

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL  
Mestrado Profissional em Ensino na Saúde e Tecnologia

Ana Renata Lima Leandro

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES  
PORTADORES DE ORDENS JUDICIAIS DE UM MUNICÍPIO ALAGOANO.

MACEIÓ – AL

2020

Ana Renata Lima Leandro

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES  
PORTADORES DE ORDENS JUDICIAIS DE UM MUNICÍPIO ALAGOANO.

Dissertação apresentada à Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde e Tecnologia, sob Orientação da Profa. Dra. Heloísa Helena Motta Bandini.

MACEIÓ - AL  
2020



Leandro, Ana Renata Lima

Adesão ao Tratamento Medicamentoso dos Pacientes Portadores de Ordens Judiciais de um Município Alagoano/ Ana Renata Lima Leandro.

102f.

Orientadora: Dr<sup>a</sup> Heloísa Helena Motta Bandini

Trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Ensino na Saúde e Tecnologia. Universidade de Ciências da Saúde de Alagoas, Maceió, 2020.

1.Judicialização da saúde. 2.Adesão ao Tratamento. 3.Uso Racional de Medicamentos. 4.Cuidado Farmacêutico I. Leandro, Ana. II. Universidade de Ciências da Saúde. III.Adesão ao Tratamento Medicamentoso dos Pacientes Portadores de Ordens Judiciais de um Município Alagoano

ANA RENATA LIMA LEANDRO

ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DOS PACIENTES  
PORTADORES DE ORDENS JUDICIAIS DE UM MUNICÍPIO ALAGOANO.

Dissertação apresentada como requisito ao  
Mestrado Profissional em Ensino em Saúde e  
Tecnologia da Universidade de Ciências da Saúde  
de Alagoas, orientado pela Profª Drª Heloísa Helena  
Motta Bandini, para obtenção do título de mestre.

Aprovada em: 04/12/20

BANCA EXAMINADORA



---

Profª. Drª Heloísa Helena Motta Bandini  
(Orientadora - UNCISAL)



---

Profª. Drª Almira Alves dos Santos  
(Examinadora interna – UNCISAL)



---

Profª. Drª. Flávia Accioly Canuto Wanderley  
(Examinadora interna - UNCISAL)



---

Prof Dr. Valter Silva  
(Examinador externo - UNIT)

*Aos meus queridos, Valter, João Victor e Maria Eduarda. Tudo por vocês e para vocês! Minha energia vital, meu amor incondicional.*

## AGRADECIMENTOS

Foi um misto de sonho, esforço, muita força de vontade, dificuldades e superação. Chegar até aqui me traz o sentimento de gratidão por aqueles que me incentivaram e foram fonte de inspiração para a finalização desta etapa. Meu muito obrigada de coração a todos!

A Deus, autor do meu destino, Pai companheiro de todos os momentos. Ele alimentou a minha alma com calma e esperança durante toda a jornada, não me permitindo esmorecer diante das dificuldades.

Aos que me incentivam todos os dias, donos de todo amor, respeito e paciência nessa busca pelos meus objetivos, Valter, João, Duda e Melissa... sem vocês, nada sou!

Aos meus pais, Marcos e Fatima, pelo legado de inteligência e compromisso em tudo que faço, muita honra em ser filha de vocês.

À minha família, em especial à minha madrinha, Maria José, que acredita e torce pelo meu sucesso profissional, dispensando amor e carinho sempre.

Aos meus avós, Diná, Hilário, Maria José, Enock, Ana e Cecília (in memoriam), que apesar de distante fisicamente, me deixaram uma herança de sabedoria, dignidade e caráter. E à vó Dora, que me demonstra todos os dias como garra e coragem são importantes para a vida.

À minha orientadora Heloísa, que me escolheu e acolheu com muito respeito e toda, toda paciência do mundo. Me ensinou, me aconselhou, me orientou, me 'desacelerou' e foi fundamental para o momento vivido. Levarei para sempre, com muito carinho, todo o aprendizado. Gratidão por você em minha jornada!

Aos Professores do Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia pela acolhida e ensinamentos, em especial ao Professor Geraldo Magela, um dos meus grandes incentivadores. Você é especial para mim!

À turma do Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia de 2018, Lousane, Rafaella, Karini, Izabela, Graziely, Layse, Marta e Geraedson, pelo companheirismo, amizade e partilha de tudo que vivenciamos, tudo se tornou mais iluminado perto de vocês.

À Rafaella, amiga que o mestrado me deu, nasceu uma parceria quimicamente perfeita! Obrigada por ter sido minha dupla, minha parceira, minha companhia, meu cérebro, meu coração e por tudo que aprendemos juntas, a partir de agora seremos “do mestrado para a vida”. À Lousane, companheira de longas datas, que reencontro perfeito! Grata por vocês em minha vida!

Às minhas amigas, Andrea e Manuella, pessoas sempre presentes em meu cotidiano e vida profissional, que dispensam muito amor, carinho e compreensão em nossa convivência. Obrigada pelos conselhos!

À minha amiga Marivalda, por toda orientação, ajuda, ensinamentos e acompanhamento no meu dia a dia, obrigada!

Aos amigos do Hospital de Emergência Dr. Daniel Houly, Cleinha, Frank, Franklin, Joelson e Yolanda, por toda a compreensão e ajuda nos momentos difíceis.

Aos meus amigos de trabalho na Prefeitura de Arapiraca, Moacir, Luíse, Silvaneide e todos que fazem parte da família CAF, pela colaboração e auxílio no desenvolvimento da minha pesquisa.

Aos farmacêuticos da equipe NASF em Arapiraca, pela dedicação e colaboração para que a pesquisa fosse à frente, minha eterna gratidão!

À equipe do Laboratório Santa Maria, pelo apoio e paciência em minhas ausências.

## RESUMO

O não cumprimento do Estado brasileiro de suas obrigações com relação a saúde tem ocasionado um fenômeno crescente nos últimos anos chamado de “judicialização da saúde”. Este estudo tem como objetivo verificar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes portadores de ordem judicial em um município de Alagoas. O estudo foi dividido em três fases. Na primeira fase um perfil dos pacientes portadores de ordem judicial no município foi analisado com base nos dados disponíveis nos prontuários e processos judiciais. Nesta fase do estudo foram obtidos dados de perfil de 152 pacientes dos 173 cadastrados no serviço de farmácia pública municipal. Na segunda fase participaram do estudo de investigação de adesão ao tratamento, 146 pacientes de ambos os sexos com idades entre 7 e 89 anos. Os pacientes foram divididos em 2 grupos, que responderam os instrumentos de avaliação de adesão ao tratamento: 73 pacientes portadores de ordem judiciais e 73 pacientes que recebiam medicação na Unidades básicas de saúde do município sem a necessidade de ordem judicial, os não judicializados. Na terceira fase do estudo foram construídos materiais com objetivo de orientar os pacientes quanto ao uso racional de medicamentos, armazenagem e descarte de medicamentos e cuidados com a automedicação. Os resultados indicaram para uma assistência prévia dos pacientes oriunda do setor privado, com predominância de pacientes adultos e idosos, do sexo feminino. Uma alta frequência de pacientes polimedicados foi observada, bem como, 84% ações oriundas da Defensoria Pública. Os pacientes portadores de ordens judiciais apresentaram uma maior adesão ao tratamento que pacientes não judicializados.

**PALAVRAS CHAVES:** Judicialização da saúde. Adesão ao Tratamento. Uso Racional de Medicamentos. Cuidado Farmacêutico.

## ABSTRACT

The failure of the Brazilian State to fulfill its obligations in relation to health has caused a growing phenomenon in recent years, denominated the “judicialization of health”. The current study aims to verify adherence to drug treatment of patients with a judicial order in a municipality in Alagoas. The study was divided into three phases. In the first phase, a profile of patients with a court order in the municipality was analyzed based on the data available in the medical records and judicial proceedings. In this phase of the study, the profile data of 152 patients from 173 patients registered in the municipal public pharmacy service were obtained. In the second phase, 146 patients of both sexes aged between 7 and 89 years participated in the investigation of adherence to treatment. The patients were divided into 2 groups, who completed the instruments to assess adherence to treatment: 73 patients with a judicial order and 73 patients who received medication from the basic health units of the municipality without the need for a judicial order, non-judicial patients. In the third phase of the study, materials were constructed in order to guide patients on the rational use, storage, and disposal of medicines and self-medication care. The results indicated prior assistance of patients from the private sector, with a predominance of adult and older patients, of the female sex. A high frequency of polymedicated patients was observed, as well as which, 84% of actions arose from the Public Defender's Office. Patients with judicial orders presented greater adherence to treatment than non-judicial patients.

**KEY-WORDS:** Judicialization of health. Adherence to Treatment. Rational Use of Medicines. Pharmaceutical Care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil dos participantes de acordo com dados encontrados nos processos judiciais (N=152)

Tabela 2 - Perfil dos participantes de acordo com a ficha de Cuidado Farmacêutico (N=146).

Tabela 3 - Distribuição de adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes que recorrem e não recorrem a ordens judiciais de acordo com o instrumento usado.

Tabela 4 - Relação de dependência de pacientes que recorrem ou não a ordens judiciais entre o perfil dos pacientes entrevistados e a tendência a adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o instrumento BMQ.

Tabela 5 - Relação de dependência de pacientes que recorrem ou não a ordens judiciais entre o perfil dos pacientes entrevistados e a tendência a adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o instrumento ARMS.

Tabela 6 - Relação de dependência de pacientes que recorrem ou não a ordens judiciais entre o perfil dos pacientes entrevistados e a tendência a adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o instrumento de MORISKY et al.

Tabela 7 - Confiabilidade segundo Alfa de Cronbach para os instrumentos.

Tabela 8 - Regressão logística binária entre as variáveis independentes e a categoria “*maior adesão*” ao tratamento medicamentoso (desfecho) para o instrumento BMQ.

Tabela 9 - Regressão logística binária entre as variáveis independentes e a “*alta adesão*” ao tratamento medicamentoso (desfecho) para o instrumento ARMS.

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição ARMS x Judicialização.

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Escala de avaliação do Teste de Morisky et al. (1986).

Figura 2 - Avaliação do Instrumento BMQ (Salgado et al, 2013).

## LISTA DE SIGLAS

AF – Assistência Farmacêutica  
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APS – Atenção Primária à Saúde  
ARMS – Adherence to Refills and Medications  
ATFP – Aqui Tem Farmácia Popular  
ATS – Avaliação de Tecnologias em Saúde  
BMQ1 – Beliefs about Medications  
CEME – Central de Medicamentos  
CID – Classificação Internacional de Doenças  
CNAF – Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica  
CNS – Conselho Nacional de Saúde  
CONEP – Comitê de Ética e Pesquisa  
CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS  
FPRP – Farmácia Popular Rede Própria  
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
NICE – National Institute for Health and Care Excellence  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PFPB – Programa Farmácia Popular do Brasil  
PNAF – Política Nacional da Assistência Farmacêutica  
PNH – Política Nacional de Humanização  
PNM – Política Nacional de Medicamentos  
Qualifar-SUS – Programa Nacional de Qualificação da AF  
RENAME – Relação Nacional de Medicamentos  
SNTP – Saúde Não tem Preço  
SUS – Sistema Único de Saúde

## Sumário

|  |     |
|--|-----|
| Apresentação   | 16  |
| 1. Introdução  | 17  |
| 2. Fundamentação teórica   | 20  |
| 2.1. Políticas da Assistência Farmacêutica                                     | 20  |
| 2.2. Judicialização da Assistência Farmacêutica                                | 23  |
| 2.3. Cuidado Farmacêutico, Uso Racional de Medicamentos e adesão ao tratamento | 27  |
| 3. Objetivo  | 34  |
| 4. Método  | 35  |
| 4.1. Tipo de Estudo  | 35  |
| 4.2. Amostra   | 35  |
| 4.2.1 Tamanho da Amostra   | 35  |
| 4.2.2 Amostragem   | 35  |
| 4.2.3 Critérios de Inclusão  | 36  |
| 4.2.4 Critérios de Exclusão  | 36  |
| 4.2.5 Instrumentos   | 36  |
| 4.2.6 Procedimentos  | 39  |
| 4.2.7 Variáveis  | 40  |
| 4.2.8 Análise Estatística  | 40  |
| 5. Resultados  | 42  |
| 6. Discussão   | 55  |
| 7. Conclusão   | 64  |
| Produto Educacional  | 65  |
| Referências  | 77  |
| Apêndices  | 88  |
| Anexos   | 103 |

## **Apresentação**

Para uma gestão da saúde efetiva e sustentável se faz necessária a aproximação dos serviços da Assistência Farmacêutica da Atenção Básica. Neste sistema, o usuário deve ser visto de forma transversal no Sistema de Saúde e o medicamento deve ter sua gestão integrada entre os diferentes serviços e profissionais na rede. A partir desse entendimento, no processo de coordenação do cuidado e integração clínica, os serviços farmacêuticos são considerados essenciais e facilitadores para o contexto de saúde.

Os farmacêuticos são parte integrante da experiência de cuidados de saúde da maioria das pessoas, tanto na comunidade como nos hospitais. No entanto, o sistema atual não faz o melhor uso das habilidades exclusivas dos farmacêuticos.

Embora em muitos locais o papel dos farmacêuticos se concentre no fornecimento de medicamentos, esse profissional possui habilidades para ajudar as pessoas a usar os medicamentos de forma segura e eficaz e a reduzir os danos relacionados aos erros de medicação, dentro do Cuidado Farmacêutico. Este estudo discorre sobre adesão ao tratamento, enfatizando a promoção do Uso Racional de Medicamentos no contexto de pacientes de judicialização da saúde.

## 1. Introdução

O direito à saúde segundo a Constituição Federal de 1988 deve ser preservado e defendido em todas as instâncias para qualquer indivíduo brasileiro. A Constituição estabelece que este direito deve ser garantido mediante políticas sociais e econômicas, as quais devem estar de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto faz com que o Estado brasileiro seja responsável pela prevenção, tratamento e controle de doenças (BRAVEMAN, 2003).

Com a criação do SUS, em 1988, foi previsto o direito do cidadão à assistência farmacêutica, mas, esse direito só foi regulamentado em 1998 com a criação da Política Nacional de Medicamentos – PNM (BRASIL, 1998) e a Política Nacional de Assistência Farmacêutica – PNAF (BRASIL, 2004) que estabelecem as diretrizes para a garantia do acesso e uso racional dos medicamentos no país (CHIEFF; BARATA, 2009).

O não cumprimento do Estado brasileiro do direito a saúde tem gerado um fenômeno denominado “judicialização da saúde”. Neste caso o cidadão acometido por uma enfermidade ou seu representante legal movem uma ação judicial para que o atendimento ocorra.

