9	2	6,9	..	..	-	-
Raramente	1	3,4	6	20,7	2	6,9	1	3,4	..	..	2	6,9
Nunca	4	13,8	13	44,8	1	3,4	4	13,8	..	..	5	17,2

Nota: sinais convencionais utilizados: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; .. não se aplica dado numérico.

6.2.9 Cuidados na ocorrência de perda ou atraso de doses

Quanto aos cuidados dos participantes na ocorrência de perda ou atraso de doses na autoadministração dos medicamentos prescritos em domicílio, a maioria do GE ($n_{GE} = 20, 69,0\%$) conhecia o procedimento correto, enquanto no GC, a maioria não conhecia ($n_{GC} = 15, 51,7\%$). Todavia, não houve diferença significativa na comparação entre os grupos ($p = 0,354$).

Tabela 18 – Análise descritiva admissional, quanto aos cuidados na ocorrência de perda ou atraso de dose com os medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29		Unidade Sarah-Brasília n = 29	
	Admissão		Admissão	
	f	%	f	%
Cuidados na ocorrência de perda ou atraso de dose				
Conhece	20	69,0	14	48,3
Conhece parcialmente	7	24,1	11	37,9
Desconhece	2	6,9	4	13,8

6.2.10 Análise de regressão linear entre conhecimento sobre o tratamento medicamentoso prescrito e variáveis independentes

Na análise de todos os casos, sem separação por grupos de estudo, a regressão linear realizada entre o nível de conhecimento medicamentoso na admissão e as diversas variáveis independentes, encontrou-se significância estatística no modelo para as variáveis tempo de lesão ($p = 0,024$) e aderência ao tratamento medicamentoso ($p = 0,038$). Esses valores indicam que participantes com maior tempo de lesão possuíam maior conhecimento do tratamento. Além disso, participantes aderentes ao tratamento apresentam maior conhecimento do tratamento medicamentoso.

Na alta hospitalar, houve significância estatística no modelo as variáveis unidade ($p < 0,0001$), tempo de lesão ($p = 0,007$), número de internações no CINR ($p = 0,004$), nível de escolaridade ($p = 0,007$), exercer ocupação ($p = 0,002$) e recebimento de benefício do governo ($p = 0,002$). Esses valores indicaram a relação dessas variáveis com o maior nível de conhecimento do tratamento. As variáveis tempo de internação ($p = 0,047$) e número de medicamentos prescritos ($p = 0,004$) também foram significativas, porém a relação com o conhecimento era inversa. Quanto menor o tempo de internação, maior era o conhecimento e, quanto maior a quantidade de medicamentos prescritos, menor o conhecimento do tratamento.

No pós-alta, encontrou-se significância estatística no modelo para a variável aderência medicamentosa ($p = 0,001$), ou seja, participantes aderentes ao tratamento tinham melhores níveis de conhecimento.

Nas Tabelas 19, 20 e 21 estão demonstradas análises de regressão linear com todas as variáveis nos períodos de seguimento, considerando-se a amostra total das duas unidades ($n = 58$), sendo a amostra do CINR de 29 participantes e a amostra do Sarah-Brasília de 29.

Na análise dos casos da unidade CINR, houve significância no modelo do conhecimento, na admissão, a variável uso de bebida alcoólica ($p = 0,007$), indicando a associação entre uso bebida e o menor nível de conhecimento. Além disso, a variável número de medicamentos prescritos ($p = 0,010$), assim como no estudo anterior, indicou que participantes com prescrição de maior número de medicamentos apresentavam menor conhecimento do tratamento medicamentoso.

Na análise da alta hospitalar, no GE, não encontrou-se variáveis com significância estatística no modelo do conhecimento.

No pós-alta hospitalar, a aderência medicamentosa ($p = 0,021$), o sexo ($p = 0,015$) e a idade ($p = 0,050$) foram significativos no modelo do conhecimento. Essa análise indica que participantes do sexo masculino tinham maior conhecimento que o feminino, além disso, quanto maior a idade menor era o conhecimento.

Na análise dos casos da unidade Sarah-Brasília, na admissão, houve significância estatística no modelo as variáveis sexo ($p = 0,0035$), indicando que participantes do sexo feminino tinham maior nível de conhecimento. Além disso, o tempo de lesão, também foi significativo ($p = 0,017$), ou seja, participantes com maior tempo de lesão tinham maior conhecimento.

Na alta hospitalar, o tempo de lesão manteve significância ($p = 0,025$), outras variáveis como tempo de internação ($0,031$) e número de medicamentos prescritos ($p = 0,023$). Essas duas últimas, mostraram que quanto menor o tempo de internação, maior o conhecimento dos participantes, e quanto menor o número de medicamentos prescritos maior o conhecimento.

No pós-alta, a aderência medicamentosa ($p = 0,042$) foi significativa, indicando que participantes aderentes tinham maior conhecimento.

Tabela 19 – Modelo de regressão linear nos períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, nas unidades CINR e Sarah- Brasília, Rede Sarah – Brasília – 2012.

Variável independente	Nível conhecimento total											
	Admissão n = 58				Alta hospitalar n = 58				Pós-alta hospitalar n = 58			
	R	K	B	p	R	K	B	p	R	K	B	p
Unidade	0,123	6,000	0,377	0,359	0,523	3,390	2,091	0,000	0,250	5,699	0,797	0,058
Sexo	0,246	5,487	0,846	0,063	0,251	5,094	1,124	0,057	0,098	7,340	-0,350	0,463
Idade (em anos)	0,137	6,093	0,237	0,304	0,121	7,342	-0,026	0,366	0,150	7,697	-0,026	0,261
Estado civil	0,083	6,853	-0,097	0,534	0,035	6,683	-0,052	0,796	0,098	7,243	-0,118	0,464
Procedência	0,005	6,554	0,004	0,973	0,057	6,319	0,066	0,669	0,090	6,634	0,082	0,500
Diagnóstico	0,057	6,126	0,222	0,671	0,057	5,950	0,291	0,669	0,073	7,482	-0,297	0,584
Etiologia	0,079	6,769	-0,070	0,558	0,137	6,988	-0,160	0,306	0,076	7,098	-0,071	0,568
Tempo de lesão (em anos)	0,391	6,006	0,199	0,024	0,199	6,363	0,391	0,135	0,092	6,797	0,092	0,494
Tempo entre a última consulta/internação (em anos)	0,100	6,390	0,001	0,453	..	..	..	..	..	..	..	..
Tempo de internação	..	..	..	..	0,262	7,573	-0,046	0,047	0,097	7,201	-0,014	0,469
Número de internações Sarah-Brasília	0,100	6,450	0,259	0,455	0,051	6,378	0,089	0,379	0,005	6,905	-0,007	0,972
Número de internações CINR	0,128	6,423	0,238	0,338	0,373	5,987	0,313	0,004	0,108	6,768	0,208	0,418
Escolaridade	0,152	5,831	0,259	0,253	0,353	4,309	0,780	0,007	0,213	5,832	0,373	0,109
Ocupação	0,039	6,395	0,125	0,770	0,396	4,282	1,648	0,002	0,243	5,799	0,804	0,066
Vínculo empregatício	0,051	6,313	0,130	0,706	0,071	6,988	-0,236	0,597	0,100	6,380	0,264	0,457
Benefício	0,010	6,495	0,039	0,943	0,396	4,283	1,648	0,002	0,030	7,124	-0,126	0,824
Renda familiar	0,059	6,835	-0,054	0,203	0,147	7,400	-0,177	0,271	0,061	6,607	0,058	0,651
Aquisição dos medicamentos	0,115	6,901	-0,097	0,390	0,038	6,227	0,173	0,778	0,168	5,834	0,608	0,209
Dificuldades na aquisição	0,125	7,131	-0,385	0,411	0,065	6,909	-0,261	0,628	0,150	7,593	-0,477	0,262
Gasto mensal com medicamentos	0,050	6,394	0,038	0,707	0,073	6,200	0,072	0,584	0,053	6,705	0,042	0,690
Uso de bebida alcoólica	0,149	7,018	-0,186	0,264	0,076	6,228	0,123	0,571	0,010	6,924	-0,012	0,943
Alterações psiquiátricas	0,031	6,696	-0,054	0,817	0,114	7,147	-0,255	0,395	0,044	7,086	-0,079	0,741
Aderência	0,273	1,168	0,516	0,038	..	..	..	..	0,423	4,919	1,348	0,001
Número de medicamentos	0,251	2,249	-0,148	0,057	0,373	8,021	-0,501	0,004	0,245	7,673	-0,260	0,064

R – coeficiente de correlação múltipla; K e B – coeficientes de regressão linear; p – valor de significância estatística. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

Tabela 20 – Modelo de regressão linear nos períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, na unidade CINR – Brasília – 2012.

Variável independente	Nível conhecimento total											
	Admissão n = 29				Alta hospitalar n = 29				Pós-alta hospitalar n = 29			
	R	K	B	p	R	K	B	p	R	K	B	p
Sexo	0,107	6,272	0,359	0,581	0,008	7,590	-0,012	0,969	0,448	8,998	-1,268	0,015
Idade (anos)	0,016	6,665	0,003	0,935	0,052	7,429	0,005	0,789	0,125	6,684	0,020	0,517
Estado civil	0,153	6,238	0,183	0,427	0,117	7,382	0,068	0,544	0,063	7,472	-0,064	0,744
Procedência	0,067	7,030	-0,073	0,730	0,131	7,312	0,069	0,498	0,024	7,374	-0,022	0,903
Diagnóstico	0,061	6,328	0,213	0,754	0,099	7,236	0,168	0,609	0,007	7,332	-0,020	0,972
Etiologia	0,154	7,141	-0,137	0,425	0,002	7,576	-0,001	0,991	0,159	6,957	0,119	0,411
Tempo de lesão	0,099	6,569	0,052	0,611	0,067	7,526	0,067	0,730	0,246	7,592	-0,362	0,199
Tempo desde a última consulta/internação	0,209	7,589	-0,002	0,276	0,050	7,669	0,000	0,797	..	..	..	..
Tempo de internação	0,060	6,580	0,008	0,757	0,081	7,688	-0,005	0,676	0,076	7,480	-0,009	0,694
Número de internações Sarah-Brasília	0,056	6,638	0,085	0,771	0,075	7,498	0,054	0,699	0,056	7,391	-0,071	0,771
Número de internações CINR	0,074	6,581	0,050	0,705	0,025	7,601	-0,008	0,899	0,209	7,709	-0,121	0,277
Escolaridade	0,145	5,757	0,318	0,452	0,275	6,660	0,291	0,148	0,099	6,721	0,182	0,611
Ocupação	0,129	7,473	-0,434	0,504	0,315	6,727	0,511	0,096	0,128	6,693	0,362	0,509
Vínculo empregatício	0,074	6,481	0,150	0,702	0,082	7,427	0,080	0,674	0,216	6,621	0,367	0,261
Benefício	0,018	6,634	0,069	0,925	0,231	8,304	-0,416	0,229	0,153	8,138	-0,481	0,428
Renda familiar	0,097	7,280	-0,114	0,617	0,060	7,729	-0,034	0,759	0,193	8,173	-0,192	0,316
Aquisição dos medicamentos	0,089	7,340	-0,333	0,646	0,185	6,986	0,334	0,337	0,290	5,684	0,914	0,126
Dificuldades na aquisição	0,115	7,275	-0,377	0,554	0,125	7,847	-0,198	0,519	0,044	7,125	0,121	0,822
Gasto mensal com medicamentos	0,115	6,297	0,096	0,553	0,071	7,709	-0,029	0,715	0,270	8,200	-0,191	0,157
Uso de bebida alcoólica	0,492	8,365	-0,606	0,007	0,185	7,867	-0,111	0,336	0,358	8,281	-0,372	0,057
Alterações psiquiátricas	0,040	6,598	0,068	0,835	0,044	7,656	0,036	0,820	0,014	7,246	0,020	0,942
Aderência	0,350	5,088	1,381	0,062	0,003	7,561	0,006	0,988	0,427	5,497	1,157	0,021
Erro de atraso alta	..	..	..	..	0,331	7,767	-0,053	0,080	0,066	7,225	0,018	0,734
Numero medicamento	0,473	8,535	-0,637	0,010	0,294	8,081	-0,180	0,122	0,075	7,518	-0,080	0,699

R – coeficiente de correlação múltipla; K e B – coeficientes de regressão linear; p – valor de significância estatística. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

Tabela 21 – Modelo de regressão logística linear nos períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de conhecimento dos medicamentos prescritos, na unidade Sarah- Brasília – Brasília – 2012.

Variável independente	Nível conhecimento total											
	Admissão n = 29				Alta hospitalar n = 29				Pós-alta hospitalar n = 29			
	R	k	C	p	R	k	C	p	R	k	C	p
Sexo	0,393	4,680	1,407	0,035	0,332	3,219	1,874	0,078	0,133	5,819	0,560	0,493
Idade (em anos)	0,231	5,314	0,035	0,228	0,243	7,245	-0,058	0,203	0,367	8,486	-0,065	0,050
Estado civil	0,328	7,516	-0,367	0,083	0,006	5,514	-0,010	0,976	0,085	6,845	-0,113	0,660
Procedência	0,023	6,426	-0,019	0,904	0,270	6,368	-0,352	0,156	0,013	6,464	0,012	0,948
Diagnóstico	0,039	6,028	0,178	0,840	0,027	5,109	0,189	0,891	0,186	8,447	-0,993	0,335
Etiologia	0,021	6,322	0,019	0,914	0,224	6,408	-0,316	0,243	0,275	7,347	-0,291	0,149
Tempo de lesão	0,439	6,134	0,378	0,043	0,467	5,008	0,467	0,011	0,288	6,277	0,288	0,130
Tempo desde a última consulta/internação	0,256	6,151	0,002	0,180	0,260	5,119	0,003	0,173	..	..	..	..
Tempo de internação	0,363	7,531	-0,049	0,053	0,402	7,492	-0,086	0,031	0,095	6,853	-0,015	0,623
Número de internações Sarah-Brasília	0,272	5,691	0,349	0,154	0,303	4,277	0,613	0,110	0,154	6,037	0,233	0,426
Número de internações CINR	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Escolaridade	0,103	5,984	0,154	0,595	0,231	4,088	0,546	0,227	0,170	5,727	0,301	0,377
Ocupação	0,123	5,623	0,706	0,524	0,056	4,938	0,508	0,772	0,130	5,560	0,875	0,503
Vínculo empregatício	0,123	4,917	0,706	0,524	0,056	4,430	0,508	0,772	0,130	4,686	0,875	0,503
Benefício	0,056	5,875	0,265	0,774	0,049	4,780	0,370	0,800	0,206	4,305	1,155	0,285
Renda familiar	0,015	6,317	0,012	0,940	0,045	5,776	-0,056	0,816	0,298	5,046	0,275	0,116
Aquisição dos medicamentos	0,002	6,365	0,007	0,991	0,030	5,748	-0,155	0,876	0,068	6,045	0,261	0,725
Dificuldades na aquisição	0,098	6,819	-0,285	0,615	0,086	4,871	0,394	0,659	0,232	7,733	-0,797	0,226
Gasto mensal com medicamentos	0,038	6,489	-0,026	0,844	0,048	5,261	0,051	0,805	0,236	5,682	0,189	0,219
Uso de bebida alcoólica	0,223	5,742	0,288	0,244	0,035	5,323	0,072	0,855	0,212	5,786	0,321	0,271
Alterações psiquiátricas	0,086	6,768	-0,153	0,659	0,065	5,951	-0,184	0,736	0,034	6,680	-0,072	0,859
Aderência	0,258	5,265	0,750	0,176	..	..	..	..	0,381	4,645	1,342	0,042
Numero medicamentos	0,001	6,380	-0,001	0,995	0,422	7,287	-0,575	0,023	0,274	7,373	-0,280	0,150

R – coeficiente de correlação múltipla; K e B – coeficientes de regressão linear; p – valor de significância estatística. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

6.3 Aderência Medicamentosa ao Tratamento Prescrito

6.3.1 Medida do nível de aderência medicamentosa e seguimento da prescrição médica

A análise comparativa entre os grupos de estudo, como demonstrada na Tabela 22, mostra a diferença no nível de aderência medicamentosa admissional ($p = 0,035$), enquanto no pós-alta hospitalar não houve diferença ($p = 0,965$).

Tabela 22 – Análise comparativa entre as unidades de estudo, quanto ao nível de aderência aos medicamentos prescritos, nos períodos de seguimento - Rede Sarah - Brasília – 2012.

	Unidades de estudo	N	Média	Desvio Padrão	p**
Nível aderência/Admissão	Sarah-Brasília	29	7,37	1,738	0,035
	CINR	29	6,56	1,034	
Nível aderência/Alta hospitalar	Sarah-Brasília	..	..	..	..
	CINR	29	8,73	1,017	
Nível aderência/Pós-alta hospitalar	Sarah-Brasília	29	7,84	1,608	0,965
	CINR	29	7,85	1,330	

** Teste t de Student. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

Na admissão, a maioria dos participantes do GE apresentava nível de aderência entre 6 e 7,499 pontos ($n_{GE} = 18$, 62,1%) e o GC apresentava aderência entre 8 e 10 pontos ($n_{GC} = 15$, 51,7%). A média de aderência foi de 6,56 ($DP \pm 1,034$) e 7,37 ($DP \pm 1,738$) para o GE e GC, respectivamente.

Na alta hospitalar, a maioria dos participantes do GE apresentava aderência superior a 7,5 pontos ($n_{GE} = 26$, 89,7%), a média de aderência foi de 8,73 ($DP \pm 1,017$).

No pós-alta hospitalar, a maioria dos participantes de ambos os grupos apresentava aderência superior a 7,5 pontos ($n_{GE} = 19$, 65,5%; $n_{GC} = 20$, 69,0%). As médias dos GE e GC foram 7,85 ($DP \pm 1,330$) e 7,84 ($DP \pm 1,608$), respectivamente.

Houve diferença no aumento da aderência do GE, da admissão para a alta hospitalar ($p < 0,0001$) e da admissão para o pós-alta hospitalar ($p < 0,0001$), enquanto para o GC não houve diferença ($p = 0,121$). O GE apresentou queda do nível de aderência, da alta hospitalar para o pós-alta ($p < 0,0001$).

Na Tabela 23 estão demonstrados os resultados da análise comparativa do nível de aderência entre os períodos de seguimento, por unidades de estudo.

Tabela 23 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência aos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Nível de aderência total (Média±DP)	6,56±1,034		8,73±1,017		7,85±1,330		7,37±1,738		..		7,84±1,608	
< 3,99 pontos	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	3,4	..	..	1	3,4
4 a 5,99 pontos	5	17,2	0	0,0	3	10,3	5	17,2	..	..	4	13,8
6 a 7,499 pontos	18	62,1	3	10,3	7	24,1	8	27,6	..	..	4	13,8
7,5 a 10 pontos	6	20,7	26	89,7	19	65,5	15	51,7	..	..	20	69,0
Mínimo/máximo	4/9		6/10		5/10		2/10		..		4/10	
P admissão/alta hospitalar**	0,0001						-					
P admissão/pós-alta hospitalar**							0,0001					
P alta hospitalar/pós-alta**							0,0001					

**Teste t de Student. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

Na admissão, 62,1% ($n_{GE} = 18$) dos participantes do GE seguiam a prescrição médica acima de 80%, mas somente seis (20,7%) tinha nível de aderência acima de 7,5 pontos. Onze participantes (37,9%) seguiam abaixo de 80%, sendo que oito (27,6%) apresentavam aderência entre 6 e 7,499 pontos, e três (10,3%) participantes aderência entre 4,0 e 5,99 pontos. Não foi encontrada associação significativa entre o nível de aderência e o nível de seguimento à prescrição médica ($p = 0,081$). O desfecho da aderência medicamentosa para o GE foi de 23 (79,3%) participantes não aderentes e seis (20,7%) aderentes. No GC, 24 (82,8%) participantes do GC seguiam a prescrição médica acima de 80%, mas somente 14 participantes apresentavam nível de aderência acima de 7,5 pontos. Cinco (17,2%) participantes seguiam a prescrição menos que 80%, sendo que três (10,3%) desses participantes apresentavam aderência entre 6 e 7,49 pontos. Há associação significativa entre o nível de aderência e o seguimento da prescrição médica ($p = 0,025$). O número de aderentes, no GC, foi de 14 (48,3%), enquanto 15 (51,7%) foram não aderentes.

Na alta hospitalar, 100% ($n = 29$) dos participantes do GE seguiam a prescrição médica durante a internação, porém, 25 (86,2%) foram considerados aderentes e quatro (12,1%) não aderentes ao PAM, pois apresentavam nível de aderência inferior à 7,49 pontos. Quanto ao GC, não foi realizada medida de aderência, porque participavam do grupo de administração de medicamentos pelo enfermeiro.

No pós-alta, 24 (82,8%) participantes do GE seguiam a prescrição médica acima de 80%, mas somente 16 (55,2%) com nível de aderência acima de 7,5 pontos. Cinco (17,2%) participantes seguiam a prescrição médica menos que 80%, sendo que 2 (6,9%) apresentavam aderência entre 4 e 5,99 pontos, 2 (6,9%) entre 6 e 7,49 pontos e 1 (3,4%) entre 7,5 e 10 pontos. Houve associação significativa entre o nível de aderência e o seguimento da prescrição médica ($p = 0,038$). Portanto, o número de aderentes foi de 16 (55,2%) e 13 (44,8%) não aderentes. No GC, 19 (65,5%) seguiam a prescrição médica acima de 80%, mas 11 (37,9%) tinham nível de aderência superior a 7,5 pontos. Dez (34,5%) participantes seguiam a prescrição médica menos que 80%, sendo que 2 (6,9%) apresentavam aderência entre 4 e 5,99 pontos, 3 (10,3%) entre 6 e 7,49 pontos e 5 (17,2%) entre 7,5 e 10 pontos. Não foi encontrada associação significativa entre o nível de aderência e o nível de seguimento da prescrição médica ($p = 0,583$). Assim, 11 (37,9%) participantes foram aderentes e 18 (62,1%) não aderentes.

Na Tabela 24 é demonstrada a análise de contingência entre o nível de aderência aos medicamentos e o seguimento da prescrição médica, nos períodos de seguimento, por unidades.

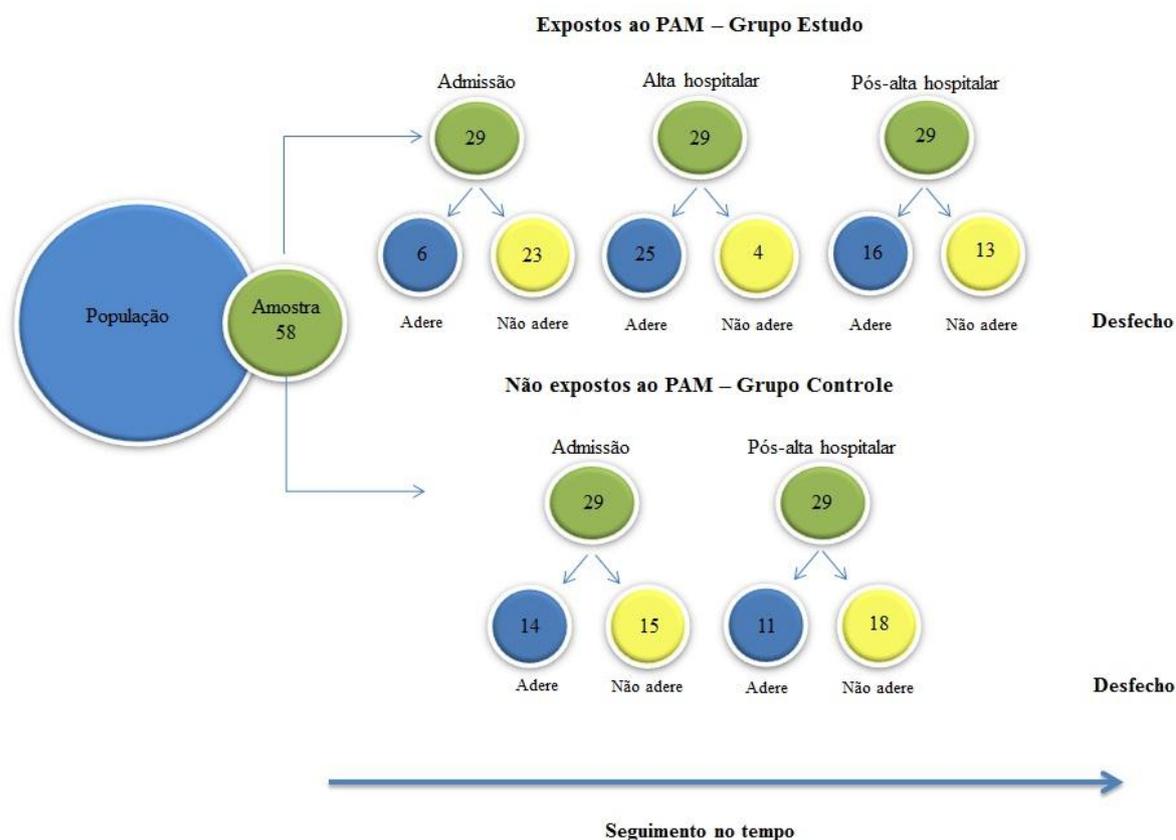
Tabela 24 – Análise de contingência entre o nível de aderência aos medicamentos e o seguimento da prescrição médica, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

		Nível de aderência medicamentosa									
		Unidade CINR n = 29					Unidade Sarah-Brasília n = 29				
		< 3,99 pontos	4 a 5,99 pontos	6 a 7,49 pontos	7,5 a 10 pontos	Total	< 3,99 pontos	4 a 5,99 pontos	6 a 7,49 pontos	7,5 a 10 pontos	Total
Nível de seguimento da prescrição	f	f	f	f		f	f	f	f	Total	
Admissão	< 80%	-	3	8	-	11	1	-	3	1	5
	> 80%	-	2	10	6	18	-	5	5	14	24
	Total	-	5	18	6	29	1	5	8	15	29
				0,081*				0,025*			
Alta hospitalar	< 80%	-	-	-	-	-	..	..	..	..	..
	> 80%	-	-	4	25	29	..	..	..	..	..
	Total	-	-	4	25	29	..	..	..	..	..
						
Pós-alta hospitalar	< 80%	-	2	2	1	5	-	2	3	5	10
	> 80%	-	1	7	16	24	1	2	5	11	19
	Total	-	3	9	17	29	1	4	6	18	29
				0,038*				0,583*			

*Teste Qui-quadrado entre o nível de seguimento da prescrição e nível de aderência medicamentosa representado pelo valor de p. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

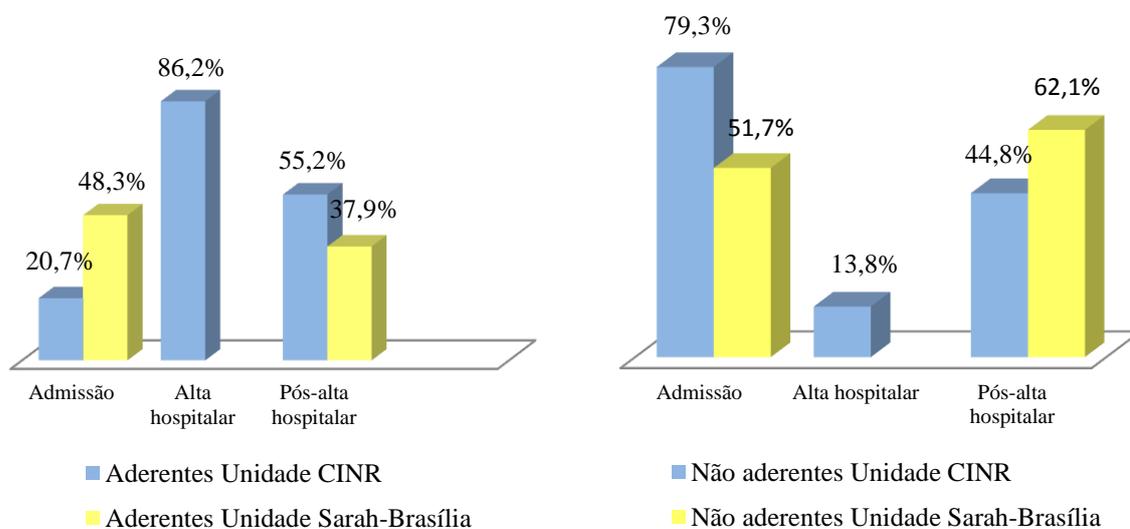
No diagrama 3 e Gráfico 1, demonstram-se o desfecho da aderência medicamentosa, de forma dicotômica, nos períodos de seguimento, em ambos os grupos.

Diagrama 3 – Representação esquemática do desfecho da aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento, por grupos de estudo – Brasília – 2012.



Fonte: Teixeira (2012) – Brasília – 2012.

Gráfico 1 – Desfecho da aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.



Fonte: Teixeira (2012) – Brasília – 2012.

Nas Tabelas 25 e 26 são demonstradas a mensuração do desfecho da aderência, na admissão e alta hospitalar, respectivamente.

Na admissão, o risco (R) ou probabilidade de ocorrência de não aderência, para os participantes expostos ao PAM foi de 79%, enquanto para os participantes não expostos foi de 52%. O RR maior que 1, indica que o risco entre os expostos era maior que nos indivíduos não expostos ao PAM, isto é, a magnitude do risco no grupo exposto ao PAM equivale a 152% do risco encontrado nos participantes do método de administração pelo enfermeiro. O ERR significa que os expostos ao PAM tinham risco de não aderir elevado em 52%, neste momento de avaliação.

Tabela 25 – Risco de não aderência ao tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, na admissão – Brasília – 2012.

Participantes	Não aderência ao tratamento medicamentoso			Probabilidade de não aderir
	Sim	Não	Total	
Expostos ao PAM	23	6	29	$R = 23/29 = 0,79 \times 100 = 79\%$
Não expostos ao PAM	15	14	29	$R = 15/29 = 0,52 \times 100 = 52\%$
Total	38	20	58	0,65
	$RR = 0,79/0,52 = 1,52 \times 100 = 152\%$			
	$ERR = 1,52 - 1 = 0,52 \times 100 = 52\%$			

R = Risco, RR = risco relativo, ERR = excesso relativo de risco.

No pós-alta hospitalar, o risco (R) ou probabilidade de ocorrência de não aderência, para os participantes expostos ao PAM foi de 45%, enquanto para os participantes não expostos foi de 62%. O RR menor que 1, indica que o risco entre os expostos era menor que nos indivíduos não expostos ao PAM, isto é, a magnitude do risco no grupo exposto ao PAM equivale a 73% do risco encontrado nos participantes do método de administração pelo enfermeiro. Assim, tem-se que o PAM reduziu o risco de não aderir em 27% (representa a eficácia do PAM) e uma redução absoluta do risco em 17% (significa que o PAM resultou na eliminação de 17% de não aderentes).

Tabela 26 – Risco de não aderência ao tratamento medicamentoso prescrito entre expostos e não expostos ao PAM, no pós-alta hospitalar – Brasília – 2012.

Participantes	Não aderência ao tratamento medicamentoso		Total	Probabilidade de não aderir
	Sim	Não		
Expostos ao PAM	13	16	29	$R = 13/29 = 0,45 \times 100 = 45\%$
Não expostos ao PAM	18	11	29	$R = 18/29 = 0,62 \times 100 = 62\%$
Total	31	27	58	0,65
	$RR = 0,45/0,62 = 0,73 \times 100 = 73\%$			
	$RRR = 1 - 0,73 = 0,27 \times 100 = 27\%$		$RAR = 0,62 - 0,45 = 0,17 \times 100 = 17\%$	

R = Risco, RR = risco relativo, RRR (ou Eficácia) = redução relativa do risco, RAR = relação absoluta do risco

6.3.2 Perda de dose na autoadministração de medicamentos prescritos

A maioria dos participantes de ambos os grupos ($n_{GE} = 16, 55,2\%$, $n_{GC} = 11, 37,9\%$) relatou que, raramente ou nunca, ocorria perda de doses na administração dos medicamentos prescritos, na admissão. A média aderência por perda de dose foi de 1,41(DP±0,402) e 1,52 pontos (DP±0,453) para o GE e GC, respectivamente.

Na alta hospitalar, a maioria dos participantes do GE ($n_{GE} = 21, 55,2\%$) informou que, nunca ocorria perda de doses na autoadministração durante a internação. A média de aderência foi 1,84 (DP±0,271).

No pós-alta hospitalar, 13 (44,8%) participantes do GE e 15 (51,7%) do GC, nunca, perdiam doses na autoadministração. A média de aderência por perda de dose foi de 1,62 (DP±0,456) e 1,60 (DP±0,470) para o GE e GC respectivamente.

O GE apresentou melhoria da aderência por relato de menor perda de doses, da admissão para a alta hospitalar ($p < 0,0001$), o que também foi observado da admissão para o pós-alta hospitalar ($p = 0,031$). A queda da aderência do GE, da alta hospitalar para o pós-alta foi significativa ($p = 0,005$). O GC não apresentou diferença significativa na aderência no período avaliado ($p = 0,433$). O esquecimento foi principal motivo de perda de doses, nos três momentos de avaliação.

Na Tabela 27, os resultados da análise comparativa do nível de aderência por perda de dose e motivos de perda entre os períodos de seguimento por unidades de estudo são mostrados.

Tabela 27 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por perda de dose na autoadministração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Perda de dose (Média±DP)	1,41±0,402		1,84±0,271		1,62±0,456		1,52±0,453		..		1,60±0,470	
Sempre	-	-	-	-	1	3,4	-	-	..	..	-	-
Quase sempre	2	6,9	-	-	-	-	1	3,4	..	..	1	3,4
Às vezes	6	20,7	1	3,4	3	10,3	8	27,6	..	..	7	24,1
Raramente	16	55,2	7	24,1	12	41,4	9	31,0	..	..	6	20,7
Nunca	5	17,2	21	72,4	13	44,8	11	37,9	..	..	15	51,7
Mínimo/máximo	0/2		1/2		0/2		1/2		..		1/2	
p admissão/alta hospitalar**	0,000						-					
p admissão/pós-alta hospitalar**	0,031						0,433					
p alta/pós-alta hospitalar**	0,005						..					
Motivos de perda de dose												
Esquecimento	6	20,7	4		3	10,3	9	31,0	..	..	4	13,8
Esquecimento ao sair de casa/convívio comunitário	5	15,1	1	3,4	..	..	3	10,3	..	..	1	3,4
Esquecimento por não acordar	4	13,8	1	3,4	1	3,4	1	3,4	..	..	1	3,4
Esquecimento ao envolver em atividades	1	3,4	..	..	2	6,9	..	..	..	..	1	3,4
Esquecimento ao sair de casa/convívio comunitário ou ao envolver em atividades	3	9,1	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Esquecimento e esquecimento por não acordar	1	3,4	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..
Esquecimento e esquecimento ao sair de casa	3	10,3	..	..	..	..	1	3,4	..	..	1	3,4
Esquecimento e falta do medicamento	1	3,4	..	..	..	..	2	6,9	..	..	..	..
Esquecimento e não uso devido reação adversa	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Falta do medicamento	3	10,3	..	..	..	..	1	3,4	..	..	1	3,4
Houve alteração do horário habitual da medicação ou esquecimento ao sair para convívio comunitário	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Não uso devido reação adversa	1	3,4	..	..	..	..	1	3,4	..	..	1	3,4
Preguiça de pegar o medicamento	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Suspensão do medicamento	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Deixa de tomar aos finais de semana	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4
Esquecimento e esquecimento ao sair de casa e quando envolve em atividades	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4
Deixa de tomar por sentir melhor	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..
Esquecimento e esquecimento ao envolver em atividades	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..

*Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.3.3 Perda de dose por esquecimento na autoadministração de medicamentos prescritos

Na admissão, a maioria dos participantes de ambos os grupos ($n_{GE} = 23, 79,3\%$; $n_{GC} = 20, 68,9\%$) relatou que raramente ou nunca perdeu doses por esquecimento. A média de aderência por perda de dose, devido esquecimento, foi de 1,50 ($DP \pm 0,327$) e 1,50 ($DP \pm 0,443$) para o GE e GC, respectivamente.

Na alta hospitalar, a maioria dos participantes do GE ($n_{GE} = 19 65,5\%$) nunca perdeu doses durante a autoadministração por esquecimento. A média de aderência por perda de dose, devido a esquecimento, foi de 1,79 ($DP \pm 0,331$).

No pós-alta, a maioria dos participantes de ambos os grupos ($n_{GE} = 26, 89,7\%$; $n_{GC} = 23, 79,3\%$) raramente ou nunca perdiam doses por esquecimento. A média de aderência por perda de doses, devido esquecimento, foi de 1,75 ($DP \pm 0,344$) e 1,67 ($DP \pm 0,449$) para o GE e GC, respectivamente.

O GE apresentou melhoria da aderência por perda de doses, devido esquecimento, da admissão para a alta ($p < 0,001$), e da admissão para o pós-alta hospitalar ($p < 0,001$). Não houve diferença no nível de aderência, da alta hospitalar para o pós-alta ($p = 0,573$), indicando que os participantes do GE, após 30 dias da alta, lembravam-se de autoadministrar os medicamentos, da mesma forma como na alta hospitalar. Na Tabela 28, os resultados da análise comparativa do nível de aderência por perda de dose por esquecimento entre os grupos.

Tabela 28 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por perda de dose devido esquecimento na autoadministração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Perda de dose por esquecimento (Média±DP)	1,50±0,327		1,79±0,331		1,75±0,344		1,50±0,443		..		1,67±0,449	
Sempre	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-	-
Quase sempre	-	-	-	-	-	-	1	3,4	..	..	1	3,4
Às vezes	6	20,7	2	6,9	3	10,3	8	27,6	..	..	5	17,2
Raramente	17	58,6	8	27,6	8	27,6	10	34,5	..	..	6	20,7
Nunca	6	20,7	19	65,5	18	62,1	10	34,5	..	..	17	58,6
Mínimo/máximo	0/2		1/2		0/2		1/2				1/2	
p admissão/alta hospitalar**			0,001									
p admissão/pós-alta hospitalar**			0,001								0,067	
p alta/pós-alta hospitalar**					0,573							

**Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.3.4 Perda de dose na autoadministração por sentir-se melhor ou pior

A maioria dos participantes de ambos os grupos relatou não perder doses na autoadministração por sentir-se melhor ou pior os medicamentos prescritos, nos períodos de seguimento. Não houve diferença estatisticamente significativa entre as médias de aderência por sentir-se melhor ou pior, na admissão, alta e pós-alta, conforme se observa nas Tabelas 29 e 30.