Um dos aspectos da assistência médica que mais tem sido alvo das ações judiciais é a assistência farmacêutica, ou seja, a garantia do acesso a medicamentos não disponíveis nos serviços públicos, em razão de preços elevados praticados pelos fabricantes ou de falta de estoque, padronização do uso, registro no país e comprovação científica de eficácia (CHIEFF; BARATA 2009).

A judicialização da Assistência Farmacêutica traz à reflexão sobre o impasse de se privilegiar o individual em detrimento do coletivo, permitindo desta forma o questionamento do quanto e de como são utilizados os recursos financeiros na aquisição de medicamentos “judicializados” no Sistema Único de Saúde - SUS.

Diante deste cenário, órgãos como a Defensoria Pública e a Coordenação da Assistência Farmacêutica, atuam nos municípios através do compartilhamento de informações com a Secretaria Municipal de Saúde e a Procuradoria Municipal, com o intuito de resolver as ações judiciais.

Para saber quais são as necessidades das pessoas, famílias e comunidades, é necessário estar atento e aberto para acolher, fazer uma escuta qualificada para compreender e assimilar tais necessidades nas falas, gestos e atitudes dos usuários.

O diálogo permite a construção de vínculos e de confiança na relação usuário-profissional, contribuindo para o estabelecimento de compromissos e responsabilidades (BARRA,2011). Pensando nisso, a comunicação é um ato fundamental no processo de execução do Cuidado Farmacêutico. O usuário precisa e deve ter acesso à informação, sendo seu direito conhecer sobre seu tratamento, contemplando objetivos e riscos, bem como, quais medicamentos estão prescritos. As informações sobre sua saúde devem ser colocadas de maneira clara e objetiva, e a transmissão das mesmas é um dever da equipe de saúde. Pensando nesse conjunto de ações, o usuário deve ainda ser encarado como protagonista da manutenção de sua saúde, uma vez que ele é agente ativo na responsabilidade pela adesão ao seu tratamento, e ser capaz de relatar a sintomatologia de sua doença.

De acordo com Santos (2017) a necessidade crescente por medicamentos diante de novas e antigas doenças exige cada vez mais do Sistema de Saúde. Para superar esse desafio é necessário um novo posicionamento da Assistência Farmacêutica.

A partir desta necessidade crescente por novos medicamentos, deve estar no objetivo da atuação dos profissionais de saúde, a utilização efetiva e segura de medicamentos, de forma a permitir melhores resultados advindos com a utilização da farmacoterapia e evitar as graves consequências relacionadas ao uso inadequado de medicamentos.

O farmacêutico, está entre os envolvidos no processo de busca pela saúde e em sua prática profissional deve juntar-se aos outros profissionais de saúde e à comunidade para a promoção da saúde. (VIEIRA, 2007)

Cada vez mais os medicamentos têm recebido um papel de destaque na sociedade atual, sendo o principal insumo terapêutico disponível. De acordo com Santos (2017) este recurso quando utilizado de forma racional apresenta o melhor custo-efetividade, todavia quando utilizado de forma inadequada passa a ser um problema de saúde pública bastante significativo.

Para alcançar o sucesso terapêutico, as orientações sobre medicamentos aos usuários são primordiais, pois o paciente desconhece sua forma correta de utilização e o uso inadequado de um medicamento pode ocasionar agravamento do problema de saúde ou até mesmo um novo problema. Nesse contexto, o profissional farmacêutico vem sendo solicitado a realizar o Cuidado Farmacêutico em seus ambientes de atuação, apresentando um perfil cada vez mais integrado à equipe de saúde (BRASIL, 2019).

## **2. Fundamentação Teórica**

### **2.1 Políticas da Assistência Farmacêutica**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS,2003), uma política farmacêutica nacional é um compromisso com um objetivo e um guia para ação. Esta política expressa e prioriza as metas de médio e longo prazo estabelecidas pelo governo para o setor farmacêutico e identifica as principais estratégias para alcançá-las; fornece uma estrutura dentro da qual as atividades do setor farmacêutico podem ser coordenadas, e deve abranger os setores público e privado, além de envolver todos os protagonistas no âmbito farmacêutico (BRASIL, 2019).

De acordo com Vasconcelos (2017) a Lei Orgânica de Saúde N°8.080/90, assegurou a execução de ações de assistência terapêutica integral, incluindo a Assistência Farmacêutica (AF) e a formulação da política de medicamentos, entre as áreas de atuação do SUS. O acesso universal, igualitário e integral à AF é balizado pela Relação Nacional de Medicamentos e pelas diretrizes terapêuticas definidas em protocolos clínicos, sendo que sua dispensação ocorre em unidades do SUS.

No início da década de 70, por meio do Decreto nº. 69.451 (BRASIL), de 1º de novembro de 1971, foi instituída a Central de Medicamentos (CEME) e, em seu período de existência, foi a responsável pelas ações relacionadas aos medicamentos no país. Entretanto, os estados e municípios brasileiros foram excluídos praticamente de todo o processo decisório, e o modelo se caracterizava por contradizer a proposta de descentralização presente na criação do SUS (BRASIL, 2019).

Em 1997 a Central de medicamentos foi desativada e em 30 de outubro de 1998, o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Medicamentos (PNM) por meio da Portaria GM/MS nº. 3.916 (BRASIL,1998). Os objetivos principais da Política são o de garantir a necessária segurança, eficácia e qualidade dos medicamentos, a promoção do uso racional e o acesso da população àqueles considerados essenciais. A PNM estabeleceu diretrizes como a organização das atividades de vigilância sanitária e a reorientação da assistência farmacêutica além da promoção do uso de medicamentos genéricos. No ano de 1999, foi criada a Agência Nacional de Vigilância

Sanitária (Anvisa), e instituída a Política de Medicamentos Genéricos por meio da Lei 9.787 (BRASIL, 1999).

Em 2003, foi realizada a Primeira Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica (CNAF) (BRASIL, 2005). Na ocasião foi proposta uma reorientação das políticas de medicamentos e de assistência farmacêutica. Em 2004, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Política Nacional de Assistência Farmacêutica (PNAF), que procurou redefinir a assistência farmacêutica como:

[...] conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, tanto individual como coletivo, tendo o medicamento como insumo essencial e visando o acesso e ao seu uso racional. Este conjunto envolve a pesquisa, o desenvolvimento e a produção de medicamentos e insumos, bem como a sua seleção, programação, aquisição, distribuição, dispensação, garantia da qualidade dos produtos e serviços, acompanhamento e avaliação de sua utilização, na perspectiva da obtenção de resultados concretos e da melhoria da qualidade de vida da população. (BRASIL, 2004, p.1)

A partir da PNAF, ficou estabelecida uma hierarquia de atuação entre os entes públicos, sendo que ao gestor federal cabe a formulação da Política Nacional de Medicamentos, o que envolve, além do suporte aos gestores estaduais e municipais, a elaboração da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME).

A RENAME é a grande orientadora para Estados e Municípios basearem a construção de suas listas de medicamentos, uma vez que reúne opções terapêuticas embasadas na epidemiologia brasileira. É importante destacar ainda que, segundo a Lei nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), os estados o Distrito Federal e os municípios poderão adotar relações específicas e complementares de medicamentos, desde que isto ocorra em consonância com a RENAME e respeitadas as responsabilidades dos entes pelo financiamento de medicamentos de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores. Neste contexto tanto o Estado quanto Município, devem definir a relação de medicamentos essenciais e executar a assistência farmacêutica. Desta forma, a RENAME não é a lista de todos os medicamentos financiados/fornecidos pelo setor público, nem somente uma lista daqueles destinados à atenção básica. (SANT'ANA; PEPE, 2011).

Com relação ao financiamento das Políticas Farmacêuticas no Brasil, tradicionalmente, este sempre esteve atrelado à definição de elencos de

medicamentos de uso ambulatorial. Em 2007, através da Portaria do Ministério da Saúde nº. 204, de 29 de janeiro de 2007, foram regulamentados o financiamento e a transferência de recursos federais para ações e serviços de saúde, seu monitoramento e controle, na forma de blocos de financiamentos, um dos quais, destinado à Assistência Farmacêutica. A partir daí, o bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica foi constituído por três componentes: o básico, o estratégico e o especializado. As responsabilidades dos entes federados na execução e financiamento dos componentes estão regulamentadas em Portarias específicas atualizadas periodicamente (BRASIL, 2019).

De forma bastante sucinta é possível afirmar que o Estado, além de responsável pela contrapartida que envolve os medicamentos do Componente Básico, deve estar diretamente envolvido na Gestão e manutenção dos Componentes Estratégico e Especializado da Assistência Farmacêutica. A prioridade na atuação municipal, por sua vez, é assegurar o suprimento de medicamentos destinados à atenção básica à saúde, além de outros medicamentos essenciais que estejam definidos no Plano Municipal de Saúde.

Tanaka (2008) afirma que o eixo norteador da assistência farmacêutica no SUS é a garantia do fornecimento de medicamentos de acordo com uma definição técnica de adequação e de custo/efetividade. Essa implementação acontece incluindo medicamentos de maneira racional e lógica, somado à definição de grupos medicamentosos direcionados a problemas de saúde, baseado em sua complexidade, perfil epidemiológico e relacionamento com os distintos níveis de atenção.

A proposta de seleção não é, portanto, uma medida de austeridade financeira, mas sim um exercício de inteligência clínica e de gestão (BRASIL, 1998). Nesse sentido, o alto custo de um medicamento não o exclui da lista, desde que o medicamento represente a melhor escolha para uma condição epidemiologicamente relevante. Se assim for, ele será selecionado e disponibilizado para todos os pacientes que efetivamente dele necessitem (WANNMACHER, 2006). No processo de seleção é igualmente importante ponderar os custos e os benefícios da administração de um novo tratamento em relação a outro já existente (SILVA, 2000).

Como forma de facilitar o acesso da população a medicamentos básicos o Governo Federal criou em 2004 o Programa Farmácia Popular do Brasil (PFPB). Este programa foi instituído para atender os objetivos das políticas farmacêuticas públicas do país, especialmente para pessoas com baixa renda usuárias de planos privados de saúde, visando assim, camadas da população não usuárias do SUS. O programa disponibiliza uma lista de itens em subsídio pelo governo, utilizando o sistema de copagamento. No entanto, ao longo do tempo o programa foi sendo alterado e chegou a ser executado via três modelos institucionais segurados pelo governo: farmácias estatais chamadas de Farmácia Popular Rede Própria (FPRP), finalizado em 2017; em associação com o comércio farmacêutico, denominado Aqui Tem Farmácia Popular (ATFP); e, em todas as farmácias para anti-hipertensivos, antidiabéticos e antiasmáticos, o Saúde Não tem Preço (SNTP)(BRASIL, 2019).

Foi concebido também o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica Hórus, no ano de 2009, para gestão dos medicamentos e insumos dos Componentes da Assistência Farmacêutica e do Subsistema de Atenção à Saúde Indígena. O objetivo deste Sistema é qualificar a gestão da assistência farmacêutica nas três esferas do SUS, e contribuir para o acesso aos medicamentos e a atenção à saúde prestada à população. O Sistema foi e ainda é considerado uma inovação tecnológica na área de políticas farmacêuticas públicas instituídas no país.

Com tantos programas de Assistência Farmacêutica, se tornou necessário se preocupar com a qualidade do atendimento farmacêutico, desta forma em 2012 foi criado o Programa Nacional de Qualificação da AF-Qualifar-SUS, por meio da portaria nº 1.214, de 13 de junho de 2012. O Programa tem como objetivo de contribuir para o processo de aprimoramento, implementação e integração sistêmica das atividades da Assistência Farmacêutica às ações e aos serviços de saúde, visando a uma atenção contínua, integral, segura, responsável e humanizada à população brasileira.

## **2.2 Judicialização da Assistência Farmacêutica**

De acordo com Oliveira (2013), há uma lacuna entre o que expressa a Constituição Federal em seu artigo 196 (BRASIL, 1988) e as demandas reais no

cotidiano dos indivíduos, famílias e comunidades, sobretudo no tocante às necessidades de ações e serviços de saúde. Por isso, o fenômeno da judicialização vem sendo adotado como estratégia de muitos brasileiros para garantir seus direitos. Em geral a busca por auxílio no Poder Judiciário tem acontecido em duas dimensões distintas: uma individual e outra coletiva (OLIVEIRA *et al*, 2015).

Os processos judiciais, individuais e coletivos, contra os Poderes Públicos, tiveram início na década de 90, com as reivindicações das pessoas vivendo com HIV/Aids para medicamentos e procedimentos médicos (VENTURA *et al*, 2010). Nos últimos anos, o número de demandas judiciais para garantia de direito à saúde tem tomado vulto jurídico e financeiro. A busca dessa garantia tem passado pela atuação de diversas instâncias judiciais: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública. A intervenção judicial neste âmbito tem sido alvo de debates recentes e ganhou espaço no Supremo Tribunal Federal, com a realização de audiência pública, que viabilizou a interlocução entre os atores envolvidos (PEPE *et al*, 2010a). O impacto financeiro de tais ações tem motivado a busca por compreensão e avaliação desse fenômeno por parte dos gestores de saúde.

Segundo Oliveira, *et al* (2015), embora as políticas e ações públicas de assistência farmacêutica tenham avançado, são constatadas dificuldades de acesso da população aos medicamentos necessários à assistência integral à saúde.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2004), o gasto com medicamentos representa a maior despesa das famílias brasileiras no item saúde. A maioria das ações que buscam o acesso a medicamentos é patrocinada pela Defensoria e pelo Ministério Público, sendo a urgência e a falta de recursos financeiros as principais alegações respaldadas nas decisões judiciais (OLIVEIRA, 2015).

O crescimento do número de ações judiciais, associado ao fato de que as decisões são predominantemente favoráveis aos autores, vem gerando problemas para o sistema de saúde como um todo, já que algumas decisões acabam comprometendo gravemente o orçamento para a saúde, por conta do elevado preço de alguns medicamentos pleiteados, que, em muitos casos, não se encontram nos elencos oficiais da regulamentação da assistência farmacêutica no âmbito do SUS. Somado a estas informações, apesar de ser visível que o gasto público de saúde

efetivamente tenha aumentado, é crescente a demanda judicial dos cidadãos por medicamentos para variadas indicações terapêuticas, inclusive por medicamentos pertencentes às listas oficiais de assistência farmacêutica (SANT'ANA *et al*, 2011).

Dentro deste âmbito é importante frisar que, alguns dos medicamentos solicitados por via judicial não possuem registro na ANVISA, e ainda, podem ser requisitados para terapias que não constam em seus registros, os chamados *off label*. Outra característica evidente é que a maior parte dos medicamentos solicitados por via judicial está disponível nos elencos de listas oficiais, com destaque para o denominado Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (ROMERO, 2008) e não necessitariam de ação judicial para serem disponibilizados.

Uma outra vertente da Judicialização está no fato de que os medicamentos são o segmento que cresce com maior velocidade no orçamento do atendimento de saúde e a indústria farmacêutica toma proveito da situação e, mesmo assim, em vez de investir mais em drogas inovadoras e na moderação dos preços, despejam dinheiro em marketing, em manobras jurídicas para prorrogar direitos de patentes e em lobby, para impedir que o governo adote qualquer forma de regulação de preços (ANGELL, 2009).

O processo de judicialização da AF mexe com todas as etapas do ciclo da Assistência Farmacêutica, entre elas, interfere diretamente na etapa de aquisição. Os medicamentos adquiridos para atender a estas ordens, na maioria dos casos, acabam sendo comprados de forma direta e caracterizados como compras de emergência, o que aumenta os custos para os cofres públicos. Além disso, algumas exigências, como o laudo de controle de qualidade e o registro sanitário, ficam pendentes pela urgência na hora da aquisição.

O grande desafio para a gestão da saúde e para o sistema de justiça, em especial o poder judiciário, é o ambiente de desigualdade onde se desenvolvem esses avanços — um ambiente de pobreza e de necessidades essenciais de saúde não satisfeitas por longa data. É evidente, portanto, que a simples judicialização da demanda não é suficiente para reduzir as desigualdades em saúde. O potencial da reivindicação judicial se assenta na possibilidade de dar acesso imediato ao cidadão a um direito garantido e de impelir os gestores da saúde a ampliar e adequar as

políticas à demanda social, melhorando assim o acesso e a própria qualidade da assistência farmacêutica (SANT'ANA *et al*, 2011).

O significativo volume de ordens judiciais em saúde no final da primeira década dos anos 2000 e seu impacto financeiro evidenciaram algumas das contradições da judicialização e a consequente necessidade de intervenções no sentido de racionalizá-la e de conter sua expansão (BALESTRA NETO, 2015).

A Lei nº 12.401/2011 (BRASIL, 2011), que criou a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS (Conitec) e o Decreto nº 7.508/2011, que instituiu as Redes de Atenção à Saúde como modelo de organização do SUS e estabeleceu critérios cumulativos que pressupõem o acesso universal e igualitário à assistência farmacêutica, são celebrados, entre outros motivos, por introduzir regras inéditas para a política de assistência farmacêutica que teriam o potencial de racionalizar a judicialização da saúde no Brasil (LOPES *et al*, 2019).

Entre o que está disposto no decreto anteriormente descrito, está estabelecido que o usuário deve ser assistido por ações e serviços de saúde do SUS; ter o medicamento sido prescrito por profissional de saúde, no exercício regular de suas funções no SUS; e a prescrição deve estar em de acordo com a RENAME e os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas ou com alguma entre as relações específicas complementares, podendo ser estadual, distrital ou municipal de medicamentos; e por último, ter a dispensação ocorrido em unidades indicadas pela direção do SUS (BRASIL, 2011).

Ao discutir os desafios da política de incorporação de tecnologias no SUS, Lopes *et al* (2019) indicam que, conforme a experiência internacional, o sucesso de agências de Avaliação de Tecnologias em Saúde (ATS) como a CONITEC, depende expressivamente de seu reconhecimento público, a exemplo do que acontece com o *National Institute for Health and Care Excellence* (Nice) na Inglaterra. Sendo assim, há de se considerar que, apesar de a criação da CONITEC ter significado um avanço para a política de saúde no Brasil, ainda não alcançou “desenvolvimento metodológico e legitimidade científica ampla e potencial de atuação política abrangente” (NOVAES; SOÁREZ, 2016)

O principal desafio é formular estratégias políticas e sociais orquestradas com outros mecanismos e instrumentos de garantia democrática, que aperfeiçoem os sistemas de saúde e de justiça com vistas à efetividade do direito à saúde (VENTURA et al, 2010). Bittencourt (2016) aponta que, atualmente, a judicialização da saúde representa “não apenas um conflito, mas também um fenômeno político-social”, e toda a sua complexidade, seu impacto, bem como as respostas de poderes institucionais associados a ela, devem ser cautelosamente analisados. Nesse contexto, a Lei nº 12.401/2011 e o Decreto nº 7.508/2011 apresentam-se como ferramentas potenciais para a racionalização da judicialização da saúde no país.

Além disso, a aquisição e disponibilidade de um medicamento sem o acompanhamento do seu uso pela área competente, no caso a Assistência Farmacêutica, pode causar prejuízos graves ao usuário. Para garantir o uso racional e seguro, é necessário que a indicação terapêutica esteja correta, que se leve em conta todas as patologias que o paciente sofre, que o medicamento seja entregue em quantidade e doses adequadas, com informação técnica eficiente para que o indivíduo saiba como utilizá-lo e por fim, com o acompanhamento terapêutico, para avaliar os benefícios terapêuticos e a possível ocorrência de eventos adversos.

### **2.3 Cuidado Farmacêutico, Uso Racional de Medicamentos e Adesão ao tratamento**

De acordo com Brasil (2019), a Atenção Primária à Saúde (APS), deve atuar como ordenadora do cuidado ao paciente, garantindo que as pessoas que necessitem tenham acesso a outros pontos dentro da rede de Atenção à Saúde, respeitando os princípios de integralidade e equidade. Através do conceito atual de saúde, os indivíduos precisam ser compreendidos para além da presença ou ausência de doenças, sendo necessário identificar o contexto social em que estão inseridos, suas relações familiares, sociais e de trabalho, as suas crenças, as suas ideias e as suas expectativas, o ambiente em que vivem e modo de vivenciar as doenças.

O Método Clínico Centrado na Pessoa permite conciliar o conhecimento técnico e a experiência profissional e unir isso com o ser e o estar de cada pessoa que busca

o cuidado, definindo planos terapêuticos conjuntos. Esse método, tem o potencial de fortalecer a autonomia do indivíduo e das famílias para o seu autocuidado, bem como propicia melhores resultados em saúde e adesão aos tratamentos, e, então, com isso, podem ser minimizados custos desnecessários (BRASIL, 2019). Atuar sem se restringir ao pensamento cartesiano de saúde, sem definir o que se deve fazer apenas pelo olhar técnico do profissional de saúde; está de acordo com a definição de promoção da saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), que através da Carta de Otawa (1986) o considera “como o processo de capacitar pessoas para controlar e melhorar sua saúde” (LOPES; DIAS, 2018).

De acordo com Cecílio (2011), a gestão do cuidado em saúde é o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia.

Essa busca pelo equilíbrio entre o conhecimento técnico e as necessidades do indivíduo é fundamental para a construção do cuidado e remete à importância do trabalho em equipe, pois a eficácia do trabalho em saúde depende da composição e cooperação de diferentes saberes e técnicas que juntos devem ser capazes de responder às necessidades do paciente.

A AF tem passado por grandes transformações na sua atuação e tem contribuído no contexto de saúde a partir das modificações do SUS ao longo das últimas décadas. Paulatinamente, vem ocorrendo uma expansão das atribuições dos profissionais que atuam nessa área. Diante da perspectiva do cuidado, a atuação do profissional farmacêutico perpassa a realização de um atendimento assistencial, pois envolve a otimização do vínculo e o comprometimento de todos os envolvidos no processo; tentando assim, alcançar resultados positivos na terapia farmacológica, através do uso racional e seguro dos medicamentos, a partir de ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde. Isso tudo superando um discurso tecnicista e considerando as situações, emoções e subjetividades, que constituem a realidade do indivíduo (BRASIL, 2019).

Historicamente, a prática farmacêutica clínica centrada no paciente se inicia em meados de 1960, com o movimento da farmácia clínica nos serviços hospitalares.

Algumas décadas depois, a farmácia clínica passou a englobar, enquanto área de atuação farmacêutica, todos os pontos e níveis de atenção à saúde, e incluir todas as atividades clínicas do farmacêutico, tanto de suporte à equipe de saúde, como aquelas voltadas ao cuidado direto do paciente (BRASIL, 2019). Em meio as atividades clínicas, os farmacêuticos passaram a prover práticas de corresponsabilização com o cuidado e integração com a equipe interdisciplinar, visando resultados que melhorem a qualidade de vida dos usuários em todos os níveis de atenção.

Assim, a farmácia clínica contemporânea incorpora a filosofia de prática que ficou conhecida no Brasil como atenção farmacêutica ou cuidado farmacêutico, do termo original em inglês “*pharmaceutical care*” (AMERICAN COLLEGE, 2008), no que corresponde à dimensão clínico assistencial, e traz consigo à aproximação do farmacêutico com o usuário, em meio à responsabilização pela sua saúde e compromisso com o processo de uso de medicamentos. Diante da evolução da atividade clínica do farmacêutico e das políticas públicas de saúde, o conceito Cuidado Farmacêutico foi proposto pelo Ministério da Saúde e publicado em 2014 (BRASIL, 2019).

A evolução da prática clínica no Brasil, dentro do âmbito farmacêutico junta-se ao período de transição demográfica e epidemiológica no país, que é marcada pela elevação da expectativa de vida e pelo aumento de doenças crônicas não transmissíveis, determinando assim, uma maior propensão à utilização de medicamentos por parte da população. Neste sentido, a aproximação do profissional farmacêutico com as linhas de cuidado, assumindo seu papel clínico assistencial e promovendo ações para o cuidado, desenvolveu componentes importantes à esta prática, tais como educação em saúde, dispensação de medicamentos, atendimento e orientação farmacêutica, acompanhamento farmacoterapêutico e promoção do Uso Racional de Medicamentos.

O Uso Racional de Medicamentos, almejado pela Política Nacional de Medicamentos brasileira, é o processo que compreende a prescrição apropriada, a disponibilidade oportuna e a preços acessíveis, a dispensação em condições adequadas e consumo nas doses indicadas, nos intervalos definidos e no período de tempo determinado de medicamentos eficazes, seguros e de qualidade (OENNING et

al, 2011). Essa prática tem como objetivo qualificar o atendimento e produzir redução de gastos e clamaria por um difícil alinhamento entre racionalidades distintas dos vários atores que interagem na arena da assistência farmacêutica: governos federal, estaduais e municipais, universidades e cursos técnicos, profissionais de saúde, serviços de saúde públicos e privados, indústria farmacêutica e fornecedores de insumos, usuários e a mídia (AKERMAN; FREITAS, 2017). A promoção do uso racional dos medicamentos é uma aspiração que não deve ser atribuída somente ao encontro entre profissional de saúde e usuário, pois ultrapassa os limites da mera interação entre prescrição e uso que se dá na relação médico-paciente.

A corresponsabilização junto ao trabalho articulado em equipe e a promoção da Atenção à Saúde, constituem o que a sociedade atual necessita no que diz respeito à atuação do farmacêutico. Este, por sua vez, passa a incluir novos elementos à sua rotina de trabalho, desenvolvendo práticas voltadas ao usuário e à população, como aconselhamento farmacoterapêutico, reconciliação medicamentosa, avaliação e promoção da adesão terapêutica, entre outras (BRASIL, 2014). Essas ações são concretizadas através de consultas específicas e compartilhadas, momentos educativos, visitas domiciliares, tanto com a comunidade, como com outros profissionais de saúde. Com esta nova forma de conduzir a Assistência Farmacêutica o cuidado fica centrado no paciente e não no produto.

Problemas considerados de saúde pública, como o uso indiscriminado de medicamentos, precisam ser enfrentados, e pensados sob a ótica da integralidade; para isso, devem ser utilizadas estratégias que envolvam todos os atores sociais participantes do processo. O farmacêutico, enquanto integrante da equipe de Atenção à Saúde deve, portanto, voltar as suas estratégias de ação para o usuário, fazendo com que este seja corresponsável pelo cuidado.

Ramos *et al* (2016) afirma que a crescente complexidade da terapia medicamentosa, como o uso de quatro ou mais medicamentos, conhecida como polifarmácia, assim como de usuários com várias morbidades, elevam o risco de problemas relacionados à farmacoterapia, como eventos adversos e erros de medicação. Alguns estudos realizados com pacientes idosos demonstram que a prática clínica do farmacêutico corrobora para a melhoria da adesão ao tratamento, a

redução do número de medicamentos utilizados e uma maior racionalidade das prescrições em longo prazo (SÁEZ-BENITO et al, 2013).

Miller (1997) conceitua adesão ao tratamento como o grau de concordância entre o comportamento de uma pessoa em relação às orientações para seu tratamento, partindo do médico ou de outro profissional de saúde. A baixa adesão pode afetar de forma negativa a evolução clínica do paciente e a sua qualidade de vida, resultando em um problema relevante, que pode trazer consequências pessoais, sociais e econômicas (DEWULF et al, 2006).

O alto consumo de medicamentos tem despertado, para os profissionais de saúde, cada vez mais a preocupação com a adesão ao tratamento dos usuários. (PRATA et al, 2012). Essa questão permeia a adesão aos cuidados em saúde, particularmente às recomendações terapêuticas e uso racional dos recursos, também tem tomado importância nas últimas décadas e está sendo incluída na lista de preocupações dos pesquisadores.

É importante destacar que a ausência de informação sobre os medicamentos é uma das principais causas responsáveis pela não adesão ao tratamento adequado pelos usuários, ocasionando assim uma necessidade eminente de orientações relacionadas à farmacoterapia e o uso racional de medicamentos (POSSAMAI; DACOREGGIO, 2008).

Gusmão e Mion Júnior (2006), definem que a adesão seria um processo comportamental complexo, fortemente influenciado pelo meio ambiente, pelos profissionais de saúde e pelos cuidados de assistência médica. Enquanto a não-adesão, por sua vez, seria um impedimento ao alcance dos objetivos terapêuticos podendo constituir fonte de frustração para os profissionais de saúde. A adesão não se reduz a uma decisão pessoal. É um processo diretamente ligado à vida, que depende de uma série de fatores que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo ao desenvolvimento da vida com dignidade (BERTOLOZZI et al, 2009). É um fenômeno que envolve indistintamente pessoas de diferentes idades, sexos, etnia, estado civil, escolaridade e está relacionada a diversos fatores relativos ao profissional de saúde, ao tratamento e à patologia (cronicidade, ausência de sintomas e consequências

tardias) (NEMES, 2000). Além disso, a adesão é influenciada também por fatores como condições financeiras dos usuários, número de medicamentos prescritos, esquema terapêutico, efeitos adversos dos medicamentos, as crenças de saúde, hábitos de vida e culturais, crenças relacionadas ao tratamento dentro do qual encontra-se a qualidade de vida, como o surgimento de efeitos indesejáveis e esquemas terapêuticos complexos; e por fim, à instituição e sua política de saúde, acesso ao serviço e tempo de espera/tempo de atendimento.