Tabela 29 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência na autoadministração dos medicamentos prescritos por perda de dose por sentir-se melhor nas unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Perda de dose por sentir-se melhor (Média±DP)	0,96±0,117		0,99±0,046		0,94±0,208		0,96±0,117		..		1,00±0,000	
Sempre	-	-	-	-	1	3,4	-	-	..	..	-	-
Quase sempre	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-	-
Às vezes	1	3,4	-	-	1	3,4	1	3,4	..	..	-	-
Raramente	3	10,3	1	3,4	1	3,4	3	10,3	..	..	-	-
Nunca	25	86,2	28	96,6	26	89,7	25	86,2	..	..	29	100
Mínimo/máximo	0/1		1/1		0/1		1/1				1/1	
P admissão/alta hospitalar**	0,161											
P admissão/pós-alta hospitalar**			0,712						0,057			
P alta hospitalar/pós-alta hospitalar**					0,206							

**Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

Tabela 30 – Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por perda de dose por sentir-se pior com o uso dos medicamentos prescritos por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Perda de dose por sentir-se pior (Média±DP)	0,96±0,117		1,00±0,00		0,97±0,139		0,95±0,169		..		0,99±0,046	
Sempre	-	-	-	-	-	-	-	-	..	..	-	-
Quase sempre	-	-	-	-	1	3,0	1	3,4	..	..	-	-
Às vezes	1	3,4	-	-	-	-	1	3,4	..	..	-	-
Raramente	3	10,3	-	-	-	-	1	3,4	..	..	1	3,4
Nunca	25	86,2	29	100	28	96,6	26	89,6	..	..	28	96,5
Mínimo/máximo	0/1		1/1		0/1		0/1				1/1	
P admissão/alta hospitalar**	0,057											
P admissão/pós-alta hospitalar**			0,626						0,202			
P alta/pós-alta hospitalar**					0,326							

**Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.3.5 Perda de dose na autoadministração por falta de aquisição dos medicamentos prescritos

A maioria dos participantes do GE ($n_{GE} = 13$, 44,8%) raramente perdia doses por falta de aquisição dos medicamentos, enquanto o GC 48,3% ($n_{GC} = 14$) nunca perdia. O tempo decorrido entre a falta do medicamento até a sua aquisição foi menor que três dias, para ambos os grupos ($n_{GE} = 13$, 44,8%; $n_{GC} = 12$, 41,4%), quando ocorria falta do medicamento.

No pós-alta hospitalar, a maioria de ambos os grupos ($n_{GE} = 25$, 86,2%; $n_{GC} = 23$, 79,2%) nunca perdia doses por falta de aquisição dos medicamentos. Os dados estão detalhados na Tabela 31.

Tabela 31 – Análise descritiva da admissão e pós-alta hospitalar, quanto à perda de dose por falta de aquisição dos medicamentos e período de tempo entre a falta à aquisição dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Perda de dose por falta de aquisição dos medicamentos												
Sempre	-	-	..	..	-	-	-	-	..	..	-	-
Quase sempre	-	-	..	..	-	-	1	3,4	..	..	-	-
Às vezes	5	17,2	..	..	-	-	2	6,9	..	..	1	3,4
Raramente	13	44,8	..	..	4	13,8	12	41,4	..	..	5	17,2
Nunca	11	37,9	..	..	25	86,2	14	48,3	..	..	23	79,3
Período (em dias) de não aquisição dos medicamentos												
< 1 dia	6	20,7	..	..	3	10,3	6	20,7	..	..	2	6,9
2 a 3 dias	7	24,1	..	..	-	-	6	20,7	..	..	2	6,9
4 a 7 dias	2	6,9	..	..	1	3,4	3	10,3	..	..	1	3,4
> 8 dias	2	6,9	..	..	-	-	-	-	..	..	-	-
Não sabe/não informou	1	3,4	..	..	-	-	-	-	..	..	1	3,4

**Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.3.6 Atraso de doses na autoadministração dos medicamentos prescritos

Na admissão, a maioria dos participantes de ambos os grupos relataram atraso dos horários de autoadministração ($n_{GE} = 24, 82,6\%$; $n_{GC} = 16 55,2\%$), enquanto seis (20,7%) participantes do GE e 13 (44,8%) do GC, raramente ou nunca atrasavam. O tempo de atraso foi variado entre os participantes. No GE, 27,6% ($n_{GE} = 8$) cometiam atrasos inferiores a 30 min, 27,6% ($n_{GE} = 8$) atrasos entre 31 a 59 min, 27,6% ($n_{GE} = 8$) entre 1h a 1h 59min e 13,8% ($n_{GE} = 4$) acima de 2h. No GC, a maioria cometia atrasos inferiores a 30 min ($n_{GC} = 11, 37,9\%$), seguido por atrasos entre 31 e 59min ($n_{GC} = 10, 34,5\%$), além de outros. Os principais motivos, foram atrasos por esquecer de autoadministrar o medicamento ($n_{GE} = 7, 24,1\%$; $n_{GC} = 6, 20,7\%$) e atrasos não justificados ($n_{GE} = 5, 17,2\%$; $n_{GC} = 9 31,0\%$).

Na alta hospitalar, a maioria dos participantes do GE ($n_{GE} = 19, 65,5\%$) raramente ou nunca cometiam atrasos, mas 10 (34,5%), às vezes ou sempre, atrasavam o horário da autoadministração durante a internação. O tempo de atraso dos participantes do GE foi inferior a 30 min ($n_{GE} = 10, 34,5\%$). Os atrasos decorriam de esquecimento do horário de autoadministração ($n_{GE} = 6 20,7\%$), devido a envolvimento em atividades de reabilitação ($n_{GE} = 4, 13,8\%$), esquecimento do horário de autoadministração do medicamento e/ou envolvimento em atividades de reabilitação ($n_{GE} = 4, 13,8\%$), além de outros.

No pós-alta hospitalar, 15 (51,7%) participantes do GE e 17 (58,6%) do GC raramente ou nunca atrasavam os horários de administração dos medicamentos. O tempo de atraso predominante no GE foi inferior a 30 min ($n_{GE} = 10; 34,5\%$), e no GC entre 1 a 1h59min ($n_{GC} = 8, 27,6\%$). As principais causas de atrasos foram por motivos não justificados ($n_{GE} = 17, 58,6\%$; $n_{GC} = 11, 37,9\%$), seguido por atrasos ao sair de casa ($n_{GE} = 3, 10,3\%$; $n_{GC} = 6, 20,7\%$).

O GE apresentou melhoria da média de aderência por atraso de doses, da admissão para a alta hospitalar ($p < 0,0001$). O aumento da aderência também foi observado da admissão para o pós-alta no GE ($p = 0,001$) e no GC ($p = 0,031$). Quanto à queda do nível de aderência do GE, da alta hospitalar para o pós-alta, não se encontrou diferença significativa ($p = 0,282$). O GE apresentou melhoria da aderência por redução do tempo de atraso, da admissão para a alta hospitalar ($p < 0,0001$). Esse aumento de aderência também foi observado, da admissão para o pós-alta hospitalar, em ambos os grupos, mas a diferença foi significativa somente para o GE ($p < 0,0001$). A queda do nível de aderência por tempo de atraso do GE, da alta hospitalar para o pós-alta, não foi significativa ($p = 0,195$).

Na Tabela 32 e 33 são demonstrados os resultados da análise comparativa do nível de aderência por atraso de doses na autoadministração, assim como o tempo e motivos de atrasos das doses, nos períodos de seguimento, nas unidades estudadas.

Tabela 32 - Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por atraso de doses na autoadministração de medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Atraso na autoadministração da dose (Média±DP)	0,45±0,193		0,67±0,251		0,61±0,237		0,56±0,246		..		0,66±0,234	
Sempre	1	3,4	2	6,9	1	3,4	3	10,3	..	..	1	3,4
Quase sempre	9	31,0	1	3,4	3	10,3	1	3,4	..	..	1	3,4
Às vezes	14	48,3	8	27,6	10	34,5	12	41,4	..	..	10	34,5
Raramente	5	17,2	14	48,3	12	41,4	12	41,4	..	..	12	41,4
Nunca	..	..	5	17,2	3	10,3	1	3,4	..	..	5	17,2
Mínimo/máximo	0/1		0/1		0/1		0/1				0/1	
P admissão/alta hospitalar**	0,000											
P admissão/pós-alta hospitalar**							0,001					
P alta/pós-alta hospitalar**							0,282					
Tempo de atraso na autoadministração	1,07±0,395		1,46±0,438		1,35±0,363		1,30±0,470		-		1,42±0,468	
Sem atraso	-	-	5	17,2	3	10,3	-	-	..	..	6	20,7
< 30min	8	27,6	10	34,5	10	34,5	11	37,9	..	..	6	20,7
31 min a 59min	8	27,6	7	24,1	8	27,6	10	34,5	..	..	7	24,1
1 a 1h 59min	8	27,6	6	20,7	7	24,1	4	13,8	..	..	8	27,6
2 a 2h59min	3	10,3	-	-	-	-	1	3,4	..	..	1	3,4
> 3h	1	3,4	-	-	-	-	2	6,9	..	..	1	3,4
Não sabe/não informou	1	3,4	1	3,4	1	3,4	-	-	..	..	-	-
Mínimo/máximo	0/2		0/2		1/2		0/2				0/2	
P admissão/alta hospitalar**	0,000											
P admissão/pós-alta hospitalar**							0,000					
P alta/pós-alta hospitalar**							0,138					
P alta/pós-alta hospitalar**							0,195					

**Teste t de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

Tabela 33 - Análise descritiva entre os períodos de seguimento do estudo, quanto aos motivos de atraso na autoadministração dos medicamentos prescritos, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Motivos de horário incorretos de uso												
Atraso por hábito	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por sair de casa e atraso por envolver em atividades	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso sem justificativa	5	17,2	3	10,3	17	58,6	9	31,0	..	..	11	37,9
Atraso pelo cateterismo	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso pela rotina diária	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso pelo celular não despertar	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por envolver em atividades	2	6,9	4	13,8	..	..	3	10,3	..	..	..	..
Atraso por envolver em atividades e por preguiça de pegar o medicamento	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por esquecer	7	24,1	6	20,7	1	3,4	6	20,7	..	..	3	10,3
Atraso por esquecer e pela rotina diária	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..
Atraso por esquecer e por não acordar	1	3,4	..	..	1	3,4	1	3,4	..	..	..	..
Atraso por esquecer e por envolver em atividades	2	6,9	4	13,8	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Atraso por esquecer, por pensar que tomou o medicamento	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..	1	3,4
Atraso por esquecer, por envolver em atividades ou sair do CINR para convívio comunitário	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por esquecer e por não acordar	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por esquecer e por preguiça de pegar o medicamento	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Atraso por esquecer, atraso ao sair de casa e adiantamento de horário	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	1	3,4
Atraso por esquecer, por sair de casa ou sair do CINR para convívio comunitário	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por esquecer, por envolver em atividade e por preguiça de pegar o medicamento	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..
Atraso por hábito e hábito de tomar mais tarde nos finais de semana	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por não acordar	3	10,3	2	6,9	1	3,4	1	3,4	..	..	1	3,4
Atraso por não acordar e por envolver em atividades	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por não acordar e por sair de casa	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Atraso por não acordar e hábito de tomar mais tarde aos finais de semana	1	3,4	..	..	..	..	..	..	..	..	..	..
Atraso por sair de casa	2	6,9	..	..	3	10,3	3	10,3	..	..	6	20,7
Atraso por sair de casa, por não acordar e por envolver em atividades	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Confusão de horário	..	..	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..
Hábito de tomar mais tarde aos finais de semana	..	..	..	..	1	3,4	..	..	..	..	..	..

Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

6.3.7 Modificações na prescrição médica por conta própria

Quanto às modificações na prescrição médica por conta própria, a maioria dos participantes do GE realizou pelo menos uma modificação na admissão ($n_{GE} = 17, 58,6\%$), sendo que a maioria não realizou modificações na alta ($n_{GE} = 28, 96,6\%$) e pós-alta hospitalar ($n_{GE} = 17, 58,6\%$). Observou-se melhoria significativa da média de aderência por redução do

número de modificações, da admissão para alta ($p < 0,0001$) e da admissão para o pós-alta ($p = 0,001$). Porém, houve queda significativa da média, da alta hospitalar para o pós-alta ($p < 0,0001$), sugerindo um aumento importante do número de modificações realizadas por conta própria após a alta.

Quanto ao GC, a maioria dos participantes não realizou modificações ($n_{GC} = 17$, 58,6%), mas oito (27,6%) participantes realizaram uma modificação e quatro (13,8%) realizaram duas ou três modificações na prescrição médica, quando avaliados no momento da admissão. No pós-alta, a maioria realizou modificações na prescrição médica, sendo que 10 (34,5%) participantes realizaram uma modificação e 5 (17,2%), duas ou três modificações, mas 14 (48,3%) não realizaram modificações. Não houve diferença na média de aderência, da admissão para o pós-alta ($p = 0,326$), indicando que, apesar de os participantes terem aumentado o número de modificações após a alta hospitalar, isso não foi significativo.

As principais modificações de prescrição realizadas foram redução de dose e/ou suspensão de medicamentos prescritos nos dois grupos, conforme demonstra-se na Tabela 34.

Tabela 34 - Análise comparativa entre os períodos de seguimento do estudo, quanto ao nível de aderência por modificações na prescrição médica, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Unidade CINR n = 29						Unidade Sarah-Brasília n = 29					
	Admissão		Alta		Pós-Alta		Admissão		Alta		Pós-Alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Modificação na prescrição médica por conta própria (Média±DP)	0,21±0,412		0,97±0,186		0,59±0,501		0,59±0,501		..		0,48±0,509	
Realizou 1 modificação	17	58,6	1	3,4	11	37,9	8	27,6	..	..	10	34,5
Realizou 2 ou 3 modificações	6	18,2	-	-	1	3,4	4	13,8	..	..	5	17,2
Não realizou modificação	6	20,7	28	96,6	17	58,6	17	58,6	..	..	14	48,3
Mínimo/máximo	0/1		0/1		0/1		0/1				0/1	
P admissão/alta hospitalar**	0,000											
P admissão/pós-alta hospitalar**	0,001						0,326					
P alta/pós-alta hospitalar**	0,000											
Modificações na prescrição médica												
Redução da dose prescrita	12	41,4	1	3,4	8	27,6	5	17,2	..	..	6	20,7
Aumento da dose prescrita	3	10,3	-	-	-	-	2	6,9	..	..	1	3,4
Suspensão do medicamento	9	31,0	-	-	3	10,3	4	13,8	..	..	9	31,0
Uso de medicamento não prescrito	3	10,3	-	-	1	3,4	2	6,9	..	..	-	-
Substituição de medicamento	2	6,9	-	-	-	-	-	-	..	..	-	-
Alteração da via de administração ou apresentação do medicamento	3	10,3	-	-	-	-	-	-	..	..	2	6,9
Outras modificações	-	-	-	-	1	3,4	3	10,3	..	..	1	3,4

**Teste t de Student de Student. Nota: sinais convencionais utilizados: .. não se aplica dado numérico; - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento; 0 dado numérico igual a zero resultante de arredondamento de um dado numérico originalmente positivo.

6.3.8 Avaliação de satisfação quanto aos medicamentos prescritos em uso

6.3.8.1 Controle vesical

Na admissão, dos 19 (65,5%) participantes que utilizavam medicamentos para o controle vesical, 55,2% referiam satisfação e 10,3% insatisfação. No GC, dos 11 (37,9%) participantes que utilizavam medicamentos, nove (31,0%) referiam estar satisfeitos e dois (6,9%) insatisfeitos. O nível de satisfação de ambos os grupos foi semelhante ($p = 0,108$).

Na alta hospitalar, dos 17 (58,6%) participantes do GE que utilizavam medicamentos, 41,4% estavam satisfeitos, enquanto 17,2% insatisfeitos. No GC, 13,8% ($n_{GC} = 4$) estavam insatisfeitos e 31% ($n_{GC} = 9$) estavam satisfeitos. O nível de satisfação de ambos os grupos foi semelhante ($p = 0,574$).

No pós-alta hospitalar, 75,9% dos participantes utilizavam medicamentos, sendo que 20 (69,0%) relatavam satisfação e dois (6,9%) insatisfação com os medicamentos em uso. No

GC, 44,8% utilizavam medicamentos, 11 (37,9%) referiam satisfação e dois (6,9%) insatisfação. Houve diferença significativa na satisfação dos grupos ($p = 0,047$).

No GE, da admissão para alta hospitalar, houve aumento da prescrição de medicamentos para o controle vesical, queda do número de participantes satisfeitos e aumentos dos insatisfeitos, sendo uma diferença significativa ($p < 0,0001$). No GC, a diferença da admissão para a alta, também foi significativa ($p < 0,0001$), devido ao aumento do número de participantes que utilizavam medicamentos para controle vesical e aumento dos insatisfeitos com o tratamento.

Na avaliação da admissão para o pós-alta, de ambos os grupos, também encontrou-se diferença significativa ($p < 0,0001$), pois havia maior número de participantes satisfeitos no pós-alta em relação a admissão. Além disso, houve redução do número de participantes que não utilizavam medicamentos para bexiga neurogênica, redução de insatisfeitos no GE e manutenção de insatisfeitos no GC.

Ambos os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) no nível de satisfação da alta para o pós alta, pois houve aumento do número de participantes satisfeitos com o tratamento medicamentoso da bexiga neurogênica, e redução do número de participantes insatisfeitos no pós-alta.

Na alta hospitalar, em ambos os grupos, houve aumento de participantes insatisfeitos e em uso de medicamentos para o tratamento da bexiga neurogênica, porém, no pós-alta hospitalar, havia maior número de participantes satisfeitos com o tratamento prescrito.

Conforme se observa na análise de contingência apresentada à Tabela 35, o enfoque das justificativas da grande maioria dos participantes, de ambos os grupos, nos três momentos de avaliação, voltava-se, principalmente, para o controle das perdas urinárias. Normalmente, se houvesse controle total das perdas urinárias, o participante estava satisfeito, ao contrário, se o medicamento não controlava as perdas urinárias, insatisfeito.

Na análise de regressão logística entre o nível de satisfação do participante com os medicamentos no controle vesical, não se encontrou significância dessa variável com relação à aderência ao tratamento medicamentoso prescrito nos períodos de seguimento do estudo. Desta forma, a insatisfação ou satisfação com o tratamento da bexiga neurogênica não gerou aumento ou diminuição da aderência, bem como para outras variáveis testadas no controle da espasticidade e dor neuropática.

Tabela 35 - Análise de contingência entre a satisfação com os medicamentos prescritos em uso no controle vesical e a justificativa dos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

Justificativa	Unidade CINR				Unidade Sarah-Brasília				
	Não usa medicamento	Satisfeito	Insatisfeito	Total	Não usa medicamento	Satisfeito	Insatisfeito	Total	
Admissão		10	-	-	10	18	-	-	18
	Controle total perdas urinárias	-	4	-	4	-	3	-	3
	Não controla perdas urinárias	-	-	-	-	-	-	1	1
	Controle parcial perdas urinárias	-	7	1	8	-	6	-	6
	Outra justificativa	-	5	2	7	-	-	1	1
	Total	10	16	3	29	18	9	2	29
Alta Hospitalar		12	-	-	12	16	-	-	16
	Controle total perdas urinárias	-	6	-	6	-	5	-	5
	Não controla perdas urinárias	-	-	3	3	-	-	3	3
	Controle parcial perdas urinárias	-	1	2	3	-	2	1	3
	Outra justificativa	-	5	-	5	-	2	-	2
	Total	12	12	5	29	16	9	4	29
Pós-alta Hospitalar		7	-	-	7	16	-	-	16
	Controle total perdas urinárias	-	11	-	11	-	9	-	9
	Não controla perdas urinárias	-	-	1	1	-	-	-	-
	Controle parcial perdas urinárias	-	5	1	6	-	1	2	3
	Outra justificativa	-	4	-	4	-	1	-	1
	Total	7	20	2	29	16	11	2	29

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.3.8.2 Controle da espasticidade

Na admissão, 31% ($n_{GE} = 9$) dos participantes que utilizavam medicamentos para o controle da espasticidade, seis (20,7%) referiam estar satisfeitos, enquanto três (10,3%) referiam insatisfação. No GC, 24,1% ($n_{GC} = 7$) dos que utilizavam medicamentos, três (10,3%) informaram satisfação, porém quatro (13,8%) insatisfeitos.

Na alta hospitalar, 27,6% ($n_{GE} = 8$) participantes do GE utilizavam medicamentos para o controle da espasticidade, sendo que seis (20,7%) referiram estar satisfeitos e dois (6,9%) insatisfeitos. No GC, dos 27,6% ($n_{GE} = 8$) participantes, cinco (17,2%) estavam satisfeitos e três (10,3%) insatisfeitos.

No pós-alta hospitalar, dos nove (31,0%) que utilizavam medicamentos para o controle da espasticidade, sete (24,1%) referiram satisfação, enquanto dois (6,9%) participantes referiram insatisfação. No GC, dos oito (27,6%) participantes que utilizavam,

cinco (17,2%) referiram satisfação, porém três (10,3%) referiram insatisfação com os medicamentos.

Não houve diferença do nível de satisfação dos grupos de estudo, na admissão ($p = 0,564$), alta hospitalar ($p = 0,958$) e pós-alta ($p = 0,881$).

Houve diferença significativa do nível de satisfação entre os períodos de seguimento no GE e no GC ($p = 0,0001$). Durante o período de seguimento, ambos os grupos evoluíram com maior satisfação no que se refere ao tratamento medicamentoso antispástico prescrito.

Na análise de regressão logística, entre o nível de satisfação do participante referente ao efeito esperado do medicamento no controle da espasticidade, não encontrou-se significância dessa variável com relação à aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento do estudo.

Na Tabela 36 observa-se a análise de contingência entre o nível de satisfação e a justificativa dos participantes, de ambos os grupos, nos três momentos de avaliação.

Tabela 36 - Análise de contingência entre a satisfação com os medicamentos prescritos em uso no controle da espasticidade e a justificativa dos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Justificativa	Unidade CINR			Unidade Sarah-Brasília				
		Não usa medicamento	Satisfeito	Insatisfeito	Total	Não usa medicamento	Satisfeito	Insatisfeito	Total
Admissão		20	-	-	20	22	-	-	22
	Controle total espasticidade	-	3	-	3	-	-	-	-
	Não controla espasticidade	-	-	2	2	-	-	-	-
	Controle parcial espasticidade	-	3	1	4	-	3	4	7
	Total	20	6	3	29	22	3	4	29
Alta Hospitalar		21	-	-	21	21	-	-	21
	Controle total espasticidade	-	1	-	1	-	2	-	2
	Não controla espasticidade	-	-	2	2	-	-	3	3
	Controle parcial espasticidade	-	5	-	5	-	3	-	3
	Total	21	6	2	29	21	5	3	29
Pós-alta Hospitalar		20	-	-	20	21	-	-	21
	Controle total espasticidade	-	3	-	3	-	3	-	3
	Não controla espasticidade	-	-	2	2	-	-	1	1
	Controle parcial espasticidade	-	4	-	4	-	2	2	4
	Total	-	-	-	-	-	-	3	-

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.3.8.3 Controle da dor neuropática

Na admissão, 25 (86,2%) participantes do GE não utilizavam medicamentos para o controle da dor neuropática, e os quatro (13,8%) que utilizavam, estavam insatisfeitos. No GC, 24 (82,7%) participantes não utilizavam medicamentos para o controle da dor neuropática, e dos cinco (17,2%) que utilizavam esses medicamentos, dois (6,9%) referiam insatisfação e dois informaram estar satisfeitos.

Na alta hospitalar, 25 (86,2%) participantes do GE não utilizavam medicamentos para o controle da dor neuropática, e dos quatro (13,8%) que utilizavam, dois (6,9%) estavam satisfeitos e dois (6,9%) insatisfeitos. Quanto ao GC, 23 (79,3%) participantes não utilizavam medicamentos para o controle da dor neuropática, e dos seis (20,7%) participantes, três (10,3%) referiram satisfação, mas três (10,3%) referiram insatisfação.

No pós-alta hospitalar, 23 (79,3%) participantes do GE não utilizavam medicamentos para o controle da dor neuropática, e dos seis (20,7%) participantes do GE que utilizavam,

quatro (13,8%) referiram satisfação, enquanto dois (6,9%) insatisfeitos. No GC, 22 (75,9%) participantes não utilizavam medicamentos para o controle da dor neuropática, e dos sete (24,1%) participantes que utilizavam esses medicamentos, cinco (17,2%) referiram satisfação, porém dois (6,9%) referiram insatisfação com relação aos medicamentos em uso.

Não encontrou-se diferença na análise comparativa entre os grupos na admissão ($p = 0,491$), na alta hospitalar ($p = 0,660$) e pós-alta hospitalar ($p = 0,478$).

Houve aumento do número de participantes satisfeitos com o tratamento para dor neuropática no GE, sendo a diferença significativa entre os períodos de seguimento ($p < 0,0001$). O GC evoluiu com aumento dos participantes satisfeitos no pós-alta, sendo a diferença significativa ($p < 0,0001$).

Na análise de regressão logística entre o nível de satisfação do participante quanto ao efeito esperado do medicamento no controle da dor neuropática, não encontrou-se significância dessa variável com relação à aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, nos períodos de seguimento do estudo.

Na Tabela 37, apresenta-se a análise de contingência entre o nível de satisfação e a justificativa dos participantes, de ambos os grupos, nos três momentos de avaliação.

Tabela 37 - Análise de contingência entre a satisfação com os medicamentos prescritos em uso no controle da dor neuropática e a justificativa dos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

Justificativa	Unidade CINR				Unidade Sarah-Brasília				
	Não usa medicamento	Satisfeito	Insatisfeito	Total	Não usa medicamento	Satisfeito	Insatisfeito	Total	
Admissão		25	-	-	25	24	-	-	23
	Controle total	-	-	-	-	-	-	-	-
	Não controla	-	-	3	3	-	-	1	1
	Controle parcial	-	-	1	1	-	2	2	5
Total	25	-	4	29	24	2	3	29	
Alta Hospitalar		25	-	-	25	23	-	-	23
	Controle total	-	2	-	2	-	2	-	2
	Não controla	-	-	1	1	-	-	-	-
	Controle parcial	-	-	1	1	-	1	3	4
Total	25	2	2	29	23	3	3	29	
Pós-alta Hospitalar		23	-	-	23	22	-	-	22
	Controle total	-	2	-	2	-	3	-	3
	Não controla	-	-	1	1	-	1	1	2
	Controle parcial	-	2	1	3	-	1	1	2
	Outra justificativa	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	23	4	2	29	22	5	2	29	

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.3.9 Avaliação das dificuldades quanto à aderência ao tratamento Medicamentoso prescrito

Na admissão, 22 (75,9%) participantes de ambos os grupos não apresentavam relatos de dificuldades para seguir o tratamento medicamentoso prescrito, enquanto sete (24,1%) apresentavam uma ou mais dificuldades.

Na alta hospitalar, a maioria dos participantes, dos dois grupos ($n_{GE} = 27, 93,1\%$; $n_{GC} = 26, 89,6\%$), não relatou dificuldades com o regime medicamentoso.

No pós-alta hospitalar, a maioria dos participantes, de ambos os grupos ($n_{GE} = 24, 82,8\%$; $n_{GC} = 21, 72,4\%$), não relatou dificuldades com o regime medicamentoso.

Na análise comparativa entre os grupos estudados, não houve diferença estatisticamente significativa quanto às dificuldades na admissão ($p = 1,00$), alta ($p = 0,640$) e pós-alta ($p = 0,345$).

Na Tabela 38 encontram-se indicadas as dificuldades relatadas pelos participantes dos grupos estudados.

Tabela 38 - Análise descritiva das dificuldades de aderência ao tratamento medicamentoso prescrito relatadas pelos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Dificuldades Aderência Medicamentosa											
	Admissão				Alta Hospitalar				Pós-alta Hospitalar			
	GE		GC		GE		GC		GE		GC	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Dificuldades apresentadas												
Ausência de dificuldade	22	75,9	22	75,9	27	93,1	26	89,6	24	82,8	21	72,4
Aquisição	-	-	2	6,9	-	-	-	-	-	-	-	-
Financeira	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	2	-	1	-
Financeira e seguir horário	2	6,9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Não alcance do resultado esperado	1	3,4	-	-	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Reação adversa, financeira e seguir horário	-	-	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Reação adversa, seguir horário e aquisição	-	-	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Reação adversa, não alcance do resultado esperado e aquisição	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Seguir horário	1	3,4	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-	3	10,3
Uso contínuo	1	3,4	-	-	-	-	-	-	1	3,4	1	3,4
Uso contínuo e seguir horário	-	-	1	3,4	-	-	-	-	-	-	-	-
Horário diferente do horário de casa	-	-	-	-	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Atraso no horário de administração	-	-	-	-	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Via de administração intravesical e reação adversa	-	-	-	-	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Falta de entendimento da prescrição médica	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Medo de dependência e financeira	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Reação adversa	-	-	-	-	-	-	-	-	2	6,9	1	3,4
Total	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100	29	100

GE – Grupo estudo; GC – Grupo controle. Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.3.10 Avaliação das dúvidas quanto ao tratamento medicamentoso prescrito

Na admissão, a maioria dos participantes do GE relatou dúvidas sobre o tratamento medicamentoso, enquanto no GC, a maioria não apresentava dúvidas ($n_{GC} = 15, 51,7\%$).

Na alta hospitalar, em ambos os grupos, predominou a ausência de dúvidas sobre o tratamento ($n_{GE} = 21, 72,4\%$; $n_{GC} = 18, 62,0\%$).

Na análise comparativa entre os grupos estudados, não se encontrou diferença quanto às dúvidas identificadas nos períodos de avaliação, na admissão ($p = 0,599$) e alta hospitalar ($p = 0,401$).

Tabela 39 - Análise das dúvidas sobre o tratamento medicamentoso prescrito pelos participantes, nos períodos de seguimento, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Admissão				Alta Hospitalar			
	GE		GC		GE		GC	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Ausência de dúvidas	13	44,8	15	51,7	21	72,4	18	62,0
Dúvidas sobre o tratamento medicamentoso								
Ajustes no tratamento medicamentoso	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Alternativas de formas de apresentação e riscos de interrupção do tratamento	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Alternativas de formas de apresentação, reações adversas aos medicamentos e indicações de uso	-	-	-	-	1	3,4	-	-
Alternativas de tratamento medicamentoso	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-
Alternativas de via de administração e continuidade do tratamento	-	-	-	-	1	3,4	-	-
Alternativas de via de administração e mecanismo de ação dos medicamentos	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Conhecimento geral dos medicamentos	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Conhecimento geral dos medicamentos, continuidade do tratamento	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Continuidade do tratamento	-	-	-	-	2	6,9	-	-
Contra indicações dos medicamentos	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Contra indicações dos medicamentos, indicações e recomendações de uso	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Efeitos à longo prazo pelo uso contínuo	1	3,4	2	6,9	1	3,4	-	-
Efeitos à longo prazo pelo uso contínuo, conhecimento geral dos medicamentos	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Eficácia do tratamento medicamentoso	-	-	2	6,9	-	-	-	-
Eficácia do tratamento medicamentoso e continuidade do tratamento	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Indicações e recomendações de uso	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Indicações de uso	0	0	-	-	1	3,4	1	3,4
Indicações de uso e continuidade do tratamento	0	0	-	-	-	-	1	3,4
Reações adversas aos medicamentos	2	6,9	1	3,4	1	3,4	2	6,9
Reações adversas aos medicamentos e contra indicações dos medicamentos	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Reações adversas aos medicamentos e efeitos à longo prazo pelo uso contínuo	2	6,9	-	-	-	-	-	-
Reações adversas aos medicamentos e indicações de uso	2	6,9	1	3,4	-	-	-	-
Reações adversas aos medicamentos e interação medicamentosa	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Reações adversas aos medicamentos e riscos se interrupção do tratamento	-	-	-	-	1	3,4	-	-
Reações adversas aos medicamentos, conhecimento geral dos medicamentos e recomendações de uso	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Reações adversas aos medicamentos, indicações e recomendações de uso	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Reações adversas aos medicamentos, indicações de uso, conhecimento geral dos medicamentos	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Reações adversas aos medicamentos, interação medicamentosa e conhecimento da dose em miligramas	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Recomendações de uso e continuidade do tratamento	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Risco de dependência pelo uso contínuo	1	3,4	1	3,4	-	-	-	-
Riscos de overdose no uso dos medicamentos	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Riscos se interrupção do tratamento	1	3,4	-	-	-	-	1	3,4
Total de dúvidas	16	55,2	14	48,3	8	27,6	11	37,9
Total	29	100	29	100	29	100	29	100

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.3.11 Análise de regressão logística entre a aderência medicamentosa e as variáveis independentes

Na análise de todos os casos, sem separação por grupos de estudo, a regressão logística realizada entre a aderência medicamentosa na admissão e as diversas variáveis independentes, encontrou-se significância estatística no modelo a variável unidade ($p = 0,031$), sendo que participantes da unidade Sarah-Brasília possuíam 3,578 vezes mais chances de aderirem ao tratamento medicamentoso. Contudo, no pós-alta hospitalar, observou-se que a variável unidade não foi significativa no modelo ($p = 0,190$), porém, havia 2,014 vezes mais chances de os participantes da unidade CINR aderirem ao tratamento medicamentoso. No pós-alta hospitalar, também na análise de todos os casos, observou-se que as variáveis nível de conhecimento medicamentoso ($p = 0,006$), conhecimento do nome ($p = 0,041$), conhecimento da dose ($p = 0,011$), conhecimento do horário de uso ($p = 0,010$) e relato de dificuldades para seguir o tratamento medicamentoso ($p = 0,010$) foram significativas no modelo de regressão logística da aderência. As principais análises são demonstradas nas Tabelas 40, 41 e 42.

Tabela 40 – Análise dos casos da unidade Sarah-Brasília e CINR no grupo único, quanto à relação entre a aderência medicamentosa e as variáveis independentes do estudo no modelo de regressão logística – Brasília – 2012.

Variáveis independentes	Aderência ao Tratamento Medicamentoso (medida dicotômica)							
	Admissão n = 58				Pós-alta hospitalar n = 58			
	K	B	p	Exp (B)	K	B	p	Exp (B)
Unidade	-1,344	1,275	0,031	3,578	-0,492	0,700	0,190	2,014
Sexo	-1,353	0,551	0,362	1,735	0,979	-0,884	0,155	0,413
Idade	-2,426	0,057	0,066	1,059	0,680	-0,027	0,370	0,974
Estado civil	0,503	-0,399	0,057	0,671	0,694	-0,281	0,164	0,755
Procedência	0,063	-0,231	0,152	0,794	-0,124	-0,004	0,977	0,996
Tempo desde a última consulta/internação	-0,149	-0,002	0,136	0,998	-0,465	0,001	0,290	1,001
Diagnóstico	-0,981	0,171	0,809	1,186	-0,553	0,209	0,756	1,233
Etiologia	-0,898	0,088	0,583	1,092	0,255	-0,138	0,380	0,871
Tempo de lesão	-0,821	0,055	0,424	1,056	-0,424	0,194	0,358	1,214
Tempo de internação	-1,061	0,018	0,450	1,018	0,919	-0,047	0,065	0,954
Número de internações Sarah-Brasília	-0,986	0,202	0,396	1,224	0,600	-0,457	0,118	0,633
Número de internações CINR	-0,261	-0,262	0,088	0,770	-0,384	0,143	0,215	1,154
Escolaridade	-1,221	0,202	0,523	1,223	-1,757	0,563	0,081	1,756
Ocupação	0,397	-0,780	0,202	0,458	-1,478	0,982	0,081	2,670
Vínculo empregatício	-1,506	0,438	0,352	1,550	-1,909	0,904	0,062	2,469
Benefício	-1,094	0,247	0,743	1,280	0,167	-0,167	0,810	0,846
Renda familiar	0,119	-0,156	0,352	0,855	0,502	-0,130	0,417	0,878
Aquisição dos medicamentos	-0,762	0,069	0,913	1,071	-0,127	-0,006	0,992	0,994
Dificuldades na aquisição	-0,953	0,211	0,703	1,235	0,725	0,400	0,451	1,491
Gasto mensal com medicamentos	-0,338	-0,068	0,617	0,935	-0,334	0,043	0,740	1,044
Uso de bebida alcoólica	-0,811	0,069	0,757	1,071	0,043	-0,075	0,727	0,928
Alterações psiquiátricas	-2,108	0,583	0,106	1,791	-0,428	0,119	0,688	1,126
Conhecimento tratamento medicamentoso prescrito	-3,231	0,385	0,068	1,470	-5,975	0,819	0,006	2,269
Conhecimento nome medicamento	-0,316	-0,195	0,699	0,823	-3,744	1,969	0,041	7,164
Conhecimento dose medicamento	-1,655	0,719	0,113	2,052	-2,407	1,420	0,011	4,137
Conhecimento horários de uso	-209,99	105,048	0,995	4,186	-9,008	4,872	0,003	130,628
Número de medicamentos prescritos	-0,606	-0,014	0,940	0,987	0,525	-0,223	0,224	0,800
Reações adversas relatadas	-0,693	0,134	0,814	1,143	-0,348	0,417	0,431	1,518
Relato de dificuldades em seguir tratamento	-1,792	1,424	0,084	4,154	-2,485	2,799	0,010	16,421

K e B – coeficientes de regressão; *p* – valor de significância estatística; Exp (B) - probabilidade de ocorrência do evento. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

Tabela 41 – Regressão logística na análise entre a aderência ao tratamento medicamentoso prescrito e as variáveis independentes na unidade CINR – Brasília – 2012.