Diferentes métodos têm sido utilizados para caracterizar a adesão do paciente ao tratamento. Segundo Dewulf et al (2006), esses métodos podem ser diretos, por permitirem detectar medicamentos ou produtos de sua metabolização em fluidos biológicos do paciente, ou indiretos, alcançados através de entrevistas com o paciente, informações de profissionais ou familiares dos pacientes, além da contagem de medicamentos e preenchimento de prescrições.

Daí, a importância da comunicação e a necessidade dos profissionais de saúde, de dialogar com o paciente, visando transformar as informações recebidas em conhecimentos definidos, uma vez que a ausência de entendimento ou a existência de dúvidas que o usuário guarda para si constituem, também, fatores de não-adesão. Essa escuta deve ter como objetivo principal identificar necessidades de saúde ou problemas relacionados ao seu tratamento, como por exemplo, receitas vencidas, faltas às consultas, problemas de saúde. Isso pressupõe o estabelecimento de vínculo com o usuário, sua família ou cuidador. Deve-se enfatizar que a adesão ao tratamento medicamentoso nas doenças crônicas é um fator de importância clínica e social.

Desta forma, percebe-se a necessidade de maior atenção voltada para aspectos da saúde, com maior preocupação com a informação e a educação dos pacientes, através de intervenções que busquem a conscientização dos usuários sobre a importância do uso racional dos medicamentos. A adesão terapêutica só pode ser entendida de forma segura através dessa aproximação e, a partir dela, possibilitar uma orientação ao paciente quanto ao melhor uso dos medicamentos (CORRER *et al*, 2016).

De acordo com Leite e Vasconcelos (2003), é de suma importância envolver o paciente na construção de seu plano de cuidado, uma vez que a forma como ele vê

seu estado de saúde e a compreensão da sua enfermidade e a percepção da ausência de sintomas em algumas fases do processo de adoecimento são fatores relacionados à adesão ou não ao tratamento. Xin *et al* (2015) denotaram que evidências apontam que o serviço de Cuidado Farmacêutico focado na melhoria da adesão de pacientes com doenças crônicas é efetivo e melhora os resultados em saúde.

Vários instrumentos internacionais podem ser utilizados para avaliar adesão ao tratamento. O instrumento Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS), desenvolvido por Kripalani, Risser, Gatti e Jacobson (2009), teve como objetivo, avaliar a adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas e com baixo letramento em saúde (BRASIL, 2019). Outro instrumento é o Beliefs About Medications (BMQ 1), desenvolvido por Salgado e colaboradores (2013), que, auxilia a mensuração de crenças geralmente ligadas a doenças e à medicamentos e as suas relações com o paciente. Existe também o instrumento adaptado do instrumento desenvolvido por Morisky, Green e Levine (1986). Quando aplicados de forma isolada, estes instrumentos possuem baixo poder preditivo para avaliar não adesão, mas podem ajudar o farmacêutico na execução de sua anamnese. Quando utilizadas em conjunto com uma coleta da rotina de tratamento do paciente, do seu conhecimento sobre os medicamentos e de sua experiência no tratamento, as questões referentes a esses instrumentos ajudam a avaliação farmacêutica (BRASIL, 2019).

### **3. Objetivos**

#### **3.1 Objetivo Primário:**

Verificar a adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes portadores de Ordem Judicial em um município de Alagoas.

#### **3.2 Objetivos Secundários:**

- Caracterizar o perfil do paciente que recorre a ordens judiciais para aquisição de medicamentos.
- Mensurar a adesão ao tratamento de pacientes que recorrem a ordens judiciais para aquisição de medicamentos.
- Verificar a relação entre o perfil dos pacientes estudados e a adesão ao tratamento medicamentoso.
- Informar e orientar aos participantes da pesquisa sobre o uso racional de medicamentos.

## **4. Método**

### **4.1 Tipo de Estudo:**

Foi realizado um estudo observacional transversal cujas medições foram feitas em um único momento. A pesquisa tem caráter quantitativo, e o procedimento utilizado para a coleta de dados foi o levantamento de dados, tanto de arquivos de processos judiciais, como por meio de questionário aplicado aos sujeitos da pesquisa. Os dados adquiridos através do levantamento de dados dos processos judiciais e da amostra, foram organizados e tabulados de forma simples no Microsoft Excel, para a caracterização do perfil da judicialização. Logo após foram recebidos os pacientes que passaram pela entrevista.

### **4.2 Amostra:**

#### **4.2.1 Tamanho da Amostra**

A população deste estudo abrange os indivíduos portadores de Ordem Judicial de medicamentos no município de Arapiraca e usuários de Unidades Básicas de Saúde que utilizam medicamentos fornecidos pelo SUS não judicializados. A população base para o estudo foram os 176 indivíduos portadores de Ordem Judicial de medicamentos. Destes 176, foram encontradas informações completas de 152 usuários que foram convidados a participar da pesquisa por telefone e pessoalmente, 73 aceitaram o convite e compareceram ao setor. Além destes, mais 73 usuários de Unidades Básicas de Saúde, que recebem medicamentos não judicializados foram igualmente convidados, para compor o grupo controle e aceitaram participar da pesquisa. Desta forma a amostra foi composta por 146 participantes.

#### **4.2.2 Amostragem**

A técnica de amostragem utilizada foi dividida em subgrupos de acordo com a disponibilidade em conceder a entrevista, apresentada pelos usuários durante o estudo, considerando que cada um deles pode apresentar necessidades diferentes sobre informações e Uso Racional de Medicamentos. Em caso de usuários menores

de idade ou que possuem cuidador em seu contexto de saúde, foram convidados seus responsáveis para responder aos instrumentos.

#### **4.2.3 Critério de Inclusão**

Para fazer parte da pesquisa os participantes deviam ser usuários do SUS que tinham ou não, obtido Ordem Judicial para recebimento de medicamentos do município de Arapiraca. Não foram feitas distinções de gêneros e ou idade. Os menores de 18 anos puderam ser representados pelos responsáveis legais.

#### **4.2.4 Critério de Exclusão**

Foram excluídos da pesquisa, pacientes que não puderam comparecer a farmácia Central ou a Unidade Básica de Saúde para as atividades do estudo e pacientes que as ordens já tenham sido cumpridas.

#### **4.2.5 Instrumentos**

Os métodos para avaliar a adesão à farmacoterapia subdividem-se em diretos e indiretos. Os métodos diretos são técnicas analíticas laboratoriais que estimam se o medicamento foi utilizado na dose e frequência necessárias, enquanto os métodos indiretos são fundamentados em informações produzidas pelo paciente ou outras estimativas indiretas (BRAWLEY; CULOS-REED, 2000; MÁRQUEZ-CONTRERAS, 2008). Foram utilizados na pesquisa os instrumentos que representam métodos indiretos, sendo eles: Morisky et al. (1986); Adherence to Refills and Medications Scale - ARMS (KRIPALANI *et al*, 2009) e Beliefs about Medications - BMQ1(SALGADO, 2013).

De acordo com Eid e colaboradores (2013), o Teste Morisky *et al.*, permite identificar atitudes e comportamentos frente à tomada de medicamentos, e que se tem mostrado úteis para a identificação de pacientes aderentes ou não ao tratamento, sendo considerado aderente ao tratamento o paciente que obtém pontuação máxima de quatro pontos e não aderente o que obtém três pontos ou menos.

O teste (Anexo A) possui quatro perguntas. A versão traduzida para o português, segundo Ben e colaboradores (2012), utiliza como parâmetros de corte para a classificação da adesão ao tratamento os valores apresentados abaixo:

Figura 1: Escala de avaliação do Teste de Morisky et al. (1986)



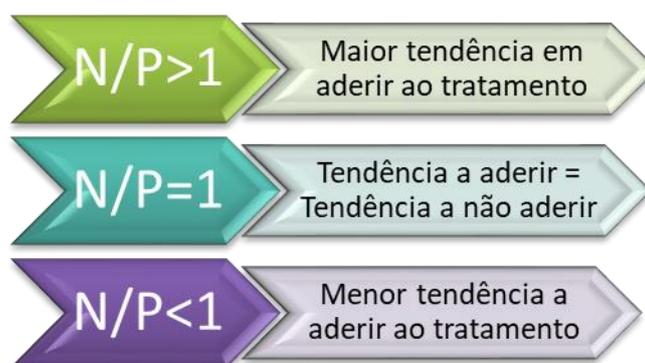
O instrumento Adherence to Refills and Medications Scale (Anexo B) - ARMS - Consiste em um questionário com 12 perguntas aplicadas ao paciente ou ao cuidador, durante a consulta farmacêutica, sendo que, quanto menor a soma final (mínimo 12), melhor é a adesão mensurada pelo instrumento. O instrumento foi validado por Kripalani *et al.* (2009) e tem por objetivo avaliar o nível de influência das preocupações com o tratamento e da reposição dos medicamentos em relação a adesão. As perguntas versam sobre o comportamento do paciente e sua atitude frente aos medicamentos que necessita para o tratamento. Os valores numéricos da escala variam de 12 a 48 onde os valores menores ou iguais a 15 correspondem à alta adesão ao tratamento medicamentoso e valores maiores que 15, correspondem à baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Essa classificação se deu a partir de estudo previamente realizado (LOMPER *et al.*, 2018).

O Beliefs About Medications (Anexo A) - BMQ – é um instrumento que possui 11 questões e avalia a percepção do paciente da necessidade do tratamento (N) e as suas preocupações frente ao tratamento (P). Valores de razão de BMQ (%N / %P)

maiores que 1,0 representam boa compreensão da necessidade de aderir à terapia (BRASIL, 2019).

A adaptação transcultural do BMQ em português para a população geral de usuários de medicamentos foi realizada por Salgado e colaboradores (2013). Tal instrumento demonstrou boa consistência interna e estrutura do componente idêntica à versão original em inglês, representando uma importante ferramenta para avaliação das crenças do paciente sobre o tratamento e sua tendência a aderir ou não ao tratamento. Seu resultado é avaliado pela razão N/P (Necessidades/Preocupações), como demonstrado na figura a seguir.

Figura 2: Avaliação do Instrumento BMQ (Salgado et al, 2013).



A escolha desses instrumentos se deu por conta de serem adequados para pessoas de baixo letramento e conterem escores quantitativos que auxiliam na compreensão do tema investigado.

Em relação às classificações dos instrumentos de adesão ao tratamento medicamentoso, as categorias do instrumento BMQ "neutro" e "menor tendência" foram agrupadas na categoria "neutro ou menor tendência". Para o instrumento de MORISKY et al., as categorias "moderada adesão" e "baixa adesão" foram agrupadas na categoria "baixa adesão".

#### 4.2.6 Procedimentos

Este estudo foi dividido em três fases. Na primeira foi realizada uma caracterização do perfil dos pacientes que buscam medicamentos por meio de ordens judiciais no município. Para tanto, foi realizada uma coleta de informações dos processos judiciais de medicamentos constantes na Coordenação da Assistência Farmacêutica, nas Defensorias Pública Estadual e da União e do Fórum responsável por tais demandas. As informações obtidas foram: número do processo, origem da ação, sexo do paciente, idade, estado civil, diagnóstico relacionado ao pedido de medicamento, origem da prescrição médica, fármaco solicitado, inclusão programática no SUS.

Na segunda fase foram aplicados os questionários estruturados de Morisky *et al* (1986); ARMS (2009) e BMQ (2013) aos dois grupos, um dos pacientes portadores de Ordem Judicial de medicamentos, e outro, de pacientes que retiram medicamentos não judicializados pertencentes ao elenco do SUS, nas Unidades Básicas de Saúde. Para os pacientes de Ordem Judicial, os questionários foram aplicados de forma individual da seguinte forma, o pesquisador realizou a explicação sobre o estudo e sobre os instrumentos a serem aplicados, bem como, a leitura de cada questionário, registrando as respostas informadas pelos usuários. Essa atividade ocorreu na sala de Coordenação da Assistência Farmacêutica municipal, a fim de preservar a individualidade dos entrevistados. Para os pacientes das Unidades Básicas de Saúde, o instrumento foi aplicado no ambiente das respectivas unidades, seguindo o mesmo princípio. Em ambos os grupos os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de responder aos questionários.

Após a aplicação dos questionários foram realizadas orientações sobre Uso Racional de Medicamentos. Estas orientações foram planejadas, com base nas necessidades captadas das informações fornecidas pelos usuários, acerca das suas atitudes frente aos tratamentos farmacológicos. As orientações versaram sobre noções de conservação e utilização dos medicamentos, bem como, tempo de tratamento e importância de adesão ao mesmo. As sessões aconteceram de forma individual no período de Julho de 2019 a Setembro de 2020. Foram utilizados

recursos pedagógicos como o diálogo participativo, a escuta aos usuários e utilização de ilustrações e vídeos para facilitar o aprendizado de cada indivíduo.

Na terceira e última fase do estudo foi desenvolvido uma série de três vídeos para auxiliar e incentivar usuários e trabalhadores da saúde sobre o Uso Racional de medicamentos. O material foi advindo dos resultados dos instrumentos aplicados junto ao conhecimento sobre medicamentos relatado pelos usuários.

Os aspectos éticos do estudo foram submetidos ao Comitê de Ética e Pesquisa, respeitando a Resolução 466/12 CNS/CONEP.

#### **4.2.7 Variáveis**

Variáveis dependentes: Escores de adesão ao tratamento após a aplicação dos Instrumentos de Morisky et al (1986); ARMS (2009) e BMQ (2013). Variáveis independentes: sexo, idade, escolaridade, limitações de saúde e autonomia na gestão de medicamentos, existência de cuidador para o paciente.

#### **4.2.8 Análise Estatística**

Os dados coletados foram armazenados na planilha eletrônica Excel. A análise estatística foi realizada utilizando os softwares RStudio Versão 1.1.456 e o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS, 20.0 Inc. Chicago, IL, EUA). A apresentação dos dados se deu por meio de frequência absoluta, frequência relativa e intervalo de confiança de 95% (IC 95%). Para as análises inferenciais, foi aplicado o teste do qui-quadrado de independência para comparar nos grupos de pacientes judicializados e não judicializados, as distribuições das variáveis independentes sócio demográficas (sexo, idade e escolaridade), limitações (locomoção, fala, visão, audição e outras limitações), autonomia na gestão de medicamentos, presença de cuidador e adesão ao tratamento medicamentoso nos três instrumentos. Além disso o teste de qui-quadrado de independência foi usado para identificar a dependência das variáveis independentes com as dependentes nos dois grupos. O teste Exato de Fisher foi usado como alternativa quando os resultados não atendiam aos requisitos para aplicação do teste qui-quadrado (Frequência de células esperada menor de 5). Foi adotado um nível de confiança de  $p < 0,05$  para o erro do tipo 1.