Variáveis independentes	Aderência ao Tratamento Medicamentoso (medida dicotômica)											
	Admissão (n = 29)				Alta hospitalar (n = 29)				Pós-alta hospitalar (n = 29)			
	K	B	p	Exp (B)	K	B	p	Exp (B)	K	B	P	Exp (B)
Sexo	-1,257	-0,065	0,947	0,938	2,894	-0,754	0,488	0,471	2,394	-1,620	0,056	0,198
Idade	-2,764	0,044	0,363	1,045	2,798	-0,030	0,591	0,970	0,387	0,043	0,893	0,994
Estado civil	0,122	-0,581	0,107	0,559	3,524	-0,537	0,310	0,585	0,708	-0,176	0,534	0,839
Procedência	-0,140	-0,336	0,254	0,715	6,227	-1,008	0,240	0,365	0,377	-0,045	0,861	0,956
Tempo entre última consulta/internação e a atual	0,499	-0,005	0,142	0,995	1,984	0,000	0,911	1,00	-0,388	0,001	0,529	1,001
Diagnóstico	-1,344	0,000	1,000	1,000	-0,873	1,423	0,241	4,150	-1,189	0,701	0,421	2,015
Etiologia	-0,979	-0,135	0,619	0,874	2,263	-0,144	0,616	0,866	0,115	0,033	0,875	1,033
Tempo de lesão	-1,301	-0,012	0,938	0,988	1,682	0,044	0,812	1,045	0,283	-0,021	0,865	0,979
Tempo de internação	-1,509	0,007	0,843	1,007	3,360	-0,061	0,152	0,941	1,454	-0,057	0,108	0,945
Número internações Sarah-Brasília	-0,920	-0,331	0,595	0,718	0,754	0,938	0,446	2,555	2,390	-1,777	0,086	0,169
Número internações CINR	-1,115	-0,069	0,740	0,934	2,237	-0,110	0,612	0,896	-0,045	0,074	0,651	1,077
Escolaridade	-1,562	0,069	0,914	1,072	2,686	-0,268	0,741	0,765	-1,314	0,485	0,373	1,625
Ocupação	-0,021	-0,827	0,376	0,438	2,720	-0,523	0,670	0,593	-0,318	0,318	0,685	1,375
Vínculo empregatício	-1,365	0,012	0,984	1,012	1,570	0,146	0,833	1,157	-1,415	0,907	0,087	2,477
Benefício	-41,42	20,222	0,999	6,058	-0,470	1,386	0,215	4,000	-0,943	0,655	0,456	1,926
Renda familiar	-0,037	-0,295	0,400	0,745	1,584	0,055	0,891	1,056	1,826	-0,350	0,238	0,704
Aquisição dos medicamentos	-2,360	0,568	0,634	1,765	40,902	-19,69	0,999	0,000	0,393	-0,105	0,904	0,900
Dificuldades na aquisição	-2,238	0,629	0,497	1,875	-18,69	19,950	0,999	4,616	-2,408	1,956	0,033	7,071
Gasto mensal com medicamentos	-3,368	0,393	0,212	1,481	..	..	..	..	-1,286	0,315	0,136	1,371
Uso de bebida alcoólica	-1,040	-0,117	0,742	0,890	1,554	0,107	0,797	1,113	0,315	-0,040	0,889	0,961
Alterações psiquiátricas	-1,419	0,032	0,947	1,033	31,143	-9,941	0,999	0,000	1,324	-0,476	0,251	0,621
Conhecimento tratamento medicamentoso	-14,63	1,768	0,198	5,861	1,750	0,011	0,988	1,011	-7,915	1,092	0,059	2,979
Conhecimento dose prescrita	-11,75	5,690	0,177	295,92	..	..	..	..	-2,951	1,869	0,059	6,481
Conhecimento horário prescrito	-208,1	103,77	0,996	1,162	..	..	..	..	-9,367	5,087	0,065	161,88
Número medicamentos prescritos	-0,168	-0,450	0,297	0,638	5,353	-1,043	0,036	0,352	0,769	-0,198	0,510	0,821
Erro de atraso na autoadministração	..	..	..	..	3,275	-0,261	0,029	0,770	0,430	-0,060	0,450	0,942
Cartão medicamentos atualizado	..	..	..	..	1,525	0,039	0,576	1,040	..	..	..	..
Não retirada medicamentos no posto	..	..	..	..	2,620	-0,299	0,070	0,741	..	..	..	..
Dificuldade seguir tratamento medicamentoso	-1,792	0,568	0,634	1,765	2,079	0,000	0,177	8,000	21,203	21,896	0,999	3,231
Relato de reações adversas	-1,322	-0,065	0,947	0,938	1,872	-0,080	0,941	0,923	0,134	0,154	0,837	1,167

K e B – coeficientes de regressão; p – valor de significância estatística; Exp (B) - probabilidade de ocorrência do evento. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

Tabela 42 – Regressão logística na análise entre a aderência ao tratamento medicamentoso prescrito e as variáveis independentes na unidade Sarah-Brasília – Brasília – 2012.

Variáveis Independentes	Aderência ao Tratamento Medicamentoso (medida dicotômica)							
	Admissão				Pós-alta hospitalar			
	K	B	p	Exp (B)	K	B	p	Exp (B)
Sexo	-2,493	2,051	0,081	7,778	-0,191	-0,251	0,795	0,778
Idade	-2,462	0,079	0,082	1,082	1,055	-0,052	0,250	0,949
Estado civil	1,398	-0,470	0,129	0,625	0,592	-0,356	0,229	0,701
Procedência	-0,042	-0,011	0,959	0,989	-0,170	-0,131	0,559	0,878
Tempo entre a última consulta/internação e a atual	-0,294	0,002	0,406	1,002	-0,456	0,000	0,877	1,000
Diagnóstico	-1,403	0,678	0,582	1,970	1,302	-0,907	0,470	0,400
Etiologia	-0,860	0,270	0,262	1,310	0,594	-0,389	0,154	0,677
Tempo de lesão	-0,365	0,115	0,257	1,122	-0,598	0,037	0,644	1,038
Tempo de internação	-0,665	0,026	0,475	1,026	0,254	-0,033	0,386	0,968
Número de internações Sarah-Brasília	-0,617	0,280	0,425	1,323	-0,578	0,043	0,898	1,044
Número de internações CINR	..	..	..	..	..	..	..	..
Escolaridade	-1,820	0,680	0,114	1,974	-1,761	0,486	0,256	1,626
Ocupação	-21,649	21,426	0,999	2,019	-22,589	21,896	0,999	3,231
Vínculo empregatício	-43,075	21,426	0,999	2,019	-44,485	21,896	0,999	3,231
Benefício	42,716	-21,513	0,999	0,000	2,022	-1,329	0,304	0,265
Renda familiar	1,207	-0,242	0,248	0,785	-0,711	0,041	0,842	1,042
Aquisição dos medicamentos	0,095	-0,095	0,909	0,909	-0,536	0,025	0,976	1,026
Dificuldades na aquisição	0,560	-0,405	0,589	0,667	0,480	-0,634	0,413	0,530
Gasto mensal com medicamentos	0,914	-0,229	0,208	0,796	0,390	-0,210	0,256	0,810
Uso de bebida alcoólica	-1,092	0,465	0,185	1,591	0,098	-0,273	0,443	0,761
Alterações psiquiátricas	-2,895	1,077	0,079	2,937	-54,919	18,306	0,998	8,921
Conhecimento do tratamento medicamentoso	-2,488	0,377	0,175	1,459	-4,864	0,644	0,063	1,905
Conhecimento horário uso medicamentos prescritos	-143,41	72,053	0,998	1,960	-8,867	4,653	0,025	104,90
Conhecimento dose prescrita	-0,919	0,729	0,149	2,073	-2,951	1,869	0,059	6,481
Número de medicamentos	-0,469	0,164	0,447	1,178	0,153	-0,208	0,381	0,812
Relato de reação adversa	-0,118	0,118	0,876	1,125	-0,916	0,783	0,319	2,187
Dificuldades para seguir tratamento medicamentoso	-1,792	2,159	0,064	8,667	-1,946	1,851	0,109	6,364

K e B – coeficientes de regressão; *p* – valor de significância estatística; Exp (B) – probabilidade de ocorrência do evento. Nota: sinal convencional utilizado: .. não se aplica dado numérico.

6.4 Avaliação da ocorrência de erros na autoadministração de medicamentos durante a participação no PAM

Durante a internação, a maioria ($n_{GE} = 24$, 82,6%) dos participantes do PAM cometeram erros na autoadministração de medicamentos, sem decorrer em danos, sendo que em somente cinco (17,2%) participantes não se detectaram erros durante o período de monitoramento.

De um total de 599 monitoramentos, foram detectados 106 (17,7%) erros de atraso na autoadministração dos medicamentos, 12 (2,0%) erros de perda de dose, um (0,17%) erro de perda intencional de dose.

A distribuição dos erros, segundo tempo de atraso na autoadministração dos medicamentos prescritos, foram assim classificadas: entre 30min a 1 h ($n = 52$, 8,7%); 1h01min a 2h ($n = 25$, 4,2%); 2h01min a 3h ($n = 17$, 2,8%); e atrasos com mais de 3 horas ($n = 12$, 2,0%).

Quanto à distribuição por sexo, 23 participantes do GE cometeram erros de atraso, sendo que oito participantes do sexo feminino cometeram 36 erros (6,0%) e 15 do sexo masculino cometeram 70 erros (11,7%).

Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa no teste Qui-quadrado realizado entre a ocorrência de erros por atrasos na autoadministração de medicamentos e as variáveis sexo ($p = 0,651$), idade ($p = 0,833$), tempo de internação no CINR ($p = 0,485$), procedência por regiões brasileiras ($p = 0,279$), estado civil ($p = 0,352$), escolaridade ($p = 736$), aderentes e não aderentes na alta ($p = 0,271$), conhecimento geral na alta ($p = 0,181$) e outros.

Os medicamentos envolvidos nas ocorrências de erros são apresentados na Tabela 43. Assim, no período de monitoramento do GE, constatou-se mais frequência de erros identificados na autoadministração de cloridrato de oxibutinina, seguido de tizanidina e baclofeno.

Tabela 43 – Análise de contingência entre os erros na autoadministração e os medicamentos prescritos, na unidade CINR – Brasília – 2012.

	Sem erros		Erro de atraso		Erro por perda de dose		Erro por perda intencional de dose		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Monitoramento	480	80,1	-	-	-	-	-	-	480	80,1
AAS	-	-	7	1,17	-	-	-	-	7	1,17
Atenolol	-	-	3	0,50	-	-	-	-	3	0,50
Baclofeno	-	-	14	2,34	3	0,50	-	-	17	2,84
Bactrin	-	-	2	0,33	-	-	-	-	2	0,33
Captopril	-	-	3	0,50	-	-	-	-	3	0,50
Clorpromazina	-	-	2	0,33	-	-	-	-	2	0,33
Tolderodina	-	-	1	0,17	-	-	-	-	1	0,17
Enoxaparina	-	-	1	0,17	-	-	-	-	1	0,17
Gabapentina	-	-	3	0,50	2	0,33	-	-	3	0,50
Imipramina	-	-	4	0,67	-	-	1	0,17	4	0,67
Niquitin	-	-	5	0,83	-	-	-	-	5	0,83
Nitrofurantoína	-	-	6	1,00	-	-	-	-	6	1,00
Nortriptilina	-	-	2	0,33	-	-	-	-	2	0,33
Oxibutinina	-	-	29	4,84	4	0,67	-	-	33	5,51
Ranitidina	-	-	2	0,33	-	-	-	-	2	0,33
Sinvastatina	-	-	1	0,17	-	-	-	-	1	0,17
Tizanidina	-	-	17	2,84	3	0,50	-	-	20	3,34
Vitamina c	-	-	4	0,67	-	-	-	-	4	0,67
Total	480	80,1	106	17,7	12	2,0	1	0,17	599	100

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.5 Opinião dos participantes quanto ao PAM

6.5.1 Opinião dos participantes entre o método de administração de medicamentos pelo enfermeiro e a autoadministração de medicamentos

Quando questionados sobre o método de administração de medicamentos pelo enfermeiro e a autoadministração de medicamentos na alta hospitalar, a maioria ($n_{GE} = 27$, 93,1%) dos participantes do GE opinaram por continuar autoadministrando os medicamentos durante a internação, enquanto dois (6,9%) preferiam o método tradicional. Quanto ao GC, 15 (51,7%) participantes preferiam continuar com o método tradicional e 14 (48,3%) relataram desejo de experimentar a autoadministração de medicamentos.

Na análise comparativa entre o GE e GC, sobre a preferência quanto aos métodos, observou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p < 0,0001$), conforme detalhado na Tabela 44.

Tabela 44 – Análise de contingência entre os grupos de estudo, quanto às escolhas dos participantes, entre o método de administração pelo enfermeiro e o método de autoadministração de medicamentos, durante internação para o programa de reabilitação, por unidades da Rede Sarah – Brasília – 2012.

	Método de Autoadministração				Método de Administração pelo Enfermeiro			
	GE		GC		GE		GC	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Justificativas das escolhas					0,0001*			
Aprendizado, autonomia e independência	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Aprendizado	6	20,7	2	6,9	-	-	-	-
Aprendizado, autonomia e seguimento da rotina	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Autonomia	-	-	3	10,3	-	-	-	-
Autonomia e autocontrole	-	-	1	3,4	-	-	-	-
Capacidade	-	-	2	6,9	-	-	-	-
Comodidade	-	-	-	-	-	-	1	3,4
Independência, autonomia, autocontrole e responsabilidade	11	37,9	-	-	-	-	-	-
Parte do processo de reabilitação	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Praticidade da embalagem	1	3,4	-	-	-	-	-	-
Praticidade da embalagem e seguimento da rotina	2	6,9	-	-	-	-	-	-
Responsabilidade	-	-	2	6,9	-	-	-	-
Seguimento da rotina	5	17,2	3	10,3	2	6,9	-	-
Segurança	-	-	-	-	-	-	14	48,3
	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	27	93,1	14	48,3	2	6,9	15	51,7

*Teste Qui-Quadrado para análise de comparação entre grupo estudo (GE) e controle (GC). Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.5.2 Avaliação dos participantes do PAM quanto à conferência da embalagem plástica de medicamentos

Quanto à conferência da embalagem plástica de medicamentos, 23 (79,3%) participantes relataram que sempre realizavam a conferência da embalagem ao recebê-la ou

imediatamente antes da autoadministração dos medicamentos, a fim de checar se houveram modificações na prescrição médica ($n_{GE} = 4$, 13,8%), evitar recebimento de embalagens trocadas ($n_{GE} = 4$, 13,8%), garantir que os medicamentos estivessem na dosagem e horários corretos ($n_{GE} = 9$, 31,0%), além de outras justificativas ($n_{GE} = 6$, 20,7%). Dois (6,9%) participantes quase sempre realizavam a conferência com a justificativa de garantir que os medicamentos estivessem na dosagem e horários corretos. Três (10,3%) participantes às vezes conferiam, sendo que a atenção de dois (6,9%) desses participantes voltava-se para a conferência de doses e horários dos medicamentos, enquanto outro (3,4%) preocupava-se com conferência de doses e horários, mas também com possíveis modificações da prescrição. Porém, um (3,4%) participante nunca conferia a embalagem, pois acreditava na forma de preparo da embalagem pela equipe.

6.5.3 Avaliação dos participantes do PAM quanto a identificação de erros na embalagem plástica de medicamentos

A maioria ($n_{GE} = 21$, 72,4%) dos participantes do PAM não detectaram erros na embalagem plástica de medicamentos durante a internação, porém oito (27,6%) participantes relataram um total de 10 erros, dentre os quais: aprazamento de horário diferente da rotina de casa (2 erros), manutenção da dose do medicamento na embalagem, após o término na prescrição (1 erro), embalagem interna rompida (1 erro), falta do medicamento na embalagem (2 erros), correção do horário na embalagem à caneta (1 erro), recebimento de embalagem de outro paciente (1 erro), recebimento de duas embalagens de medicamentos (1 erro), subdosagem do medicamento na embalagem (1 erro).

6.5.4 Avaliação dos participantes do PAM quanto ao manejo da embalagem plástica de medicamentos e sugestões de melhorias

Quinze (51,7%) participantes não relataram dificuldades quanto ao manejo da embalagem plástica de medicamentos, porém 14 (48,3%) participantes relataram suas dificuldades, dentre as quais, embalagem difícil de abrir ($n_{GE} = 4$, 13,8%); embalagem difícil de abrir e grande ($n_{GE} = 5$, 17,2%), embalagem grande ($n_{GE} = 3$, 10,3%) e embalagem pouco semelhante a forma de administração em casa ($n_{GE} = 2$, 6,9%). A categoria “embalagem grande” serve para descrever grande, poluente e/ou antieconômica.

As sugestões de melhoria da embalagem propostas pelos participantes do GE são apontadas na Tabela 45.

Tabela 45 - Análise de contingência entre as dificuldades quanto ao manejo da embalagem plástica e sugestões de melhorias das embalagens, pelos participantes do PAM, na alta hospitalar, do CINR – Brasília – 2012.

Sugestões de Melhorias das Embalagens	Dificuldade no Manejo Embalagem Plástica					
	Não		Sim		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	15	51,7	-	-	15	51,7
Embalagem externa mais fácil de abrir (bordas com picote, caixa de medicamento com divisórias, sistema abre e fecha fácil)	-	-	3	10,3	3	10,3
Embalagem externa menor	-	-	2	6,9	2	6,9
Embalagem externa menor ou caixa de medicamento com divisórias	-	-	2	6,9	2	6,9
Embalagem plástica com divisória única para todos os medicamentos	-	-	1	3,4	1	3,4
Embalagens interna e externa mais fáceis de abrir (bordas com picote)	-	-	3	10,3	3	10,3
Embalagens interna e externa mais fáceis de abrir e embalagem menor	-	-	2	6,9	2	6,9
Fornecer os medicamentos para uma semana	-	-	1	3,4	1	3,4
Total	15	51,7	14	48,3	29	100

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

6.5.5 Avaliação dos participantes do PAM quanto ao armazenamento da embalagem plástica dos medicamentos

Vinte e oito (96,5%) participantes não receberam a bolsa de algodão para guarda da embalagem plástica de medicamentos durante a internação, somente um (3,4%) participante recebeu. Vinte e seis (89,7%) relataram não saber da existência e não foi oferecida a bolsa pela equipe de enfermagem durante o PAM, exceto à três (10,3%) participantes. Contudo, ao serem questionados sobre a funcionalidade da bolsa de algodão, a maioria ($n_{GE} = 24$, 82,8%) respondeu que não era necessário, pois 15 (51,7%) preferiam deixar a embalagem plástica de medicamentos sobre o criado, dois (6,9%) tinham a própria bolsa, sete (24,1%) preferiam outros locais de guarda. Cinco (17,2%) participantes demonstraram interesse pela bolsa de algodão, pois três (10,3%) acreditavam que fosse o local mais apropriado para a guarda e dois (6,9%) acreditavam que a bolsa facilitava o transporte dos medicamentos para as atividades de reabilitação e administração no horário certo.

6.5.6 Avaliação dos participantes do PAM quanto ao uso do cartão de medicamentos prescritos e sugestões

Quanto ao uso do cartão de medicamentos prescritos, 11 (37,9%) nunca utilizaram o cartão, nove (31,0%) raramente utilizaram, seis (20,7%) às vezes, um (3,4%) quase sempre e dois (6,9%) sempre utilizaram o cartão durante a internação.

Vinte e cinco (86,2%) participantes responderam que o cartão era de fácil entendimento, sendo que quatro (13,8%) não opinaram à esse respeito. Onze (37,9%) participantes acreditavam que o uso do cartão era desnecessário durante o PAM, mas 14 (48,3%) reconheceram a importância. Oito (27,6%) participantes sugeriram modificações do cartão de medicamentos, sendo que dois (6,9%) sugeriram que a prescrição dos medicamentos fosse descrita, primeiramente pelos horários de administração dos medicamentos com suas respectivas dosagens; dois (6,9%) sugeriram a suspensão definitiva do uso do cartão, uma vez que na embalagem plástica constavam nomes, doses e horários de uso dos medicamentos; um (3,4%) sugeriu a suspensão do uso do cartão durante a internação, mas o seu fornecimento para uso no domicílio; um (3,4%) sugeriu o uso opcional do cartão; um (3,4%) sugeriu o uso do cartão somente em caso de o paciente iniciar um novo medicamento; um (3,4%) sugeriu que além das informações contidas no cartão atual, deveriam conter informações importantes, de forma simples e objetiva sobre os medicamentos.

Quanto à guarda do cartão de medicamentos junto à grade horária de atividades, 14 (48,3%) participantes relataram que o guardava conforme recomendações do PAM; três (10,3%) mantinham o cartão no próprio criado mudo; quatro (13,8%) guardavam em outros locais; seis (20,7%) nunca receberam o cartão; e dois (6,9%) desprezaram o cartão.

6.5.7 Avaliação da satisfação dos participantes quanto ao PAM, desvantagens e sugestões

Quanto ao nível de satisfação dos participantes do GE, 18 (62,1%) classificam o PAM como bom, pois um (3,4%) participante relatou que o programa ofereceu praticidade, já que os medicamentos vinham organizados e não havia necessidade de solicitar o medicamento à enfermeira; para seis (20,7%), incentivou à independência, autonomia, autocontrole e responsabilidade; seis (20,7%) responderam que permitiu o seguimento da rotina de casa e cinco (17,2%) participantes responderam que incentivou o aprendizado para administração em casa.

Onze (37,9%) classificaram o PAM como “excelente”, pois cinco (17,2%) participantes informaram que o programa ofereceu maior independência, autonomia, autocontrole e responsabilidade; um (3,4%) participante relatou que o PAM ofereceu maior aprendizado, autonomia, independência e responsabilidade; um (3,4%), que ofereceu aprendizado; um (3,4%) relatou que esse método faz parte do processo de reabilitação; um (3,4%) que ofereceu praticidade e permitiu o seguimento da rotina de casa; um (3,4%) que ofereceu praticidade, seguimento da rotina e responsabilidade e um (3,4%), que permitiu o seguimento da rotina de casa.

Não houveram classificações do PAM quanto a “regular” e “péssimo” como demonstrado na Tabela 46.

Tabela 46 - Análise de contingência quanto ao nível de satisfação e justificativas apresentadas pelos participantes do PAM, na alta hospitalar do CINR – Brasília – 2012.

Justificativas	Nível de satisfação					
	Bom		Excelente		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Aprendizado, autonomia, independência, responsabilidade	-	-	1	3,4	1	3,4
Aprendizado	5	17,2	1	3,4	6	20,7
Independência, autonomia, autocontrole e responsabilidade	6	20,7	5	17,2	11	37,9
Parte do processo de reabilitação	-	-	1	3,4	1	3,4
Praticidade	1	3,4	-	-	1	3,4
Praticidade e seguimento da rotina	-	-	1	3,4	1	3,4
Praticidade, seguimento da rotina e responsabilidade	-	-	1	3,4	1	3,4
Seguimento da rotina	6	20,7	1	3,4	7	24,1
Total	18	62,1	11	37,9	29	100

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Dezessete (58,6%) participantes não referiram desvantagens quanto ao PAM, mas 12 (41,4%) relataram desvantagens, tais como: impossibilidade de manter a forma de organização dos medicamentos na embalagem plástica quando for para casa ($n_{GE} = 1$, 3,4%); necessidade de interrupção da atividade, quando se esquecia de levar o medicamento para o ginásio ($n_{GE} = 1$, 3,4%); desperdício de material ($n_{GE} = 1$, 3,4%); atraso de horário ou perda de doses na autoadministração de medicamentos ($n_{GE} = 9$, 31,0%).

As sugestões de melhorias ao PAM foram propostas por 12 (41,4%) participantes, ao contrário de 17 (58,6%), que não apresentaram sugestões. Na Tabela 47, as sugestões dos participantes estão detalhadas.

Tabela 47 - Análise descritiva das sugestões de melhorias ao PAM, segundo participantes, na alta hospitalar do CINR – Brasília – 2012.

Sugestões de melhorias ao PAM	Não		Sim		Total	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
	17	58,6	-	-	17	58,6
Constar nome comercial na embalagem plástica e cartão de medicamentos	-	-	1	3,4	1	3,4
Deixar embalagem plástica de medicamentos no criado	-	-	1	3,4	1	3,4
Fornecer medicamentos não padronizados durante internação	-	-	1	3,4	1	3,4
Supervisão do enfermeiro quanto aos horários de autoadministração	-	-	1	3,4	1	3,4
Supervisão do enfermeiro quanto aos horários de autoadministração e orientação sobre guarda e conservação	-	-	1	3,4	1	3,4
Melhor orientação sobre os medicamentos	-	-	1	3,4	1	3,4
Métodos lembrança de horários de autoadministração	-	-	2	6,9	2	6,9
Métodos lembrança de horários de autoadministração e mudança do sistema de organização em 24 horas para realidade de casa	-	-	1	3,4	1	3,4
Mudança do sistema de organização em 24 horas para realidade de casa	-	-	2	6,9	2	6,9
Mudança do sistema de organização em 24 horas para realidade de casa e melhorar aprazamento de acordo com a rotina de casa	-	-	1	3,4	1	3,4
Total	17	58,6	12	41,4	29	100

Nota: sinal convencional utilizado: - dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Este capítulo apresentou a análise estatística dos resultados obtidos na presente investigação, a partir dos quais realiza-se a discussão amparada na literatura, descrita na próxima seção.

7 DISCUSSÃO

7 DISCUSSÃO

O presente capítulo descreve a discussão acerca dos resultados obtidos no estudo de natureza observacional realizado nas unidades CINR e Sarah-Brasília, de modo a evidenciar a efetividade do PAM no que diz respeito ao conhecimento e à aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, assim como as implicações para sua melhoria, as quais repercutirão na satisfação e na segurança do paciente na autoadministração dos medicamentos.

A discussão se desdobrará a partir da análise estatística dos resultados considerando-se a sequência dos objetivos delineados na pesquisa.

7.1 Perfil Sociodemográfico dos Participantes

A caracterização sociodemográfica deste estudo permitiu descrever o perfil de pacientes com lesão medular participantes do PAM e do método de administração de medicamentos pelo enfermeiro, demonstrar a comparabilidade dos grupos e analisar a associação dessas características com variáveis de desfecho – conhecimento e aderência medicamentosa ao tratamento medicamentoso prescrito.

Os dados apresentados na Tabela 1, indicam a predominância, em ambos os grupos estudados, de participantes do sexo masculino, solteiros, da faixa etária entre 18 e 35 anos, com idade média de 31 anos. Esses dados condizem com outros estudos epidemiológicos, que demonstram maior incidência de lesão medular em indivíduos do sexo masculino, economicamente ativos, na mesma faixa etária encontrada, numa proporção de 3.8 homens para 1 mulher (WYNDAELE, M; WYNDAELE, J, 2006; CAMPOS, 2008; SANTOS, 2010; REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO, 2012), embora, com o passar dos anos, vem ocorrendo uma inversão lenta desta proporção do trauma raquimedular (TRM) entre os sexos (WYNDAELE, M; WYNDAELE, J, 2006). Outro aspecto semelhante à literatura refere-se a idade média identificada, isto é, em torno dos 30 anos (WYNDAELE, M; WYNDAELE, J, 2006). A maioria dos casos de lesão medular no sexo feminino também ocorreu na faixa entre 18 a 35 anos, para ambos os grupos.

Vale ressaltar que os diagnósticos de lesão medular dos participantes restringiram-se a paraparesia, paraplegia e tetraparesia, devido ao objetivo do estudo em avaliar a aderência ao tratamento em pacientes que administravam os medicamentos de forma independente. Indivíduos com tetraplegia, por exemplo, foram excluídos, pois internavam acompanhados por seus cuidadores e geralmente não autoadministravam seus medicamentos, sendo que o

PAM, para esse grupo de pacientes, segue um protocolo diferente dos pacientes avaliados neste estudo. Desta forma, justifica-se o elevado número de participantes com paraplegia.

A causa principal da lesão medular foi acidente automobilístico, nos dois grupos. Os dados assemelham-se aos da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação (2011), o qual informa uma porcentagem de 37% devido a acidentes de trânsito, 28% por ferimentos por arma de fogo, 17% por quedas, 10% por mergulhos e 9% por outras causas traumáticas. Os dados apresentados pela Nacional Spinal Cord Injury Association (2005) indicam que as causas de lesão medular em 38,5% foram ocasionadas por lesões por acidente automobilístico, 24,5% por ferimentos por arma de fogo, 21,8% por quedas e 7,2% relacionadas à prática de esportes e ao lazer. Mello (2008) acrescenta, que as lesões traumáticas compõem 80% do total das lesões medulares, sendo causadas, geralmente, por acidentes de trânsito, ferimentos por arma de fogo, armas brancas, quedas e acidentes de trabalho, ou por prática de esporte. Quanto às lesões não traumáticas, que correspondem à 20%, as causas mais frequentes são de natureza tumoral, infecciosa, vascular, degenerativa e malformações.

Cinquenta e dois por cento dos participantes do GE (grupo estudo) e 82,8% do GC (grupo controle) apresentavam tempo de lesão medular inferior a dois anos, com tempo médio de lesão de 3,6 e 2,8 anos para o GE e GC, respectivamente. Nos últimos 30 anos, verificou-se redução significativa da taxa de mortalidade durante os dois primeiros anos após a lesão medular, porém sem alteração significativa dessa taxa nos anos subsequentes ao segundo ano após a lesão (STRAUSS, 2006). O desenvolvimento das unidades de tratamento em lesão medular, incluindo equipes de reabilitação bem treinadas e especializadas e o seguimento regular (follow-up), o aprimoramento dos serviços de atendimento médico de emergência e o avanço da tecnologia biomédica têm contribuído para elevação contínua da expectativa de vida desses pacientes, apesar de ainda ser inferior a da população em geral (HARTKOPP, 1997). Um estudo americano verificou uma sobrevida média de 28,3 anos em pacientes com paraplegia (NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER, 2005).

Constata-se a carência de estudos epidemiológicos sobre prevalência e incidência de lesão medular, especialmente na Ásia, África e América Latina, por isso, a coleta e publicação de dados nacionais são de extrema importância para avaliar o impacto da lesão medular no sistema de cuidado à saúde, além de contribuir para comparações internacionais e estimativas globais (WYNDAELE, M; WYNDAELE, J, 2006).

A maioria dos participantes deste estudo recebiam algum tipo de benefício do governo, porém, alguns deles não possuíam acesso a estes benefícios. A renda familiar de 48,3% do GE e de 79,3% do GC era inferior a R\$3.000,00 reais, com um gasto mensal para

compra dos medicamentos prescritos entre R\$50,00 e 99,00 reais para 34,5% (GE) e 24,1% (GC) dos participantes. Apesar do custo relativamente baixo dos medicamentos, parcela significativa dos grupos avaliados relataram dificuldades diversas para aquisição dos medicamentos. A lesão medular impõe ao indivíduo mudanças em todas as esferas da vida, dentre elas, a elevação do custo de vida e, segundo afirma Lage (2011), a qualidade de vida de um cadeirante no Brasil depende do seu poder aquisitivo. Relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), demonstra que os custos econômicos e sociais com a deficiência são significativos, mas difíceis de quantificar. Os ônus desses custos são cobertos pelas próprias pessoas com deficiência, suas famílias, amigos, empregadores ou pela sociedade. A deficiência reflete diretamente na elevação do custo de vida das pessoas e familiares, exige investimentos públicos em programas para pessoas com deficiência. Além disso, leva, indiretamente, à perda da produtividade econômica do país ou até mesmo ao isolamento social e estresse do indivíduo. Muitos desses custos devem-se à inacessibilidade dos ambientes e poderiam ser reduzidos com a inclusão social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Uma sociedade capitalista espera que as pessoas sejam produtivas no trabalho, porém, a pessoa com lesão medular encontra diversos obstáculos que as impedem de retornarem ou entrarem no mercado de trabalho, alguns incluem dificuldades para obter cuidado de saúde suficientemente seguro para viver e trabalhar independentemente, falta de incentivos financeiros e inacessibilidade no trabalho (YASUDA, 2002). Observou-se que 27,5% dos participantes do GE e 82,7% do GC não retornaram ao trabalho, devido à essas limitações impostas pela lesão medular, no entanto, não se detectou abuso de álcool ou uso de drogas ilícitas ou alta frequência de depressão. Sabe-se que a lesão medular impõe ao indivíduo a necessidade de readaptação em todos os aspectos do desenvolvimento humano, sendo que o retorno ao trabalho e uma vida social mais ativa, o baixo nível de dependência funcional, solidão e depressão, poucos problemas com acessibilidade, recreação, preconceito e estresse emocional contribuem para um processo de enfrentamento bem sucedido (YASUDA et al., 2002).

Uma das características fundamentais a se avaliar para definição da validade interna de um estudo de coorte refere-se à comparabilidade entre os grupos expostos e não expostos ao fator de risco (SUZUMURA et al., 2008). Nesta pesquisa, encontrou-se semelhanças nas análises estatísticas das variáveis sociodemográficas entre os grupos, onde observou-se predomínio de adulto-jovens, do sexo masculino, solteiros, com paraplegia decorrente de acidentes de trânsito, tempo de lesão inferior a dois anos e média de internação de 22 dias,

além de semelhanças quanto ao recebimento de benefícios do governo, número de medicamentos prescritos, forma de aquisição dos medicamentos de uso contínuo, gasto mensal com medicamentos, frequência de ingestão de bebida alcoólica, assim como presença de quadro depressivo e uso de drogas ilícitas.

Contudo, conforme demonstrado na Tabela 1, algumas variáveis evidenciaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, como a procedência por macrorregiões, nível de escolaridade, ocupação e renda familiar mensal.

Apesar do elevado número de internações de pacientes provenientes da região Sul, na unidade CINR, e de elevado número de pacientes do Centro-Oeste, na unidade Sarah-Brasília, não se observou desigualdade significativa do nível de escolaridade por regiões do país entre os grupos investigados. Ao contrário do que se observa na população brasileira, onde o nível de escolaridade ainda é baixo e desigual entre as macrorregiões, entre habitantes das zonas urbanas e rurais, entre os brancos e os pretos e pardos, e entre pobres e ricos, conforme relatório de observação do Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social (2007).

Outra diferença entre os grupos investigados refere-se ao aspecto profissional, o qual 65,5% dos integrantes do GE exerciam atividade laboral, ao contrário do GC, onde 93,1% não exerciam qualquer atividade. Da mesma forma, a renda familiar mensal era maior no GE em relação ao GC. Porém, não encontrou-se diferença significativa entre o nível de escolaridade e a renda familiar nos dois grupos, o que também difere da população em geral, pois quanto menor a renda, menor os anos de estudo (CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (CDES), 2007).

Quanto ao número de medicamentos prescritos na admissão e alta hospitalar, não houveram diferenças significativas entre as unidades estudadas e poucas diferenças foram identificadas entre os tipos de medicamentos. Observou-se que os pacientes da unidade CINR chegavam para internação com maior prescrição de cloridrato de oxibutinina ($p = 0,050$) e imipramina ($p = 0,007$), enquanto pacientes da unidade Sarah-Brasília chegavam com maior prescrição de diazepam ($p = 0,038$). Na alta hospitalar, o diazepam ($p = 0,044$) continuou sendo o medicamento mais prescrito na unidade Sarah-Brasília. Desapareceram as diferenças entre os anticolinérgicos (cloridrato de oxibutinina e imipramina), pois o Sarah-Brasília prescreveu mais esses medicamentos, e surgiu um aumento na prescrição de carbamazepina também no Sarah-Brasília ($p = 0,038$). O cloridrato de oxibutinina foi o medicamento mais prescrito na admissão e alta hospitalar em ambas as unidades. A imipramina foi o segundo medicamento mais prescrito na alta hospitalar para os pacientes participantes do PAM do CINR, enquanto no Sarah-Brasília, o baclofeno manteve-se como o segundo medicamento mais prescrito.

Apesar de algumas variáveis descritas anteriormente terem evidenciado diferenças entre os grupos, o emprego da análise multivariada aceita, com facilidade, um grande número de variáveis explicativas, sejam discretas ou contínuas, gerando uma estimativa de risco relativo entre a exposição e a doença, na qual foi neutralizado o efeito das variáveis de confundimento (PEREIRA, 1995). A partir da análise multivariada aplicada neste estudo, observou-se que apenas o nível de escolaridade e ocupação foram significativos no modelo de regressão logística linear para o conhecimento do tratamento medicamentoso na alta hospitalar, indicando que participantes com maior nível de escolaridade e que exerciam ocupação apresentavam maior conhecimento na alta hospitalar. Além disso, nenhuma dessas variáveis citadas foi significativa no modelo de regressão logística bivariada para a aderência medicamentosa nos períodos de seguimento do estudo. Esse achado está de acordo com a literatura que demonstra pouca consistência sobre as influências das características sociodemográficas na aderência medicamentosa como, por exemplo, étnicas, sexo, idade, nível socioeconômico e nível educacional (HAYNES; TAYLOR; SACKETT, 1979; HORNE et al., 2005).

7.2 Conhecimento do Tratamento Medicamentoso dos Participantes

A presente investigação objetivou analisar as variáveis preponderantes na aderência ao tratamento medicamentoso prescrito, dentre elas o conhecimento do tratamento medicamentoso tornou-se parte essencial deste estudo, considerando-se a necessidade do adequado conhecimento para a autoadministração dos medicamentos prescritos, a fim de prevenir potenciais erros de medicação (HORNE et al., 2005; SHISHANI, 2008). Como ver-se-á adiante, a variável conhecimento foi analisada tanto como uma variável dependente (variável de desfecho) na regressão linear, quanto independente na regressão logística.

Primeiramente, deve-se informar que os grupos estudados apresentaram nível semelhante de conhecimento sobre o tratamento medicamentoso prescrito na avaliação admissional ($p = 0,327$), o que contribuiu para a análise da efetividade do PAM sobre a variável conhecimento nos períodos de seguimento do estudo.

Segundo, não se pode desconsiderar o conhecimento prévio dos participantes quanto ao tratamento medicamentoso, pois a natureza crônica da lesão medular, o uso contínuo de medicamentos, as reinternações para reabilitação ou consultas médicas de revisão na Rede Sarah ou instituições externas, a troca de experiências entre os pacientes e outras fontes de informações, criam oportunidades para obtenção desse conhecimento.

Após estas considerações iniciais, observou-se que participantes expostos ao PAM alcançaram melhor nível de conhecimento no momento da alta hospitalar, com queda não significativa desse conhecimento no pós-alta hospitalar, o que poderia sugerir um efeito duradouro do PAM após a alta. Porém, ao se analisar o conhecimento da admissão para o pós-alta, esse ganho de conhecimento não foi considerado estatisticamente significativo. Esses dados indicam a necessidade de aprimoramento do PAM quanto à educação dos pacientes sobre o regime terapêutico medicamentoso prescrito. Assim como no estudo de Jensen (2003), este também, demonstrou que o programa de autoadministração proporcionou conhecimento significativamente melhor em relação ao método tradicional na alta hospitalar, porém, o estudo canadense evidenciou que esse conhecimento também foi melhor nos outros períodos de seguimento (JENSEN, 2003).

Ao contrário, os participantes do método de administração de medicamentos pelo enfermeiro, alcançaram baixo nível de conhecimento na alta hospitalar, porém, houve melhoria considerável desse conhecimento no pós-alta, que equiparou-se ao conhecimento do GE. Dessa forma, acredita-se que o GC obteve ganho de conhecimento no pós-alta, principalmente, através de consultas ao receituário médico, fornecido e orientado imediatamente antes da alta hospitalar, além de outras fontes de informações disponíveis. É possível que o maior conhecimento e habilidade dos participantes do GE tenham contribuído para prevenção de potenciais erros de medicação em domicílio no período seguinte à alta hospitalar, pois nessa fase de transição do cuidado, os riscos de erros aumentam significativamente (MOORE et al., 2003; FOSTER et al., 2005; YOUNG, 2008).

O GC apresentou um risco de desconhecimento da prescrição na admissão, alta e pós alta de 69%, 72%, 55%, enquanto o GE esse risco foi de 48%, 34% e 41%, respectivamente. O PAM resultou na eliminação de desconhecimento em 21% na admissão, 38% na alta e 24% no pós-alta.

O déficit de conhecimento do GE, na admissão, deveu-se, principalmente, a modificações da prescrição médica por conta própria do paciente, tais como suspensão e subdosagem dos medicamentos prescritos, pouco conhecimento das recomendações de uso e reações adversas aos medicamentos prescritos. Ao contrário do GC, onde houve maior desconhecimento da dosagem em miligramas e esquecimento do nome dos medicamentos prescritos, além do pouco conhecimento das recomendações de uso e reações adversas.

Na alta hospitalar, os participantes do GC apresentaram desconhecimento, principalmente, quanto à dosagem em miligramas, novos medicamentos prescritos e reajustes

de dosagens realizados durante a internação, baixo conhecimento das indicações e recomendações de uso e reações adversas aos medicamentos prescritos.

No pós-alta hospitalar ambos os grupos realizaram modificações da prescrição médica por conta própria como suspensão e redução de dosagens de medicamentos prescritos, que contribuíram para queda dos níveis de conhecimento, além de baixo conhecimento das recomendações de uso e das reações adversas aos medicamentos prescritos nos três períodos de avaliação, conforme mencionado anteriormente.

Os déficit de conhecimento identificados em ambos os grupos é uma constatação séria, uma vez que os pacientes necessitam possuir conhecimento de todos os aspectos relacionados à terapêutica medicamentosa, como nomes, indicações, reações adversas, horários, dosagens, recomendações de uso. Portanto, é pertinente que haja o esclarecimento desses aspectos ao paciente, pois muitos indivíduos aderem parcialmente ou mesmo não aderem à terapêutica prescrita devido ao escasso conhecimento (SILVA, et al., 2007).

A maioria dos participantes de ambos os grupos apresentavam bom conhecimento do nome dos medicamentos prescritos na avaliação de admissão e pós-alta, porém, na alta hospitalar, 79,3% do GE conheciam o nome correto, enquanto 44,8% do GC. Um estudo brasileiro avaliou o grau de conhecimento dos pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica em Unidades Básicas do Programa de Saúde da Família (PSF) e identificou bom conhecimento do nome apenas para 23,4% dos entrevistados (PORTELA et al., 2010). Outro estudo, realizado na Jordânia, objetivou avaliar o conhecimento medicamentoso de indivíduos adultos com doenças crônicas e constatou que somente 17% apresentavam conhecimento adequado do nome (SHISHANI, 2008). Contudo, os dois estudos citados apresentavam 11,1% e 37% de analfabetismo, respectivamente (PORTELA et al., 2010; SHISHANI, 2008), o que não aconteceu nesta pesquisa, onde não obteve-se indivíduos analfabetos, o que poderia justificar as melhores taxas de conhecimento.

O GE demonstrou bom conhecimento do nome e da dose (em miligramas) dos medicamentos prescritos nos três períodos de avaliação, porém, não houve modificações significativas desse conhecimento após participação no PAM. O GC manteve baixos níveis de conhecimento da dose, na admissão e alta hospitalar.

O déficit de conhecimento do nome e dose, de ambos os grupos avaliados foi ocasionado, principalmente, por modificações da prescrição médica por conta própria do paciente, lapsos de memória do paciente, falta de informações sobre o medicamento pelos profissionais de saúde, desconhecimento da dosagem dos medicamentos em miligramas.

A atribuição de baixo nível de conhecimento a respeito da dose tem ocorrido pela rigidez da análise dos dados em outros estudos. Entretanto, o paciente deve estar certo da dose que deve utilizar, haja vista os tipos diferentes de dose existentes. Esse resultado também pode estar relacionado à dificuldade de memorização, pois, quando a compreensão das instruções para utilização de medicamentos envolve a integração de informações qualitativas e quantitativas, erros de interpretação são mais suscetíveis a ocorrer, conforme observado por (FRÖHLICH; DAL PIZZOL; MENGUE, 2010).

O PAM não resultou na melhoria do nível de conhecimento do nome e dose dos medicamentos no GE, mas também não modificou a rotina domiciliar e conhecimento prévio dos pacientes. Ao contrário do método tradicional de administração de medicamentos, onde observou-se uma quebra da rotina de casa, pois o paciente deixou de autoadministrar seus medicamentos levando à perda de conhecimento do nome e ausência de melhoria do conhecimento da dose durante a internação, o que pode ter elevado os riscos de erros de medicação na transição do hospital para o domicílio.

Nos hospitais, 50% de todos os erros de medicação podem ser ocasionados pela comunicação deficiente nos pontos de transição no contínuo do cuidado (YOUNG, 2008) e 49% dos pacientes hospitalizados experimentam pelo menos um erro médico seguinte à alta, mais comumente envolvendo o uso de medicamentos (MOORE et al., 2003; FOSTER et al., 2005). Estima-se que 19% a 23% dos pacientes sofrem eventos adversos aos medicamentos após a alta (FOSTER et al., 2005), sendo que a maior parte dos erros poderiam ser evitados por meio de comunicação mais eficiente (MOORE et al., 2003). Outro óbice deve-se à falta ou ao inadequado planejamento de alta (PA), pois este assegura continuidade do cuidado e evita reinternações (POMPEO et al., 2007).

Quanto ao nível de conhecimento do horário, os participantes do GE apresentavam bom nível de conhecimento em todos os períodos de seguimento, porém, o PAM resultou em melhoria desse conhecimento, somente na alta hospitalar. O GC apresentava bom nível de conhecimento do horário na admissão e pós-alta, porém, após participação no método tradicional de administração, houve perda de conhecimento na alta, com recuperação posterior em ambiente domiciliar, quando o paciente retomou a prática da autoadministração de medicamentos.

A aderência medicamentosa foi variável preponderante no conhecimento do horário na análise total dos casos ($p = 0,003$) e do GC ($p = 0,025$) no pós-alta hospitalar, indicando que participantes aderentes ao tratamento apresentavam melhor nível de conhecimento do horário de uso dos medicamentos prescritos. Desta forma, verifica-se a necessidade de investimentos

na melhoria do conhecimento dos horários de uso dos medicamentos, através de estratégias educacionais diversas, que permitam aos pacientes conscientização e adequação dos horários de autoadministração à sua rotina de vida.

Quanto ao nível de conhecimento da via de administração dos medicamentos, ambos os grupos apresentavam bom conhecimento em todos os períodos de avaliação. Contudo, o GE melhorou significativamente o nível na alta, enquanto o GC evoluiu com queda do conhecimento neste momento, predominantemente pelo desconhecimento dos medicamentos que eram administrados pelo enfermeiro. O GC apresentava melhor conhecimento na admissão, ao passo que, no pós-alta os grupos tornaram-se semelhantes. No pós-alta, o déficit de conhecimento foi atribuído à suspensão dos medicamentos prescritos por conta própria nos dois grupos. Justifica-se o bom nível de conhecimento de ambos os grupos pela baixa complexidade da via de administração dos medicamentos prescritos para os participantes, sendo a via oral e intravesical as únicas avaliadas neste estudo.

O PAM contribuiu significativamente para a melhoria do conhecimento das indicações de uso dos medicamentos, enquanto o GC não apresentou alterações, nos períodos de seguimento. Os grupos, inicialmente, tinham conhecimento semelhante, mas evoluíram com diferenças estatisticamente significativas, o que permite afirmar um melhor efeito do PAM em relação ao método tradicional de administração. No pós-alta 75,9% e 58,6% conheciam as indicações de uso dos medicamentos nos GE e GC, respectivamente. Apesar das diferenças, observa-se um bom conhecimento das indicações de uso de ambos os grupos, comparados a outro estudo, onde verificou-se que somente 17% dos pacientes conheciam as indicações dos medicamentos (SHISHANI, 2008).

Observou-se déficits de conhecimento diversos, a maioria era relacionado ao pouco conhecimento sobre a indicação dos anticolinérgicos no controle da pressão vesical e a consequente prevenção de complicações como refluxo vesico-ureteral, pois a maioria das respostas eram relacionadas ao controle da incontinência urinária ou atuação na bexiga, outros déficits também foram identificados, conforme enumerado na Tabela 12.

Os participantes desconheciam as recomendações de uso e as reações adversas aos medicamentos prescritos, em ambos os grupos, nos períodos avaliados. Baixo nível de conhecimento das reações adversas pelos paciente é consistente com a literatura (JENSEN, 2003), como constatado em estudo que observou que somente 5% conheciam as reações adversas e 3% conheciam os cuidados na administração das reações adversas (SHISHANI, 2008). Identificou-se que o conhecimento das reações adversas teve relação significativa com as queixas de reações adversas relatadas pelos participantes de ambos os grupos, sugerindo

que o conhecimento advinha da experiência do uso do medicamento. Esta associação também foi observada no estudo de Fröhlich, Dal Pizzol e Mengue (2010).

O desconhecimento das recomendações de uso e das reações adversas aos medicamentos contribuíram para que os valores médios do nível de conhecimento não ultrapassassem 7,60 pontos nos períodos de avaliação, como demonstrado na Tabela 4. Uma das justificativas para o desconhecimento das reações adversas e recomendações de uso se deve ao alto nível de exigência previamente definido neste estudo para a análise das respostas dos participantes, que utilizou como referencial teórico, o recurso educacional orientado ao paciente da Thomson Reuters Micromedex, o Detailed Drug Information for the ConsumerTM, o qual fornece informações baseadas em evidências para que profissionais de saúde possam orientar seus pacientes numa linguagem simplificada, auxiliando-os a entenderem e seguirem o regime terapêutico prescrito (MICROMEDEX HEALTHCARE SERIES). Apesar das exigências de conhecimento solicitadas, o exercício da autonomia no processo terapêutico pressupõe conhecimento, informação. O paciente tem de ter à disposição todos os dados relevantes para que possa, livremente, decidir (FABRRO, 1999). Desta forma, acredita-se que estas exigências devam ser um objetivo almejado do PAM. Perceber a diferença técnica existente entre paciente e profissional de saúde é importante, e cabe ao facultativo diminuir esta diferença. A informação prestada não pode vir revestida num discurso hermético e científico, inacessível ao paciente. Aliás, tal diferença gera ao profissional a obrigação jurídica de fazer-se claro e compreensível, equilibrando as partes do contrato. Assim, a omissão de informações relevantes ao processo decisório do paciente vai limitar-lhe a autonomia (FABRRO, 1999). Deve-se considerar que o enfermeiro precisa ter conhecimento da ação do medicamento no organismo, métodos e vias de administração, eliminação, reações adversas, dose máxima e terapêutica, efeitos tóxicos, das técnicas de administração pelas diferentes vias, bem como, da anatomia e fisiologia humana pois, falhas no conhecimento do enfermeiro refletem diretamente na orientação que é fornecida ao paciente. É de competência do enfermeiro, especialmente, a educação do paciente sobre o uso correto dos medicamentos no domicílio, que deve ser realizada por meio do planejamento de alta hospitalar individualizado em equipe multiprofissional (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Quanto aos cuidados com o armazenamento e conservação, observação da integridade e validade dos medicamentos, nos períodos de seguimento, a maioria dos participantes dos dois grupos estudados desempenhava adequadamente esses cuidados, exceto o GE, em que a maioria não observava a data de validade dos medicamentos durante a internação. Apesar dos medicamentos do PAM serem cuidadosamente preparados e conferidos pela equipe

farmacêutica e de enfermagem, previamente à autoadministração pelos pacientes, reduzindo o risco de medicamentos vencidos, é necessário ensinar e estimular os pacientes a cuidar bem dos medicamentos, assim como observar a integridade e validade dos medicamentos, no período de internação. Essa conscientização reflete na mudança de hábitos no ambiente domiciliar.

Quanto ao cuidado na ocorrência de perda ou atraso de doses, a maioria dos participantes do GE conhece o procedimento correto, embora 31% dos participantes não conhecem, assim como 51,7% do GC. Portanto, a avaliação desse conhecimento deve ser incluída, de forma sistemática, no plano de ensino dos pacientes participantes do PAM ou do método tradicional de administração.

Análises multivariadas permitiram identificar as variáveis preponderantes no conhecimento do tratamento medicamentoso prescrito nos períodos de seguimento, conforme demonstradas nas Tabelas 19, 20 e 21.

A variável ‘número de medicamentos prescritos’ foi significativa no modelo de regressão linear do conhecimento para o GC na alta hospitalar, pois quanto maior número de medicamentos prescritos, menor era o conhecimento dos participantes. Na admissão, o conhecimento do GE sofreu influência do número de medicamentos prescritos, mas isso não ocorreu nos períodos seguintes. Fröhlich, Dal Pizzol e Mengue (2010) observou que em prescrições mais complexas, há maior número de informações a serem assimiladas, o que pode dificultar a memorização das instruções. O comportamento desta variável colabora para a indicação de um efeito positivo do PAM na alta hospitalar, pois a quantidade de medicamentos prescrita aos participantes do GE era semelhante a do GC, e, mesmo assim, não foi significativa no nível de conhecimento.

O ‘tempo de internação’ foi uma variável significativa ($p = 0,047$) no GC, pois quanto menor o tempo de internação, maior era o conhecimento medicamentoso na alta hospitalar para participantes da unidade Sarah-Brasília, o que não ocorreu para a unidade CINR. Esse resultado indica que o método tradicional não contribuiu para a melhoria do conhecimento do paciente ao longo da internação. A principal justificativa é que os participantes do GC estavam acostumados a autoadministrarem seus medicamentos em domicílio, mas ao internarem, passam a receber os medicamentos através do método de administração pelo enfermeiro, sendo que suas prioridades agora, enfocam nas atividades de reabilitação e não mais na autoadministração, que lhes proporcionava maior autonomia e conhecimento do tratamento.

A variável ‘aderência ao tratamento medicamentoso’ teve relação significativa com o conhecimento, ou seja, participantes aderentes ao tratamento apresentavam maior conhecimento no pós-alta hospitalar, o que é semelhante ao estudo de Jensen (2003), porém esse pesquisador encontrou relação significativa do conhecimento com a aderência em todos os períodos de seguimento (JENSEN, 2003).

A maior ‘ingestão de bebida alcoólica’ pelos participantes do GE estava associada ao menor nível de conhecimento do tratamento medicamentoso prescrito na admissão. Encontrou-se relação significativa entre a ingestão de bebida alcoólica e o não recebimento de benefício ($p = 0,032$) no GE, porém, a renda familiar mensal não estava associada a esta variável.

Na análise total dos casos, o ‘recebimento de benefício do governo’, o maior ‘nível de escolaridade’, o fato de ‘exercer ocupação’, foram variáveis preponderantes no aumento do conhecimento na alta hospitalar. Quando analisou-se a amostra total observou-se significância estatística ($p = 0,015$) entre receber benefício da previdência social e não exercer ocupação, o que não ocorreu na análise dos grupos separadamente. Acredita-se que, muitos pacientes preferem manter o gozo do benefício em relação ao retorno ao trabalho, devido à insegurança do sistema previdenciário brasileiro, que não possui uma política pública de reabilitação profissional que possibilite a real inclusão social do trabalhador. Segundo Maemo e Andrade (2010), a superação da situação de exclusão de trabalhadores com restrições físicas e psíquicas, decorrentes de agravos ocupacionais do mercado de trabalho, só terá possibilidade de ocorrer com a construção de uma política pública de reabilitação profissional, que deverá ter à frente o Estado, promovendo o diálogo entre as áreas de desenvolvimento econômico e as áreas sociais, concomitantemente ao desenvolvimento de uma integração de fato entre assistência, fiscalização e vigilância das condições de trabalho e previdência social.

Os dados demonstraram que o ‘tempo de lesão’ não revelou ter significância no conhecimento medicamentoso dos participantes da unidade CINR, nos períodos de seguimento, mas na avaliação da amostra total e da unidade Sarah-Brasília, quanto maior o tempo de lesão, maior era o nível de conhecimento na admissão e na alta hospitalar, exceto no pós-alta. Isso não significa que os pacientes com pouco tempo de lesão da unidade CINR não requereram maior educação quanto ao tratamento medicamentoso, ao contrário, é provável que tenham sido alvos da equipe de saúde durante a internação. É comum que pacientes com menor tempo de lesão necessitem maior atenção pela equipe de saúde, pois, em geral, estão se adaptando à nova situação imposta pela lesão medular e ainda não alcançaram um estado satisfatório de bem-estar biopsicossocial. Contudo, independentemente do tempo de lesão

medular, cada indivíduo possui tempos e formas diferentes de enfrentamento. Segundo Vera (2012), a equipe de saúde deverá compreender e implementar estratégias para minimizar as respostas disfuncionais aos estressores potencializados por problemas de saúde para redução de possíveis prejuízos resultantes da inserção em ambientes hospitalares e de reabilitação.

A obtenção de um resultado final favorável é uma questão subjetiva, que depende de expectativas e do manejo de recursos pessoais, da rede de apoio e do ambiente onde se vive em prol do encontro de formas satisfatórias de vida. Desenvolvimento de sucesso, é uma questão de encontrar formas favoráveis de vida no seu próprio ambiente, alcançando, assim, seus objetivos específicos (LINDSTRÖM, 2001 apud VERA, 2012).

Vera (2012) destaca que a relevância do conhecimento dos conceitos de estresse e enfrentamento na saúde favorece o delineamento das práticas que envolvem educação, promoção de saúde e prevenção de doenças. Nessa perspectiva, o conhecimento do indivíduo pelo profissional de saúde é a base da educação em saúde. De acordo com Briceño-León (1996) existem dois postulados básicos para vencer a resistência das pessoas, os quais devem guiar qualquer ação em saúde. O primeiro, refere-se à necessidade de conhecer o ser humano, pois só conhecendo o indivíduo e suas circunstâncias é possível uma ação eficiente e permanente em saúde. Conhecer o indivíduo significa compreender suas crenças, seus hábitos e papéis, suas circunstâncias. O segundo postulado refere-se à necessidade de contar com o ser humano, e possui a premissa de que "Ninguém pode cuidar da saúde de outro se este não quer fazê-lo por si mesmo."

As ideias mencionadas nos últimos parágrafos vão ao encontro do modelo de reabilitação proposto pela OMS em 2001, o qual considera que o funcionamento e a incapacidade do indivíduo são concebidos da interação dinâmica entre os estados de saúde e os fatores contextuais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011). A incorporação desses conceitos é de fundamental importância na assistência à saúde, pois facilita a aliança terapêutica entre profissional de saúde e paciente, o que contribui para a melhoria do conhecimento e aderência ao tratamento.

A variável 'sexo' foi significativa no modelo do conhecimento em dois momentos, primeiro, na admissão para o GC, pois o sexo feminino apresentou melhor conhecimento em relação ao masculino. Segundo, no pós-alta do GE, em que o sexo masculino apresentou melhor nível de conhecimento. Não encontrou-se associações significativas entre variáveis que explicassem esses resultados.

Encontrou-se associação inversa entre idade e conhecimento, ou seja o conhecimento diminui com a idade no pós-alta para o GE. Segundo Vera (2012), o envelhecimento é outro

fator de relevância no indivíduo com lesão medular, que também envelhece, podendo-se verificar declínios da funcionalidade, adicionando incapacidades e, muitas vezes, exigindo outras abordagens da equipe de reabilitação. A perspectiva de envelhecimento do indivíduo deve ser considerada a partir do primeiro momento da reabilitação. A prevenção de complicações médicas secundárias, relacionadas a uma lesão medular, bem como complicações decorrentes do próprio envelhecimento e desgastes adicionais pela sobrecarga de determinadas articulações, devem ser uma preocupação contínua do profissional de saúde, para melhor garantir a manutenção da qualidade de vida futura (PENTLAND; MCCOLL; ROSENTHAL, 1995 apud VERA, 2012).

A variável ‘unidade’ e ‘número de internações no CINR’ foram significativas no conhecimento, indicaram respectivamente que os participantes expostos ao PAM apresentaram maior conhecimento que os não expostos na alta hospitalar, e que quanto maior número de internações no CINR maior o conhecimento também na alta. Os expostos ao PAM possuem 2,36 vezes maior probabilidade de conhecer o tratamento prescrito na alta hospitalar que os não expostos.

Este estudo permite inferir que o PAM tem alcançado sua efetividade na educação do ponto de vista do conhecimento da terapêutica medicamentosa na alta hospitalar e, é nesse contexto peculiar a cada uma das unidades de Reabilitação, que o indivíduo poderá obter maior ou menor aprendizado, a depender das variáveis ambientais e psicossociais, mais do que às variáveis físicas associadas à lesão.

Finalizando, verificou-se que o aumento de conhecimento do tratamento medicamentoso promovido pelos programas de autoadministração no ambiente hospitalar, como demonstrado neste estudo, é consistente com a literatura.

7.3 Aderência do Tratamento Medicamentoso

O estudo demonstrou que o GE apresentava baixa taxa de aderentes (20,7%) na avaliação admissional, houve elevação significativa na alta (86,2%), porém queda também significativa no pós-alta hospitalar (55,2%). O GC apresentava maior número de aderentes na admissão (48,3%), evoluiu com queda não significativa no pós-alta (37,9%). Na admissão, apesar dos participantes do GC serem significativamente mais aderentes ($p = 0,031$) e terem 3,578 vezes maior probabilidade de aderirem que participantes do GE, ambos evoluíram com nível estatisticamente semelhante de aderência no pós-alta hospitalar ($p = 0,190$), sendo que os participantes do GE apresentavam 2,014 vezes maior probabilidade de aderir no pós-alta. O

estudo de Jensen (2003) e Furlong (1992) também não encontraram diferenças significativas na aderência medicamentosa entre os participantes expostos ao programa de autoadministração e os expostos a administração pelo enfermeiro. A única diferença é que, nesses dois estudos, os escores de aderência eram bem elevados.

O risco de não aderência dos participantes do GC foi de 52% na admissão e 62% no pós-alta, enquanto o risco do GE foi de 79% e 45% na admissão e pós-alta, respectivamente. O PAM resultou na eliminação de 17% de não aderentes no pós-alta, mostrando um efeito positivo na melhoria da aderência. Porém, a aderência no pós-alta ainda é baixa, mesmo o PAM apresentando taxa relativamente melhor que o método tradicional. Contudo, esse dado não difere da literatura, onde se constata uma baixa aderência nas condições crônicas de saúde (WAHL et al., 2005; JANSÁ et al., 2010; HO; BRYSON; RUMSFELD, 2009).

Como mencionado anteriormente, na alta hospitalar o PAM atingiu 86% de participantes aderentes. Apesar de o PAM não se ter alcançado 100% de efetividade na aderência medicamentosa, 14% dos não aderentes se deviam à perda ou atraso de doses na autoadministração. Tais erros de medicação, não causaram danos aos pacientes, portanto, acredita-se que o PAM tenha alcançado um de seus objetivos maiores, isto é, o de oportunizar aos pacientes a prática da autoadministração de medicamentos durante a internação, tendo o suporte de uma equipe especializada (FURLONG, 1996; LEVER; O'REILLY; PRYOR, 2008).

Não foi possível a comparação do PAM ao método tradicional, pois não se realizou a mesma avaliação de erros, na administração de medicamentos pelo enfermeiro, caracterizando-se como uma limitação do estudo. Assim como na autoadministração, no método tradicional também ocorrem perdas de horário ou de doses. Estudos nacionais e internacionais demonstram uma frequência de 14,9% a 59,5% de erros no processo de administração de medicamentos no ambiente hospitalar (MARICLE et al., 2007 apud REIS et al. 2010; OPITZ, 2006 apud REIS et al., 2010). Independente do método de administração adotado na instituição, deve-se garantir a segurança do paciente no ambiente hospitalar, visando a maior segurança para o domicílio.

O estudo Phelan et al. (1996) avaliou a segurança e precisão de um programa de autoadministração direcionado à paciente e cuidadores, comparando-o ao método tradicional de administração por um período de quatro anos. A taxa erros cometidos pelo paciente foi de 3.6 por 1.000 altas comparados com 17.8 por 1.000 altas no cuidado tradicional (PHELAN et al., 1996).

Quanto ao nível de aderência por de perda de doses na autoadministração, o GE evoluiu com redução significativa, da admissão para o pós-alta, enquanto o GC não apresentou melhorias nesse período. Quanto ao nível de aderência por atraso de doses, o GE diminuiu significativamente o número de atrasos na alta e pós-alta com a participação no PAM, assim como o GC com a participação no método tradicional de administração, porém, ambos os grupos continuavam cometendo atrasos. O tempo de atraso na autoadministração das doses melhorou significativamente para o GE, mas não para o GC. Esses dados mostram que os dois métodos contribuíram para redução de atrasos na autoadministração, mas o PAM atingiu um efeito maior, no sentido de promover redução do tempos de atraso na tomada dos medicamentos. Portanto, o PAM contribuiu para a redução das perdas e atrasos de doses na autoadministração do GE. O principal motivo informado pelos participantes para a perda ou atraso de doses foi o esquecimento, sendo esta causa, um exemplo de não aderência não-intencional.

Os resultados demonstraram que a presença de reações adversas aos medicamentos prescritos em uso nos períodos de seguimento é comum, ocorrendo em torno de 50% dos pacientes. A reação adversa mais frequente, informada pelos participantes, de ambos os grupos foi a xerostomia. Apesar da frequência das reações adversas, este fator não foi associado à não aderência medicamentosa não intencional.

As intervenções devem ser elaboradas de forma individualizada para satisfazer as necessidades do paciente levando em conta aspectos de sua percepção própria, como por exemplo, convicções, atitudes e preferências, e práticos, como habilidades e recursos, que influenciam à não aderência intencional e não intencional daquele indivíduo (HORNE et al., 2005).

A porcentagem de modificações da prescrição médica por conta própria na admissão foi alta em ambos grupos, porém, 80% dos participantes GE modificaram, enquanto somente 41% do GC modificaram. O GE reduziu drasticamente a porcentagem de modificações na alta (3,4%), mas no pós-alta voltou a promover modificações em 41,4%, se equiparando ao GC (51,7%). O PAM contribuiu para redução das modificações por conta própria, da admissão para o pós-alta, ao contrário do método tradicional, que não demonstrou modificação do comportamento do paciente, apesar disso, as modificações continuavam muito frequentes. As principais modificações foram redução de dose e suspensão do medicamento prescrito nos três períodos de seguimento, em ambos os grupos. A cronicidade da lesão medular deve ser incorporada à experiência de doença, pois alguns pacientes utilizam de suas observações do efeito dos medicamentos no controle dos sinais e sintomas para realização de testes

terapêuticos diversos; outros têm preocupação com efeitos à longo prazo causados pelos medicamentos, incômodo pela presença de reações adversas, dificuldades de acesso aos medicamentos e outras dificuldades, que produzem consequências quanto ao uso dos medicamentos, como observado nesta investigação.

Trinta e um por cento dos participantes ($n = 18$) não aderentes de ambos os grupos suspenderam medicamentos prescritos ou reduziram dosagem dos medicamentos prescritos no pós-alta hospitalar, somente 5,2% ($n = 3$) dos não aderentes aumentaram a dosagem dos medicamentos prescritos por conta própria. Por outro lado, somente 8,6% dos aderentes apresentavam déficit de conhecimento da dosagem em miligramas, mas conheciam a forma de apresentação em comprimidos. Ou seja, os não aderentes modificavam a prescrição por conta própria e possuíam menor conhecimento do tratamento medicamentoso. A associação entre conhecimento e aderência foi descrita em outros estudos (FURLONG, 1996; COLLINGSWORTH; GOULD; WAINWRIGHT, 1997; JENSEN, 2003; MANIAS et al., 2004; WRIGHT et al., 2006).

Na alta hospitalar, houve predomínio de insatisfeitos com os medicamentos prescritos para o controle vesical, enquanto no pós-alta houve predomínio de participantes satisfeitos com o tratamento. Uma das justificativas para esta insatisfação, provavelmente, deve-se à frustração das expectativas dos pacientes que, normalmente, esperam um controle total das perdas urinárias ao internarem. Observou-se que a maioria dos participantes de ambos os grupos não estavam preocupados com a prevenção de complicações do sistema urinário, mas sim com o controle da incontinência urinária. Outra explicação, é que os resultados de ajustes medicamentosos iniciados na internação podem ter sido melhor alcançados com o tempo de uso do medicamento com o retorno à rotina de vida em domicílio, justificando o aumento dos satisfeitos no pós-alta.

Na avaliação de satisfação quanto ao alcance dos resultados com o uso dos medicamentos prescritos para o controle da espasticidade, ambos os grupos evoluíram com aumento dos participantes satisfeitos nos períodos de seguimento. Em geral, mais de 50% dos participantes em uso de antispásticos estavam satisfeitos com o tratamento instituído.

Os dados sobre a satisfação dos pacientes com o tratamento medicamentoso prescrito demonstram que a aderência ao regime terapêutico de longa duração é um fenômeno dinâmico e multidimensional determinada por fatores com influência variável e que interagem entre si (MACHADO, 2009).

Análises multivariadas permitiram identificar as variáveis preponderantes na aderência ao tratamento medicamentoso prescrito nos períodos de seguimento, conforme dados demonstrados nas Tabelas 38, 39 e 40.

O ‘número de medicamentos prescritos’ foi uma variável significativa na aderência medicamentosa do GE ($p = 0,036$) na alta hospitalar, pois quanto menor o número de medicamentos prescritos, maior a probabilidade de aderência ao tratamento, semelhantemente ao estudo conduzido por (JANSA et al., 2010).

O ‘conhecimento do tratamento medicamentoso’ foi outra variável estatisticamente significativa no modelo de regressão logística da aderência no pós-alta hospitalar na análise total dos casos (Tabela 38). Os dados evidenciaram que a probabilidade de aderência é aumentada em pacientes que apresentam melhores níveis de conhecimento do tratamento medicamentoso, o que está bem evidenciado, também, nos estudos de (SHIPLEY; FAIRWEATHER, 2001; JENSEN, 2003; MANIAS et al., 2004).

Participantes que relatavam dificuldades para seguirem o tratamento medicamentoso no pós-alta possuíam 16 vezes mais chances de não aderirem ao tratamento medicamentoso. Esse achado indica que o relato do paciente teve relação estreita com a aderência. Ou seja, permitir ao paciente expor suas dificuldades para aderir ou não ao tratamento é uma questão chave, porém, muitas vezes, o profissional de saúde limita os canais de comunicação na relação com o paciente. A percepção aguçada da equipe é fundamental para entender o paciente, possibilitando traçar com ele o seu plano de alta, levando em conta as dificuldades apresentadas.

O aperfeiçoamento das intervenções do PAM é imprescindível, assim como do método tradicional de administração, que deve seguir o mesmo caminho na busca de melhorias, com enfoque na mudança comportamental, em que pressupõe-se a compreensão das crenças, valores e atitudes do indivíduo para planejar uma intervenção mais eficaz que permita modificar e controlar os comportamentos adotados (MACHADO, 2009).

A educação em saúde como parte integrante dos esforços para prevenir doenças, promover a saúde e otimizar o tratamento, é a ferramenta fundamental dos profissionais de saúde para melhorar a aderência (MACHADO, 2009). Assim, o aperfeiçoamento da educação como intervenção terapêutica do PAM merece aqui uma reflexão sobre a aderência medicamentosa e a relevância de se incorporar as sete teses da educação em saúde propostas por Briceño-León (1996), dentre elas, a Tese III, na qual o autor considera que “não há um que sabe e outro que não sabe, mas dois que sabem coisas distintas.” Essa proposição permite que o processo educacional ocorra de forma bidirecional entre o paciente e o profissional de

saúde, em que ambas as partes geram um acordo de transformação de seus próprios saberes, o que refletirá na prática da aderência medicamentosa. E, também, a Tese IV, que enfatiza a temática na vertente de que “a educação deve ser dialogada e participativa.” Não é possível ensinar ou induzir a participação sem que o processo seja participativo, mas deve haver envolvimento do paciente em todos os momentos, inclusive desde o início, partindo-se do planejamento das ações. Portanto, não se adere ao tratamento sem a participação do paciente, desde a escolha do medicamento à definição do horário de tomada desse medicamento, por exemplo. A Tese V diz que “a instrução deve reforçar a confiança das pessoas em si mesma”. Fala-se da importância da relação de confiança entre profissional de saúde e paciente no sucesso da ação, a ação de aderir. E a Tese VI, onde “a educação deve procurar reforçar o modelo de conhecimento: esforço – recompensa (resultado ou realização)”. O regime terapêutico medicamentoso proposto será traçado junto ao paciente e que ele seja capaz de cumprir. Os objetivos propostos devem significar um estímulo à inteligência do paciente, que não sejam tão fáceis, nem tão difíceis que possam induzir ao fracasso de antemão. Se o indivíduo trabalha, participa e obtém resultados, reforça-se assim a ideia conectiva do esforço e resultado. Ele aprende que pode fazer algo por sua própria saúde, aprende com ações (BRICEÑO-LEÓN, 1996). Essas ideias são fundamentais para que a atuação de saúde dos profissionais sejam mais efetivas.

A pesquisa de Ryan et al. (2011) sintetizou as evidências de 37 revisões sistemáticas sobre os efeitos das intervenções no uso dos medicamentos, porém as estratégias utilizadas nos estudos não permitiram fazer declarações conclusivas. Contudo, as estratégias para melhorar o uso dos medicamentos enfocavam na educação dos pacientes, aconselhamento e mudança comportamental. Mas há poucos estudos sobre facilitação da comunicação, tomada de decisão, redução de riscos e danos e nenhum estudo sobre estratégias que aumentam a participação do usuário, apontando a possíveis assuntos investigativos para melhor compreensão da temática aderência e seus aspectos inter-relacionados.

Outro aspecto relevante refere-se à escala de medida da aderência medicamentosa desenvolvida a partir da adaptação à outras escalas já validadas em outros estudos (MORISKY; GREEN; LEVINE, 1986; DELGADO; LIMA, 2001). No decorrer da pesquisa, observou-se a necessidade de associar uma medida de seguimento ao tratamento medicamentoso prescrito, devido ao risco de os participantes superestimarem ou subestimarem a sua aderência medicamentosa. Desta forma, a associação das duas medidas permitiu uma maior sensibilidade na identificação dos participantes com lesão medular que realmente aderem ou não ao tratamento medicamentoso. Acredita-se, que o paciente tende a

superestimar a aderência ao tratamento quando se utiliza o autorrelato, mas o que na verdade ocorre, são compreensões distintas de aderência medicamentosa, entre o paciente e o profissional de saúde/pesquisador, as quais não existe certo ou errado, pois cada um possui suas percepções. Roberson (1992) concluiu em seu estudo o significado da aderência de acordo com as perspectivas do paciente, observando que o paciente não superestima a sua aderência, mas compreende de forma diferente o aderir ou não aderir. De qualquer maneira, julga-se que a presente investigação não tenha superestimado a aderência, mesmo porque as taxas de aderentes foram baixas em ambos os grupos.

As questões “deixar de tomar medicamentos por sentir-se melhor” e “deixar de tomar medicamentos por sentir-se pior” não conseguiram captar o comportamento de aderência dos participantes deste estudo, apesar do procedimento de validação interna do instrumento realizado previamente à coleta de dados, assim como adaptação destas questões com base em estudo prévio (DELGADO; LIMA, 2001). Esta investigação evidenciou que essas perguntas seriam mais úteis para avaliação de regimes medicamentosos com tempo de tratamento pré-determinado, o que não ocorre nas condições crônicas, como a lesão medular, onde se usa o medicamento de forma contínua. Quando há um problema agudo, como por exemplo, uma infecção do trato urinário, normalmente, o antimicrobiano é prescrito por um período de tempo definido. O paciente seguirá o tratamento, porém, uma melhora aparente dos sintomas clínicos (o que equivale a deixar de tomar por sentir-se melhor) antes do término do medicamento ou uma reação adversa (o que equivale a deixar de tomar por sentir-se pior) pode levar o paciente a suspender o medicamento por conta própria. Nesses casos, as referidas questões seriam úteis. A lesão medular leva à grande incapacidade, portanto, os medicamentos não solucionam às queixas totalmente, contribuem para a melhor qualidade de vida. É um tratamento paliativo (controle da dor, da espasticidade, das perdas urinárias) e preventivo de complicações (prevenir refluxo vesico-ureteral, deformidades articulares e outras). A questão “se já modificou a prescrição por conta própria” foi mais válida neste aspecto.

Este estudo permitiu uma reflexão profunda sobre os problemas metodológicos que continuam sem solução e sobre as dificuldades para identificação de uma intervenção promissora na aderência (HAYNES et al., 2011). Nota-se que a maioria das pesquisas sobre a temática da aderência medicamentosa tem sido orientadas pelo paradigma biomédico, no qual a saúde é afirmada, indiretamente, pelos profissionais de saúde ou, diretamente, pelo senso comum como a ausência de doença. A revisão dos conceitos de saúde abrirá novos caminhos para pesquisas futuras, avaliação e intervenções sobre a aderência medicamentosa.

7.4 Ocorrência de erros de medicação na autoadministração de medicamentos prescritos e danos aos participantes

O estudo do monitoramento da autoadministração de medicamentos identificou que a maioria dos erros foram de atraso no horário ($n = 106$, 17,7%), em que somente 4,8% ($n = 29$) dos atrasos foram superiores a 2 horas. Atrasos entre 30min e 2 horas representaram 12,8% dos erros. Somente 2% dos erros ($n = 12$) foram decorrentes de perda de dose e 0,17% ($n = 1$) erro intencional de perda de dose. Nenhum dos erros ocasionaram danos aos pacientes. Assim como no estudo de Reis et al. (2010), que objetivou determinar a frequência de erros no método de administração pela equipe de enfermagem em unidades de clínica médica de cinco hospitais de ensino brasileiros, a presente investigação também notificou uma maior porcentagem de erros de atraso na autoadministração. Contudo, no método tradicional de administração avaliado por Reis et al. (2010), a incidência de erros foi superior, sendo 77,3% erros de horário, seguidos por 14,4% de erros de dose, além de outros erros (8,3%), em acordo com outro estudo, National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (1998–2012).

Ressalta-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre a ocorrência de erros por atrasos e as variáveis sexo ($p = 0,651$), idade ($p = 0,833$), tempo de internação no CINR ($p = 0,485$), procedência por regiões brasileiras ($p = 0,279$), estado civil ($p = 0,352$), escolaridade ($p = 736$), participantes aderentes e não aderentes na alta ($p = 0,271$), nível de conhecimento medicamentoso na alta ($p = 0,181$). Esses dados mostram que não há um perfil de pacientes que cometem mais erros ou menos erros de medicação no PAM, ou seja, todos os pacientes devem ser alvos de monitoramento na autoadministração pela equipe de enfermagem.

Apesar dos erros notificados no estudo não terem causado danos aos pacientes, é fundamental considerá-los, pois realçam as fraquezas dos sistemas, políticas/procedimentos e práticas. Nesse sentido, enfatiza-se que a adoção de uma cultura positiva de segurança auxilia na detecção de erros de medicação e deve ser estimulada nas organizações assistenciais à saúde.

Participantes que cometeram mais erros na autoadministração durante a internação possuíam 0,770 vezes mais chance de não aderirem ao tratamento ($p = 0,029$). Portanto, a adoção de protocolos de acompanhamento dos estágios e de gerenciamento dos riscos no PAM facilitarão a detecção de pacientes em potencial risco, para que intervenções precoces sejam tomadas pela equipe. Recomenda-se a avaliação dos erros pelo enfermeiro, documentação completa e alerta de outros membros da equipe (PANNIERS, et al., 2004). Os

potenciais eventos adversos devem ser notificados, estudados e corrigidos, evitando que se tornem eventos adversos. A World Health Organization (2009) define potencial evento adverso como um erro grave ou incidente que tenha potencial para causar um evento adverso, que não ocorreu por acaso ou porque foi interceptado intencionalmente.