Na análise multivariada foi utilizado o modelo de regressão bivariado com a inclusão de todas as variáveis com  $p < 0,05$  no teste de independência. Os resultados foram interpretados em termos de Razão de Chances (Odds Ratio - OR) e respectivos Intervalos de Confiança de 95% (IC 95%), calculados para cada variável estatisticamente significativa ( $p \leq 0,05$ ).

## 5. Resultados

A primeira fase do estudo foi constituída pela investigação do perfil da população estudada. Foram analisados 152 processos de usuários portadores de Ordem Judicial e foram levantadas as seguintes informações: origem da ação, gênero, idade, diagnóstico relacionado ao pedido de medicamento, origem da prescrição médica, fármaco solicitado, inclusão programática no SUS, e por último, o código internacional de doença registrado no processo. Nesta avaliação, foi observado que 87% das judicializações de medicamentos possuíam CID de patologias crônicas, sendo 35,5% (n=54) dos entrevistados nesta pesquisa, portadores de Diabetes Mellitus e 24% (n=37) hipertensos. Além disso, 28,7% (n=21) dos entrevistados judicializados são polimedicados, apresentando em suas prescrições cinco ou mais medicamentos. A caracterização da amostra de acordo com os dados do processo está descrita na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil dos participantes de acordo com dados encontrados nos processos judiciais (N=152)

| <b>Variáveis</b>                    | <b>N</b> | <b>%</b> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| <b>Sexo</b>                         |          |          |
| Masculino                           | 56       | 37%      |
| Feminino                            | 96       | 63%      |
| <b>Faixa Etária</b>                 |          |          |
| Até 30 anos                         | 43       | 28%      |
| Entre 31 e 50 anos                  | 32       | 21%      |
| Acima de 50 anos                    | 77       | 51%      |
| <b>Origem da prescrição médica</b>  |          |          |
| Pública                             | 39       | 26%      |
| Privada                             | 113      | 74%      |
| <b>Inclusão programática no SUS</b> |          |          |
| Sim                                 | 9        | 6%       |
| Não                                 | 59       | 39%      |
| Parcialmente                        | 84       | 55%      |
| <b>Origem da ação</b>               |          |          |
| DPE                                 | 126      | 83%      |
| DPU                                 | 2        | 1%       |
| Outros                              | 24       | 16%      |

Na segunda fase do estudo foi realizada uma nova caracterização, agora incluindo os pacientes judicializados e os não judicializados (grupo controle), todos que se dispuseram a participar das entrevistas (Tabela 2). Nesta fase, foi executada a aplicação dos instrumentos relacionados a adesão terapêutica, cujos resultados são apresentados na Tabela 3. Foram utilizados neste estudo, métodos indiretos de avaliação da adesão, que incluem os questionários estruturados. São estratégias de baixo custo e de fácil execução, porém os resultados podem ser influenciados pelo respondente (OBRELI-NETO et al,2012).

Tabela 2 – Perfil dos participantes de acordo com a ficha de Cuidado Farmacêutico (N=146).

| Variáveis                                  | Total | %    | Judicializados |      |             |        | Não Judicializados |       |              |         |
|--|-------|------|----------------|------|-------------|--------|--------------------|-------|--------------|---------|
|  |       |      | n              | %    | IC95%       | p      | n                  | %     | IC95%        | p       |
| <b>Sexo</b>                                |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Masculino                                  | 50    | 34,2 | 31             | 42,5 | 28,9 - 56,0 | 0,198  | 19                 | 26,0  | 10,6 - 41,4  | 0,001*  |
| Feminino                                   | 96    | 65,8 | 42             | 57,5 | 45,9 - 69,2 |        | 54                 | 74,0  | 64,8 - 83,1  |         |
| <b>Faixa etária</b>                        |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Até 30 anos                                | 37    | 25,3 | 18             | 24,7 | 9,1 - 40,2  | 0,001* | 19                 | 26,0  | 10,6 - 41,4  | 0,095   |
| Entre 31 e 50 anos                         | 37    | 25,3 | 16             | 21,9 | 6,1 - 37,7  |        | 21                 | 28,8  | 13,7 - 43,9  |         |
| Acima de 50 anos                           | 72    | 49,3 | 39             | 53,4 | 41,2 - 65,6 |        | 33                 | 45,2  | 32,0 - 58,4  |         |
| <b>Escolaridade</b>                        |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Não alfabetizado                           | 19    | 13,0 | 12             | 16,4 | 0,1 - 32,8  | 0,004* | 7                  | 9,6   | -7,4 - 26,6  | 0,003*  |
| Fundamental incompleto                     | 44    | 30,1 | 28             | 38,4 | 24,3 - 52,4 |        | 16                 | 21,9  | 6,1 - 37,7   |         |
| Fundamental completo                       | 19    | 13,0 | 11             | 15,1 | -1,4 - 31,6 |        | 8                  | 11,0  | -5,9 - 27,8  |         |
| Ensino médio completo                      | 38    | 26,0 | 12             | 16,4 | 0,1 - 32,8  |        | 26                 | 35,6  | 21,3 - 50,0  |         |
| Superior completo                          | 26    | 17,8 | 10             | 13,7 | -2,9 - 30,3 |        | 16                 | 21,9  | 6,1 - 37,7   |         |
| <b>Limitação de locomoção</b>              |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Sim  | 30    | 20,5 | 27             | 37,0 | 22,8 - 51,2 | 0,026* | 3                  | 4,1   | -13,4 - 21,6 | 0,001*  |
| Não  | 116   | 79,5 | 46             | 63,0 | 52,1 - 73,9 |        | 70                 | 95,9  | 92,3 - 99,5  |         |
| <b>Limitação de fala</b>                   |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Sim  | 62    | 42,5 | 62             | 84,9 | 78,0 - 91,9 | 0,001* | 0                  | 0,0   | -            | -       |
| Não  | 84    | 57,5 | 11             | 15,1 | -1,4 - 31,6 |        | 73                 | 100,0 | -            |         |
| <b>Limitação de visão</b>                  |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Sim  | 19    | 13,0 | 16             | 21,9 | 6,1 - 37,7  | 0,001* | 3                  | 4,1   | -13,4 - 21,6 | 0,001*  |
| Não  | 127   | 87,0 | 57             | 78,1 | 69,7 - 86,5 |        | 70                 | 95,9  | 92,3 - 99,5  |         |
| <b>Limitação de audição</b>                |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Sim  | 9     | 6,2  | 7              | 9,6  | -7,4 - 26,6 | 0,001* | 2                  | 2,7   | -14,9 - 20,4 | 0,001*  |
| Não  | 137   | 93,8 | 66             | 90,4 | 84,9 - 96,0 |        | 71                 | 97,3  | 94,3 - 100,0 |         |
| <b>Outras limitações</b>                   |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Sim  | 17    | 11,6 | 14             | 19,2 | 3,1 - 35,3  | 0,001* | 3                  | 4,1   | -13,4 - 21,6 | 0,001*  |
| Não  | 129   | 88,4 | 59             | 80,8 | 73,0 - 88,7 |        | 70                 | 95,9  | 92,3 - 99,5  |         |
| <b>Autonomia na gestão de medicamentos</b> |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Toma sem assistência                       | 107   | 73,3 | 43             | 58,9 | 47,4 - 70,4 |        | 64                 | 87,7  | 81,4 - 94,0  |         |
| Necessita de lembrete ou assistência       | 21    | 14,4 | 13             | 17,8 | 1,6 - 34,0  | 0,001* | 8                  | 11,0  | -5,9 - 27,8  | 0,001** |
| Incapaz de tomar só                        | 18    | 12,3 | 17             | 23,3 | 7,6 - 39,0  |        | 1                  | 1,4   | -16,4 - 19,1 |         |
| <b>Tem cuidador</b>                        |       |      |                |      |             |        |                    |       |              |         |
| Sim  | 30    | 20,5 | 29             | 39,7 | 25,8 - 53,6 | 0,079  | 1                  | 1,4   | -16,4 - 19,1 | 0,001** |
| Não  | 116   | 79,5 | 44             | 60,3 | 49,0 - 71,6 |        | 72                 | 98,6  | 96,5 - 100,0 |         |

Legenda: IC95% - intervalo de confiança de 95%; \* Teste qui-quadrado de Pearson  $p \leq 0,05$ . \*\* Teste Exato de Fisher  $p \leq 0,05$ .

A Tabela 2 demonstra a distribuição das variáveis independentes entre pacientes judicializados e não judicializados, estes últimos, sendo os usuários que tem acesso aos medicamentos pelo SUS. Pode-se ver que as variáveis independentes como: escolaridade, limitações de visão, audição e outras limitações, bem como autonomia na gestão de medicamentos apresentaram diferença significativa na distribuição de judicializados e não judicializados ( $p \leq 0,05$ ). Já as variáveis sexo e se possui cuidador apresentaram essa diferença apenas para pacientes não judicializados, enquanto a variável faixa etária apresentou este comportamento somente para pacientes judicializados em sua distribuição.

A Tabela 3, a seguir, traz de maneira geral a distribuição dos resultados de adesão encontrados após a aplicação dos três instrumentos, em relação a pacientes portadores de Ordem Judicial e pacientes não judicializados.

Tabela 3 – Distribuição de adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes que recorrem e não recorrem a ordens judiciais de acordo com o instrumento usado.

| Variáveis                 | Total | %    | Judicializados |      |             |        | Não Judicializados |      |             |        |
|---------------------------|-------|------|----------------|------|-------------|--------|--------------------|------|-------------|--------|
|                           |       |      | n              | %    | IC95%       | P      | n                  | %    | IC95%       | P      |
| <b>BMQ</b>                |       |      |                |      |             |        |                    |      |             |        |
| Maior tendência           | 101   | 69,2 | 62             | 84,9 | 78,0 - 91,9 | 0,001* | 39                 | 53,4 | 41,2 - 65,5 | 0,558  |
| Neutro ou menor tendência | 45    | 30,8 | 11             | 15,1 | -1,4 - 31,6 |        | 34                 | 46,6 | 33,5 - 59,7 |        |
| <b>ARMS</b>               |       |      |                |      |             |        |                    |      |             |        |
| Alta adesão               | 49    | 33,6 | 29             | 39,7 | 25,8 - 53,6 | 0,079  | 20                 | 27,4 | 12,2 - 42,6 | 0,001* |
| Baixa adesão              | 97    | 66,4 | 44             | 60,3 | 49,0 - 71,6 |        | 53                 | 72,6 | 63,2 - 82,0 |        |
| <b>MORISKY et al.</b>     |       |      |                |      |             |        |                    |      |             |        |
| Aderente                  | 47    | 32,2 | 39             | 53,4 | 41,2 - 65,5 | 0,558  | 8                  | 11,0 | -5,9 - 27,8 | 0,001* |
| Não aderente              | 99    | 67,8 | 34             | 46,6 | 33,5 - 59,7 |        | 65                 | 89,0 | 83,1 - 95,0 |        |

Legenda: IC95% - intervalo de confiança de 95%; \* Teste qui-quadrado  $p \leq 0,05$ .

Nas Tabelas 4,5 e 6 estão representadas as relações de dependência das variáveis independentes com as variáveis dependentes, os instrumentos BMQ, ARMS e Morisky et al., respectivamente. Em relação ao Teste BMQ (Tabela 4) foi visualizada dependência na variável outras limitações, podendo ou não interferir na adesão ao

tratamento. O mesmo aconteceu em pacientes não judicializados, nas variáveis sexo, faixa etária e escolaridade.

Tabela 4 – Relação de dependência de pacientes que recorrem ou não a ordens judiciais entre o perfil dos pacientes entrevistados e a tendência a adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o instrumento BMQ.

| Variáveis                                  | Judicializados  |    |                 |    |      | p      | Não Judicializados |    |                 |    |      | p              |
|--|-----------------|----|-----------------|----|------|--------|--------------------|----|-----------------|----|------|----------------|
|  | Maior tendência |    | Menor tendência |    | n    |        | Maior tendência    |    | Menor tendência |    | n    |                |
|  | n               | %  | n               | %  |      |        | n                  | %  | n               | %  |      |                |
| <b>Sexo</b>                                |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Masculino                                  | 31              | 24 | 32,9            | 7  | 9,6  | 0,186  | 19                 | 14 | 19,2            | 5  | 6,8  | 0,040*         |
| Feminino                                   | 42              | 38 | 52,1            | 4  | 5,5  |        | 54                 | 25 | 34,2            | 29 | 39,7 |                |
| <b>Faixa etária</b>                        |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Até 30 anos                                | 18              | 15 | 20,5            | 3  | 4,1  | 1,000  | 19                 | 8  | 11,0            | 11 | 15,1 | 0,039*         |
| Entre 31 e 50 anos                         | 16              | 14 | 19,2            | 2  | 2,7  |        | 21                 | 8  | 11,0            | 13 | 17,8 |                |
| Acima de 50 anos                           | 39              | 33 | 45,2            | 6  | 8,2  |        | 33                 | 23 | 31,5            | 10 | 13,7 |                |
| <b>Escolaridade</b>                        |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Não alfabetizado                           | 12              | 11 | 15,1            | 1  | 1,4  | 0,647  | 7                  | 7  | 9,6             | 0  | 0,0  | 0,025**        |
| Fundamental incompleto                     | 28              | 23 | 31,5            | 5  | 6,8  |        | 16                 | 10 | 13,7            | 6  | 8,2  |                |
| Fundamental completo                       | 11              | 10 | 13,7            | 1  | 1,4  |        | 8                  | 5  | 6,8             | 3  | 4,1  |                |
| Ensino médio completo                      | 12              | 11 | 15,1            | 1  | 1,4  |        | 26                 | 12 | 16,4            | 14 | 19,2 |                |
| Superior completo                          | 10              | 7  | 9,6             | 3  | 4,1  |        | 16                 | 5  | 6,8             | 11 | 15,1 |                |
| <b>Limitação de locomoção</b>              |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Sim  | 27              | 24 | 32,9            | 3  | 4,1  | 0,736  | 3                  | 2  | 2,7             | 1  | 1,4  | 1,000          |
| Não  | 46              | 38 | 52,1            | 8  | 11,0 |        | 70                 | 37 | 50,7            | 33 | 45,2 |                |
| <b>Limitação de fala</b>                   |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Sim  | 11              | 10 | 13,7            | 1  | 1,4  | 0,980  | 0                  | 0  | 0,0             | 0  | 0,0  | - <sup>a</sup> |
| Não  | 62              | 52 | 71,2            | 10 | 13,7 |        | 73                 | 39 | 53,4            | 34 | 46,6 |                |
| <b>Limitação de visão</b>                  |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Sim  | 16              | 15 | 20,5            | 1  | 1,4  | 0,301  | 3                  | 0  | 0,0             | 3  | 4,1  | 0,096          |
| Não  | 57              | 47 | 64,4            | 10 | 13,7 |        | 70                 | 39 | 53,4            | 31 | 42,5 |                |
| <b>Limitação de audição</b>                |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Sim  | 7               | 6  | 8,2             | 1  | 1,4  | 1,000  | 2                  | 1  | 1,4             | 1  | 1,4  | 1,000          |
| Não  | 66              | 56 | 76,7            | 10 | 13,7 |        | 71                 | 38 | 52,1            | 33 | 45,2 |                |
| <b>Outras limitações</b>                   |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Sim  | 14              | 8  | 11,0            | 6  | 8,2  | 0,005* | 3                  | 1  | 1,4             | 2  | 2,7  | 0,595          |
| Não  | 59              | 54 | 74,0            | 5  | 6,8  |        | 70                 | 38 | 52,1            | 32 | 43,8 |                |
| <b>Autonomia na gestão de medicamentos</b> |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Toma sem assistência                       | 43              | 38 | 52,1            | 5  | 6,8  | 0,487  | 64                 | 34 | 46,6            | 30 | 41,1 | 0,582          |
| Necessita de lembrete ou assistência       | 13              | 10 | 13,7            | 3  | 4,1  |        | 8                  | 5  | 6,8             | 3  | 4,1  |                |
| Incapaz de tomar só                        | 17              | 14 | 19,2            | 3  | 4,1  |        | 1                  | 0  | 0,0             | 1  | 1,4  |                |
| <b>Tem cuidador</b>                        |                 |    |                 |    |      |        |                    |    |                 |    |      |                |
| Sim  | 29              | 23 | 31,5            | 6  | 8,2  | 0,327  | 1                  | 1  | 1,4             | 0  | 0,0  | 1,000          |
| Não  | 44              | 39 | 53,4            | 5  | 6,8  |        | 72                 | 38 | 52,1            | 34 | 46,6 |                |