Por conseguinte, o erro de medicação repercute diretamente na aderência ao tratamento, sendo que o fenômeno da não aderência focaliza-se no paciente. Todavia, a forma como é visto o papel do paciente no seu tratamento é refletida também na forma como são discutidos os fatores relativos ao paciente na aderência, variando entre a tentativa de compreensão de seus valores e crenças em relação à saúde, à doença e ao tratamento, até a identificação da não aderência como comportamento desviante e irracional. Neste último caso, a responsabilidade pela não aderência ao tratamento é definida como ignorância dos pacientes ou responsáveis por eles sobre a importância do tratamento, à pouca educação da população (presumindo que seria um comportamento típico de classes menos privilegiadas), ou como simples desobediência de “ordens médicas” (LEITE; VASCONCELLOS, 2003).

7.5 Avaliação quanto à preferência pela autoadministração ou administração de medicamentos pelo enfermeiro e recursos materiais empregados no PAM, segundo opinião dos participantes

Ao verificar a opinião dos participantes quanto aos métodos de autoadministração de medicamentos e tradicional de administração pelo enfermeiro, constatou-se que os participantes do PAM encontravam-se satisfeitos com o atual método, uma vez que 93,1% (n = 27) desejavam continuar autoadministrando durante a internação, pois 37,9% (n= 11) acreditavam que esse método oferecia maior independência, autonomia, autocontrole e responsabilidade; 20,0% (n = 6) acreditavam que trazia uma melhora do aprendizado; 17,2% (n = 5) achavam que permitia o seguimento da rotina de casa; além de outras justificativas apontadas nos resultados. A elevada preferência pela autoadministração constada neste estudo também foi demonstrada em outras pesquisas conduzidas por (FURLONG, 1996; WRIGHT et al., 2006; TEIXEIRA, 2008).

Quanto ao GC, observou-se que os participantes encontravam-se divididos, pois 48,3% (n = 14) desejavam experimentar a autoadministração de medicamentos e 51,7% (n = 15) preferiam manter o método administração pelo enfermeiro, dado que 48,3% (n = 14) achavam mais seguro e 3,4% (n = 1) mais cômodo. Os participantes do GC que desejavam experimentar a autoadministração relataram expectativa de maior autonomia (10,3%),

seguimento da rotina de casa (10,3%), maior aprendizado (6,9%), acreditavam na sua capacidade para autoadministrar (6,9%), maior responsabilidade (6,9%), além de outras justificativas apresentadas na Tabela 45. Portanto, 70% (n = 41) dos participantes de ambos os grupos desejavam autoadministrar, assim como no estudo de Furlong (1996), onde essa preferência chegou à 66% (FURLONG, 1996), por motivos diversos, como assinalados.

Durante um total de 637 dias de internação dos participantes do PAM, 27,6% (n = 8) dos participantes detectaram 10 erros na embalagem plástica de medicamentos, o que correspondeu a uma baixa taxa de erros de 0,016 por dia. Estudo prévio de avaliação do PAM mostrou uma taxa erros semelhante (TEIXEIRA, 2008). Observou-se que mantém a deficiência na conferência da embalagem plástica de medicamentos pelos pacientes em relação ao estudo anterior, pois somente 31,0% dos participantes (n = 9) sempre realizavam a conferência das embalagens plásticas quanto à dosagem e horário de uso dos medicamentos (TEIXEIRA, 2008). Essa deficiência de conferência pode ter subestimado os erros de preparo da embalagem plástica detectados pelos participantes, o que pode ter sido uma limitação de investigação do estudo. No entanto, acredita-se que há uma baixa incidência de erros no preparo da embalagem plástica de medicamentos, devido a um trabalho criterioso da equipe farmacêutica que realiza o preparo da embalagem plástica diariamente, posteriormente, é realizada uma segunda conferência conjunta entre farmácia e a enfermagem e, finalmente, a conferência pelo próprio paciente.

A conferência pelo paciente faz parte do método operacional do PAM, funciona como uma corresponsabilização e deve ser estimulada, especialmente no ato da entrega da embalagem plástica, imediatamente antes da autoadministração dos medicamentos e durante o Programa.

Quanto à opinião dos participantes do GE sobre os recursos materiais empregados no PAM quase metade dos participantes (n = 14) relataram dificuldades no manejo da embalagem plástica de medicamentos, seja por dificuldade na abertura das embalagens plásticas ou pela forma de apresentação das embalagens grande, poluente e/ou antieconômica, assim como no estudo piloto realizado para avaliação do PAM, essa dificuldade de abertura das embalagem havia sido identificada em 29,2% dos participantes (TEIXEIRA, 2008). Considera-se pertinente a preocupação dos participantes quanto aos resíduos das embalagens plásticas, pois causam impactos ambientais e socioeconômicos a curto, médio e longo prazos.

As sugestões de melhoria da embalagem propostas pelos participantes estão detalhadas na Tabela 44, e assinalam a algumas opções viáveis para adequação das embalagens, visando à maior satisfação dos pacientes, profissionais e, principalmente, para o meio ambiente.

Destaca-se que as sugestões propostas envolvem um sistema mais fácil de abrir e do tamanho reduzido da embalagem. Acredita-se que a substituição por embalagens de papel ou reaproveitáveis poderia atender às sugestões dos participantes, sem resultar em perda de qualidade do PAM.

8 CONCLUSÃO

8 CONCLUSÃO

O estudo da avaliação da efetividade do PAM permite concluir que o programa assegurou resultados positivos aos pacientes com lesão medular do CINR.

Os participantes do grupo exposto ao PAM (grupo estudo – GE) apresentaram melhores níveis de conhecimento sobre o regime medicamentoso prescrito na alta hospitalar em relação aos participantes expostos à administração de medicamentos pelo enfermeiro (grupo controle – GC). Porém, a hipótese de que o GE apresentaria melhores níveis de conhecimentos no pós-alta hospitalar foi refutada, pois ambos os grupos apresentaram níveis semelhantes de conhecimento nesse momento da investigação.

A hipótese de que os participantes expostos ao PAM apresentariam melhores níveis de aderência no pós-alta em relação aos participantes expostos à administração pelo enfermeiro também foi rejeitada, em razão do nível de aderência de ambos os grupos serem semelhantes. É possível afirmar que o PAM contribuiu para a melhoria da aderência dos participantes, mas esta ainda é baixa em ambos os grupos investigados, o que requer imprescindível aperfeiçoamento do programa.

Apesar de a aderência medicamentosa não ter atingido a totalidade dos participantes do GE, na alta hospitalar, o PAM foi considerado efetivo, pois permitiu maior satisfação, autonomia e responsabilidade aos participantes, oportunizando a aquisição de conhecimentos e habilidades essenciais à autoadministração de medicamentos. Além disso, os participantes expostos ao PAM apresentaram baixa incidência de erros durante a internação, e estes não acarretaram danos aos pacientes.

A presente investigação permite confirmar a hipótese de que os participantes expostos ao PAM saíram de alta hospitalar melhor preparado para iniciar a autoadministração dos medicamentos prescritos no ambiente domiciliar, em relação aos participantes expostos à administração de medicamentos pelo enfermeiro.

Independentemente do método de administração de medicamentos escolhido, deve-se zelar pela segurança do paciente no sistema hospitalar, tendo em vista o estabelecimento de um planejamento de alta individualizado padronizado, onde exista participação ativa legítima do paciente e responsabilização de todos os membros da equipe de saúde, incluindo o próprio paciente.

A assistência e as pesquisas na área de saúde não só podem como devem ser refletidas para ultrapassarem as fronteiras das instituições de saúde.

Na presente pesquisa aponta-se como uma das limitações a dificuldade enfrentada para se confirmar em prontuário eletrônico as informações obtidas através do autorrelato pelos participantes sobre seguimento ao tratamento medicamentoso prescrito. Portanto, a avaliação da aderência medicamentosa e o registro detalhado sobre os medicamentos prescritos nos pontos de transição do cuidado, ou seja, na admissão, hospitalização e alta, são de extrema importância para assistência ao paciente, sendo necessária a realização de pesquisas acerca desse aspecto.

Outra limitação na medida da aderência deve-se às diferentes percepções entre pesquisadores e pacientes sobre o que consiste ser aderência medicamentosa, pois esta envolve aspectos multifatoriais que estão inter-relacionados. Possivelmente, seja necessária a associação de várias abordagens metodológicas para se conseguir avaliar profundamente a temática aderência.

A inviabilidade de se verificar a ocorrência de erros no método de administração de medicamentos pelo enfermeiro impediu a comparação com o PAM, sendo preciso realizar comparações com estudos que, possivelmente, não representam a instituição em foco.

Um dos maiores desafios dos profissionais de saúde no cuidado a pessoas com condições crônicas, como aquelas com lesão medular, é o alcance de elevada aderência ao tratamento medicamentoso prescrito. Programas de autoadministração de medicamentos são tecnologias potencialmente úteis e viáveis para melhorar o conhecimento, a aderência ao tratamento medicamentoso e a participação ativa do paciente no processo de tomada de decisão. Nesse sentido, esse estudo permite apresentar reflexões e recomendações consideradas essenciais para maior efetividade do PAM, que são enumeradas a seguir.

- A prática da autoadministração requer, fundamentalmente, revisões constantes da política de autoadministração local e avaliação contínua, com envolvimento da equipe interdisciplinar, visando à segurança do paciente, não só no ambiente hospitalar, como também domiciliar. Haja vista, que o tratamento em reabilitação deveria ultrapassar as fronteiras dos serviços de saúde, pois as necessidades dos pacientes vão muito além, devem ser profundamente conhecidas, o que nem sempre é tarefa fácil para os profissionais de saúde.
- Outra recomendação importante, encaixada à revisão da política de autoadministração, se refere à adoção de protocolos de acompanhamento dos estágios e de gerenciamento de riscos no PAM que facilitarão a detecção de pacientes em potencial risco, para que

intervenções precoces sejam tomadas pela equipe. Recomenda-se a avaliação dos erros pelo enfermeiro, documentação completa e alerta de outros membros da equipe.

- O aprimoramento das estratégias educacionais dos pacientes sobre o regime terapêutico medicamentoso prescrito pela equipe interdisciplinar – enfermeiros, farmacêuticos e médicos – objetivando a melhoria dos déficits de conhecimento em todos os aspectos relacionados à terapêutica medicamentosa, como nomes, indicações, reações adversas, horários, dosagens, recomendações de uso é de extrema relevância.
- A educação sobre regime medicamentoso é considerada uma prática segura na assistência a pacientes em processo de alta hospitalar. O desenvolvimento e a implementação do planejamento de alta hospitalar refletirá em medidas exequíveis para o autocuidado domiciliar, contribuindo para a melhoria da aderência medicamentosa. O seguimento pós-alta hospitalar na assistência medicamentosa é importante à efetividade do processo educativo para a alta hospitalar que, por sua vez, repercutirá na melhoria da qualidade do PAM.
- A realização de pesquisas sobre os medicamentos padronizados no serviço, com intuito de estabelecer recursos pedagógicos para o ensino, desde simples materiais audiovisuais a complexos softwares educativos, pode contribuir para o aumento do conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso no decorrer da internação e favorecer a aderência medicamentosa. Nesse sentido, a busca de informações baseada em evidências pelos profissionais da área da saúde é uma ferramenta que aperfeiçoa as habilidades no manejo e estabelecimento de recursos, visando a proporcionar educação e segurança ao paciente.

Ressalta-se que, as sugestões propostas pelos participantes deveriam ser apreciadas pelos gestores e profissionais da instituição, já que a substituição das embalagens com a cooperação dos pacientes incidirá em maior satisfação, sem resultar em perda de qualidade do PAM.

Por fim, essa pesquisa mostra importantes aspectos que podem contribuir para o aperfeiçoamento do PAM, como também apontam à necessidade de novas e futuras investigações que enfocam a complexa temática da aderência medicamentosa.

REFERÊNCIAS

9 REFERÊNCIAS

AMARAL, M.T.M.P. Encontrar um novo sentido da vida: um estudo explicativo da adaptação após a lesão medular. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, n. 3, p. 573-80, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/reeusp>. Acesso em: 10 mai. 2012.

AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS (ASHP). Guidelines on Preventing Medication Errors in Hospitals. **Am J Hosp Pharm**, v. 50, p. 305-14, 1993.

AMERICAN SPINAL INJURY ASSOCIATION (ASIA); INTERNATIONAL MEDICAL SOCIETY OF PARAPLEGIA (IMSOP). **Padrões internacionais para classificação neurológica e funcional de lesão espinhal**. 1999.

BANDURA, A. **Self-efficacy: the exercise of control**. New York : WH Freeman and Company, 1997.

BARRY, K. Patient self-medication: in a innovative approach to medication teaching. **Jornal of Nursing care quality**, v. 8, n. 1, p. 75-82, out., 1993.

BRICEÑO-LEÓN, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. **Cad Saúde Públ**, v. 12, n. 1, p. 7-30, jan.-mar., 1996. Disponível em: <<http://www.gices-sc.org/SeteTesesBricenoLeon.pdf>>. Acesso em: 9 jun 2012.

CAMPIOLI, P. et al. The neurogenic bladder: anatomy and neurophysiology. **Rays**, v. 27, n. 2, p. 107-114, abr.-jun. 2002.

CAMPOS, M.F. et al. Epidemiologia do traumatismo da coluna vertebral. **Rev. Col. Bras. Cir.**, v. 35, p. 88-93, mar.-abr. 2008.

CANALINI, F.A.; MARTUCCI, R.C.; CAPRINI, J.N. Procedimentos e cuidados com o cateterismo intermitente. In: I CONSENSO BRASILEIRO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, URONEUROLOGIA, DISFUNÇÕES MICCIONAIS, 1., 1999, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: BG Editora e Produções, 1999. p. 41-44.

- CHOMPRÉ, R.R. Autocuidado: necessidade ou responsabilidade? **Rev Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 7(1/2), p. 153-61, abr.-mai., 1994.
- COLLINGSWORTH, S.; GOUD, D.; WAINWIGHT, S.P. Patient self-administration of medication: a review of the literature. **Int J Nurs Stud**, v. 34, n. 4, p. 256-69, 1997.
- CONSELHO DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL (CDES). **As desigualdades da escolarização no Brasil (Relatório de observação 2)**. Brasília: Presidência da República, 2007. Disponível em: <<http://www.cdes.gov.br>>. Acesso em 07 mai. 2012.
- CUA, Y.M., KRIPALANI, S. Medication use in the transition from hospital to home . **Ann Acad of Med Singapore**, v. 37, n. 2 , p. 136-41, 2008.
- D`ANCONA, C.A.L.; ROCHA, F.E.T. **Manual de Urodinâmica**. 1. ed. São Paulo: Editora Planmark, 2007. 281 p.
- DEEKS, PA; BYATT, K. Are patients who self-administer their medications in hospital more satisfied with their care? **Journal of Advanced Nursing**, v. 31, n. 2, p. 395-400, 2000.
- DELGADO, A.B.; LIMA, M.L. Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.2, n. 2, p. 81-100, fev. 2001.
- DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology and Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 115-18, 1990
- FABRRO, L. Limitações jurídicas à autonomia do paciente. **Revista Bioética**, v. 7, n. 1, p. 1-6, 1999. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/286/425>. Acesso em: 20 jun. 2012.
- FARO, A.C.M. Assistência de enfermagem ao paciente com traumatismo raquimedular. In: VENTURA, M. de F. et al. **Enfermagem ortopédica**. São Paulo: Ícone, 1996. p. 175-89.

- FISH, L.; LUNG, C.L. Adherence to asthma therapy. **Ann Allergy Asthma Immunol**, v. 86, n. 6, suppl.1, p. 24-30, jun. 2001.
- FOSTER, A.J. et al. Adverse drug events occurring following hospital discharge. **J Gen Intern Med**, v. 20, p. 317-23, 2005.
- FRÖHLICH, S.E.; DAL PIZZOL, T.S.; MENGUE, S.S. Instrumento para avaliação do nível de conhecimento na atenção primária. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 1046-54, 2010.
- FURLONG, S. Do programmes of medicines self-administration enhance patient knowledge, compliance and satisfaction? **Journal Advanced Nursing**, v. 23, p. 1254-62, 1996.
- GREVE, J.M.D. Reabilitação na lesão da medula espinhal. **Rev Med**, v. 78, n. 2, p. 276-86, 1999.
- GRIMES, D.A.; SCHULZ, K.F. Cohort Studies: marching towards outcomes. **The Lancet**, v. 359, p. 341-45, 26, jan. 2002. Disponível em: <www.thelancet.com>. Acesso em: 10 jun. 2011.
- HARTKOPP, A. et al. Survival and cause of death after traumatic spinal cord injury. A long-term epidemiological survey from Denmark. **Spinal Cord**, v. 35, p. 76-85, 1997. Disponível em: <<http://www.nature.com/sc/journal/v35/n2/pdf/3100351a.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2012.
- HAYNES, R.B.; TAYLOR, D.W.; SACKETT, D.L. **Compliance in health care**. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1979.
- HAYNES, R.B. et al. Interventions for enhancing medication adherence. **Cochrane Database of Syst Rev**, v. 9, n. 3, p. 1-43, 2011.
- HAYNES, R.B.; WANG, E.; GOMES, M.M. A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. **Patient Education and Counselling**, v. 10, p.155-166, 1987.

HEPLER CD, STRAND LM. **Opportunities and responsibilities**. Am J Hosp Pharm, v. 47, p. 533-43, 1990. Disponível em: <http://www.qu.edu.qa/pharmacy/professional_development/documents/Responsibilities_Hep ler_Strand.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2012.

HO, P.M.; BRYSON, C.L.; RUMSFELD, J.S. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes. **Circulation**, v. 119, p. 3028-33, 2009.

HORNE, R. et al. **Concordance, adherence and compliance in medicine taking**. Report for the National Coordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). Brighton: Centre for Health Care Research, dez. 2005, p. 1-310.

HORR, L. **Viabilidade do método de autoadministração de medicamentos orais à pacientes clínicos, adultos, hospitalizados**. Dissertação (mestrado). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1979. 100 p.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Classificação internacional para a prática de enfermagem - Versão Beta 2**. 1. ed. ICN, 2002.

JANSA, M. et al. 2010. Multidimensional analysis of treatment adherence in patients with multiple chronic conditions. A cross-sectional study in a tertiary hospital. **Patient Education and Counseling**, v. 81, p. 161-68, 2010.

JENSEN, L. Self-administered cardiac medication program evaluation. **Can J Cardiovasc Nurs**, v. 13, n. 2, p. 35-44, 2003.

LAGE, A. **Como é caro ser cadeirante**. Rede SACI, Belo Horizonte: Legal, USP, 23 mar. 2011. Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi¶metro=31450>>. Acesso em: 18 mai. 2012.

LEITE, S.N.; VASCONCELLOS, M.P.C. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 3, p. 775-82. 3, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

- LEVER, S.; O'REILLY, K.; PRYOR, J. Peer reviewed paper: an investigation into the practice of self-administration of medication inpatient rehabilitation. **Jarna-Putney NSW**, v. 11, n. 1, p. 16-22, 2008.
- LIANZA, S. A lesão medular. In: _____. **Medicina de Reabilitação**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995. p.
- LIANZA, S. **Conceitos atuais baseados em evidências científicas**. 1. ed. São Paulo: Câmara Brasileira do Livro, 2004. p. 54.
- LIANZA, S. et al. Diagnóstico e tratamento da espasticidade. In: _____. **Sociedade Brasileira de Medicina Física e Reabilitação**. 2001. Disponível em: <http://www.portalmedico.org.br/include/diretrizes/100_diretrizes/espasticidade.pdf>. Acesso em: 25 mar. 2011.
- LIVINGSTONE, M.; SIMMONS, J. Policy: self administration of medicine (SAM). **Sheffield Health & Social Care NHS Foundation Trust**, 2009. Disponível em: <http://www.sct.nhs.uk/_documentbank/SelfAdministrationOfMedicinesLocalPolicy_1.pdf>. Acesso em: 18 out. 2011.
- MACHADO, M.M.P. **Adesão ao regime terapêutico: representação das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros**. Dissertação (mestrado). Universidade do Minho, 2009.
- MAEMO, M.; ANDRADE, R.G.V. Reabilitação profissional no Brasil: elementos para a construção de uma política pública. **Rev Bras de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 121, p. 87-99, 2010. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1005/100513733010.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2012.
- MANIAS, E. et al. Self-administration of medication in hospital: patient's perspectives. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 2, 194-203, abr., 2004.
- MELLO, M.T. Avaliação comparativa dos índices de lesão, dor e da qualidade de vida em lesados medulares sedentários e praticantes de basquetebol em cadeira de rodas. **Rev. Neurociências**, v. 16, n. 2, p. 87, 2008.

- MELO, M.N.B. **A intenção e o gesto: ações gerenciais de enfermeiros em espaços hospitalares.** Dissertação (mestrado). Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2003.
- MENDES, L.G.G. **Subjetividade e lesão medular: vida que escapa à paralisia.** Dissertação (mestrado). Belo Horizonte: Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, 2007.
- MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B. Conhecimento de pacientes sobre medicamentos. In: CASSIANI, S.H.B.; UETA, J. **A segurança dos pacientes na utilização de medicação.** São Paulo: Artes Médicas: 2004. p. 133-44.
- MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H.B. Administração de medicamentos: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 2, p.136-44, 2005.
- MICROMEDEX HEALTHCARE SERIES. **Detailed Drug Information for the Consumer™.** Thomson Reuters (Healthcare).
- MILLER, N.H. et. al. The Multilevel Compliance Challenge: Recommendations for a Call to Action: a statement for healthcare professionals. **Circulation**, v. 95, p. 1085-90, 1997.
- MONTAGUE, T. et al. Patient health management: a promising paradigm in Canadian healthcare. **Am J Manag.Care**, v. 3, p. 1175-82, 1997.
- MOORE, C. et al. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. **J Gen Intern Med**, v. 18, p. 646-51, 2003.
- MORISKY, D.E.; GREEN, L.W.; LEVINE, D.M. Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. **Med Care**, v. 24, p. 67-74, 1986.
- MURTA, S.G.; GUIMARÃES, S.S. Enfrentamento na lesão medular. **Estudos de psicologia**, v. 12, n. 1, p. 57-63, 2007.
- NATIONAL COORDINATING COUNCIL FOR MEDICATION ERROR REPORTING AND PREVENTION (NCCMERP). **What is a Medication Error?** NCCMERP , 1998-

2012. Disponível em: <<http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>>. Acesso em: 05 jan. 2012.

NATIONAL INSTITUTE OF NEUROLOGICAL DISORDERS AND STROKE. **Spinal Cord Injury: Hope Through Research**, 2003. Disponível em: <http://www.ninds.nih.gov/disorders/sci/detail_sci.htm. 2003>. Acesso em: 18 out. 2011.

NATIONAL SPINAL CORD INJURY STATISTICAL CENTER. Spinal Cord Injury Facts and Figures at a Glance. **Information Sheet**, 2005. Disponível em: <https://www.nscisc.uab.edu/PublicDocuments/nscisc_home/pdf/Facts%202011%20Feb%20Final.pdf>. Acesso em: 15 mai 2012.

NHS EDUCATION FOR SCOTLAND. **Toolkit for the self-administration of medicines (SAM) in Hospital**. 2004. Disponível em: <<http://www.nes.scot.nhs.uk/media/60937/toolkit-for-the-self-administration-of-medicines.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

OREM, D.E. **Nursing concepts of practice**. 6. ed. Saint Louis (US): Mosby, 2001.

PANNIERS, J; HORNER, M.; KEELOR, D. **Community Hospitals Policy and procedures for the self-administration of medicines**. 2004. Disponível em: http://www.worcestershirehealth.nhs.uk/swpct/Public/FOI/class_09/class09.asp#clinical

PEREIRA, M.G. **Epidemiologia, teoria e prática**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PERELES, L. et al. Evaluation of a Self-Medication Program. **Journal American Geriatrics Society**, v. 44, n.2, p. 161-165, fev., 1996.

PHARMACEUTICAL ROYAL SOCIETY. **From compliance to concordance: achieving shared goals in medicine taking**. London : Merck, Sharp and Dohme, 1997.

PHELAN, G. et al. Self-administration of medication by patients and family members during hospitalization. **Patient Education and Counseling**, v. 27, p. 103-12, 1996.

POMPEO, D.A. et al. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir de relatos de pacientes. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 3, p. 345-50, 2007.

PORTELA, A.S. et al. Prescrição médica: orientações adequadas para o uso de medicamentos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n. 3, p. 3523-8, 2010.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Informações sobre doenças tratadas: lesão medular**. REDE SARAH. Disponível em: <www.sarah.br>. Acesso em: 05 mai 2012.

REDE SARAH DE HOSPITAIS DE REABILITAÇÃO. **Perfil epidemiológico dos pacientes com lesão medular admitidos na Rede Sarah em 2011**. (relatório interno). Brasília: Comissão Nacional de Controle de Qualidade da Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação, 2011. 9 p.

REHDER, T.L. et al. Improving medication compliance by counseling and special prescription container. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 37, p. 379-385, mar. 1980.

REIS, A.M.M. et al. Errors in medicine administration – profile of medicines: knowing and preventing. **Acta Paul Enferm**, v. 23, n. 2, p. 181-6, 2010.

REIS, L.C. Avaliação de projetos como instrumento de gestão. In: Apoio à Gestão. **RITS**, nov 1999. Disponível em: <http://www.rits.org.br/gestao_teste/ge_testes/ge_tmessant_nov99.cfm>. Acesso em: 25 mar. 2010.

ROBERSON, M.H.B. The meaning of compliance: patient perspectives. **Qual Health Research**, v. 2, n. 1, p. 7-26, fev. 1992.

ROCHA, L.C.; ROCHA, F.E.; TRUZZI, J.C. Tratamento farmacológico da bexiga hiperativa. In: I CONSENSO BRASILEIRO DE INCONTINÊNCIA URINÁRIA, URONEUROLOGIA, DISFUNÇÕES MICCIONAIS, 1., 1999, Rio de Janeiro. **Anais...** São Paulo: BG Editora e Produções, 1999. p. 45-54.

ROLLEY, J.X. et al. Medication adherence self-report instruments: implications for practice and research. **Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 23, n. 6, p. 497-505, 2008.

ROMMERS, M.K.; TEEPE-TWISS, I.M.; GUCHELAAR, H.J. Preventing adverse drug events in hospital practice: an overview. **Pharmacoepidemiology and Drug Safety**, v. 16, n.10, p. 1129-35, 2007.

ROYAL PHARMACEUTICAL SOCIETY OF GREAT BRITAIN (RPSGB); PHARMACEUTICAL SERVICES NEGOTIATING COMMITTEE (PSNC); PRIMARY CARE PHARMACISTS' ASSOCIATION (PCPA); GUILD OF HEALTHCARE PHARMACISTS (GHP). **Moving patient, moving medicines, moving safely. Guidance on discharge and transfer planning**. 2006. Disponível em: <<http://www.wales.nhs.uk/sitesplus/documents/829/Medicines%20Management%20-%20Moving%20Patients%20Moving%20Medicines.PDF>>. Acesso em: 25 out. 2011.

RYAN, R. et al. Consumer-oriented interventions for evidence-based prescribing and medicine use: an overview of system systematic reviews. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 5, n. 12, 2011.

SALMON, K. Self-administration of medicines and the re-use of patients' own drugs. **Foundation of Nursing Studies Dissemination**, v.1, n.3, p.1-4, 2002.

SANTOS, J.A.T.. **Qualidade de vida e independência funcional de lesados medulares**. Dissertação (mestrado). Brasília: Faculdade de Educação Física - UnB, 2010. 66p.

SHIPLEY, V.; FAIRWEATHER, J. A programme of individualized and self-administration of medicines in a hospice. **International Journal of Palliative Nursing**, v. 7, n. 12, p. 581-86, 2001.

SHISHANI, K. Chronically ill adults' educational needs on self-medication. **Applied Nursing Research**, v. 21, p. 54-9, 2008.

SHUTERLAND, K.; SEMPLE, S. Self-administration of drugs: an introduction. **Nurs Times**, v. 91, n. 23, p. 29-33, 1995.

SIDDALL, P.J; TAYLOR, D.A.; COUSINS, M.J. Classification of pain following spinal cord injury. **Spinal Cord**, v. 35, p. 69-75, 1997.

SIDDALL, P.J.; YEZIERSKI, R.P.; LOESER, J.D. Pain following spinal cord injury: clinical features, prevalence, and taxonomy. **Technical Corner from International Association for the Study of Pain Newsletter**, 2000.

SILVA, A.C. et al. Conhecimento de um grupo de pacientes sobre medicamentos genéricos por eles utilizados. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 4, p. 439-45, out.-dez. 2007.

SIMONET, M.L. Amélioration de la connaissance de son traitement par le patient à la sortie de l'hôpital. **Rev Med Suisse**, v. 1, n. 42, p. 2737-40, nov. 2005.

SIMPSON, S.H. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. **BMJ**, 10.1136/bmj.38875.675486.55, p. 1-6, jun. 2006.

STRAUSS, D.J. et al. Trends in life expectancy after spinal cord injury. **Arch Phys Med Rehabil**, v. 87, 2006. Disponível em: <<http://w.lifeexpectancy.com/articles/scis.pdf>>. Acesso em: 05 mai. 2012.

SUZUMURA, E.A. et al. Como avaliar criticamente estudos de coorte em terapia intensiva? **RBTI**, v. 20, p. 93-8, jan.-mar. 2008.

TEIXEIRA, J.P.D.S. **Avaliação da aderência de indivíduos com paraplegia ao Programa de Autoadministração de Medicamentos do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR)**. Trabalho de conclusão de curso (monografia). Brasília: Universidade de Brasília, 2008.

UNITED KINGDOM CENTRAL COUNCIL FOR NURSING (UKCC). Guidelines for the administration of medicines. London: UKCC, 2000.

VALL, J. O processo de reabilitação da pessoa portadora de paraplegia: uma contribuição teórica. **Cadernos da Escola de Saúde em Enfermagem**, v. 1, p. 1-12, jul. 2008.

VALL, J. **Classificação internacional de funcionalidade (CIF) em pessoas com dor neuropática secundária a lesão medular**. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2010. (tese de doutorado).

VECCHIA, R.D. et al. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Rev Bras Epidemiol**, v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

VERA, R. S. **Resiliência, enfrentamento e qualidade de vida na reabilitação de indivíduos com lesão medular**. Tese (doutorado). Brasília: Universidade de Brasília, 2012. 220 p.

WAGNER, M.B. Medidas de associação em estudos epidemiológicos: risco relativo e odds ratio. **Jornal de Pediatria**, v. 74, p. 247-51.

WAHL, C. et al. Concordance, Compliance and Adherence in Health Care: closing gaps and improving outcomes. **Healthc Q**, v. 8, n. 1, p. 65-70, 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Adherence to long-term therapies: evidence for action – Section I – Setting the scene**. Geneva: WHO, 2003. p. 1-17. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>>. Acesso em abr. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World report on disability**. Geneva: WHO, 2011. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240685215_eng.pdf>. Acesso em: 18 out. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety – Versão 1.1**. Geneva: WHO, jan. 2009. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_chapter3.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2012.

WRIGHT, J. et al. Hospital inpatient self-administration of medicine programmes: a critical literature review. **Pharmacy World & Science**, v. 28, p. 140-151, 2006.

WYNDAELE M.; WYNDAELE J. Incidence, prevalence and epidemiology of spinal cord injury: what learns a worldwide literature survey? **Spinal Cord**, v. 44, p. 523-29, 2006. Disponível em: <<http://www.nature.com/sc/journal/v44/n9/abs/3101893a.html>>. Acesso em: 10 mai. 2012.

YASUDA, S. et al. Return to work after spinal cord injury: A review of recent research.

NeuroRehabilitation, v. 17, p. 177-186, 2002. Disponível em:

<http://www.cirris.ulaval.ca/cirris_fichiers/files/Yasuda%20et%20al_%20Return%20to%20work%20after%20SCI_%202002.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2012.

YOUNG, B. Medication reconciliation matters. **MEDSURG Nursing**, v. 17, n. 5, p. 332-36, out. 2008.

ZEJDLIK, C.P. **Management of Spinal Cord Injury**. 2. ed. Boston: Jones e Bartlett Publishes, 1992.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido para participação em
pesquisa**

Título da pesquisa: “Avaliação da aderência ao tratamento farmacoterápico de pacientes participantes do Programa de Autoadministração de Medicamentos do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação”.

Pesquisadora responsável: Enfermeira Juliana Paula Dias de Sousa Teixeira

Esclarecimentos aos Participantes da Pesquisa

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa sobre a avaliação da adesão ao tratamento farmacoterápico de pacientes participantes do Programa de Autoadministração de Medicamentos do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação (CINR).

Serão realizadas algumas perguntas sobre os seus medicamentos de uso contínuo, na admissão, alta hospitalar e 30 dias após a sua alta da Instituição.

Sua participação é muito importante para a concretização desta pesquisa e futuramente poderá trazer melhorias na assistência de enfermagem que você recebe nesta Instituição.

Você tem a liberdade de desistir ou interromper sua colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem a necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo à sua permanência ou ao seu programa de reabilitação no CINR – Lago Norte.

Durante sua participação, na pesquisa ou estudo, não haverá riscos nem tampouco custos. Asseguramos que os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins de pesquisa e que seu anonimato será preservado.

Brasília – DF, ____ de _____ de _____.

Pesquisadora responsável
Juliana Paula Dias de Sousa Teixeira
e-mail: jpdsteixeira@hotmail.com
telefone: (61)30342118
CONSENTIMENTO

Eu, _____,
concordo em participar dessa pesquisa, por livre e espontânea vontade.

Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa a ser realizada e compreendi as informações a mim fornecidas, estando ciente dos objetivos e benefícios desse estudo.

Concordo com que as informações por mim prestadas sejam utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa, que sejam analisadas por pessoas autorizadas pela pesquisadora, assim como a publicação dos dados que tenham relação com o estudo.

Estou ciente de que a qualquer momento posso retirar meu consentimento sem risco de qualquer penalidade.

Brasília – DF, ____ de _____ de _____.

Nome e Assinatura do Sujeito ou Responsável

Nome e Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE B - Protocolo de avaliação do paciente ao Programa de Autoadministração de Medicamentos (PAM)

PARTE I (ADMISSÃO)	
A- IDENTIFICAÇÃO	
Nº registro prontuário _____ 1º Nome _____ Idade _____ Admissão ____/____/____ Entrevista ____/____/____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino Procedência _____ UF ____ Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Convivência marital <input type="checkbox"/> Divorciado Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação Curso: _____	
B- AVALIAÇÃO INICIAL	
Faz uso de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca Alguma vez utilizou medicamento para: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
Histórico de alterações psiquiátricas/uso de drogas ilícitas/risco de suicídio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Diagnóstico principal _____ Início ____/____/____ Etiologia _____ Internações <input type="checkbox"/> Sarah Centro Nº internações anteriores _____ <input type="checkbox"/> CINR Nº internações anteriores _____	
C- PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	
Qual sua profissão? _____ Atualmente está trabalhando? <input type="checkbox"/> Sim. Em quê? _____ Possui vínculo empregatício? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não. Porquê? _____ Recebe benefício do governo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual tipo? _____	
D- AVALIAÇÃO QUANTO AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS	
Como você adquire seus medicamentos de uso contínuo? <input type="checkbox"/> Compra <input type="checkbox"/> Outra forma. Qual? _____ _____ _____ Você possui dificuldade para adquirir seus medicamentos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____ _____ _____ Quanto você gasta por mês com os seus medicamentos de uso contínuo? <input type="checkbox"/> Sem gasto <input type="checkbox"/> < R\$ 50,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 51,00 a R\$ 100/mês <input type="checkbox"/> R\$ 101,00 a R\$ 200,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 201,00 a R\$ 400,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 401,00 a R\$ 1.000,00/mês <input type="checkbox"/> > R\$ 1.001,00/mês <input type="checkbox"/> Não sabe Qual a sua renda familiar mensal? <input type="checkbox"/> < R\$ 510,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 511,00 a R\$ 1.500,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 8.000,00/mês <input type="checkbox"/> > R\$ 8.001,00/mês <input type="checkbox"/> Não sabe	
E- AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS EM USO NO DOMICÍLIO	
Nome do medicamento	Dose (mg) em cada horário
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
1- Conhece o nome dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) nome(s) não conhece? _____	
2- Conhece a dose (em miligramas) dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) dose(s) não conhece? _____	
3- Conhece o horário de uso dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) horário(s) não conhece? _____	
4- Conhece a via de administração dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) via(s) não conhece? _____	
5- Conhece as indicações de uso dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Apêndice B

<input type="checkbox"/> Parcialmente	Qual(is) indicações(s) não conhece? _____

6- Conhece as recomendações/precauções de uso dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Parcialmente	Qual(is) recomendações não conhece? _____

7- Guarda os medicamentos em local adequado no domicílio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente

8- Verifica integridade (cor, aparência, odor, lacre) dos medicamentos antes de autoadministrá-los?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca

9- Verifica a data de validade dos medicamentos ao adquirir?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> nunca	_____
10- Apresenta/apresentou alguma reação adversa ou desconforto com os medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Relate as reações adversas que você apresenta/apresentou com cada medicamento _____	

11- Conhece os possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente

12- Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita do (os) medicamento (os), em domicílio?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Por quê? _____	
13- Alguma vez não autoadministrou no intervalo de horário prescrito, em domicílio?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Por quê? _____	
14- Alguma vez autoadministrou os medicamentos prescritos com atraso?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Relate quanto tempo de atraso médio? _____	
15- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por esquecimento?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
16- Conhece a conduta correta quando esquece ou se esquecesse de autoadministrar os medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Parcialmente	_____
17- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se melhor?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
18- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se pior?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
19- Alguma vez modificou o esquema medicamentoso prescrito por conta própria (suspensão/alteração de dose ou horário)?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Qual(is) modificação(ões) do esquema medicamentoso você fez? _____	

20- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos por ter deixado acabar?	<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Por quanto tempo deixou de autoadministrar? _____	
21- Apresenta/apresentou dificuldade para seguir o tratamento medicamentoso prescrito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual (is) dificuldade(s) você teve/tem para seguir o tratamento medicamentoso prescrito? _____	

22- Você gostaria de receber maiores orientações sobre os medicamentos durante esta internação?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Qual(is)? _____	

F- IMPRESSÃO DA PESQUISADORA	
Houve adesão ao tratamento medicamentoso em domicílio?	
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

G- OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR

____/____/____::
____/____/____::
____/____/____::
____/____/____::
____/____/____::

PARTE II (ALTA HOSPITALAR)

Entrevista ____/____/____

Previsão de alta ____/____/____

H- AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS EM USO NO CENTRO DE REABILITAÇÃO

Nº registro _____ 1º Nome _____ Alta hospitalar ____/____/____ Entrevista ____/____/____

Nome do medicamento	Dose (mg) em cada horário
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

1- Conhece o nome dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) nome(s) não conhece? _____

2- Conhece a dose (em miligramas) dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) dose(s) não conhece? _____

3- Conhece o horário de uso dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) horário(s) não conhece? _____

4- Conhece a via de administração dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) via(s) não conhece? _____

5- Conhece as indicações de uso dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) indicações(s) não conhece? _____

6- Conhece as recomendações/precauções de uso dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) recomendações não conhece? _____

7- Verificou a integridade (cor, aparência, odor, lacre) dos medicamentos antes de autoadministrá-los? sempre quase sempre às vezes raramente nunca8- Verificou a data de validade dos medicamentos antes de autoadministrá-los durante a internação? sempre quase sempre às vezes raramente nunca9- Apresenta/apresentou algum reação adversa ou desconforto com os medicamentos prescritos durante a internação? Sim Não

Relate os reações adversas que você apresenta/apresentou com cada medicamento? _____

10- Conhece os possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente11- Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita do (os) medicamento (os), durante a internação? sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Por quê? _____

12- Alguma vez não autoadministrou no intervalo de horário prescrito, durante a internação? sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Por quê? _____

13- Alguma vez autoadministrou os medicamentos prescritos com atraso? sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Relate quanto tempo de atraso em média? _____

14- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por esquecimento?
 sempre quase sempre às vezes raramente nunca

15- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se melhor durante a internação?
 sempre quase sempre às vezes raramente nunca

16- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se pior durante a internação?
 sempre quase sempre às vezes raramente nunca

17- Alguma vez modificou o esquema medicamentoso prescrito por conta própria (suspensão/alteração de dose ou horário) durante a internação?
 sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Qual (is) modificação/modificações do esquema medicamentoso você fez? _____

17- Apresenta/apresentou alguma dificuldade para seguir o tratamento medicamentoso prescrito durante a internação?
 sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Quais as dificuldades que você apresenta/apresentou? _____

19- Você gostaria de receber maiores orientações sobre os seus medicamentos antes de sair de alta hospitalar? Não Sim

Qual (is)? _____

I- IMPRESSÃO DA PESQUISADORA

Houve adesão ao tratamento medicamentoso durante a internação?