Legenda: \* Teste qui-quadrado de Pearson  $p \leq 0,05$ ; \*\* Teste Exato de Fisher  $p \leq 0,05$ ; <sup>a</sup> estatística não foi calculada porque a limitação de fala é uma constante.

Para o instrumento ARMS (Tabela 5), foram observadas dependência para as variáveis outras limitações e autonomia na gestão de medicamentos em pacientes judicializados; e para a variável faixa etária, no caso dos pacientes não judicializados.

Tabela 5 – Relação de dependência de pacientes que recorrem ou não a ordens judiciais entre o perfil dos pacientes entrevistados e a tendência a adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o instrumento ARMS.

| Variáveis                                  | Judicializados |    |              |    |      | p      | Não Judicializados |    |              |    |      | P       |
|--|----------------|----|--------------|----|------|--------|--------------------|----|--------------|----|------|---------|
|  | Alta adesão    |    | Baixa adesão |    | N    |        | Alta adesão        |    | Baixa adesão |    | n    |         |
|  | n              | %  | N            | %  |      |        | N                  | %  | n            | %  |      |         |
| <b>Sexo</b>                                |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Masculino                                  | 31             | 11 | 15,1         | 20 | 27,4 | 0,630  | 19                 | 4  | 5,5          | 15 | 20,5 | 0,471   |
| Feminino                                   | 42             | 18 | 24,7         | 24 | 32,9 |        | 54                 | 16 | 21,9         | 38 | 52,1 |         |
| <b>Faixa etária</b>                        |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Até 30 anos                                | 18             | 7  | 9,6          | 11 | 15,1 | 0,933  | 19                 | 3  | 4,1          | 16 | 21,9 | 0,033** |
| Entre 31 e 50 anos                         | 16             | 7  | 9,6          | 9  | 12,3 |        | 21                 | 3  | 4,1          | 18 | 24,7 |         |
| Acima de 50 anos                           | 39             | 15 | 20,5         | 24 | 32,9 |        | 33                 | 14 | 19,2         | 19 | 26,0 |         |
| <b>Escolaridade</b>                        |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Não alfabetizado                           | 12             | 5  | 6,8          | 7  | 9,6  | 0,338  | 7                  | 4  | 5,5          | 3  | 4,1  | 0,221   |
| Fundamental incompleto                     | 28             | 11 | 15,1         | 17 | 23,3 |        | 16                 | 5  | 6,8          | 11 | 15,1 |         |
| Fundamental completo                       | 11             | 5  | 6,8          | 6  | 8,2  |        | 8                  | 3  | 4,1          | 5  | 6,8  |         |
| Ensino médio completo                      | 12             | 2  | 2,7          | 10 | 13,7 |        | 26                 | 6  | 8,2          | 20 | 27,4 |         |
| Superior completo                          | 10             | 6  | 8,2          | 4  | 5,5  |        | 16                 | 2  | 2,7          | 14 | 19,2 |         |
| <b>Limitação de locomoção</b>              |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Sim  | 27             | 12 | 16,4         | 15 | 20,5 | 0,622  | 3                  | 1  | 1,4          | 2  | 2,7  | 1,000   |
| Não  | 46             | 17 | 23,3         | 29 | 39,7 |        | 70                 | 19 | 26,0         | 51 | 69,9 |         |
| <b>Limitação de fala</b>                   |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Sim  | 11             | 6  | 8,2          | 5  | 6,8  | 0,327  | 0                  | 0  | 0,0          | 0  | 0,0  | _a      |
| Não  | 62             | 23 | 31,5         | 39 | 53,4 |        | 73                 | 20 | 27,4         | 53 | 72,6 |         |
| <b>Limitação de visão</b>                  |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Sim  | 16             | 6  | 8,2          | 10 | 13,7 | 0,837  | 3                  | 1  | 1,4          | 2  | 2,7  | 1,000   |
| Não  | 57             | 23 | 31,5         | 34 | 46,6 |        | 70                 | 19 | 26,0         | 51 | 69,9 |         |
| <b>Limitação de audição</b>                |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Sim  | 7              | 4  | 5,5          | 3  | 4,1  | 0,425  | 2                  | 1  | 1,4          | 1  | 1,4  | 0,476   |
| Não  | 66             | 25 | 34,2         | 41 | 56,2 |        | 71                 | 19 | 26,0         | 52 | 71,2 |         |
| <b>Outras limitações</b>                   |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Sim  | 14             | 2  | 2,7          | 12 | 16,4 | 0,030* | 3                  | 1  | 1,4          | 2  | 2,7  | 1,000   |
| Não  | 59             | 27 | 37,0         | 32 | 43,8 |        | 70                 | 19 | 26,0         | 51 | 69,9 |         |
| <b>Autonomia na gestão de medicamentos</b> |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Toma sem assistência                       | 43             | 14 | 19,2         | 29 | 39,7 | 0,010* | 64                 | 20 | 27,4         | 44 | 60,3 | 0,123   |
| Necessita de lembrete ou assistência       | 13             | 3  | 4,1          | 10 | 13,7 |        | 8                  | 0  | 0,0          | 8  | 11,0 |         |
| Incapaz de tomar só                        | 17             | 12 | 16,4         | 5  | 6,8  |        | 1                  | 0  | 0,0          | 1  | 1,4  |         |
| <b>Tem cuidador</b>                        |                |    |              |    |      |        |                    |    |              |    |      |         |
| Sim  | 29             | 14 | 19,2         | 15 | 20,5 | 0,226  | 1                  | 1  | 1,4          | 0  | 0,0  | 0,274   |
| Não  | 44             | 15 | 20,5         | 29 | 39,7 |        | 72                 | 19 | 26,0         | 53 | 72,6 |         |

Legenda: \* Teste qui-quadrado de Pearson  $p \leq 0,05$ ; \*\* Teste Exato de Fisher  $p \leq 0,05$ ; <sup>a</sup> estatística não foi calculada porque a limitação de fala é uma constante.

Por último, na relação com o Teste de Morisky et al., apenas as variáveis faixa etária e escolaridade em pacientes não judicializados apresentaram dependência.

Tabela 6 – Relação de dependência de pacientes que recorrem ou não a ordens judiciais entre o perfil dos pacientes entrevistados e a tendência a adesão ao tratamento medicamentoso de acordo com o instrumento de MORISKY et al.

| Variáveis                                  | Judicializados |    |              |    |      | Não Judicializados |    |              |      |    | P    |         |
|--|----------------|----|--------------|----|------|--------------------|----|--------------|------|----|------|---------|
|  | Aderente       |    | Não aderente |    | P    | Aderente           |    | Não aderente |      | P  |      |         |
|  | N              | %  | N            | %  |      | n                  | %  | N            | %    |    |      |         |
| <b>Sexo</b>                                |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Masculino                                  | 31             | 15 | 20,5         | 16 | 21,9 | 0,486              | 19 | 2            | 2,7  | 17 | 23,3 | 1,000   |
| Feminino                                   | 42             | 24 | 32,9         | 18 | 24,7 |                    | 54 | 6            | 8,2  | 48 | 65,8 |         |
| <b>Faixa etária</b>                        |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Até 30 anos                                | 18             | 8  | 11,0         | 10 | 13,7 | 0,572              | 19 | 0            | 0,0  | 19 | 26,0 | 0,003** |
| Entre 31 e 50 anos                         | 16             | 10 | 13,7         | 6  | 8,2  |                    | 21 | 0            | 0,0  | 21 | 28,8 |         |
| Acima de 50 anos                           | 39             | 21 | 28,8         | 18 | 24,7 |                    | 33 | 8            | 11,0 | 25 | 34,2 |         |
| <b>Escolaridade</b>                        |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Não alfabetizado                           | 12             | 8  | 11,0         | 4  | 5,5  | 0,448              | 7  | 2            | 2,7  | 5  | 6,8  | 0,021** |
| Fundamental incompleto                     | 28             | 11 | 15,1         | 17 | 23,3 |                    | 16 | 4            | 5,5  | 12 | 16,4 |         |
| Fundamental completo                       | 11             | 7  | 9,6          | 4  | 5,5  |                    | 8  | 1            | 1,4  | 7  | 9,6  |         |
| Ensino médio completo                      | 12             | 7  | 9,6          | 5  | 6,8  |                    | 26 | 0            | 0,0  | 26 | 35,6 |         |
| Superior completo                          | 10             | 6  | 8,2          | 4  | 5,5  |                    | 16 | 1            | 1,4  | 15 | 20,5 |         |
| <b>Limitação de locomoção</b>              |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Sim  | 27             | 16 | 21,9         | 11 | 15,1 | 0,476              | 3  | 1            | 1,4  | 2  | 2,7  | 0,298   |
| Não  | 46             | 23 | 31,5         | 23 | 31,5 |                    | 70 | 7            | 9,6  | 63 | 86,3 |         |
| <b>Limitação de fala</b>                   |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Sim  | 11             | 7  | 9,6          | 4  | 5,5  | 0,527              | 0  | 0            | 0,0  | 0  | 0,0  | .a      |
| Não  | 62             | 32 | 43,8         | 30 | 41,1 |                    | 73 | 8            | 11,0 | 65 | 89,0 |         |
| <b>Limitação de visão</b>                  |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Sim  | 16             | 10 | 13,7         | 6  | 8,2  | 0,410              | 3  | 1            | 1,4  | 2  | 2,7  | 0,298   |
| Não  | 57             | 29 | 39,7         | 28 | 38,4 |                    | 70 | 7            | 9,6  | 63 | 86,3 |         |
| <b>Limitação de audição</b>                |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Sim  | 7              | 5  | 6,8          | 2  | 2,7  | 0,428              | 2  | 1            | 1,4  | 1  | 1,4  | 0,209   |
| Não  | 66             | 34 | 46,6         | 32 | 43,8 |                    | 71 | 7            | 9,6  | 64 | 87,7 |         |
| <b>Outras limitações</b>                   |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Sim  | 14             | 7  | 9,6          | 7  | 9,6  | 0,775              | 3  | 0            | 0,0  | 3  | 4,1  | 1,000   |
| Não  | 59             | 32 | 43,8         | 27 | 37,0 |                    | 70 | 8            | 11,0 | 62 | 84,9 |         |
| <b>Autonomia na gestão de medicamentos</b> |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Toma sem assistência                       | 43             | 23 | 31,5         | 20 | 27,4 | 0,361              | 64 | 6            | 8,2  | 58 | 79,5 | 0,099   |
| Necessita de lembrete ou assistência       | 13             | 5  | 6,8          | 8  | 11,0 |                    | 8  | 1            | 1,4  | 7  | 9,6  |         |
| Incapaz de tomar só                        | 17             | 11 | 15,1         | 6  | 8,2  |                    | 1  | 1            | 1,4  | 0  | 0,0  |         |
| <b>Tem cuidador</b>                        |                |    |              |    |      |                    |    |              |      |    |      |         |
| Sim  | 29             | 17 | 23,3         | 12 | 16,4 | 0,470              | 1  | 1            | 1,4  | 0  | 0,0  | 0,110   |
| Não  | 44             | 22 | 30,1         | 22 | 30,1 |                    | 72 | 7            | 9,6  | 65 | 89,0 |         |

Legenda: \* Teste qui-quadrado de Pearson  $p \leq 0,05$ ; \*\* Teste Exato de Fisher  $p \leq 0,05$ ; <sup>a</sup> estatística não foi calculada porque a limitação de fala é uma constante.

Para cada escala de adesão, foi realizada a avaliação de confiabilidade do instrumento utilizado a partir do Alfa de Cronbach, onde ARMS e BMQ apresentaram um alfa de Cronbach equivalente a uma avaliação de confiança substancial, enquanto o Morisky et al. demonstrou-se moderado para esta classificação.

Tabela 7–Confiabilidade segundo Alfa de Cronbach para os instrumentos

| Escala                | Alfa de Cronbach | Instrumento confiável? |
|-----------------------|------------------|------------------------|
| <b>ARMS</b>           | 0,72             | substancial            |
| <b>BMQ</b>            | 0,73             | substancial            |
| <b>MORISKY et al.</b> | 0,63             | moderado               |

Para o desfecho de adesão ao tratamento foram analisadas através de Regressão Logística binária, as variáveis independentes para os instrumentos BMQ (Tabela 8) e ARMS (Tabela 9). No caso dos pacientes judicializados essa relação foi significativa para pacientes que não possuem limitações, apresentando um OR de 7,36 em adesão ao tratamento quando comparados aos que possuem limitações.

Tabela 8 - Regressão logística binária entre as variáveis independentes e a categoria “*maior adesão*” ao tratamento medicamentoso (desfecho) para o instrumento BMQ.

| Variáveis                | Judicializados     |                     |        |
|--------------------------|--------------------|---------------------|--------|
|                          | Coef.              | OR (IC 95%)         | p      |
| <b>Outras limitações</b> |                    |                     |        |
| Sim                      | Ref                | 1                   | -      |
| Não                      | 1,997              | 7,36 (1,77 - 30,53) | 0,006* |
| Variáveis                | Não Judicializados |                     |        |
|                          | Coef.              | OR (IC 95%)         | p      |
| <b>Sexo</b>              |                    |                     |        |
| Masculino                | Ref                | 1                   | -      |
| Feminino                 | -1,670             | 0,18 (0,04 - 0,76)  | 0,020* |
| <b>Faixa etária</b>      |                    |                     |        |
| Até 30 anos              | Ref                | 1                   | -      |
| Entre 31 e 50 anos       | -0,512             | 0,59 (0,14 - 2,52)  | 0,485  |
| Acima de 50 anos         | 0,781              | 2,18 (0,48 - 9,83)  | 0,309  |
| <b>Escolaridade</b>      |                    |                     |        |
| Não alfabetizado         | Ref                | 1                   | -      |
| Fundamental incompleto   | -19,847            | 0,00 (0,00 - .)     | 0,999  |
| Fundamental completo     | -20,805            | 0,00 (0,00 - .)     | 0,999  |
| Ensino médio completo    | -21,096            | 0,00 (0,00 - .)     | 0,999  |

|                   |         |                 |       |
|-------------------|---------|-----------------|-------|
| Superior completo | -21,482 | 0,00 (0,00 - .) | 0,999 |
|-------------------|---------|-----------------|-------|

Legenda: OR: *odds ratio* (razão de chances); IC 95%: intervalo de confiança de 95%; ref: referência; Coef.: coeficiente B; \* p < 0,05.

Para o instrumento ARMS, em pacientes judicializados, os que alegaram não possuir limitações e os que declararam serem incapazes de tomar a medicação só, apresentaram OR de 6,17 e 6,34, respectivamente, para a adesão ao tratamento em relação aos demais em suas categorias. Já entre os pacientes não judicializados, apenas a categoria acima de 50 anos (faixa etária) revelou um valor de p = 0,014 e uma OR de 6,36 para o desfecho de adesão ao tratamento.

Tabela 9 - Regressão logística binária entre as variáveis independentes e a “alta adesão” ao tratamento medicamentoso (desfecho) para o instrumento ARMS.

| Variáveis                                  | Coef.  | Judicializados<br>OR (IC 95%)     | p      |
|--|--------|-----------------------------------|--------|
| <b>Outras limitações</b>                   |        |                                   |        |
| Sim  | Ref    | 1                                 | -      |
| Não  | 1,82   | 6,17 (1,07 - 35,49)               | 0,041* |
| <b>Autonomia na gestão de medicamentos</b> |        |                                   |        |
| Toma sem assistência                       | Ref    | 1                                 | -      |
| Necessita de lembrete ou assistência       | 0,001  | 1,00 (0,21 - 4,68)                | 0,999  |
| Incapaz de tomar só                        | 1,847  | 6,34 (1,68 - 23,91)               | 0,006* |
| Variáveis                                  | Coef.  | Não Judicializados<br>OR (IC 95%) | p      |
| <b>Faixa etária</b>                        |        |                                   |        |
| Até 30 anos                                | Ref    | 1                                 | -      |
| Entre 31 e 50 anos                         | -0,182 | 0,83 (0,14 - 4,75)                | 0,837  |
| Acima de 50 anos                           | 1,851  | 6,36 (1,46 - 27,67)               | 0,014* |

Legenda: OR: *odds ratio* (razão de chances); IC 95%: intervalo de confiança de 95%; ref: referência; Coef.: coeficiente B; \* p < 0,05.

Com relação a regressão logística binária para o Instrumento de Morisky et al. com o desfecho de aderente ao tratamento, não houve associação multivariada.

A Gráfico 1 mostra a distribuição do Instrumento ARMS com base na judicialização.

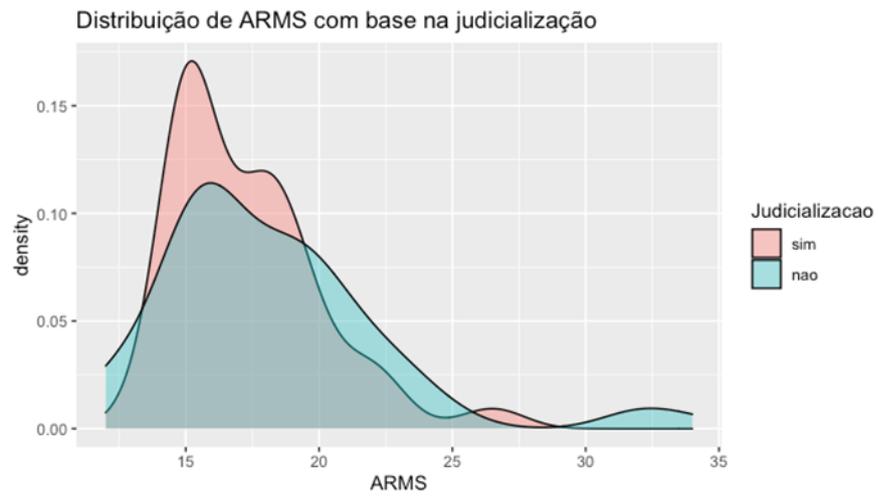


Gráfico 1: Distribuição ARMS x Judicialização.

## 6. Discussão

O presente estudo demonstrou que a origem das receitas dos pacientes que se utilizam de processos judiciais para a aquisição de medicamentos é em sua maior parte do setor privado, atingindo 74% (n=113). Esses dados são semelhantes aos achados de Siqueira (2015) que ao avaliar processos judiciais em atendimento pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, constatou que 69% das receitas médicas constantes nos processos eram originárias da rede privada de saúde. Este tipo de situação acontece devido a não haver exigência em transcrição de receitas privadas para receituários públicos, durante o trâmite para judicialização de medicamentos. Além disso, denota que a maior parcela de requerentes se dispõe a pagar por suas consultas, mesmo que não consigam arcar com o custo de seus tratamentos. Provavelmente isto se deve ao tempo de espera por uma consulta no setor público. De acordo com Vieira *et al.* (2014) o tempo de espera por uma consulta no setor público de Minas Gerais poderia chegar a 599 dias. Um estudo semelhante verificou que no Estado do Espírito Santo este tempo era em média de 1.077 dias (FARIAS *et al.*, 2019).

Em relação a faixa etária, destaca-se o perfil de adultos e idosos na maior parte dos pacientes judicializados cadastrados no início da pesquisa, sendo 72% (n=109) pacientes com mais de 31 anos. Esse perfil persistiu para pacientes judicializados na fase das entrevistas. Verificou-se uma maior concentração de pacientes com mais de 50 anos. Estes resultados eram esperados tendo em vista que as patologias crônicas motivaram 87% das judicializações de medicamentos, sendo 35,5% (n=54) dos entrevistados nesta pesquisa, portadores de Diabetes Mellitus e 24% (n=37) hipertensos e este tipo de doenças têm tendência a atingir indivíduos na fase adulta, o que certamente justifica a faixa etária prevalente dos pacientes do estudo. De acordo com Tonete e Chiusoli (2019), o aumento de demanda de medicamentos, através de Ordens Judiciais que teve início em meados dos anos 1990, é de ações que pleiteiam medicamentos para condições crônicas como câncer, doenças cardiovasculares, diabetes, distúrbios neurológicos e mentais.

Quanto ao sexo, o estudo possui um número maior de mulheres, representando 63% (n=96) dos cadastrados judicializados. Em relação aos respondentes da pesquisa, foi observada uma diferença significativa na distribuição de sexo dos

pacientes não judicializados, sendo o sexo feminino prevalente (74%). Isso pode ser justificado pela maior expectativa de vida da mulher, em relação ao homem, no Brasil (ROCHA *et al*, 2008). Segundo Costa e Silva e Menandro (2014), as mulheres utilizam mais os serviços preventivos de saúde, apesar disso, apresentam mais doenças crônicas, que, mostram-se menos severas. E isso pode ser explicado pela busca contínua das mulheres às unidades de saúde para os seus cuidados.

Cerca de 28,7% (n=21) dos entrevistados judicializados são polimedicados, ou seja, possuem prescrições com quatro ou mais medicamentos. Este dado é muito superior ao encontrado por Nascimento *et al.* (2017), em um levantamento de informações numa amostra representativa de municípios, serviços de atenção primária, usuários, médicos e responsáveis pela dispensação de medicamentos nas cinco regiões do Brasil, cujos dados apontam para a polifarmácia identificada em 9,4% dos usuários de medicamentos. O mesmo estudo indica que em países como a Alemanha cerca de 10% dos pacientes são polimedicados e na Escócia, 20,8% em adultos atendidos pela atenção primária estão nesta situação.

Uma provável causa para este número elevado de pacientes polimedicados pode ser devido ao tempo de espera por uma consulta especializada. Embora muitos pacientes paguem por consultas no sistema privado nem todos podem arcar com estes custos e acabam tendo sua condição de saúde agravada. De acordo com Dias *et al* (2016), o não atendimento aos que precisaram do serviço para tratamento de doença ou reabilitação, deve considerar que certas doenças, quando não tratadas no momento adequado, poderão desencadear problemas mais graves e impactar, negativamente, na saúde do indivíduo. Katrein *et al* (2015), afirma que pessoas mais carentes e com piores condições de saúde têm mais dificuldade de ter acesso a um tratamento completo e eficaz. A polifarmácia tem sido associada a desfechos negativos em saúde, pois aumentam a morbimortalidade, reduzem a qualidade de vida dos indivíduos, principalmente em idosos, e aumentam os custos da atenção, com impacto para os usuários e para o Sistema de Saúde (CADOGAN *et al.*, 2016).

Com relação à Inclusão Programática dos medicamentos solicitados no SUS, 76,7% das Ordens Judiciais que foram cadastradas no início da pesquisa são do tipo parcialmente inclusos, pois possuem medicamentos inclusos e não inclusos nas listas oficiais de medicamentos fornecidos pelo SUS. Em um estudo de Machado *et al*

(2011), aproximadamente 56% dos medicamentos não estavam incluídos em programas do SUS, e a maioria não é classificada como medicamento essencial. Nos estudos de PEPE et al. (2010b) e SANT'ANA (2009), ao analisar ações judiciais que demandam ao menos um medicamento que esteja fora dos componentes da assistência farmacêutica, encontram, respectivamente, taxas de 80,6% e 81,5%. É possível que esses medicamentos não pertencentes às listas oficiais tenham sido o motivo das demandas judiciais, as quais resultaram nas Ordens Judiciais determinando o fornecimento de todos os medicamentos constantes da prescrição médica.

Sobre a origem das ações, 83% do total de processos investigados, são originadas da Defensoria Pública Estadual. Esse achado diverge de dois estudos, um de Machado *et al* (2011), onde mais da metade dos autores dos processos foi representada por advogados particulares e 23,1% pela Defensoria Pública, e um outro estudo, produzido por Chieff e Barata (2009), onde apenas 25% das ações foram movidas via Defensoria Pública. Sobre a maioria das origens dos processos desse estudo serem oriundas da Defensoria Pública, demonstra que os usuários pagam pelas consultas médicas, no entanto, buscam a defensoria pública para o encaminhamento desses processos. Talvez, o pagamento das consultas seja justificado pelas grandes filas de consultas eletivas no SUS, já o uso da Defensoria pública se deva ao fato de que a busca do Poder Judiciário para a efetivação de direitos sociais encontrou campo fértil na saúde, e a população antes excluída, encontrou na Defensoria Pública a chave para obter tanto o acesso à Justiça, quanto o acesso à saúde (SANT'ANA, 2013).

Nos últimos dez anos, em diversos estados brasileiros, a Defensoria Pública se organizou para atender à crescente demanda por serviços de saúde negados pelo SUS. Sua atuação firme, permitiu a efetiva inclusão de muitos cidadãos que viviam às margens do SUS, proporcionando acesso real aos serviços de saúde a usuários do SUS que, apesar da formal atribuição de um direito constitucional à saúde, não conseguiam acessar serviços essenciais para resguardar sua saúde ou até sua vida (SANT'ANA, 2013).

Com relação a escolaridade observada na população entrevistada, para pacientes judicializados revelou um maior número de pessoas com nível fundamental

incompleto de escolaridade 38,4%, enquanto entre os entrevistados não judicializados a maior parcela (35,6%) foi de pessoas com nível médio completo. Estes dados são semelhantes aos achados de Costa *et al.* (2017), em um estudo sobre utilização de medicamento pelos usuários do SUS, a maioria dos usuários da Atenção Básica que buscavam por medicamentos, possuía ensino fundamental incompleto (43,2%) e apenas 3% declararam ter ensino superior completo.

Para as variáveis limitações (visão, locomoção, audição, fala e outras) estas são mais prevalentes em pacientes judicializados. Provavelmente isto se deva ao tipo de patologia deste grupo de pacientes. Como salientado acima, entre as ações judiciais avaliadas neste estudo, temos usuários portadores de diabetes mellitus (35,5%) e somado a isso, 42,1% dos demandantes tem em suas ações medicamentos psicotrópicos, ou seja, pacientes que em geral apresentam patologias que podem provocar estas limitações. Segundo Tschiedel (2014), entre as principais complicações crônicas apresentadas por portadores de diabetes mellitus estão a nefropatia diabética, a retinopatia diabética e a neuropatia diabética, além disso, esta patologia pode ocasionar infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e doença vascular periférica. Como citado acima temos uma quantidade considerável de pacientes que requerem medicamentos psicotrópicos, estes por sua vez são substâncias que atuam diretamente no sistema nervoso central (SNC), modificando sua atividade; podendo ser: estimulantes, depressoras ou perturbadoras, que provocam mudanças comportamentais (COELHO, 2016). Esses medicamentos foram desenvolvidos para estabilizar o Sistema Nervoso Central em casos de desequilíbrio, e entre as patologias mentais encontradas nos pacientes judicializados desta pesquisa, estão: Mal de Alzheimer, Epilepsia, Transtorno de déficit de atenção com hiperatividade, depressão e ansiedade.