Sim Não

J- AVALIAÇÃO

O que você prefere?

Autoadministrar os medicamentos durante a internação

Que o(a) enfermeiro (a) lhe ofereça os medicamentos em cada horário

K- OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR

L- AVALIAÇÃO DO MATERIAL PARA AUTOADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E DO PAM, SEGUNDO PACIENTES PARTICIPANTES

Você confere a embalagem de medicamentos ao recebê-la? sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Porquê? _____

Você já notou algum erro na sua tira de medicamentos durante esta internação?

Não

Sim. Qual (is) o (s) erro (s) que você observou? _____

Possui alguma sugestão de melhoria das embalagens?

Não

Sim. Qual (is)? _____

Você recebeu a bolsa de algodão cru para guarda de medicamentos?

Sim. O que você guarda nela?

Medicamentos Objetos diversos

Não. Porquê? _____

Você utilizou o cartão com a prescrição médica?

sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Porque? _____

Onde você o guarda?

Junto à grade de atividades Outros

O que você achou do cartão?

Difícil Fácil Útil Inútil

Possui alguma sugestão para melhoria do cartão?

Não Sim. Qual (is)? _____

Você considera o PAM

Excelente Bom Ruim Péssimo

Porquê? _____

Qual(is) a(s) desvantagem(s) em participar do PAM? _____ _____
Qual(is) a(s) vantagem(s) em participar do PAM? _____ _____
Você possui sugestões para melhoria do PAM? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual (is)? _____ _____ _____

PARTE III (PÓS ALTA HOSPITALAR)

Telefones para contato	Horário
M- AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS EM USO NO DOMICÍLIO	
Nome do medicamento	Dose (mg) em cada horário
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____
1- Conhece o nome dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) nome(s) não conhece? _____	
2- Conhece a dose (em miligramas) dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) dose(s) não conhece? _____	
3- Conhece o horário de uso dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) horário(s) não conhece? _____	
4- Conhece a via de administração dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) via(s) não conhece? _____	
5- Conhece as indicações de uso dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) indicações(s) não conhece? _____	
6- Conhece as recomendações/precauções de uso dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente Qual(is) recomendações não conhece? _____	
7- Tem verificado a integridade (cor, aparência, odor, lacre) dos medicamentos antes de autoadministrá-los? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca	
8- Tem verificado a data de validade dos medicamentos ao adquirir? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca	
9- Tem apresentado alguma reação adversa ou desconforto com os medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Relate os reações adversas que você apresenta/apresentou com cada medicamento? _____ _____ _____	
10- Conhece os possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente	
11- Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita do (os) medicamento (os) na sua alta hospitalar? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca	
12- Alguma vez não autoadministrou no intervalo de horário prescrito na sua alta hospitalar? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca	
13- Nesse período em casa, alguma vez autoadministrou os medicamentos prescritos com atraso? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca Relate quanto tempo de atraso em média? _____	
14- Nesse período em casa, alguma vez deixou de autoadministrou os medicamentos prescritos por esquecimento? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca	
15- Nesse período em casa, alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se melhor?	

16- Nesse período em casa, alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se pior?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
17- Nesse período em casa, alguma vez modificou o esquema medicamentoso prescrito por conta própria (suspensão/alteração de dose ou horário)?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
Qual (is) modificação/modificações do esquema medicamentoso você fez? _____					

18- Nesse período em casa apresenta/apresentou alguma dificuldade para seguir o tratamento medicamentoso prescrito durante a internação?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
Qual (is) as dificuldades que você apresenta/apresentou? _____					

N- IMPRESSÃO DA PESQUISADORA

O paciente está seguindo o tratamento medicamentoso?

 Sim Não

PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DO PACIENTE CONTROLE

PARTE I (ADMISSÃO)	ALA _____
O- IDENTIFICAÇÃO	
Nº registro prontuário _____ 1º Nome _____ Idade _____ Admissão ____/____/____	
Entrevista ____/____/____ Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino Procedência _____ UF _____	
Estado civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Convivência marital <input type="checkbox"/> Divorciado	
Escolaridade <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Médio incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo	
<input type="checkbox"/> Superior incompleto <input type="checkbox"/> Superior completo <input type="checkbox"/> Pós-graduação Curso: _____	
P- AVALIAÇÃO INICIAL	
Faz uso de bebida alcoólica? <input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca	
Alguma vez utilizou medicamento para : <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Depressão <input type="checkbox"/> Ansiedade <input type="checkbox"/> Outro. Qual? _____	
Histórico de alterações psiquiátricas/uso de drogas ilícitas/risco de suicídio <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Diagnóstico principal _____ Início ____/____/____	
Etiologia _____	
Internações <input type="checkbox"/> Sarah Centro Nº internações anteriores _____ <input type="checkbox"/> CINR Nº internações anteriores _____	
Q- PROFISSÃO/OCUPAÇÃO	
Qual sua profissão? _____	
Atualmente está trabalhando?	
<input type="checkbox"/> Sim. Em quê? _____ Possui vínculo empregatício? <input type="checkbox"/> Sim	
<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Não. Porquê? _____	
Recebe benefício do governo <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual tipo? _____	
R- AVALIAÇÃO QUANTO AQUISIÇÃO DOS MEDICAMENTOS	
Como você adquire seus medicamentos de uso contínuo? <input type="checkbox"/> Compra <input type="checkbox"/> Outra forma. Qual? _____	

Você possui dificuldade para adquirir seus medicamentos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual(is)? _____	

Quanto você gasta por mês com os seus medicamentos de uso contínuo? <input type="checkbox"/> Sem gasto <input type="checkbox"/> < R\$ 50,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 51,00 a R\$ 100/mês	
<input type="checkbox"/> R\$ 101,00 a R\$ 200,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 201,00 a R\$ 400,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 401,00 a R\$ 1.000,00/mês <input type="checkbox"/> > R\$ 1.001,00/mês <input type="checkbox"/> Não sabe	
Qual a sua renda familiar mensal? <input type="checkbox"/> < R\$ 510,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 511,00 a R\$ 1.500,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 1.501,00 a R\$ 3.000,00/mês	
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 a R\$ 5.000,00/mês <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 a R\$ 8.000,00/mês <input type="checkbox"/> > R\$ 8.001,00/mês <input type="checkbox"/> Não sabe	
S- AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS EM USO NO DOMICÍLIO	
Nome do medicamento	Dose (mg) em cada horário

Apêndice B

1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____
12-Conhece o nome dos medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) nome(s) não conhece? _____		
13-Conhece a dose (em miligramas) dos medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) dose(s) não conhece? _____		
14-Conhece o horário de uso dos medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) horário(s) não conhece? _____		
15-Conhece a via de administração dos medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) via(s) não conhece? _____		
16-Conhece as indicações de uso dos medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Parcialmente		
Qual(is) indicações(s) não conhece? _____		

17-Conhece as recomendações/precauções de uso dos medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Parcialmente		
Qual(is) recomendações não conhece? _____		

18-Guarda os medicamentos em local adequado no domicílio? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente

19-Verifica integridade (cor, aparência, odor, lacre) dos medicamentos antes de autoadministrá-los? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca

20-Verifica a data de validade dos medicamentos ao adquirir? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente
<input type="checkbox"/> nunca		
21-Apresenta/apresentou alguma reação adversa ou desconforto com os medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Relate os reações adversas que você apresenta/apresentou com cada medicamento _____		

22-Conhece os possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente

12- Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita do (os) medicamento (os), em domicílio? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Por quê? _____		
13- Alguma vez não autoadministrou no intervalo de horário prescrito, em domicílio? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Por quê? _____		
14- Alguma vez autoadministrou os medicamentos prescritos com atraso? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
Relate quanto tempo de atraso médio? _____		
15- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por esquecimento? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
16-Conhece a conduta correta quando esquece ou se esquecesse de autoadministrar os medicamentos prescritos? _____		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Parcialmente		
17- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se melhor? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
18-Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se pior? _____		<input type="checkbox"/> sempre <input type="checkbox"/> quase sempre <input type="checkbox"/> às vezes <input type="checkbox"/> raramente <input type="checkbox"/> nunca
19-Alguma vez modificou o esquema medicamentoso prescrito por conta própria (suspensão/alteração de dose ou horário)? _____		

sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Qual(is) modificação(ões) do esquema medicamentoso você fez? _____

20- Alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos por ter deixado acabar? _____

sempre quase sempre às vezes raramente nunca

Por quanto tempo deixou de autoadministrar? _____

21- Apresenta/apresentou dificuldade para seguir o tratamento medicamentoso prescrito? Sim Não

Qual (is) dificuldade(s) você teve/tem para seguir o tratamento medicamentoso prescrito? _____

21- Você gostaria de receber maiores orientações sobre os medicamentos durante esta internação? Sim Não

Qual(is)? _____

T- IMPRESSÃO DA PESQUISADORA

Houve adesão ao tratamento medicamentoso em domicílio?

Sim Não

U- OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR

____ / ____ / ____ :: _____

____ / ____ / ____ :: _____

____ / ____ / ____ :: _____

____ / ____ / ____ :: _____

____ / ____ / ____ :: _____

PARTE II (ALTA HOSPITALAR)

Previsão de alta ____ / ____ / ____

V- AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS EM USO NO SARAH CENTRO

Nº registro _____ 1º Nome _____ Alta hospitalar ____ / ____ / ____ Entrevista ____ / ____ / ____

Nome do medicamento	Dose (mg) em cada horário
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

1- Conhece o nome dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) nome(s) não conhece? _____

2- Conhece a dose (em miligramas) dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) dose(s) não conhece? _____

3- Conhece o horário de uso dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) horário(s) não conhece? _____

4- Conhece a via de administração dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) via(s) não conhece? _____

5- Conhece as indicações de uso dos medicamentos prescritos? Sim Não Parcialmente

Qual(is) indicações(s) não conhece? _____

6- Conhece as recomendações/precauções de uso dos medicamentos prescritos? Sim Não

Parcialmente

Qual(is) recomendações não conhece? _____

7- Apresenta/apresentou algum reação adversa ou desconforto com os medicamentos prescritos durante a internação? Sim Não

Relate as reações adversas que você apresenta/apresentou com cada medicamento? _____

8- Conhece os possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente

9- Apresenta/apresentou alguma dificuldade para seguir o tratamento medicamentoso prescrito durante a internação?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca	
Quais as dificuldades que você apresenta/apresentou? _____			

10- Você gostaria de receber maiores orientações sobre os seus medicamentos antes de sair de alta hospitalar?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	
Qual (is)? _____			

W- AVALIAÇÃO

O que você prefere?

- Autoadministrar os medicamentos durante a internação
 Que o(a) enfermeiro (a) lhe ofereça os medicamentos em cada horário

Por quê? _____

X- OBSERVAÇÕES DO PESQUISADOR

PARTE III (PÓS ALTA HOSPITALAR)

Entrevista ____ / ____ / ____

Telefones para contato

Horário

Y- AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO SOBRE OS MEDICAMENTOS EM USO NO DOMICÍLIO

Nome do medicamento	Dose (mg) em cada horário
1 _____	_____
2 _____	_____
3 _____	_____
4 _____	_____
5 _____	_____

1- Conhece o nome dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) nome(s) não conhece? _____			
2- Conhece a dose (em miligramas) dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Parcialmente			
Qual(is) dose(s) não conhece? _____			
3- Conhece o horário de uso dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) horário(s) não conhece? _____			
4- Conhece a via de administração dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
<input type="checkbox"/> Parcialmente			
Qual(is) via(s) não conhece? _____			
5- Conhece as indicações de uso dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) indicações(s) não conhece? _____			

6- Conhece as recomendações/precauções de uso dos medicamentos prescritos?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Parcialmente
Qual(is) recomendações não conhece? _____			

7- Tem verificado a integridade (cor, aparência, odor, lacre) dos medicamentos antes de autoadministrá-los?			
	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes
	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca	
8- Tem verificado a data de validade dos medicamentos ao adquirir?			

	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
9- Tem apresentado alguma reação adversa ou desconforto com os medicamentos prescritos?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Relate os reações adversas que você apresenta/apresentou com cada medicamento? _____					

10- Conhece os possíveis reações adversas dos medicamentos prescritos?					<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcialmente

11- Alguma vez não autoadministrou a dose prescrita do (os) medicamento (os) na sua alta hospitalar?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
12- Alguma vez não autoadministrou no intervalo de horário prescrito na sua alta hospitalar?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
13- Nesse período em casa, alguma vez autoadministrou os medicamentos prescritos com atraso?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
Relate quanto tempo de atraso em média? _____					
14- Nesse período em casa, alguma vez deixou de autoadministrou os medicamentos prescritos por esquecimento?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
15- Nesse período em casa, alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se melhor?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
16- Nesse período em casa, alguma vez deixou de autoadministrar os medicamentos prescritos por sentir-se pior?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
17- Nesse período em casa, alguma vez modificou o esquema medicamentoso prescrito por conta própria (suspensão/alteração de dose ou horário)?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
Qual (is) modificação/modificações do esquema medicamentoso você fez? _____					

18- Nesse período em casa apresenta/apresentou alguma dificuldade para seguir o tratamento medicamentoso prescrito durante a internação?	<input type="checkbox"/> sempre	<input type="checkbox"/> quase sempre	<input type="checkbox"/> às vezes	<input type="checkbox"/> raramente	<input type="checkbox"/> nunca
Quais as dificuldades que você apresenta/apresentou? _____					

Z- IMPRESSÃO DA PESQUISADORA

O paciente está seguindo o tratamento medicamentoso?

 Sim Não

APÊNDICE C - Formulário de monitoramento de erros na autoadministração de medicamentos do CINR

Instruções de Preenchimento aos Enfermeiros e Auxiliares de Enfermagem

O objetivo principal desse instrumento é identificar possíveis erros cometidos pelos participantes do PAM em Estágio 3 (pacientes independentes na autoadministração) e conseqüentes danos advindos da autoadministração de medicamentos por meio de monitoramento diário, nos períodos matutino, vespertino e noturno.

A seleção dos participantes será feita de forma aleatória e diária através do software Microsoft Office Excel[®] (2007). O responsável pela pesquisa, disponibilizará na agenda Schedule da enfermaria 2, os pacientes que deverão ser avaliados em cada período pelos enfermeiros ou auxiliares de enfermagem. Caso não seja possível avaliar os pacientes selecionados no período em questão, esses deverão ser avaliados nos períodos seguintes. Caso não seja possível, pelo menos um paciente por período deverá ser avaliado.

O enfermeiro ou auxiliar de enfermagem deverá dirigir-se ao paciente selecionado com a prescrição médica em mãos e procederá à avaliação da embalagem plástica de medicamentos, questionando sobre o uso dos medicamentos tópicos (cremes e pomadas) e líquidos (psicotrópicos, oxibutinina intravesical e outros). Se o paciente não estiver na enfermaria no momento da avaliação, o profissional poderá proceder à avaliação somente da embalagem plástica, mas assim que possível deverá encontrar o paciente para complementar a avaliação.

Na tabela de monitoramento é importante o registro de dados referentes ao número de registro do prontuário, o primeiro nome do paciente, data e horário da avaliação, a via de administração dos medicamentos, se via oral na forma de cápsulas/comprimidos, via oral na forma líquida, via subcutânea, tópica e/ou intravesical.

Os erros identificados deverão ser categorizados de acordo com a tabela de Classificação dos Tipos de Erros de Medicamentos, proposta pela American Society of Health-System Pharmacists adaptada ao PAM e segundo o tipo de dano causado (categorias A, B, C, D, F, G, H e I), através do índice preconizado pelo National Coordinating Council about Medication Error and Prevention (NCC MERP), também adaptado ao PAM. Além disso, quando forem identificados erros na autoadministração, deverá ser registrado o nome do(os) medicamento(s) referente (es) ao erro, a descrição e justificativa do erro e por fim o tipo de abordagem ou intervenção realizada.

Quanto aos erros de horário, deverá ser registrado na coluna de descrição do erro, o tempo de atraso na autoadministração de cada medicamento. Por exemplo, no horário das 12 horas, o paciente utiliza três medicamentos diferentes e às 13 horas ainda não tomou o medicamento, assim, três notificações de erro deverão ser registradas com atraso de 60 minutos para cada medicamento.

O Enfermeiro ou auxiliar de enfermagem perguntará se o paciente retirou sua embalagem plástica de medicamentos no posto de enfermagem e observará se o paciente possui cartão de medicamentos atualizado.

Em caso de dúvidas ou sugestões sobre o instrumento, favor contatar a pesquisadora responsável, Enf^a Juliana Paula Dias de Sousa Teixeira.

Desde já, agradecemos à colaboração de todos os Enfermeiros do CINR.

MONITORAMENTO DE ERROS NA AUTOADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS PELOS PARTICIPANTES DO PAM DO CINR

Classificação dos Tipos de Erros de Autoadministração de Medicamentos	
1. Erro de horário	Autoadministrar o medicamento fora do intervalo de tempo prescrito e aprazado na prescrição médica. Nesse caso descreva o tempo de atraso.
2. Erro de omissão	Não autoadministrar a dose prescrita.
3. Erro de administração não autorizada	Autoadministrar um medicamento não prescrito pelo médico responsável.
4. Erro de dose	Autoadministrar uma dose maior ou menor que a prescrita.
5. Erro com medicamentos deteriorados	Autoadministrar um medicamento com a data de validade expirada ou quando integridade física ou química está comprometida.
6. Erro em razão da aderência do paciente	Comportamento inadequado do paciente quanto a sua participação na proposta terapêutica.
7. Erro de técnica de auto-administração	Uso de procedimentos inapropriados ou técnicas inadequadas na autoadministração da medicação.
8. Erro de alteração da prescrição	Houve uma alteração na prescrição médica e mesmo assim paciente autoadministrou o medicamento ou não autoadministrou corretamente pela falta de orientação.
9. Outro erro	Quaisquer outros erros não enquadrados acima ou dúvida quanto à categorização do erro. Neste caso relatar o erro.
10. Não identificado erro	O enfermeiro não identificou problemas quanto a auto-administração no momento da avaliação

Fonte: American Society of Health-System Pharmacists (ASHP, 2004), com adaptações ao PAM

Categorização dos Erros Segundo o Dano Causado		
1. Sem erros	Categoria A	Circunstâncias ou eventos que têm a capacidade de causar erro.
2. Erros sem dano	Categoria B	Ocorreu um erro que não atingiu o paciente.
	Categoria C	Ocorreu um erro que atingiu o paciente, mas não lhe trouxe dano.
	Categoria D	Ocorreu um erro que atingiu o paciente, resultando na necessidade de aumentar o monitoramento do paciente, mas não lhe trouxe dano.
3. Erros, com danos	Categoria E	Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário ao paciente, exigindo intervenção.
	Categoria F	Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado em dano temporário ao paciente, exigindo hospitalização inicial ou prolongada.
	Categoria G	Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado em dano permanente ao paciente.
	Categoria H	Ocorreu um erro que exigiu intervenção de suporte à vida.
4. Erros, com morte	Categoria I	Ocorreu um erro que pode ter contribuído ou resultado na morte do paciente.

Fonte: National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 1998 – 2010).

Classificação da Via de Autoadministração dos Medicamentos	
VO	Autoadministração de comprimidos/cápsulas.
SC	Autoadministração de injeção subcutânea.
TO	Autoadministração de medicações tópicas.
LI	Medicações líquidas por via oral recebidas no posto de enfermagem.
IV	Autoadministração de medicação intravesical.

Avaliação do Cartão de Medicamentos Atualizado	
S	Sim.
N	Não.
A	Ainda não recebeu cartão de medicamentos na internação.

APÊNDICE D - Formulário de análise dos participantes do estudo quanto ao conhecimento das recomendações de uso e reações adversas aos medicamentos prescritos no PAM

FÁRMACO	CLASSE TERAPÊUTICA	CLASSE FARMACOLÓGICA	INDICAÇÕES	Recomendações de Uso	Reações Adversas
OXIBUTININA (RETEMIC)	Anti-espasmótico urinário	Anti-muscarínico	Diminui espasmos no músculo da bexiga	(1) Potencializa efeitos do álcool e outros depressores do SNC (Ex.: antialérgicos, antitérmicos, sedativos, relaxantes musculares, e tranquilizantes ou anestésicos dentais). Informe seu médico se uso desses medicamentos. (2) Uso de óculos para minimizar o desconforto visual. (3) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento, pode causar sonolência, alteração visual. (4) Cuidados com insolação, devido diminuição do suor. (5) Uso de substitutos de saliva e gomas de mascar devido boca seca. (6) Maior Cuidado dental, devido boca seca, mais chance de infecções dentárias.	Comuns: (1) ázia, (2) desconforto gástrico, (3) constipação, (4) diarreia, (5) vertigem, (6) sonolência, (7) olhos, (8) boca, (9) nariz e (10) garganta secos. Menos comuns: visão borrada, vermelhidão, náusea e vômito, fadiga, fraqueza. Total = 10
IMIPRAMINA (TOFRANIL)	Antidepressivo	Antidepressivo tricíclico	Tratamento dos sintomas da depressão	(1) Não se deve associar MAO. (2) A redução da imipramina deve ser gradual, devido possibilidade de síndrome de abstinência, como dor de cabeça, náusea ou um sentimento geral de desconforto ou doença. (3) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais). (4) Pode afetar níveis de açúcar no sangue, se você nota uma mudança nos resultados de seus exames ou testes de açúcar na urina, relate ao médico. (5) Maior sensibilidade da pele a luz solar, sendo necessário uso de protetor solar quando estiver ao ar livre e evitar bronzeamento artificial. (6) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta.	(1) Cólica abdominal, (2) azia, (3) dilatação da pupila, (4) disfunção sexual, (5) língua escura, (6) diarreia, (7) constipação, (8) boca seca, (9) diminuição do suor, (10) visão borrada, (11) queda de cabelo, (12) aumento das mamas em mulheres ou inchaço dos testículos ou mamas dos homens, (13) secreção de leite, (14) sonolência, (15) aumento da sensibilidade ocular à luz, (16) aumento da sensibilidade da pele à luz, (17) vermelhidão na pele, (18) queimadura severa do sol, (19) erupções cutâneas ou urticária, (20) inchaço das glândulas parótidas, (21) queixa de gosto metálico; (22) hipotensão ortostática, (23) taquicardia; (24) ganho de peso; (25) disfunção sexual; (26) aumento concentração de açúcar no sangue. Total = 26
TOLDERODINA (DETRUSTOL)	Anti-espasmótico urinário	Anti-muscarínico	Tratamento da hiperatividade do músculo da bexiga	(1) Cuidado ao dirigir, operar máquinas ou realizar algo perigoso, pois esse medicamento pode causar tontura, deixar menos alerta e atrapalhar a visão. (2) Uso de chicletes/balas, derreter gelo na boca ou use substitutos de saliva para alívio temporário da boca seca e garganta secos. (3) Há mais chance de problemas dentários, devido boca seca.	(1) Dor abdominal, (2) dor estomacal, (3) constipação, (4) sonolência, (5) olhos secos, (6) boca seca, (7) alteração gástrica Total = 7
DARIFENACINA (ENABLEX)	Anti-espasmótico urinário	Anti-muscarínico		(1) Cuidado ao dirigir, operar máquinas ou realizar algo perigoso, pois esse medicamento pode atrapalhar a visão. (2) Cuide-se durante exercícios físicos e calor intenso pois esse medicamento pode levar à exaustão, devido alteração do suor. (3) Uso de chicletes/balas, derreter gelo na boca ou use substitutos de saliva para alívio temporário da boca seca e garganta secos. (4) Há mais chance de problemas dentários, devido boca seca.	Mais comuns: (1) acidez estomacal, (2) eructação, (3) constipação intestinal, (4) boca seca; (5) azia; (6) indigestão; (7) desconforto ou (8) dor gástrica. Total = 7

TIZANIDINA (SIRDALUD®)	Relaxante músculo-esquelético de ação central		<p>(1) Não pare de tomar abruptamente. A redução desse medicamento deve ser gradativa e somente o médico poderá orientá-lo sobre isto. (2) Potencializa efeitos do álcool e outros depressores do SNC (Ex.: anti-alérgicos, anti-gripais, sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, crises epiléticas, anestésicos dentais). (3) Cuidado ao dirigir, operar máquinas ou realizar algo perigoso, pois esse medicamento pode causar sonolência, tontura ou alterações visuais. (4) Uso de chicletes/balas, derreter gelo na boca ou use substitutos de saliva para alívio temporário da boca seca. (5) Há mais chance de problemas dentários, devido boca seca. (6) Levantar-se lentamente ajuda a melhorar sintomas de lipotímia: tontura ou desmaio ao levantar repentino.</p>	<p>(1) Ansiedade,(2) dor nas costas,(3) constipação, (4) depressão, (5) diarreia, (6) dificuldade na fala, (7) vertigem ou tontura especialmente ao levantar-se, (8) sonolência; (9) boca seca; (10) azia; (11) aumento da transpiração, (12) fraqueza muscular, (13) dor de garganta, (14) coriza, (15) erupção cutânea, (16) dor de estômago; (17) movimentos descontrolados do corpo. Total = 17</p>
BACLOFENO (LIORESAL®)	Relaxante músculo-esquelético de ação central	Anti-espástico	<p>Diminui espasmos musculares</p> <p>(1) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais), causando sonolência. (2) Tenha certeza que você sabe como você reage a este medicamento antes de dirigir, usar máquinas ou realizar algo perigoso, pois pode causar sonolência, vertigem, alteração visual. (3) Pode afetar níveis de açúcar no sangue, se você nota uma mudança nos resultados de seus exames ou testes de açúcar na urina, relate ao médico. (4) Tomar preferencialmente com ou após refeições ou leite, pois o baclofeno estimula a secreção ácida, devendo-se ter cautela no caso de história prévia úlcera péptica. (5) Deve-se monitorizar a função hepática e renal no caso de problemas hepáticos ou renais ou a depender da recomendação médica. (6) Alguns pacientes usam a espasticidade para manter sua postura ou melhorar a função, devendo-se ser usado com cautela nesse caso. (7) Retenção de urina pode ser exacerbada em pacientes com esfínteres de bexiga hipertônica. (8) Retirada abrupta pode resultar em síndrome de retirada e exacerbação da espasticidade, por isso a dosagem deve ser reduzida gradualmente com orientação médica. Total = 7</p>	<p>Mais comuns: (1) Confusão, (2) tontura, (3) sonolência, (4) náusea, (5) fraqueza muscular. Menos comuns: desconforto abdominal ou estomacal, constipação, diarreia. Total 5</p>
DIAZEPAM	Anti-ansiolítico e anticonvulsivo	Benzodiazepínico de ação longa	<p>Aniconvulsivo, ansiolítico, sedativo, relaxante muscular, propriedades amnésia</p> <p>(1) Esse medicamento pode causar dependência física e psicológica. Não pare de tomar abruptamente (Síndrome de abstinência: convulsões, alucinações, caibras musculares, tremores, alteração de comportamento). A redução desse medicamento deve ser gradativa e somente o médico poderá orientá-lo sobre isto. Maior cautela na orientação de pacientes com histórico de uso de abuso de álcool e drogas. (2) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta. (3) Deve-se discutir com o médico antes de engravidar ou amamentar quando em uso desse medicamento. (4) Potencializa os efeitos do álcool e outros depressores do SNC (Ex.: anti-alérgicos, anti-gripais, sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, crises epiléticas, anestésicos dentais). Total 4</p>	<p>Mais comuns: sonolência, sedação, fraqueza muscular e ataxia. Menos comuns: vertigem, dor de cabeça, confusão, depressão, disartria, alteração do libido, tremor, alterações visuais, retenção urinária ou incontinência, perturbações gastrointestinais, alterações na salivação e amnésia. Total = 4</p>

<p>CLONAZEPAM (RIVOTRIL®)</p>	<p>Anti-ansiolítico e anticonvulsivante</p>	<p>Benzodiazepínico de ação curta ou intermediária</p>	<p>Tratamento de crises convulsivas, síndrome do pânico</p> <p>(1) Deve-se discutir com o médico antes de engravidar ou amamentar quando em uso desse medicamento. Oferece riscos ao feto. Deve-se usar método contraceptivo efetivo. (2) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência, deixar menos alerta, incoordenação motora e alteração visual. (3) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (4) Esse medicamento pode causar dependência física e psicológica. Não pare de tomar abruptamente (Síndrome de abstinência: convulsões, alucinações, caibras musculares, tremores, alteração de comportamento). A redução desse medicamento deve ser gradativa e somente o médico poderá orientá-lo sobre isto. (5) Esse medicamento potencializa os efeitos do álcool e outros depressores do SNC (Ex.: anti-alérgicos, anti-gripais, sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, crises epilépticas, anestésicos dentais). Total = 5</p> <p>Menos comuns: (1) disfunção sexual (redução libido, da habilidade, ejaculação prolongada), (2) sonolência, (3) fraqueza muscular, (4) dificuldade para engolir, (5) garganta seca, (6) epistaxe, (7) urticárias, (8) dor ao redor dos olhos e maçãs do rosto, (9) inchaço das pálpebras, face, lábios ou língua, (10) alteração da voz. Total = 10</p>
<p>AMITRIPTILINA (TRIPTANOL®)</p>	<p>Antidepressivo</p>	<p>Antidepressivo tricíclico</p>	<p>Tratamento dos sintomas da depressão</p> <p>(1) Não se deve associar MAO. (2) O uso deste medicamento com cisaprida pode aumentar riscos de reações adversas sérias. (3) A redução da amitriptilina deve ser gradual, devido possibilidade de síndrome de abstinência, como dor de cabeça, náusea ou um sentimento geral de desconforto ou doença. (4) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais). (5) Pode afetar níveis de açúcar no sangue, se você nota uma mudança nos resultados de seus exames ou testes de açúcar na urina, relate ao médico. (6) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta. Total = 6</p> <p>(1) Boca seca, (2) constipação, (3) diarreia, (4) diminuição do suor, (5) visão borrada, (6) dilatação da pupila, (7) língua escura, (8) queda de cabelo, (9) aumento das mamas em mulheres ou inchaço dos testículos ou mamas dos homens, (10) secreção de leite, (11) sonolência, aumento da (12) sensibilidade ocular à luz, (13) aumento da sensibilidade da pele à luz, (14) vermelhidão na pele, (15) queimadura severa do sol, (16) erupções cutâneas ou urticária, (17) inchaço das glândulas parótidas, (18) queixa de gosto metálico; (19) hipotensão ortostática, (20) taquicardia; (21) ganho de peso; (22) disfunção sexual; (23) aumento concentração de açúcar no sangue. Total = 23</p>
<p>NORTRIPTILINA (PAMELOR®)</p>	<p>Antidepressivo</p>	<p>Antidepressivo tricíclico</p>	<p>Tratamento dos sintomas da depressão</p> <p>(1) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (2) Necessário suspender MAOs 2 semanas antes de começar esse medicamento, pode desenvolver efeitos sérios, até convulsões (Exemplo de MAOs.: isocarboxazid [Marplan®], phenelzine [Nardil®], procarbazine [Matulane®], selegiline [Eldepryl®], ou tranylcypromine [Parnate®]). (3) A redução da amitriptilina deve ser gradual, devido possibilidade de síndrome de abstinência, como dor de cabeça, náusea ou um sentimento geral de desconforto ou doença. (4) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais). (5) Pode afetar níveis de açúcar no sangue, se você nota uma mudança nos resultados de seus exames ou testes de açúcar na urina, relate ao médico. (6) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta. Total= 6</p> <p>Hipotensão ortostática, taquicardia, tremor, fraqueza, sonolência, tontura, cefaleia, insônia, alucinações, ataxia, visão turva, gengivite, aumento do apetite, náusea, dispepsia, obstipação, diarreia, diminuição da função hepática, icterícia, alteração sanguínea, boca seca, ginecomastia, alterações dos níveis glicêmicos, aumento de peso, disfunção sexual, urticária, queda de cabelo, sudorese excessiva, sensibilidade dos olhos e pele à luz solar. Total = 30</p>

<p style="text-align: center;">CARBAMAZEPINA (TEGRETOL®)</p>	<p style="text-align: center;">Anticonvulsivante</p>	<p style="text-align: center;">Carboximida dibenzazepina</p>	<p>(1) Esse medicamento oferece risco ao feto. Use forma efetiva de anticoncepcional ou mais de um método contraceptivo. Pílulas de estrógenos podem não funcionar corretamente. Converse com seu médico sobre gravidez se necessário. (2) Necessário suspender MAOs 2 semanas antes de começar esse medicamento, pois pode desenvolver efeitos sérios, pode ter pressão alta ou convulsões. Não associar MAOs (Exemplo de MAOs.: isocarboxazid [Marplan®], phenelzine [Nardil®], procarbazine [Matulane®], selegiline [Eldepryl®], ou tranylcypromine [Parnate®]). (3) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (4) Fale com o médico imediatamente se febre, dor de garganta, erupção cutânea, úlceras na boca, sangramento nasal, gânglios, manchas na pele. Podem ser sinais/sintomas alteração sanguínea. (5) Reações cutâneas sérias podem acontecer, como bolhas, lesões vermelhas, acne severa ou erupção cutânea. Fale com o médico imediatamente. (6) Alteração hepática séria: dor estomacal, fezes pálidas, urina escura, perda de apetite, náusea, fadiga incomum, olhos ou pele amarelados. Fale com o médico imediatamente. (7) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranqüilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais. (8) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta, alteração visual e incoordenação motora. (9) Algumas pessoas podem ficar mais sensíveis a luz solar: erupção ao coçar, vermelhidão queimaduras de sol. Utilizar meios para proteção solar. (10) Pode afetar níveis de açúcar na urina, podendo alterar exames do paciente com diabetes. (11) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir crises convulsivas e reações adversas. Total = 11</p>	<p>Mais comuns: sonolência, tontura, náuseas e vômitos, reações de pele, leucopenia, perturbações cerebelares e função óculo-motora (ataxia, nistagmo e diplopia). Total = 9</p>
<p style="text-align: center;">GABAPENTINA (NEURONTIN®)</p>	<p style="text-align: center;">Anticonvulsivante</p>	<p style="text-align: center;">Ácido gama-aminobutírico</p>	<p>Tratamento de crises convulsivas parciais, dor neuropática, Síndrome das pernas inquietas</p> <p>(1) Comunique ao seu médico se engravidar. (2) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (3) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranqüilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais. (4) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta, visão borrada ou dupla e incoordenação motora. (5) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir crises convulsivas e reações adversas. Total = 5</p>	<p>Mais comuns: visão borrada, sintomas de gripe, ilusões, demência, rouquidão; falta ou perda de força, dor lombar, inchaço de mãos ou pés e pernas, tremores. Total = 9</p>
<p style="text-align: center;">PREGABALINA (LYRICA®)</p>	<p style="text-align: center;">Agente de dor neuropática</p>	<p style="text-align: center;">Ácido gama-aminobutírico</p>	<p>Tratamento da dor neuropática, fibromialgia, tratamento de crises convulsivas</p> <p>(1) Se apresentar inchaço na face, olhos, lábios, língua, dificuldade para engolir ou respirar (condição chamada angioedema) ou urticárias, vermelhidão, bolhas (reação alérgica severa) comunique imediatamente seu médico. (2) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranqüilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais. (3) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (4) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta, visão borrada ou dupla e incoordenação motora. (5) Esse medicamento retém líquidos corpóreos ou pode fazer ganhar peso. (6) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir crises convulsivas e efeitos abstinência: vertigem, diarreia, náusea, dor de cabeça e outros. (7) Informe ao médico ocorrência de gravidez. Total = 7</p>	<p>Mais comuns: inchaço da face, braços, mãos, pernas ou pés, visão borrada, queimação, formigamento ou dor na mãos, braços, pés ou pernas, alteração da marcha e equilíbrio, confusão, ilusões, demência, dificuldade para evacua, disartria, visão dupla, boca seca, dor de cabeça, rouquidão, aumento do apetite, incoordenação, perda de memória, dor lombar, alteração de humor, sonolência. Total = 19</p>

<p style="text-align: center;">OXCARBAMAZEPINA (TRILEPTAL®)</p>	<p style="text-align: center;">Anticonvulsivante</p>	<p style="text-align: center;">Carboximida dibenzazepina</p>	<p>(1) Comunique ao seu médico se engravidar. (2) Hiponatremia (sódio baixo no sangue) pode acontecer enquanto estiver tomando esse medicamento. Fale com o médico se sentir confusão, diminuição da urina, vertigem, batida irregular do coração, cefaléia, cainbras, náuseas ou vômitos, fraqueza, inchaço da face, tornozelos ou mãos. (3) Pode causar reação alérgica séria (reação anafilática): coceira, urticárias, rouquidão, dificuldade para respirar ou engolir, inchaço na face, olhos, lábios ou língua. (4) Pode causar reação séria chamada angioedema: inchaço na face, lábios, língua, garganta, braços ou pernas, ou dificuldade para engolir ou respirar. (5) Reações sérias na pele podem acontecer: descamação, lesões vermelhas, acne severo ou erupção cutânea, úlceras, calafrios ou febre. (6) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão ou alucinações. Nesse caso deve-se contactar o médico. (7) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir crises convulsivas e reações adversas. (8) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência, tontura ou deixar menos alerta. (9) Levantar-se lentamente ajuda a melhorar sintomas de lipotímia: tontura, vertigem ou desmaio ao levantar de repente. (10) Alteração hepática/renal séria: dor estomacal, fezes pálidas, urina escura, perda de apetite, náusea, fadiga incomum, olhos ou pele amarelados. Fale com o médico imediatamente. (11) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranqüilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais. (12) Pode baixar as células de defesa temporariamente, fique atento a possíveis sinais de infecção. (13) Pílulas anticoncepcionais a base de estrógenos ou progesterona podem não funcionar corretamente, sendo necessário método adicional. Total = 13</p>	<p>Mais comuns: dor abdominal, dor estomacal, queimação no peito ou estômago, náusea e vômito, nariz obstruído ou escorrendo, sonolência ou preguiça incomum. Total = 7</p>
<p style="text-align: center;">CITALOPRAN</p>	<p style="text-align: center;">Antidepressivo</p>	<p style="text-align: center;">Inibidor da recaptação de serotonina</p>	<p>(1) Necessário suspender MAOs 2 semanas antes de começar esse medicamento, pois pode desenvolver efeitos sérios, pode ter pressão alta ou convulsões. Não associar MAOs (Exemplo de MAOs.: isocarboxazid [Marplan®], phenelzine [Nardil®], procarbazine [Matulane®], selegiline [Eldepryl®], ou tranylcypromine [Parnate®]). (2) Pode causar uma condição chamada síndrome de serotonina se misturar esse medicamento com tramadol, sumatriptano, rizatriptano, zolmitriptano ou pimizide. (3) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (4) Evite bebida alcoólica. (5) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência, deixar menos alerta e incoordenação motora. Total = 5</p>	<p>Mais comuns: sonolência, boca seca, náusea, preguiça incomum, transtorno do sono. Total = 5</p>

FLUOXETINA	Antidepressivo	Inibidor da recaptação de serotonina	<p>Tratamento da depressão, transtorno obsessivo compulsivo, bulimia nervosa, desordem pré-menstrual, síndrome do pânico</p> <p>(1) Se desenvolver erupção cutânea ou urticária deve contactar o médico tão logo for possível. (2) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (3) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir reações adversas. Necessário suspender MAOs 2 semanas antes de começar esse medicamento, pois pode desenvolver efeitos sérios, pode ter pressão alta ou convulsões. Não associar MAOs (Exemplo de MAOs.: isocarboxazid [Marplan®], phenelzine [Nardil®], procarbazine [Matulane®], selegiline [Eldepryl®], ou tranylcypromine [Parnate®]). (4) Pode causar uma condição chamada síndrome de serotonina se misturar esse medicamento com tramadol, sumatriptano, rizatriptano, zolmitriptano ou pimozide (Orap). O uso de Fluoxetina com esses medicamentos pode causar sérios problemas cardíacos. Tenha certeza que seu médico sabe que está tomando Aspirina, antiinflamatórios ou anticoagulantes. (5) Evite bebida alcóolica. (6) Pode afetar níveis de açúcar na urina, podendo alterar exames do paciente com diabetes. (6) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência, deixar menos alerta e incoordenação motora. Total = 6</p>	<p>Apetite diminuído, diminuição do libido ou habilidade sexual. Total = 2</p>
VENLAFLEXINA (EFEXOR®)	Antidepressivo	Inibidor da recaptação de serotonina/norepinefrina	<p>Tratamento da depressão, desordens de ansiedade, síndrome do pânico,</p> <p>(1) Pode causar agitação, irritação, alteração comportamental, pensamentos suicidas e tendências de depressão. Nesse caso deve-se contactar o médico. (2) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir reações adversas. (3) Necessário suspender MAOs 2 semanas antes de começar esse medicamento, pois pode desenvolver efeitos sérios, pode ter pressão alta ou convulsões. Não associar MAOs (Exemplo de MAOs.: isocarboxazid [Marplan®], phenelzine [Nardil®], procarbazine [Matulane®], selegiline [Eldepryl®], ou tranylcypromine [Parnate®]). (4) Pode causar uma condição chamada síndrome de serotonina se misturar esse medicamento com tramadol, sumatriptano, rizatriptano, zolmitriptano ou pimozide (Orap). (5) Não é conhecido sua interação com álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranqüilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais), pergunte ao seu médico antes de utilizar esses medicamentos/substâncias. (6) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou visão borrada. (7) Levantar-se lentamente ajuda a melhorar sintomas de lipotimia: tontura, vertigem ou desmaio ao levantar de repente. (8) Avise seu médico imediatamente se você apresentar alterações visuais como visão borrada, dor de cabeça e elevação da pressão. Total = 8</p>	<p>Mais comuns: sonhos anormais; ansiedade ou nervosismo; calafrios; constipação; diminuição do libido ou habilidade sexual; diarreia; vertigem; sonolência; boca seca; azia; aumento suor; perda de apetite; náusea; dor de estômago ou flatos; coriza nasal; sensações de formigamento, queimação ou espinhos; tremor; dificuldade para dormir; fadiga incomum ou fraqueza; vômito; perda de peso. Total = 20</p>
DOMPERIDONA (MOTILJUM®)	Antiemético	Antagonista dopamina	<p>Aumenta os movimentos peristálticos do estômago e intestino. Tratamento de náusea e vômito.</p> <p>(1) Se os sintomas não melhorarem dentro de poucos dias ou se piorarem retorne ao seu médico. Total = 1</p>	<p>Pouco comum. Total = 0</p>

OMEPRAZOL		Inibidor da bomba de Próton	<p>(1) Omeprazol pode causar um tipo sério de reação alérgica quando associado à antibióticos. Avise o médico imediatamente se apresentar coceira, dificuldade respiratória ou para engolir, ou qualquer inchaço nas mãos, face ou boca. (2) Pergunte imediatamente ao médico se ao tomar esse medicamento associado à antibiótico, sentir dor abdominal, estomacal, inchaço geral, diarreia aguda e severa (pode vir com sangue), febre, náusea ou vômito, fadiga incomum ou fraqueza.</p> <p>(3) Esse medicamento pode aumentar o risco de fraturas de quadril, pulso e coluna, principalmente acima dos 50 anos ou se você recebe doses altas desse medicamento ou durante um ano ou mais.</p> <p>(4) Pode causar hipomagnesemia (baixo magnésio no sangue, mais provável acontecer se estiver tomando há mais de um ano, ou se você usa digoxina ou certo diuréticos), podendo levar a convulsões, taquicardia ou arritmia; espasmos musculares, tremores, fadiga incomum ou fraqueza. (5) A ingestão das cápsulas deve ser feita com estômago vazio, 30 minutos antes de uma refeição (preferentemente café da manhã) devendo ser ingeridas intactas^{FNT, 2010}. (6) Ensinar, para pacientes com dificuldade de deglutição, que as cápsulas podem ser abertas imediatamente antes da administração e os grânulos intactos misturados com pequena quantidade de bebida ácida, como suco de laranja. Os grânulos não devem ser mastigados nem misturados com leite^{FNT, 2010}.</p> <p>(7) Alertar que não deve ser utilizado para alívio imediato de ardência epigástrica, pois pode levar 1 a 4 dias para alcançar o efeito completo. Antiácidos podem ser administrados concomitantemente^{FNT, 2010}. (8) Reforçar a necessidade de evitar o uso de bebida alcoólica^{FNT, 2010}. Total = 8</p>	Pouco comum. Total = 0
RANITIDINA (ANTIAK®)		Antagonista H2 da histamina. Inibidor da secreção gástrica	<p>Tratamento de úlcera duodenal, esofagite erosiva, hipersecreção gástrica, úlcera gástrica, refluxo gastroesofágico, infecção por H. Piloni, indigestão, Síndrome de Zollinger-Ellison e preventivo</p> <p>(1) Se os sintomas não melhorarem dentro de poucos dias ou se piorarem retorne ao seu médico. (2) Reforçar para evitar alimentos, bebidas ou outros medicamentos que possam causar irritação gastrointestinal, incluindo bebidas alcólicas^{FNT, 2010}. Total = 2</p>	Mais comuns: dor abdominal, constipação, diarreia, dor de cabeça. Total = 4
BIPERIDENO (AKINETON®)	Antiparkinsoniano	Anticolinérgico	<p>Tratamento da doença de Parkinson, auxilia no controle e relaxamento muscular, tratamento de náusea severa e outras condições mentais ou emocionais</p> <p>(1) Converse com seu médico se apresentar pensamentos ou comportamento estranhos ou incomuns. Pode ficar como se tivesse ingerido muito álcool, confuso, depressão alucinações visuais, pensamentos suicidas e excitação incomum, nervosismo ou irritabilidade. (2) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta, alteração visual e incoordenação motora. (3) Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranquilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais. Total = 3</p>	Visão borrada, constipação intestinal, sonolência, náusea, vômito. Total = 5
CABERGOLINA	Antiparkinsoniano		<p>Hiperprolactinemia, Inibir a lactação em mulheres HIV positivas^{FNT, 2010}</p> <p>(1) Levantar-se lentamente ajuda a melhorar sintomas de hipotensão ortostática: tontura, vertigem ou desmaio ao levantar^{FNT, 2010}. (2) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência^{FNT, 2010}. (3) Realizar controle regular da pressão arterial^{FNT, 2010}. Total = 3</p>	Obstipação, náuseas, diarreia, flatulência, dor abdominal, vertigens, cefaleia, sonolência, fadiga. Total = 9

<p style="text-align: center;">CARBONATO DE CÁLCIO ASSOCIADO A VITAMINA D</p>		<p>Tratamento e prevenção de osteoporose. Prevenção de fraturas não-vertebrais em idosos com baixa ingestão de cálcio^{FNT, 2010}.</p>	<p>(1) Tomar o medicamento junto com as refeições ou com leite^{FNT, 2010}. Total = 1</p>	<p>Constipação, flatulência, hipercalcemia, hipofosfatemia, cefaleia, hipersecreção gástrica (se uso prolongado ou altas doses). Total = 6</p>
<p style="text-align: center;">FINASTERIDA</p>	<p>Agente para alopecia, agente para hipertrofia prostática benigna</p>	<p>Tratamento da queda de cabelo e hiperplasia prostática benigna</p>	<p>(1) Pode levar 3 meses para se perceber efeito no controle da queda de cabelos. (2) O medicamento não cura a hiperplasia prostática, mas reduz o tamanho da próstata enquanto usar o medicamento. (3) Procure tomar esse medicamento no mesmo horário todos os dias. (4) Não deve ser utilizado por mulheres, nem mesmo contato na pele. Se contato lavar com água e sabão. (5) Esse medicamento pode causar alteração do tecido mamário. Comunique ao médico se notar caroço, dor, aumento do peito. (6) Pode alterar resultados do antígeno prostático para descobrir câncer de próstata. (7) Pode reduzir a volume de sêmen durante ato sexual, diminuindo chances para ter filhos. Total = 7</p>	<p>Alterações da função sexual: diminuição da libido, habilidade sexual, dificuldade para ter ou manter ereção. Total = 1</p>
<p style="text-align: center;">LEVOTIROXINA (PURAN T4®)</p>	<p>Suplemento para tireóide</p>	<p>Tratamento do hipotireoidismo e Câncer de tireóide</p>	<p>(1) Mulheres que utilizam a levotiroxina há muito tempo podem ter perda óssea que leva a osteoporose. (2) Atenção à sintomas de overdose: batidas rápidas ou irregulares do coração, dor no peito, respiração curta, câimbras nas pernas, dores de cabeça, nervosismo, irritabilidade, insônia, tremores, alteração do apetite, ganho ou perda de peso vômito, diarreia, sudorese excessiva, intolerância ao calor, febre, alteração do ciclo menstrual, urticárias ou erupção cutânea. (3) Pode haver perda de cabelo nos primeiros meses de tratamento. (4) Orientar para ingerir com 250 mL de água e com o estômago vazio, 30 minutos antes ou 2 horas após o café da manhã^{FNT, 2010}. (5) Alertar para evitar alternância de fabricantes, porque produtos diferentes podem não ter o mesmo efeito^{FNT, 2010}. (6) Informar que pode ser necessário de 6 a 8 semanas para o medicamento começar a fazer efeito^{FNT, 2010}. Total = 6</p>	<p>Sintomas de hipertireoidismo: angina, arritmias cardíacas, palpitações, taquicardia, vômitos, diarreia, tremores, excitabilidade, insônia, cefaleia, rubor facial, sudorese, intolerância ao calor, perda de peso, fraqueza muscular, câimbras e febre^{FTN, 2010}. Total = 18</p>
<p style="text-align: center;">DOXAZOSINA</p>	<p>Agente cardio-vascular</p> <p>Bloqueador alfa 1 adrenérgico</p>	<p>Tratamento da hipertensão arterial, relaxamento dos vasos sanguíneos, tratamento da hiperplasia prostática benigna, auxilia no esvaziamento vesical.</p>	<p>Alguns medicamentos podem contribuir com a elevação da pressão. (2) Levantar-se lentamente ajuda a melhorar sintomas de lipotímia: tontura, vertigem ou desmaio ao levantar derrepente. (3) Vertigem, tontura, ou desmaio súbito é mais provável acontecer se você ingerir álcool, permanecer muito tempo em pé, exercitar, ou se o tempo estiver quente. Enquanto tomar esse medicamento, tenha cuidado em limitar a quantidade de álcool que bebe. Também, tenha cuidado extra durante exercício ou tempo quente ou se você ficar em pé por muito tempo. (4) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência ou deixar menos alerta. Esses efeitos tendem a diminuir após uso de várias doses do medicamento. (5) O priapismo, uma ereção dolorosa ou prolongada do pênis, é uma reação adversa raro que pode acontecer ao tomar doxazosina e requer atenção médica imediata. Total = 5</p>	<p>Dor de cabeça, falta ou perda de força, fadiga incomum ou fraqueza. Total = 3</p>

CLORPROMAZINA (AMPLIC'TIL®)	Antipsicótico	<p>(1) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir crises convulsivas e reações adversas. Potencializa efeitos do álcool e medicamentos depressores do SNC (Ex.: anti-histamínicos, anti-térmicos, outros antialérgicos ou para resfriados; sedativos, tranqüilizantes, medicamentos para dor, relaxantes musculares ou anestésicos, incluindo alguns anestésicos dentais. (2) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência e alteração visual. (3) Você pode misturar o líquido com suco de fruta, leite, refrigerante, café, chá, água, pudim ou molho de maçã. (4) Fale ao seu médico se você faz uso de varfarina (Coumadin®), antihipertensivos (como atenolol, guanethidine, metoprolol, propranolol), diuréticos e anticonvulsivantes (Depakote®, Tegretol®), medicamento para espasmos musculares (atropina, beladona, escopolamina), antiácidos e lítio. Tenha certeza que seu médico sabe todos os medicamentos que você está usando, pois muitas outras drogas podem interagir com a clorpromazina. (5) Tenha certeza que seu médico saiba sobre gravidez ou amamentação, asma, enfisema, dificuldade para urinar, glaucoma, convulsões, desordens sanguíneas. Comunique também problemas cardíacos, renais, hepáticos, lupus ou se você se expõe a inseticidas ou a calor excessivo. (6) Fale com seu médico se apresentar espasmos descontrolados na face, corpo e língua. (7) Maior sensibilidade da pele a luz solar, sendo necessário uso de protetor solar quando estiver ao ar livre. Evitar bronzamento artificial. (8) Tenha certeza que seu médico ou dentista saibam que você usa esse medicamento, pois poderá ser necessário deixar de tomar esse medicamento vários dias antes de realizar cirurgia ou exames. (9) Se apresentar qualquer reação alérgica (coceira, inchaço na face ou mãos, formigamento na boca ou garganta, pressão no tórax, dificuldade respiratória), procure o médico imediatamente. Total = 10</p>	<p>Boca seca, constipação intestinal, visão borrada, deposição de pigmento na pele ou olhos, congestão nasal, hipotensão ortostática, hipotensão, fotosensibilidade, diminuição do suor, tontura; efeitos neurológicos: acatisia, distonia, doença extrapiramidal, sonolência, rigidez muscular, discinesia. Total = 16</p>
SULFATO DE CONDRITINA		<p>Alterações articulares, inclusive osteoartrite, artrites. Utilizado por suas propriedades visco-elásticas, como suplemento para procedimentos cirúrgicos oculares (implante de lente, catarata)</p> <p>GLICOSAMINA: (1) Pode aumentar a resistência à insulina no músculo em pacientes diabéticos, sendo necessário monitoramento mais frequente da glicemia. (2) A glicosamina pode causar reações alérgicas cutâneas, urticária, erupção, devendo-se conversar com o médico. (3) Se apresentar inchaço na face, olhos, lábios, língua, dificuldade para engolir ou respirar (condição chamada angioedema) procure o atendimento médico imediatamente. ARTROLIVE: (4) Informe ao médico ocorrência de gravidez ou antes de amamentar. (5) Deve-se verificar a pressão arterial periodicamente, durante o tratamento, pois houve alguns de elevação da pressão sistólica. (6) Pode haver fotossensibilidade em pacientes susceptíveis, devendo-se evitar exposição à luz solar ou bronzamento artificial. Total = 6</p>	<p>Aumento da pressão intraocular. Total = 1</p>
SULFATO DE GLICOSAMINA		<p>Ação de proteção nas desordens articulares</p>	

<p style="text-align: center;">VITAMINA B (B1 (TIAMINA), B2 (RIBOFLAVINA), B6 (PIRIDOXINA), B12 (COBALAMINA))</p> <p style="text-align: center;">PREDNISONA</p> <p style="text-align: center;">ÁCIDO VALPRÓICO OU VALPROATO DE SÓDIO (DEPAKENE®)</p>	<p style="text-align: center;">Antiinflamatório esteróide</p> <p style="text-align: center;">Antiepiléptico</p>	<p style="text-align: center;">Glicocorticóides sistêmicos</p> <p style="text-align: center;">Tratamento de convulsões, profilaxia para enxaqueca, mania associada ao transtorno bipolar, tratamento e prevenção de crises de ausência</p>	<p>Tiamina^{FNT, 2010}: (1) Ensinar que a tiamina pode ser encontrada em vegetais frescos, carnes e grãos. (2) Alertar que bebidas alcoólicas podem diminuir a absorção de tiamina. (3) Orientar para ingestão às refeições, de modo a aumentar a absorção. (4) Informar que a urina poderá apresentar coloração amarelada.</p> <p>Piridoxina^{FNT, 2010}: Orientar para adotar na dieta ou aumentar a ingestão de carnes, legumes e cereais, que são ricos em piridoxina. (6) Pode ser administrado por via oral sem considerar a presença de alimentos (sem interferência na absorção). (7) Pode ocorrer neurite sensorial com uso prolongado. (8) Adultos recebendo doses diárias acima de 200 mg (podem ocorrer dependência e síndrome de retirada). (9) Oferece risco na gravidez se uso superior a recomendada. (10) Orientar adotar na dieta ou aumentar a ingestão de carnes, legumes e cereais, que são ricos em piridoxina.</p> <p>* Cobalamina e Riboflavina: reposição parenteral, restrito hospitalar. Total = 10</p> <p>(1) Tomar com alimento ou leite, devido risco de irritação gástrica. (2) Não tomar qualquer tipo de vacina sem consultar um médico (imunossupressão). (3) Evitar contato com qualquer pessoa que tomarão vacinas com vírus vivos, pois há uma chance de passar o vírus para você. Exemplos: Vacina oral contra poliomielite, sarampo, caxumba, gripe (influenza), rotavírus e rubéola, além disso, evite contato com pessoas acometidas por infecções como sarampo e varicela. O uso de prednisona deixa mais propenso a infecções. (4) Evitar medicamentos sem prescrição e uso de bebidas alcoólicas. (5) Não suspender abruptamente este medicamento após uso prolongado (acima 14 dias). Após longo período de uso, a prednisona deverá ser retirada de forma gradual (um dos riscos é a insuficiência adrenocortical^{Micromedex}). (6) Restringir a ingestão de sódio, suplementar a de potássio. (7) Caso a condição clínica do paciente permita, administrar cálcio, calciferol, e praticar atividade física regular durante a terapia prolongada para evitar osteoporose. (8) Cautela nos testes cutâneos de sensibilidade^{FNT, 2010}. (9) Pode causar reação alérgica séria (reação anafilática): coceira, urticárias, rouquidão, dificuldade para respirar ou engolir, inchaço na face, olhos, lábios ou língua^{Micromedex}. Total = 9</p> <p>(1) Tomar com alimento, devido risco de irritação gástrica. (2) Esse medicamento oferece risco ao feto. Use forma efetiva de anticoncepcional ou mais de um método contraceptivo. (3) Informe ao seu médico caso pretensão de amamentar. (4) Cuidado ao dirigir, operar máquina ou realizar algo perigoso, pois este medicamento pode causar sonolência e deixar menos alerta. (5) Tenha certeza que seu médico sabe todos os medicamentos que você está usando, pois muitas outras drogas podem interagir com o Ácido valpróico. (6) Informe ao médico se história prévia de hipersensibilidade ao ácido valproico e seus derivados, doenças hepáticas, doenças no pâncreas, distúrbios no sangue, história familiar de distúrbios no ciclo da ureia e mortes infantis não explicadas. Tenha certeza que informou ao médico todos os problemas de saúde. (6) Não use bebida alcóolica durante o tratamento com ácido valpróico. (7) A redução desse medicamento deve ser gradual para prevenir crises convulsivas e reações adversas. (8) Atenção a sintomas digestivos como náusea e vômitos acompanhados de forte dor abdominal, bem como sinais de fraqueza, letargia, disfunção cognitiva, perda de consciência e do controle sobre as convulsões. Na ocorrência desses sintomas procurar imediatamente o médico.^{FNT, 2010}. Total = 8</p> <p style="text-align: right;">Total = 0</p> <p>Hipertensão, atrofia da pele, dificuldade de cicatrização, retenção de líquido, diminuição do crescimento, hiponatremia, desordem gastrointestinal, risco para infecções, osteoporose, depressão, euforia, síndrome de cushing, hiperglicemia, insuficiência adrenocortical primária, catarata, glaucoma, tuberculose pulmonar^{Micromedex}. Total = 17</p> <p>Falta de apetite, dor abdominal, náusea, vômito, aumento do apetite e ganho de peso, leucopenia e depressão da medula óssea, ataxia, tremor, sedação, letargia, confusão, elevação passageira das enzimas hepáticas dose-relacionada^{Micromedex}. Total = 12</p>
--	---	--	--

<p style="text-align: center;">AZATIOPRINA</p>	<p style="text-align: center;">Citotóxico antirreumático. Grupo de agente imunossupressivo.</p>	<p style="text-align: center;">Antimetabólito</p>	<p>(1) Se você toma esse medicamento há muito tempo visite seu médico regularmente, pelo risco de problemas ou efeitos indesejados, além disso pode ser necessário exames laboratoriais para controle desses problema ou efeitos não desejados. (2) Esse medicamento pode causar problemas ao feto, por isso é necessário forma contraceptiva efetiva. (3) Não use esse medicamento se você também estiver tomando mercaptopurina (Purinethol®), devido risco de efeitos sérios. Se você estiver usando azathioprine para artrite, tenha certeza que seu médico saiba que você já tomou clorambucil (Leukeran®), ciclofosfamida (Cytoxan®, Neosar®) ou melfalan (Alkeran®). (4) Esse medicamento pode aumentar o risco em adquirir certos tipos de câncer, especialmente de pele, linpoma ou leucemia. Fale com seu médico se tiver preocupações sobre esse risco. (5) Use protetor solar regularmente, use roupas protetora e chapéus e fique fora de luz solar direta entre 10 da manhã e 3 da tarde. Evite bronzendo artificial.(6) Não tomar qualquer tipo de vacina sem consultar um médico (imunossupressão). (7) Evitar contato com qualquer pessoa que tomarão vacinas com vírus vivos, pois há uma chance de passar o vírus para você. Exemplos: Vacina oral contra poliomielite, sarampo, caxumba, gripe (influenza), rotavírus e rubéola, além disso, evite contato com pessoas acometidas por infecções como sarampo e varicela. (8) O uso de azatioprina deixa mais propenso a infecções, pois pode baixar a quantidade de células de defesa, assim como plaquetas, necessárias à coagulação sanguínea. Fique atento: evite contato com pessoas que estejam com infecções; procure seu médico se sentir febre, mal estar, calafrios, tosse, dor nas costas, dificuldade para urinar; pergunte ao médico se manchas vermelhas na pele, hematoma, sangramento incomum, tenha cuidado ao barbear-se ou usar algo cortante, devido risco de infecção. (9) Procure o médico imediatamente se tiver mais de um desses sintomas: náusea severa ou vômito, mal estar, diarreia, febre, erupção cutânea, dores musculares, tontura, fadiga incomum (pode ser reação intestinal séria ao medicamento). Total = 9</p>	<p>Fezes escuras ou piche, sangramento gengival, sangue na urina ou fezes, dor no peito, tosse ou rouquidão, febre ou frio, dor nas costas, dor ao urinar, manchas vermelhas, respiração curta, odinofagia, lesões bucais, glândulas inchadas, sangramento incomum ou hematoma, fadiga incomum ou fraqueza.</p> <p style="text-align: right;">Total = 14</p>
<p style="text-align: center;">MACROGOLS (MUVINLAX®)</p>		<p style="text-align: center;">Constipação e constipação crônica</p>	<p>(1) Não se deve usar esse medicamento em caso de reação alérgica ao polietileno glicol ou sintomas de obstrução (náusea, vômito, dor ou distensão abdominal). (2) Esse medicamento não deve ser usado por longo prazo, converse com seu médico. (3) Sempre dissolva o pó em um copo cheio de água, suco, refrigerante, café ou chá antes de tomar. (4) Pode levar 2 dias ou mais para esse medicamento ajudar o funcionamento intestinal. (5) Fale imediatamente com seu médico se reação alérgica (coceira, inchaço na face ou mãos, inchaço ou formigamento na boca ou garganta, aperto no peito, dificuldade respiratória), dor estomacal, distensão, vômitos ou diarreia severas. Total =5</p>	<p>Diarreia, flatulência, náusea, cólica estomacal, distensão abdominal. Total = 5</p>
<p style="text-align: center;">POLICARBOFILA CÁLCICA (MUVINOR®)</p>		<p style="text-align: center;">Tratamento da constipação ou diarreia. Absorve água e melhora consistência das fezes.</p>	<p>(1) Deve ser evitado por pessoas que necessitam restringir o Cálcio, pois íons de Ca são liberados no trato gastrointestinal para ação do medicamento. (2) Há um risco de obstrução ou impactação fecal se esse medicamento for ingerido a seco. Devem ser tomados com líquido suficiente e não devem ser ingerido antes de ir deitar. Devem ser evitados para pessoas que tem dificuldade para engolir. (3) Diminui a absorção de tetraciclina e ciprofloxacino. (4) É um laxante que aumenta o volume e melhora a consistência fecal, mas deve ser ingerido com pelo 250ml de água a cada dose tomada. (5) Deve ser tomado pelo menos 1 hora antes ou 2 horas depois de outras medicações. (6) Não há absorção da policarbofila pelo tubo digestivo. Total = 6</p>	<p>Plenitude abdominal, náuseas, vômitos e flatulência. Total = 4</p>

<p style="text-align: center;">NITROFURANTOÍNA</p>	<p style="text-align: center;">Antibiótico</p>	<p>(1) Não deve ser usado se você já teve reação alérgica ou problemas no fígado ao usar a nitrofurantoína ou se você encontra-se nas últimas semanas de gravidez (38ª semana ou mais), doença renal severa. (2) Esse medicamento deve ser ingerido com alimento ou leite. (3) Mesmo que você sinta melhora dos sintomas de infecção após as primeiras doses, não interrompa o tratamento, pois sua infecção poderá não ser curada. (4) Tenha certeza que seu médico saiba se você usa medicamentos com sulfampirazona ou probenecida. (5) Não use antiácido que contenha trissilicato de magnésio enquanto estiver usando nitrofurantoína. (6) Tenha certeza que seu médico sabe se você está grávida ou amamentando, ou se você problemas renais, hepáticos, pulmonares, anemia, diabetes, distúrbios sanguíneos mineral, deficiência de vitamina B ou uma alteração sanguínea chamada deficiência G6PD. (7) Esse medicamento pode alterar a coloração da urina (marrom), o que é normal. (8) Se apresentar diarreia severa não tome qualquer medicamento sem antes conversar com seu médico. (9) Se não houver melhora dos sintomas ou se ficarem piores chame seu médico e acompanhe o aspecto da urina. (10) Se apresentar qualquer reação alérgica (coceira, inchaço na face ou mãos, formigamento na boca ou garganta, pressão no tórax, dificuldade respiratória), procure o médico imediatamente. (11) Deve se procurar o médico imediatamente se apresentar reações adversas: erupção cutânea. Tosse, febre, calafrios, fraqueza, respiração curta, dor peito. Coloração escura da urina escuro ou fezes pálidas. Náusea, vômito, perda de apetite, epigastria. Dormência ou dor em queimação nas mãos, braços, pernas ou pés. Diarreia severa e aguda com presença ou não de sangue. Pele ou olhos (parte branca) amarelados. Total = 11</p>	<p>Perda de apetite, náusea e vômito. Vertigem, dor de cabeça ou visão borrada. Dor de estômago, perda de cabelo temporária. Coceira vaginal ou fluídos. Total = 9</p>
<p style="text-align: center;">DIOSMINA + HESPERIDINA (VENOVAZ®, DAFLON®)</p>		<p>Melhoram a função capilar, reduzindo a permeabilidade e capilar. Indicado na insuficiência venosa dos membros inferiores e hemorróida</p> <p>(1) O aparecimento de eczema e psoríase rósea tem ocorrido após uso oral da diosmina, havendo melhora completa dos sintomas após descontinuação do uso do medicamento. (2) Os flavonóides podem ser encontrados em alguns alimentos como frutas, legumes, chá e vinho tinto (auxiliam na prevenção da aterosclerose). (3) Informe ao seu médico a ocorrência de gravidez ou se estiver amamentando. (4) A bebida alcoólica deve ser evitada durante o tratamento. Total = 4</p>	<p>Insônia, sonolência, vertigem, ansiedade, dor de cabeça, dor abdominal, náusea, diarreia, vômito, dispepsia, hipotensão, palpitações, dor epigástrica e cansaço. Total = 14</p>
<p style="text-align: center;">ÁCIDO ACETILSALICÍLICO</p>		<p>Tratamento de dor, febre, artrite e inflamação. Também pode ser usado para reduzir o risco de ataque cardíaco.</p> <p>(1) Não deve-se tomar esse medicamento caso já tenha apresentado reação alérgica à aspirina ou medicamentos para dor e artrite (como Motrin®, Advil®, Naprosin®). (2) Não deve ser utilizado se úlcera estomacal ativa ou qualquer tipo de problema sanguíneo que leve a sangramento. (3) É recomendado tomar esse medicamento com alimento ou leite. (4) Aspirina pode causar hemorragia digestiva. Uso de bebida alcoólica pode piorar esse quadro. Se você bebe 3 ou mais doses de álcool diariamente, pergunte ao seu médico sobre o uso da Aspirina. (5) Tenha certeza que seu médico sabe que você faz uso de anticoagulante (varfarina ou Coumadin®), probenecida, corticóides (como prednisona) ou metotrexate, ticlopidina (Ticlid®), dipiridamol e sulfampirazona. (6) Pergunte ao seu médico, em caso de gravidez ou amamentação, ou asma, problemas renais ou histórico de úlceras gástricas. (7) Aspirina pode alterar teste de açúcar na urina. (8) Procure o médico imediatamente em caso de: dor estomacal severa; vômito com sangue vivo ou tipo borra de café; sangue nas fezes ou urina; erupção cutânea ou urticária, inchaço na face ou pálpebras, dificuldade respiratória; vertigem severa ou sonolência, zumbidos. Total = 8</p>	<p>Indigestão, náuseas, vômitos^{FNT, 2010}. Total = 3</p>

ATENOLOL	Antihipertensivo	Beta-bloqueador	Tratamento da pressão alta e angina (dor tórax). Pode reduzir riscos de ataque cardíaco.	<p>(1) Não deve ser utilizado no caso de reação alérgica prévia a qualquer tipo de beta bloqueador (como por exemplo metoprolol, propranolol) ou se você tem pressão baixa ou certos problemas cardíacos. (2) É recomendável tomar esse medicamento com estômago vazio. (3) Se você esquecer de tomar uma dose tome assim que puder. Desde que, o intervalo entre o horário lembrado e horário da próxima dose seja superior a 8 horas. Caso contrário salte a dose e entre no horário regular. (4) Muitos medicamentos podem interagir com o atenolol, por isso tenha certeza que o seu médico conheça todos os medicamentos que você faz uso. (5) Informe ao médico gravidez ou amamentação, se você tem asma, enfisema, bronquite, problemas renais, hipertireoidismo ou diabetes. (6) O atenolol deve ser reduzido gradativamente. (7) Esse medicamento pode elevar ou baixar seu nível de açúcar no sangue e pode mascarar hipoglicemia. (8) Evite dirigir ou realizar algo perigoso se não estiver alerta, pois esse medicamento pode causar vertigem. (9) Se interromper o tratamento sua pressão sanguínea pode subir e você não apresentar nenhum sintoma. Mesmo que se sinta bem não pare de tomar o medicamento. (10) Procure o médico imediatamente se dor no peito (relação com medicamento ou sua doença); desmaio ou vertigem severa; batimentos lentos e irregulares do coração; inchaço dos pés e tornozelos, sangramento incomum ou hematomas; dificuldade respiratória. Total = 10</p>	Bradiarritmia, extremidades frias, hipotensão, tontura, depressão, fadiga. Total = 6
CAPTOPRIL	Antihipertensivo	Inibidor da enzima conversora de angiotensina	Tratamento da pressão alta e falência cardíaca	<p>(1) Não deve ser utilizado no caso de reação alérgica prévia ao captopril ou outros medicamentos para controle da pressão. (2) É recomendável tomar esse medicamento com estômago vazio, 1 hora antes das refeições. (3) Tenha certeza que seu médico saiba sobre uso de outros medicamentos como: lítio, suplementos de potássio, substitutos de sal, diuréticos, clortalidona, furosemida ou medicamentos para artrite (como aspirina, Feldene®, Indocin®, Motrin®, Voltaren®). (4) Esse medicamento pode causar problemas ao feto, use forma efetiva de controle de natalidade. No caso de gravidez comunique seu médico imediatamente. (5) Informa ao médico se amamentação, diabetes, problemas cardíacos, renais, hepático ou lupus. (6) Evite dirigir ou realizar algo perigoso se não estiver alerta, pois esse medicamento pode causar vertigem. (7) Se interromper o tratamento sua pressão sanguínea pode subir e você não apresentar nenhum sintoma. Mesmo que se sinta bem não pare de tomar o medicamento. (8) Procure o médico imediatamente se reação alérgica (coceira, inchaço na face ou mãos, formigamento na boca ou garganta, pressão no tórax, dificuldade respiratória); dor no peito (relação com medicamento ou sua doença); Confusão, fraqueza, batida irregular do coração, respiração curta, dormência em mãos, pés ou lábios; boca seca, sede aumentada, câimbras, náusea ou vômito; taqui ou bradicardia; febre, dor muscular ou articulações e erupção cutânea; tontura ou fraqueza; dificuldade para urinar, dor nas costas; inchaço nas mãos ou pés; dor de estômago súbita, náusea, vômito, perda de apetite; pele ou olhos amarelados. Total = 8</p>	Hipotensão, rush cutâneo, hipercalemia, alteração do paladar, tosse. Total = 5

Total das recomendações de uso e reações adversas que o participantes deveria conhecer

APÊNDICE E - Artigo aprovado e publicado em revista com qualis capes da área da enfermagem estrato b1

**EDUCAÇÃO DO PACIENTE SOBRE REGIME TERAPÊUTICO
MEDICAMENTOSO NO PROCESSO DE ALTA HOSPITALAR: UMA REVISÃO
INTEGRATIVA**

Juliana Paula Dias de Sousa TEIXEIRA, Maria Cristina Soares RODRIGUES,
Valéria Bertonha MACHADO

RESUMO: Adequada educação do paciente sobre regime terapêutico medicamentoso na alta hospitalar contribui para a continuidade do cuidado domiciliar. Revisão integrativa que objetivou analisar e sintetizar a produção científica acerca da educação do paciente sobre regime medicamentoso no processo de alta hospitalar. Consultou-se a base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Foram selecionados 24 artigos, publicados entre 2005 e 2010. Aspectos inter-relacionados, como planejamento de alta estruturado, reconciliação medicamentosa, educação medicamentosa, eventos adversos a medicamentos e aderência medicamentosa permeiam a temática investigada.

Descritores: Educação de pacientes como assunto. Erros de medicação. Segurança. Alta do paciente.

RESUMEN: *Adecuada educación del paciente sobre el régimen de tratamiento de drogas en el alta hospitalario contribuye a la continuidad de cuidados en el hogar. Revisión integradora que tuvo el objetivo de analizar y sintetizar la literatura científica sobre la educación del paciente sobre régimen de medicación en el proceso de alta hospitalaria. Hemos consultado las bases de datos Medical Literature Analysis and Retrieval System online (MEDLINE) y Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (LILACS), y seleccionamos 24 artículos publicados entre 2005 y 2010. Aspectos interrelacionados, como planificación del alta hospitalaria estructurada, reconciliación medicamentosa, educación sobre los medicamentos, eventos adversos por medicamentos y la adherencia a la medicación permean el tema.*

Descriptores: *Educación del paciente como asunto. Errores de medicación. Seguridad. Alta del paciente.*

Título: *Educación del paciente sobre el régimen terapéutico en el proceso del alta hospitalario: una revisión integradora.*

ABSTRACT: *Adequate patient education about drug treatment regimen at discharge contributes to the continuity of home care. Integrative review aimed to analyze and synthesize the scientific literature about patient education on medication regimen in the hospital discharge process. We consulted the databases Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line (MEDLINE) and Latin-American and Caribbean Center on Health Sciences Information (LILACS), and selected 24 articles published between 2005 and 2010. Inter-related aspects, such as structured discharge planning, medication reconciliation, drug education, adverse drug events and medication adherence, permeate the theme.*

Descriptors: *Patient education as topic. Medication errors. Safety. Patient discharge.*

Title: *Patient education on drug treatment regimen in the process of hospital discharge: an integrative review.*

INTRODUÇÃO

Práticas inseguras na administração de medicamentos nos complexos sistemas de cuidado à saúde constituem problemática crônica, gerando eventos adversos a medicamentos (EAM). No início da década de 2000 esse assunto emerge como desafio global.

EAM é definido como “qualquer dano ocorrido durante a terapia medicamentosa e resultante tanto do cuidado apropriado como do cuidado inadequado ou aquém do ótimo”⁽¹⁾, enquanto Erros de Medicação (EM) compreende “qualquer evento evitável que pode ser causado ou surgir do uso inconveniente ou falta de uma medicação, ou causar prejuízo (dano ou injúria) ao paciente, enquanto a medicação está sob o controle dos profissionais da saúde, pacientes ou consumidores; tais eventos podem estar relacionados à prática profissional, aos produtos para o cuidado à saúde, procedimentos e sistemas, incluindo a prescrição, comunicação da prescrição, rótulo do produto, embalagem e nomenclatura; a composição, a distribuição, a administração, a educação dos profissionais e pacientes; a supervisão e o uso”⁽²⁾.

EAM representam um quarto de todos os erros médicos, sendo 75% evitáveis⁽³⁾. Dados dessa problemática no domicílio ainda são limitados⁽⁴⁾. Nesse sentido, o processo de alta hospitalar representa permanente desafio para equipe de saúde e paciente⁽⁵⁾, devido a maior complexidade assistencial e à alta precoce. Assim, o tempo disponível para a educação do paciente durante a hospitalização é minimizado⁽⁶⁾, o que pode contribuir para a ocorrência de EM no ambiente domiciliar.

Nos hospitais, 50% dos EM podem ser ocasionados por comunicação deficiente nos pontos de transição no contínuo do cuidado⁽⁷⁾, ou seja, na admissão, internação e alta. Dados mostram que 49% dos pacientes experimentam pelo menos um erro médico seguinte à alta, comumente envolvendo uso de medicamentos^(8,9), sendo que a maior parte dos erros poderiam ser evitados por meio de eficiente comunicação^(8,10). Outro óbice deve-se à falta ou ao inadequado planejamento de alta (PA), pois este contribui para a continuidade do cuidado e pode evitar reinternações⁽¹¹⁾.

O PA é uma atividade interdisciplinar que tem o enfermeiro como o responsável por fazer o elo entre os profissionais, visando bem-estar e recursos necessários para garantir a segurança do cuidado em domicílio⁽¹²⁾, e deve iniciar-se na admissão do paciente e ser desenvolvido durante toda a internação⁽¹³⁾.

A orientação segura e efetiva sobre regime medicamentoso após a hospitalização é o ponto mais crítico da educação do paciente para alta hospitalar⁽¹⁴⁾ e tem estrita relação com o processo de trabalho do enfermeiro, uma vez que também é de sua competência educar o paciente para o uso correto dos medicamentos após a alta⁽¹⁵⁾. Igualmente, é seu papel atuar na promoção de comportamentos de autocuidado e aderência ao regime terapêutico medicamentoso⁽¹⁶⁾.

Pesquisas baseadas em evidências sobre educação do paciente e PA são limitadas na literatura⁽¹⁷⁾, apesar de o PA ser uma exigência da *Joint Commission* aos hospitais, especialmente no que tange à utilização de medicamentos⁽¹⁸⁾.

Considerando-se a lacuna identificada e o particular interesse sobre a prática de enfermagem baseada em evidências, que conduz à avaliação crítica sobre informações disponíveis para tomada de decisão⁽¹⁹⁾, estabeleceu-se como questão norteadora: qual é a produção científica sobre educação do paciente quanto ao regime terapêutico medicamentoso no processo de alta hospitalar?

Traçou-se como objetivo do estudo analisar e sintetizar a produção científica acerca da educação do paciente sobre regime medicamentoso no processo de alta hospitalar.

MÉTODOS

Para alcance do objetivo da pesquisa optou-se pelo delineamento de uma revisão integrativa da literatura. Estabeleceram-se como critérios de inclusão do estudo, artigos de periódicos publicados entre 2005 e 2010, em qualquer país do mundo, sem restrição de idiomas, obtidos na íntegra, via online ou correio postal, gratuitos ou pagos. A delimitação do período de tempo das publicações deve-se ao objetivo do estudo em analisar e sintetizar as pesquisas mais recentes sobre o tema. Ademais, o que se tem observado é que mesmo na última década, a literatura disponível sobre o tema em questão ainda é incipiente.

As bases de dados consultadas para obtenção dos artigos foram *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Procedeu-se o acesso à primeira base através do site PUBMED e utilizaram-se as palavras *Patient Discharge e Safety Medicines*, sem aspas, no formulário de busca simplificado, sendo localizados oito artigos. Posteriormente, utilizou-se o formulário de busca avançado com os descritores “*Patient Discharge*” e “*Nursing*”, e por assunto o termo “*Medication*”, sendo identificados 40 artigos. O acesso à Biblioteca Virtual em Saúde permitiu a busca integrada, tanto no LILACS quanto no MEDLINE, onde o acervo pode ser

acessado utilizando-se o português, com pesquisa via descritores. Nessa forma de acesso foram utilizados os descritores "Alta Hospitalar" e "Educação de Pacientes como Assunto" e "Erros de Medicação", sendo encontrados 18 artigos no MEDLINE e um artigo no LILACS. Impôs-se o limite de tempo determinado às três formas de busca descritas anteriormente.

O levantamento efetuado resultou na obtenção de 67 artigos, porém, houve a exclusão de três por estarem repetidos. Assim, a amostra inicial foi de 64 artigos, e realizou-se a leitura dos títulos e resumos, sendo excluídos 40 por não apresentarem relação com a temática investigada, resultando na seleção de 24 publicações.

Procedeu-se à leitura integral dos mesmos, seguida de extração e síntese dos dados. Na extração dos dados empregou-se instrumento padronizado por *Ganong*, com registro de 12 dimensões de análise, isto é: objetivo do estudo, método de amostragem, critérios de inclusão, variáveis independentes identificadas, citações e críticas de revisões prévias, apresentação de resultados de estudos primários, método de análise dos resultados, discussão dos problemas metodológicos, busca por influências sistemáticas, interpretação de resultados e uso de tabelas⁽²⁰⁾.

RESULTADOS

Os artigos foram agrupados em cinco categorias: 12 (50%) em RM; seis (25%) em educação medicamentosa para alta hospitalar, três (12,5%) em EAM, dois (8,3%) no processo de alta hospitalar e um (4,2%) na aderência medicamentosa (AM).

Constatou-se maior número de publicações no ano de 2008 (n=8; 30,8%), sendo que seis referiam-se à reconciliação medicamentosa (RM), provavelmente, pelo fato de a OMS ter lançado em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. O processo de RM foi proposto como uma solução aos Estados Membros da Aliança para garantir a precisão medicamentosa nos pontos de transição do cuidado⁽²¹⁾. Nas Tabelas 1, 2, 3 e 4 apresenta-se a síntese extraída dos artigos selecionados, por categoria temática.

Tabela 1 – Síntese de estudos sobre educação medicamentosa para a alta hospitalar, Brasília – DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Çarkit-Karapinar F et al. ⁽¹⁰⁾ Holanda 2010	Determinar o efeito da intervenção do Programa “ <i>Continuity Of Appropriate pharmacotherapy, patient Counselling and information transfer in Healthcare</i> ” (COACH).	Estudo experimental prospectivo.	Os achados do estudo fornecem informações de interesse para pacientes, gestores de saúde, decisores políticos e profissionais de saúde sobre o impacto clínico e de custos do programa instituído.
Kimball S et al. ⁽¹⁴⁾ Noroeste do Pacífico 2010	Avaliar a eficácia do método “ <i>Geragogy</i> ” para aumentar o conhecimento do paciente sobre os medicamentos na alta hospitalar.	Estudo experimental	O método de ensino não afetou o conhecimento dos pacientes, no entanto, os membros da família apresentaram aumentos significativos nos níveis de confiança para a administração de medicamentos no momento da alta, após o ensino.
Lopes MAP et al. ⁽²²⁾ Espanha 2008	Apresentar a metodologia e o delineamento de um programa de informação de cuidado na alta hospitalar, e descrever os achados do primeiro ano de implantação.	Relato de experiência	É possível estabelecer um programa de informação para alta como serviço assistencial. Atingiu-se um elevado nível de satisfação e melhoria da segurança no uso de medicamentos.
Kendall S et al. ⁽²³⁾ Austrália 2007	Investigar as atitudes dos enfermeiros sobre seu papel na educação medicamentosa, assim como suas atitudes em relação as parcerias com farmacêuticos na educação dos pacientes.	Estudo piloto qualitativo	Necessário se faz ampliar o estudo, a fim de abordar questões que emergiram na discussão do grupo, e as implicações para a segurança dos pacientes e prática profissional de enfermagem no contexto investigado.

Manning DM et al. ⁽²⁴⁾ EUA 2007	Comparar recurso computacional 3D na alta hospitalar, denominado <i>Durable Display at Discharge</i> alternativo a planilha de medicação: <i>MDW-Medication Discharge Worksheet</i> .	Ensaio clínico randomizado	Embora ambas as ferramentas estão associadas a níveis igualmente elevados de satisfação do paciente e baixa taxa de auto-relato de EM, o 3D parece promover uma melhor compreensão do paciente sobre os medicamentos.
Simonet ML ⁽²⁵⁾ Suíça 2005	Descrever uma intervenção que visa melhorar o conhecimento medicamentoso do paciente na alta hospitalar	Estudo descritivo e exploratório	A intervenção melhorou o conhecimento medicamentoso do paciente, que deve ser individualizada, considerando-se aspectos clínicos, idade, nível de conhecimento e responder às dúvidas do paciente sobre seus medicamentos.

Tabela 2 – Síntese de estudos sobre RM, Brasília – DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Walker PC et al. ⁽²⁶⁾ EUA 2010	Implementar e avaliar quatro semanas de experiência na prática avançada farmacêutica por estudantes de farmácia, na transição do cuidado.	Relato de experiência	A experiência na Prática Avançada Farmacêutica proveu aos estudantes oportunidade para ganhar experiência e autoconfiança na aplicação de habilidades de cuidado farmacêutico.
Cua YM, Kripalani S ⁽⁵⁾ EUA 2008	Identificar barreiras existentes à segurança e efetividade no uso dos medicamentos.	Revisão de literatura	Há necessidade de integração da equipe de saúde para o PA e comunicação efetiva, e assegurar a compreensão do paciente não somente no ato da alta hospitalar. Mão dupla na troca de informações nos pontos de transição do cuidado para garantia de continuidade do cuidado.

Young B ⁽⁷⁾ EUA 2008	Discutir a importância do processo de RM.	Revisão de literatura	RM é uma ferramenta poderosa e efetiva na prevenção de EAM evitáveis.
Wong JD et al. ⁽²⁷⁾ Canadá 2008	Identificar, caracterizar e avaliar o impacto clínico de discrepâncias medicamentosas não intencionais na alta hospitalar.	Estudo descritivo e exploratório	Entender os tipos e frequência das discrepâncias medicamentosas auxilia na prevenção de erros. RM estruturada ajuda na prevenção de discrepâncias na alta hospitalar.
Williams T et al. ⁽²⁸⁾ EUA 2008	Descreve o fluxo de trabalho do processo de RM conforme recomendações da <i>Joint Commission</i>	Relato de experiência	É apresentada a proposta de um sistema de RM completo, do estabelecimento da política e plano de adesão, da admissão à alta hospitalar para todos pacientes, a fim de evitar EAM e EM.
Cumblor E et al. ⁽²⁹⁾ EUA 2008	Revisão do caso de um paciente idoso com análise das barreiras para o sucesso na transição do cuidado que conduziram à readmissão.	Estudo de caso	A análise do caso oportunizou a revisão de elementos necessários para o sucesso e ideias na perspectiva de limitações impostas pelo sistema de saúde e dificuldades inerentes à vulnerabilidade de idosos.
Delate T et al. ⁽³⁰⁾ EUA 2008	Avaliar o impacto de um programa de RM implementado por farmacêuticos quanto à mortalidade e uso de serviços de cuidados à saúde em pacientes em alta hospitalar	Estudo quase experimental, ensaio clínico controlado.	O processo formal de RM com melhor coordenação da comunicação paciente-provedor de saúde pode reduzir a mortalidade após a alta. A RM tem papel fundamental nos pontos de transição do cuidado.
Kramer JS et al. ⁽³¹⁾ EUA 2007	Implementar um sistema eletrônico para guiar farmacêutico e enfermeiro na condução da RM na admissão e alta hospitalar, e efeitos na segurança do paciente e satisfação entre provedores e enfermeiros	Estudo quase experimental	Os pacientes que participaram da RM eletronicamente informaram melhor entendimento das instruções sobre a administração dos medicamentos e potenciais EAM após a alta, expressando maior satisfação na fase pós-implantação da intervenção. Houve um melhor desempenho com a integração entre enfermeiro e farmacêutico.

Schwarz M, Wyskiel R ⁽³²⁾ EUA 2006	Apresentar um modelo de processo de RM, a fim de assegurar administração de medicamentos em domicílio e diminuir EAM potencial na alta hospitalar de uma UTI cirúrgica. Método científico “ <i>Plan, Do, Study, Act</i> ” para implementação do processo de RM.	Estudo descritivo e exploratório	RM permite reiniciar medicamentos de uso pré-hospitalar e prescrição atual. Dessa forma, identificam-se medicamentos omitidos de uso domiciliar, doses e frequências incorretas; há redução de complicações relacionadas às mudanças de medicamentos. Trata-se de um processo econômico e de alto impacto na segurança do paciente.
Chevalier BAM et al. ⁽³³⁾ Canadá 2006	Analisar a percepção de enfermeiros sobre a segurança do paciente na administração de medicamentos, e práticas atuais de RM nos pontos de transição do cuidado.	Estudo descritivo e exploratório.	Deve-se ser dada especial atenção às barreiras relacionadas às práticas de RM, como falhas do sistema, práticas inconsistentes, falta de comunicação e recursos à equipe de profissionais, antes de se implementar um programa formal de RM que assegure sucesso do projeto. Discrepâncias medicamentosas não intencionais na admissão e alta são comuns e clinicamente importantes. O processo de RM interceptou a maioria das discrepâncias antes que o dano ocorresse.
Vira T et al. ⁽³⁴⁾ Canadá 2006	Descrever o potencial impacto do processo de RM na identificação e retificação de EM na admissão e alta hospitalar	Ensaio clínico randomizado	Discrepâncias medicamentosas não intencionais na admissão e alta são comuns e clinicamente importantes. O processo de RM interceptou a maioria das discrepâncias antes que o dano ocorresse.
Sem autoria ⁽³⁵⁾ EUA 2006	Descrever o relato de um caso em um hospital.	Estudo de caso/reflexão	Enfermeiras não podem assumir que tudo que elas têm que fazer é revisar as instruções de alta sem discussão das discrepâncias óbvias.

Tabela 3 – Síntese dos artigos sobre processo de alta hospitalar, Brasília – DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Huber C, Blanco M ⁽³⁶⁾ EUA 2010	Apresentar e discutir uma estratégia de plano de alta hospitalar sob a perspectiva do número de componentes	Artigo de reflexão	Um planejamento para alta padronizado e abrangente pode reduzir danos aos pacientes e melhorar a

	e de pessoal como pontos cruciais para o seu sucesso.		qualidade dos cuidados após a hospitalização.
Miasso AL, Cassiani SHB ⁽¹⁵⁾ Brasil 2005	Avaliar a orientação final de enfermagem para a alta hospitalar no que concerne à terapêutica medicamentosa, em uma clínica de internação de um hospital universitário do interior paulista.	Estudo descritivo, transversal e de campo.	Sugestão de elaboração de plano de alta individualizado pelos enfermeiros em conjunto com equipe de saúde, visando segurança e continuidade da administração de medicamentos no ambiente domiciliar.

Tabela 4 – Síntese dos artigos sobre EAM e AM, Brasília – DF, 2011.

Estudo	Objetivo	Delineamento	Conclusão
Crocker C ⁽³⁷⁾ EUA 2009	Descrever a jornada de um paciente através de cuidados de saúde a partir da perspectiva de como os medicamentos são administrados.	Estudo de caso	EAM ou danos potenciais são destacados, evidenciando-se áreas-chaves onde os enfermeiros precisam tomar medidas para garantir ou melhorar a segurança do paciente.
Davidson A ⁽³⁸⁾ Canadá 2007	Opiniar sobre a contribuição do farmacêutico hospitalar na prevenção de EAM.	Opinião de especialista	A autora infere que uma lista de medicamentos consiste em instrumento que pode ser utilizado por enfermeiros de cuidados domiciliares e farmacêuticos comunitários, além do envio ao clínico geral para conhecimento dos medicamentos do paciente no momento da alta.
Forester AJ ⁽³⁹⁾ Canadá 2006	O artigo apresenta dois casos de pacientes envolvendo EAM.	Estudo de caso	A prevenção de EAM após a alta exige abordagem multidisciplinar organizada, que enfatize alterações medicamentosas e metabólicas; múltiplas prescrições; uso de medicamentos potencialmente perigosos;

Albert NM ⁽¹⁶⁾ EUA 2008	Abordar temáticas relacionadas a regime de AM para pacientes com doença cardiovascular crônica.	Revisão da literatura	integração, coordenação dos cuidados e infraestrutura adequada. As evidências indicam que a educação e gestão dos pacientes pelos enfermeiros melhoram a AM, leva à melhoria do autocuidado, têm-se melhores resultados clínicos e redução de custos.
--	---	-----------------------	---

DISCUSSÃO

Processo de Alta Hospitalar

O processo de alta hospitalar é uma exigência da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)*⁽¹⁸⁾. Estudos sugerem a necessidade de um PA padronizado^(5,25,36) para maior eficácia e qualidade do cuidado, com o intuito de garantir a continuidade do cuidado domiciliar^(12,33), a fim de proporcionar aos pacientes informações e recursos necessários para melhorar ou manter a saúde, prevenir EAM e evitar reinternações^(26,36). Nesse processo, deve-se dar ênfase ao PA individualizado a partir da admissão do paciente, envolvendo toda equipe de saúde^(15,17,36).

É fundamental a compreensão do paciente, familiar e/ou cuidador sobre o PA, e deve ser solicitado que expliquem sobre o plano com suas próprias palavras. Além disso, é importante instituir programação de seguimento pós-alta; conciliação do plano terapêutico medicamentoso; revisão sobre como proceder na ocorrência de um problema, orientando sobre qual serviço de atendimento deve procurar; além de fornecer instruções por escrito e realizar seguimento telefônico dois ou três dias após a alta⁽³⁶⁾.

Um único estudo nacional sobre orientação medicamentosa de enfermagem na alta hospitalar foi identificado. Constatou-se que o processo de alta hospitalar ocorre em locais inadequados para orientação, são fornecidas poucas informações por escrito, há curto tempo para orientação e não são utilizadas estratégias que confirmem a compreensão do paciente quanto às orientações fornecidas⁽¹⁵⁾, representando aspectos limitadores à efetividade do processo de alta.

Reconciliação Medicamentosa

RM é um processo de obtenção de uma lista precisa e completa dos medicamentos que o paciente está utilizando ao ser admitido no hospital através de entrevista clínica detalhada,

sendo as informações obtidas comparadas com a prescrição médica e discrepâncias devem ser solucionadas⁽⁴⁰⁾. As informações devem ser transmitidas nos pontos de transição do cuidado⁽³³⁾.

A RM se traduz como um tipo de cuidado "sem costura" no contínuo do cuidado, onde o desenvolvimento de habilidades do trabalho em equipe é essencial para o sucesso do processo de reconciliação⁽³¹⁾. Assim, a RM é ferramenta poderosa e efetiva na prevenção de EAM de natureza evitável, sendo fundamental aos serviços de saúde para atendimento às exigências estabelecidas pela JCAHO, assim como a participação ativa do enfermeiro no processo de desenvolvimento e implementação colaborativa entre médicos, farmacêuticos, pacientes, familiares e provedores de cuidado^(7,34,36).

A reconciliação permite identificar discrepâncias não intencionais, que caracterizam-se como EM que podem resultar em danos⁽³⁴⁾. Dois estudos identificaram que aproximadamente 70% dos pacientes apresentaram pelo menos uma discrepância não intencional atual ou potencial por ocasião da alta, relacionada, principalmente, à prescrição incompleta e omissão de medicações, e destacaram a importância dessa estratégia no auxílio à equipe de saúde para propor medidas preventivas^(27,34).

Pesquisadores avaliaram programa de RM e identificaram uma redução de 78% do risco de morte de indivíduos do grupo de intervenção pelo processo de reconciliação quando comparados com o grupo controle⁽³⁰⁾, demonstrando a importância dessa ferramenta no cuidado em saúde.

Outro estudo, sobre a experiência da prática farmacêutica na RM, identificou a necessidade do desenvolvimento de quatro habilidades principais à formação do farmacêutico para o processo de reconciliação, ou seja, entrevista e avaliação do paciente, aconselhamento do paciente, RM e monitorização pós-alta hospitalar⁽²⁶⁾. Considerando a RM uma responsabilidade interdisciplinar, estas quatro habilidades também devem ser valorizadas de forma multiprofissional.

Outras pesquisas têm descrito experiências no desenvolvimento, implementação e avaliação do processo de RM, sendo estas de grande utilidade para o aperfeiçoamento do processo de reconciliação, estruturação do aconselhamento e melhor reconhecimento de problemas relacionados com medicamentos^(10,26,31,32,34).

Processos de alta hospitalar redesenhados, incorporando RM, aconselhamento do paciente, seguimento telefônico pós-alta e o papel específico de coordenadores de transição, podem resultar na identificação e resolução de discrepâncias medicamentosas, reduzindo a

incidência de EAM evitáveis após a alta, e diminuir o número readmissões hospitalares e a não aderência ao tratamento medicamentoso⁽²⁶⁾.

Educação Medicamentosa para Alta Hospitalar

A escassez de artigos sobre esse assunto foi observada em dois estudos^(14,17), assim como na presente revisão. Destaca-se que um dos artigos foi realizado em parceria entre farmacêutico e enfermeiro, e outro artigos relataram a importância de parcerias interdisciplinares para efetiva educação do paciente^(16,23,25,26).

Um estudo experimental testou “o método Geragogy”, que tem por objetivo proporcionar ao paciente e membros da família informações para alta hospitalar através de software computacional sobre os medicamentos prescritos, e demonstrou que a melhor ordem sequencial para descrever o conteúdo escrito da informação sobre os medicamentos é: dose e horário de administração; indicação, efeito esperado e reações adversas do medicamento; e, informações na situação de emergência⁽¹⁴⁾.

Outros estudos demonstram que o seguimento do tratamento medicamentoso pode ser reforçado através do uso, pelo paciente, de um cartão simples e explícito, com informações sobre o uso dos medicamentos prescritos durante a internação e após a alta hospitalar^(22,25); as instruções devem ser completas, precisas e compreensíveis^(5,7,31).

O desenvolvimento e resultados preliminares de um programa assistencial de atenção farmacêutica de orientação na alta hospitalar demonstraram satisfação e melhor compreensão do paciente na admissão e alta. A implantação do programa permitiu solucionar problemas detectados, exceto aqueles relacionados a medicamentos que requeriam outros níveis de assistência, mas os colocou “em vias de solução” e a assistência farmacêutica permitiu solucionar 25% dos problemas em domicílio⁽²²⁾.

A alta hospitalar é um momento de alto risco para potenciais confusões e EM, portanto, assegurar a compreensão pelo paciente das instruções sobre os medicamentos deveria ser ponto primordial no aconselhamento na alta, e não apenas como ato da entrega de informações escritas^(5,15,35), como destacado por alguns estudiosos.

Outro aspecto primordial refere-se às atitudes dos enfermeiros relacionadas ao seu papel na educação do paciente em parceria com outros profissionais. Em um hospital australiano, estudo qualitativo demonstrou que atitudes expressas pelos enfermeiros vão de encontro às recomendações e opiniões expostas na literatura, onde se observou prática guiada por opiniões subjetivas e experiência pessoal. Os participantes não relacionaram educação de alta com adesão medicamentosa em termos mais amplos, embora seja bem conhecido que a

educação do paciente deveria ser individualizada, e envolve muito mais que revisão dos rótulos e orientações de administração dos medicamentos. A colaboração entre enfermeiro clínico e farmacêutico hospitalar era inexistente⁽²³⁾.

Ressalta-se que, uma das explicações quanto à escassez de artigos nacionais específicos sobre a educação do paciente quanto ao regime terapêutico medicamentoso no PA hospitalar pode estar relacionada ao fato de os enfermeiros não terem despertado para a importância do seu importante papel para esta intervenção, justificado por nem sempre possuírem uma base de conhecimento adequada acerca desse assunto⁽¹⁵⁾, entre outros aspectos.

Eventos Adversos a Medicamentos

O período seguinte à alta hospitalar é de elevada vulnerabilidade à ocorrência de EAM devido às mudanças provenientes do tratamento durante a hospitalização. Assim, enganos ou confusões podem ocorrer, o que leva o paciente a modificar o regime medicamentoso por conta própria, com possível ocorrência de EAM^(5,25). Os fatores contribuintes para tal incluem mudanças no regime terapêutico medicamentoso, exigências de mudanças metabólicas do indivíduo, polimedicação, preparações inadequadas para alta, uso de medicamentos de alto risco e parca integração e coordenação do cuidado⁽³⁹⁾.

Assim, a prevenção de EAM após a alta exige uma abordagem organizada, multidisciplinar e interdisciplinar, além da infraestrutura institucional^(37,39), sendo essencial a percepção da cultura de segurança do paciente e segurança medicamentosa nos pontos de transição durante a permanência hospitalar⁽³⁴⁾.

Aderência Medicamentosa (AM)

Evidências mostram que educação e manejo de pacientes por enfermeiros melhoram a AM e conduzem ao aprimoramento do autocuidado, com resultados clínicos satisfatórios e despesas médicas reduzidas. Portanto, os enfermeiros podem desempenhar papel chave na otimização da qualidade de vida dos pacientes avaliando potenciais barreiras para a AM, caracterizada por regimes medicamentosos complexos, precária educação do paciente, custo elevado dos medicamentos e potenciais reações adversas, pela implementação de estratégias compreensivas para aumentar aderência⁽¹⁶⁾.

CONCLUSÕES

A educação sobre regime medicamentoso é considerada uma prática segura na assistência a pacientes em processo de alta hospitalar. Os estudos analisados nesta investigação indicam que parcerias interdisciplinares e a participação ativa do paciente; o desenvolvimento e implementação do processo de RM; o estabelecimento de plano de orientação educacional individualizado; a implementação de cuidado domiciliar por meio do uso de cartão simples pelo paciente com informações sobre medicamentos durante a hospitalização e em domicílio; o incentivo ao autocuidado para melhoraria da AM; assegurar o entendimento das instruções de alta repassadas ao paciente, familiar e/ou cuidador por escrito; e, estabelecer um sistema de seguimento pós-alta, são aspectos fundamentais para a efetividade do processo educativo para a alta.

Destaca-se que a temática RM é um novo conhecimento a ser explorado pelos enfermeiros junto à equipe multiprofissional. Destarte, é necessário que busquem melhor conhecer esta estratégia inovadora.

A realização de pesquisas sobre os medicamentos padronizados no serviço, com intuito de estabelecer recursos pedagógicos para o ensino, desde simples materiais audiovisuais a complexos softwares educativos, pode contribuir para o aumento do conhecimento sobre o regime terapêutico medicamentoso no decorrer da internação e favorecer a AM. Nesse sentido, a busca de informações baseada em evidências pelos profissionais da área da saúde é uma ferramenta que aperfeiçoa as habilidades no manejo e estabelecimento de recursos, visando proporcionar educação e segurança ao paciente.

Por fim, os estudos identificados na produção científica mostram que a educação em terapia medicamentosa nos pontos de transição do cuidado do paciente está permeada por aspectos inter-relacionados, como PA estruturado, RM, educação medicamentosa propriamente e medidas de prevenção de EAMs e de promoção da AM.

REFERÊNCIAS

1. Committee of Experts on Management of Safety and Quality in Health Care – Expert Group on Safe Medication Practices. Glossary of terms related to patient and medication safety. [Internet]. 2005 Mai [citado 20 out 2005]. Disponível em: <http://www.bvs.org.ar/pdf/seguridadpaciente.pdf>.
2. National Coordinating Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCCMERP) [Internet]. About Medication Errors. What is a Medication Error? [acesso em 2012 Abr 25]. Disponível em: <http://www.nccmerp.org/aboutMedErrors.html>.

3. World Alliance for Patient Safety [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010 [acesso em 2010 dez 02]. Patient Safety Workshop - Learning from error. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/activities/technical/vincristine_learning-from-error.pdf.
4. Canadian Patient Safety Institute (CPSI). Patient-Client Safety in Home Care in Canada [Internet]. 2010 Abr [citado 2011 jan 15]. Disponível em: <http://www.patientsafetyinstitute.ca/English/research/commissionedResearch/PatientClientSafetyinHomeCare/Documents/Patient-Client%20Safety%20in%20Home%20Care%20Research%20Competition%20Announcement%20RFA.pdf>.
5. Cua YM, Kripalani S. Medication use in the transition from hospital to home. *Ann Acad of Med Singapore*. 2008;37(2):136-41.
6. Mamon J, Steinwachs DM, Fahey M, Bone LR, Oktay J, Klein L. Impact of hospital discharge planning on meeting patient needs after returning home. *Health Services Research [Internet]*. 1992 Jun [citado 2011 jan 25]. Disponível em: http://findarticles.com/p/articles/mi_m4149/is_n2_v27/ai_13022551/pg_2/?tag=content;coll.
7. Young B. Medication reconciliation matters. *MEDSURG Nursing*. 2008;17(5):332-36.
8. Moore C, Wisnivesky J, Williams S, McGinn T. Medical errors related to discontinuity of care from an inpatient to an outpatient setting. *J Gen Intern Med*. 2003;18:646-51.
9. Forster AJ, Murff HJ, Peterson JF, Gandhi TK, Bates DW. Adverse drug events occurring following hospital discharge. *J Gen Intern Med*. 2005;20:317-23.
10. Çarkit-Karapinar F, Borgsteede SD, Zoer J, Siegert C, Tulder M, Egberts ACG, Bemt PMLA. The effect of the COACH program (continuity of appropriate pharmacotherapy, patient counselling and information transfer in healthcare) on readmission rates in a multicultural population of internal medicine patients. *BMC Health Services Research*. 2010;10(39):2-12.
11. Pompeo DA, Pinto MH, Cesarino CB, Araújo RRDF, Poletti NAP. Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir de relatos de pacientes. *Acta Paul Enferm*. 2007;20(3):345-50.
12. Atwal A. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. *J Adv Nurs*. 2002;39(5):450-58.
13. Huber DL, McClelland E. Patient preferences and discharge planning transitions. *J Prof Nurs*. 2003;19(4):204-10.
14. 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*. 2010;35(1):31-40.
15. Miasso AI, Cassiani SHB. Administração de medicamentos: orientação final para alta hospitalar. *Rev Esc Enferm USP* 2005;39(2):136-44.

16. Albert NM. Improving medication adherence in chronic cardiovascular disease. *Crit Care Nurse*. 2008;28(5):54-64.
17. Lane BS, Jackson J, Odom SE, Cannella KAS, Hinshaw LJ. Nurse satisfaction and creation of an admission, discharge, and teaching nurse position. *Nurs Care Qual*. 2009;24(2):148-52.
18. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). *Comprehensive accreditation manual for hospitals: the official handbook*. Oakbrook Terrace (IL): Joint Commission; 2005.
19. Pereira AL, Bachion MM. Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2006 [citado 2010 dez 02]; 27 (4): 491-8. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4633>.
20. Ganong LH. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health*. 1987;10(1):1-11.
21. World Health Organization [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2007 [acesso em 2011 Jan 14]. The Joint Commission: assuring medication accuracy at transitions in care. Disponível em: <http://www.who.int/patientsafety/worldalliance/en/>.
22. Lopes MAP, Saliente MTA, Company ES. CONSULTENOS: programa de información al alta hospitalaria. Desarrollo y resultados del primer año de funcionamiento en 5 hospitales. *Farm Hosp*. 2008;32(6):323-30.
23. Kendall S, Deacon-Crouch M, Raymond K. J. Nurses' attitudes towards their role in patient discharge medication education and toward collaboration with hospital pharmacists. *Nurses Staff Dev*. 2007;23(4):173-79.
24. Manning DM, O'Meara JG, Williams AR, Rahman A, Tammel KJ, Myhre D, Carter LC. 3D: a tool for medication discharge education. *Qual Saf Health Care*. 2007;16:71-76.
25. Simonet ML. Amélioration de la connaissance de son traitement par le patient à la sortie de l'hôpital. *Rev Med Suisse*. 2005 Nov 23;1(42):2737-40.
26. Walker PC, Jones JNT, Mason NA. An advanced pharmacy practice experience in transitional care. *Am J Pharm Educ*. 2010;74(2):1-6.
27. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, Alibhai SMH, Huh J, Cesta A, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother*. 2008; 42(10):1373-9.
28. Williams T, Acton C, Hicks RW. Deploying med reconciliation. *Nurs Manage*. 2008;39(4):54-7.
29. Clumber E, Carter J, Kutner J. Failure at the transition of care: challenges in the discharge of the vulnerable elderly patient. *J Hosp Med*. 2008;3(4):349-52.
30. Delate T, Chester EA, Stubbings TW, Barnes CA. Clinical outcomes of a home-based medication reconciliation program after discharge from a skilled nursing facility. *Pharmacotherapy*. 2008;28(4):444-52.

31. Kramer JS, Hopkins PJ, Rosendale JC, Garrelts JC, Hale LS, Nester TM, et al. Implementation of an electronic system for medication reconciliation. *Am J Health-Syst Pharm.* 2007;64:404-22.
32. Schwarz M, Wyskiel R. Medication reconciliation: developing and implementing a program. *Crit Care Nurs Clin N Am.* 2006;18:503-7.
33. Chevalier BAM, Parker DS, Mackinnon NJ, Sketris I. Nurses' perceptions of medication safety and medication reconciliation practices. *Nurs Leadersh (Tor Ont).* 2006;19(3):62-72.
34. Vira T, Colquhoun M, Etchells E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. *Qual Saf Health Care.* 2006;15:122-26.
35. Did RN have duty to question discrepancy in discharge order? *Nurs Laws Regan Rep.* 2006;46(9):1.
36. Huber C, Blanco M. Cleaning up the discharge process. A number of components - and personnel - are crucial to success. *AJN.* 2010;110(9):66-69.
37. Crocker C. Following the patient journey to improve medicines management and reduce errors. *Nurs Times.* 2009;105(46):12-5.
38. Davidson A. Preventing adverse drug events. *CMAJ.* 2007;176(1):67-8.
39. Forster AJ. Can you prevent adverse drugs events after hospital discharge? *CMAJ.* 2006;174(7):921-22.
40. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO). Reconciling medication information [Internet]. 2010 Nov; [citado 2011 jan 27]. Disponível em: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Communications_NPSG_Med_Rec_HAP_20101115\[1\].pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/Communications_NPSG_Med_Rec_HAP_20101115[1].pdf).

ANEXOS

ANEXO A - Certidão de aprovação do projeto de pesquisa

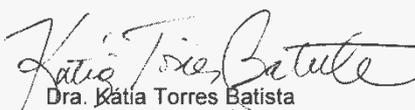


Comitê de Ética em Pesquisa da Associação das Pioneiras Sociais

CERTIDÃO

Declaramos que o trabalho intitulado *Avaliação da Adesão ao Tratamento Farmacoterápico de Pacientes Participantes do Programa de Autoadministração do CINR*, de Juliana Paula Dias de Sousa, Enfermeira, foi apreciado e considerado correto sob o ponto de vista ético pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação, em três de agosto de 2010.

Brasília-DF, 11 de junho de 2012.


 Dra. Kátia Torres Batista
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
 Associação das Pioneiras Sociais

- Brasília - SMHS Quadra 501 Conj. "A" - CEP: 70.335-901 - Fone: (61) 319.1111 - FAX: (61) 3319.1538 - Brasília/DF
- Brasília/Lago Norte - SHIN - QL - Área Especial "C" - CEP: 71.535-005 - Fone: (61) 3319.1111 - FAX: (61) 3319.1909 - Brasília/DF
- Salvador - Av. Tancredo Neves, 2782 - Caminho das Árvores - CEP: 41.820-900 - Fone: (71) 3206.3333 - FAX: (71) 3206.3564 - Salvador/BA
- Belo Horizonte - Av. Amazonas, 5953 - Gameleira - CEP: 30.510-000 - Fone: (31) 3379.2600 - FAX: (31) 3379.2700 - Belo Horizonte/MG
- São Luís - Av. Luiz Rocha s/nº - Mte Castelo - CEP: 65.035-270 - Fone: (98) 3216.5353 - FAX: (98) 3216.5126 - São Luís/MA
- Fortaleza - Av. Pres. Juscelino Kubitschek, 4500 - Passare - CEP: 60.861-634 - Fone: (85) 3499.4999 - FAX: (85) 3499.4879 - Fortaleza/CE
- Rio de Janeiro - Av. Canal Arroio Pavuna, S/N, Jacarepaguá - CEP: 22.775-020 - Fone: (21) 3543.7000 - FAX: (21) 3543.7234 - Rio de Janeiro/RJ
- Macapá - Rodovia Juscelino Kubitschek, 2.011 - Bairro Fazendinha - CEP: 68.903-000 - Fone: (96) 3312.7000 - FAX: (96) 3312.7008 - Macapá/AP
- Belém - Rodovia Arthur Bernardes, 1000 - Bairro Val de Caniz CEP: 06.116-000 - Fone: (91) 3205.6700 - FAX: (91) 3205.6727 - Belém/PA

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.				
1. Projeto de Pesquisa: Avaliação da adesão ao tratamento farmacoterápico de pacientes participantes do programa de autoadministração de medicamentos do Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso) 4 - Ciências da Saúde		3. Código 4.04 - Enfermagem	4. Nível: (Só áreas do conhecimento - 4) (N) Não se aplica	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s)	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções) autoadministração de medicamentos, ambiente hospitalar				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total: 160		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros (*) Não se aplica ()		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Juliana Paula Dias de Sousa Teixeira				
12. Identidade: MG-10692810	13. CPF : 040269786-30	19. Endereço (Rua, n.º) SHIN CA 08 Lt 03 Apto 112		
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 71503 - 508	21. Cidade: Brasília	22. U.F. DF
16. Maior Titulação: Especialista	17. Cargo: Enfermeiro	23. Fone: (61) 30342118	24. Fax:	
18. Instituição a que pertence: Rede Sarah de Hospitais de Reabilitação			25. Email: jpdsteixeira@hotmail.com	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 22 / 06 / 2010				
 Assinatura				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome: Centro Internacional de Neurociências e Reabilitação		29. Endereço (Rua, n.º) SHIN QL 13 Área Especial "C"		
27. Unidade/Orgão:		30. CEP: 71535-005	31. Cidade: Brasília	32. U.F. DF
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)		33. Fone: (61) 33191911	34. Fax: (61) 33191909	
35. Projeto Multicêntrico: Sim (X) Não () Nacional (X) Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: _____ Cargo: <u>Lucia Willadino Braga</u> Diretora Executiva e Presidente Rede SARAH de Hospitais de Reabilitação Assinatura				
Data: ____ / ____ / ____				
PATROCINADOR Não se aplica (X)				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: 25/6/10	46. Registro no CEP: 672	47. Conclusão: Aprovado (X) Data: 03/08/10	48. Não Aprovado () Data: ____ / ____ / ____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: _____ Data: ____ / ____ / ____				
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro (X) 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____ / ____ / ____		53. Coordenador/ Nome: <u>Renato Afonso Saraiva</u> CRM-DF 444 - 64427 Assinatura Comitê de Ética em Pesquisa / APS		Anexar o parecer substanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:		
55. Processo :				
58. Observações:				