As dificuldades relacionadas as limitações implicam diretamente em dois outros aspectos avaliados: a autonomia na gestão de medicamentos e a necessidade da presença de cuidador. As patologias crônicas, que por sua vez podem ser as responsáveis pelas limitações acabam por ocasionar uma perda de autonomia (43%) entre os pacientes judicializados do que entre os não judicializados (87,7%) e a uma necessidade de cuidadores mais frequente entre os judicializados (39,7%) do que entre os não judicializados (1,4%).

Com relação a adesão ao tratamento medicamentoso, os pacientes judicializados apresentaram uma tendência significativamente maior de adesão ao tratamento que os pacientes não judicializados para o BMQ (Tabela 3) o que não foi observado para os testes de Morisky *et al* e ARMS, respectivamente. Contudo para o grupo de pacientes não judicializados, aparece uma diferença significativa com tendência a baixa adesão e não adesão, nos testes ARMS e Morisky *et al.*, respectivamente. A adesão ao tratamento medicamentoso corresponde não somente a tomar ou não tomar remédios, mas como o paciente é responsável pelo seu tratamento: comportamento em relação à dose, horário, frequência e duração. (SANTA HELENA *et al.*, 2008). Então, a não-adesão deve ser assumida como a junção de múltiplas dimensões. De acordo com a OMS (2003), não há consenso sobre um método de aferição que possa ser tomado como padrão-ouro. De acordo com Garber *et al* (2004), estudos mostram baixa ou moderada correlação entre os testes, o que pode ser atribuído ao fato de medirem dimensões diversas de um mesmo pensamento, estabelecerem diferentes padrões para não-adesão, ou ainda, a limitações dos próprios métodos. Provavelmente, essa seja a causa da aparente inconsistência observada entre resultados dos testes no presente estudo.

Estes são instrumentos fáceis, de custo reduzido e que possuem boa aceitação pelos usuários, porém, apresentam alguns pontos de vulnerabilidade, associados à maior probabilidade de haver a superestimação da adesão e conseqüentemente, a subestimação da não adesão, uma vez que dependem exclusivamente de informações fornecidas pelos usuários. Além disso, a ausência de um consenso sobre o método ideal para avaliação da adesão ao tratamento e a variedade de métodos empregados na literatura dificultam a comparação com outros estudos. Vale ressaltar que estudos conduzidos por Santa Helena *et al.* (2008), Garber *et al.* (2004), Hamilton (2003), Brasil (2019) propõem que os instrumentos quando aplicados de forma isolada, têm menor valor preditivo do que quando aplicados em conjunto, uma vez que permitem uma melhor visão sobre a relação do paciente e seu tratamento e que em conjunto os testes se completam de modo a oferecer uma avaliação mais fidedigna do comportamento dos pacientes frente ao uso dos medicamentos. Assim, de acordo com a OMS (2003) recomenda-se o uso combinado de testes para melhorar a acurácia.

Leite e Vasconcelos (2003) afirmam que o Teste de Morisky et al possui a característica de superestimar a não adesão ao tratamento, devido à rigidez de critérios para classificar como mais aderente. Em seu estudo original, o Teste de Morisky et al. apresentou baixa sensibilidade (43,6%) e especificidade razoável (81%) (MORISKY *et al*, 1986). Santos *et al*. (2010), demonstraram que o Morisky *et al* não foi eficiente para relacionar sozinho os níveis de pressão arterial controlados e atitude positiva frente à tomada do medicamento antihipertensivo.

Segundo Dewulf *et al* (2006), estudos sobre a adesão ao tratamento, utilizando o teste de Morisky *et al*., apresentaram maior variabilidade quanto à frequência de baixo grau de adesão como pode ser visto nos estudos de Crozatti (2002) com crianças que faziam uso de antibióticos, e Garcia (2003), com pacientes hiperlipêmicos que faziam acompanhamento em Unidades Básicas de Saúde. Merece destaque, o próprio estudo original de Morisky, Green e Levine (1986), onde foi demonstrada taxa de baixo grau de adesão, da ordem de 43%, em amostra de pacientes que faziam uso de medicamentos para hipertensão arterial. Assim sendo, os dados sobre o comportamento dos usuários do presente estudo com os achados da literatura, utilizando o teste de Morisky *et al*., pode-se perceber que a proporção de casos com baixo grau de adesão ao tratamento foi semelhante aos relatados em outros estudos.

Embora este estudo não forneça dados suficientes para esta observação, seria interessante considerar que se a baixa adesão ao tratamento, aparentemente é comum ao Teste de Morisky *et al*. devido a rigidez dos critérios de classificação conforme observado por Leite e Vasconcelos (2003) e Oliveira *et al*. (2012), talvez seja possível inferir que os pacientes considerados como aderentes ao tratamento podem ser considerados como altamente aderentes ao tratamento. O Teste de Morisky et al, apresenta a característica de superestimar a não adesão pela rigidez dos seus critérios, ficando mais evidente quando se observa que outros estudos com diferentes métodos consideram aderente quando há a utilização de pelo menos 80% dos medicamentos. (OLIVEIRA *et al*., 2012)

Com relação ao ARMS estudos como os de Costa *et al*. (2019) com hipertensos e Jin *et al*. (2016) com idosos, também demonstraram um alto índice de baixa adesão. Entretanto para o presente estudo, foi conduzida uma análise multivariada relacionada

ao instrumento ARMS (Tabela 9) que demonstrou que pacientes judicializados que não possuem outras limitações (mas que podem apresentar as limitações de fala, audição, locomoção e visão), com idade superior a 50 anos e que são incapazes de gerenciar a tomada de medicamentos, demonstraram uma maior chance em aderir ao tratamento. Provavelmente isto se deve ao fato de que estes são os pacientes que requerem cuidados especiais em saúde e cuja adesão ao tratamento está sob supervisão de um cuidador.

É importante salientar que o presente estudo conduziu uma avaliação de confiabilidade entre os Testes BMQ, ARMS e Morisky *et al* (Tabela 7). Esta análise demonstrou que os Testes BMQ e ARMS apresentaram uma confiabilidade substancial e o Teste de Morisky *et al* apresentou uma confiabilidade moderada.

No presente estudo chama atenção a tendência em baixa adesão e perfil não aderente encontrados nos pacientes não judicializados para os três testes, ainda que para os testes ARMS e Morisky *et al* este fator parece ser uma constante como discutido acima, o Teste BMQ indica que cerca de 46% dos pacientes não judicializados tem uma tendência neutra ou não aderente ao tratamento, ou seja, quase metade dos pacientes que recebem medicação nas Unidades Básicas de Saúde não são aderentes ao tratamento. De acordo com Tavares (2016), talvez isto ocorra devido ao fato de que no Brasil, embora os pacientes tenham direito ao acesso gratuito a um elenco de medicamentos essenciais, com ênfase para o tratamento das doenças mais prevalentes, como as doenças crônicas, há uma baixa disponibilidade desses medicamentos na Unidades Básicas de Saúde.

Este achado reforça que os medicamentos não fornecidos pelo SUS podem levar os usuários a não cumprir os tratamentos prescritos pela incapacidade de pagar ou de adquirir no setor privado como observado por Tavares (2016). Contudo para os pacientes que recebem estes medicamentos por meio de ordem judicial, o raciocínio tende a ser o contrário, pois apesar de medicamentos com custos mais altos, geralmente composto por aqueles que não fazem parte do elenco SUS, os pacientes têm seus tratamentos resguardados pelas decisões dos juízes. Isso reforça o que foi observado após a aplicação do instrumento BMQ em pacientes judicializados, onde 84,9% dos pacientes apresentaram maior tendência em adesão aos tratamentos, e

esse questionário relata particularmente a visão de necessidade e preocupação do paciente em relação ao seu tratamento.

Outras duas questões devem ser consideradas quando tratamos do comportamento neutro ou não aderente de pacientes não judicializados: estes usuários deparam-se com uma oferta “gratuita” de seus tratamentos, porém nem sempre disponíveis. Então, pensando na conjuntura atual do SUS, onde consultas com médicos especialistas são mais espaçadas cronologicamente, a disponibilidade do elenco de medicamentos não é contínua e a polimedicação, presente em grande parte das prescrições, podemos inferir que esta conjuntura de fatores não facilita a adesão ao tratamento. Cintra e colaboradores (2013), em estudo de base ambulatorial realizado em São Paulo, demonstrou que a falta de medicamentos nas unidades básicas de saúde e os gastos com medicamentos foram apontados como as principais dificuldades para aquisição de medicamentos pelos idosos entrevistados. Isso destaca a importância da gestão adequada da assistência farmacêutica na atenção básica à saúde como facilitador do acesso aos medicamentos nesse nível de cuidado, que pode impactar na adesão ao tratamento.

Além disso, segundo Teixeira *et al* (2001), a polimedicação, somada aos problemas relacionados à cognição e falta de conhecimento sobre os medicamentos prescritos, dificultam a adesão ao tratamento, no caso de idosos.

A outra questão está relacionada ao nível de escolaridade dos pacientes. Embora os pacientes não judicializados apresentem um número maior de indivíduos com ensino médio completo se comparados aos judicializados em ambos os casos os índices de escolaridade são baixos (apenas 17,8% de todos os pacientes avaliados têm nível superior completo). Em um estudo conduzido por Tavares *et al* (2016) sobre a adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil, a baixa adesão ao tratamento foi maior naqueles indivíduos com menor escolaridade, demonstrando que este é um fator que deve ser considerado no processo de cuidado.

Finalmente é preciso considerar que entre os pacientes judicializados 41,1% deles tem o suporte de cuidadores (necessitam de lembrete ou assistência para tomar a medicação ou são incapazes de tomar a medicação sozinhos) enquanto o grupo de pacientes não judicializados 87,7% tem a gestão do tratamento por conta própria.

Neste caso a baixa escolaridade aliada a falta de apoio na gestão do tratamento aliada a falta dos medicamentos nos postos e a impossibilidade de comprá-los com meios próprios podem ser as causas da baixa adesão de pacientes não judicializados. Para esses pacientes, estratégias de orientação em relação ao tratamento precisam ser utilizadas para melhor entendimento dos regimes terapêuticos prescritos aliado a garantia de que os medicamentos serão entregues de forma oportuna na rede SUS.

## **7. Conclusão**

A caracterização dos pacientes judicializados neste estudo apontou para uma assistência prévia oriunda do setor privado, com predominância de pacientes adultos e idosos, sendo a maioria do sexo feminino. Uma alta frequência de pacientes polimedicados foi observada, o que pode impactar na adesão ao tratamento dessa categoria. Além disso, essa 'polimedicação' veio assinalada por medicamentos pertencentes e não pertencentes ao elenco SUS, sendo estes últimos a justificativa pela procura da judicialização pelos usuários. Dentro do perfil de judicializados foi verificado que a origem da maioria das ações é da Defensoria Pública, o que facilita o processo por não exigir custos ao demandante.

Pacientes portadores de ordem judicial têm um caminho percorrido de forma diferencial às vias normais dentro do Sistema Único de Saúde para a obtenção de medicamentos. A maioria deles apresenta prescrições que contém medicamentos de alto custo e não inclusos nas listas oficiais de fornecimento via sistema público. Grande parte destes pacientes têm patologias crônicas e destes fármacos depende sua vida. Desta forma, pacientes que recorrem a ordens judiciais apresentam uma melhor adesão ao tratamento do que pacientes não judiciais.

Embora não fosse um dos objetivos deste estudo a confiabilidade dos três instrumentos utilizados (BMQ, Morisky et al e ARMS) foi testada. O teste que apresentou menos confiável foi o de Morisky et al. novos estudos devem ser conduzidos com a finalidade de verificar se o teste em questão permanece sendo útil se aplicado em conjunto com os demais testes.

## **Produto Educacional**

Os produtos educacionais deste estudo foram construídos em forma de vídeo, direcionados para usuários e profissionais de saúde, e organizados sistematicamente para o alcance dos objetivos do presente estudo. Foi construída uma série de 3 vídeos voltados à Educação em Saúde na área do Cuidado Farmacêutico

- Público-alvo: Profissionais da área de saúde e usuários de medicamentos.

Os 03 vídeos abordaram temas referentes ao Uso Racional de Medicamentos, visando melhorar a utilização dos mesmos pela sociedade.

O primeiro vídeo da série intitulado “Medicamentos, onde devem habitar?” apresentou um conteúdo sobre armazenamento e descarte de medicamentos.

O segundo vídeo abordou o tema da Automedicação, trazendo definições, riscos, alertas e promoção do Uso Racional de Medicamentos.

O terceiro vídeo apresentou o Núcleo de Segurança do Paciente, na perspectiva do medicamento seguro, trazendo informações sobre administração de medicamentos e suas nuances.

## 1. Introdução

No Brasil, a assistência farmacêutica tem o objetivo de garantir o acesso da população aos medicamentos essenciais e prover o uso adequado e racional dos mesmos (Brasil, 2001). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1985), entende-se que há uso racional de medicamentos quando pacientes recebem medicamentos apropriados para suas condições clínicas, em doses adequadas às suas necessidades individuais, por um período adequado e ao menor custo para si e para a comunidade.

Com a evolução dos medicamentos, além das vantagens no combate às doenças existem os problemas advindos de sua fabricação e utilização. As sobras de tratamentos anteriores, ou mesmo dispensação de medicamentos em quantidade superior ao tratamento devido prescrição incompleta ou incorreta, juntamente com a impossibilidade de fracionamento de alguns desses produtos (EICKHOFF; HEINECK; SEIXAS, 2009), podem causar o seu acúmulo na residência dos usuários validade problemas tanto de saúde como ambientais. Os medicamentos, administrados na própria residência além do risco de intoxicação, quando vencidos trazem riscos à saúde do usuário.

O descarte inadequado de medicamentos é outra questão importante a ser observada. Embora não seja de conhecimento da maioria da população, o lixo comum ou vaso sanitário não são os destinos corretos para eliminação desses produtos (VAZ; FREITAS; CIRQUEIRA, 2011). De acordo com Falqueto et al (2013) aproximadamente 20% dos medicamentos utilizados pela população brasileira são descartados em lixo doméstico ou lançados na rede de esgoto.

O órgão responsável pela regulamentação dos meios de descarte desses medicamentos é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que com base na resolução RDC nº306/04 (BRASIL, 2004), exige que estabelecimentos de serviços saúde disponham de Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS). Contudo não foram editadas normas que abranjam o consumidor final com relação ao descarte de medicamentos. Sendo assim, o correto seria entregar os medicamentos vencidos em farmácias, postos de saúde ou hospitais que os recebam,

para que sejam processados por empresas especializadas juntamente com o lixo hospitalar (VAZ; FREITAS; CIRQUEIRA, 2011).

A destinação final dos resíduos de origem farmacêutica é um tema relevante para a saúde pública decorrente das diferentes propriedades farmacológicas dos medicamentos que, inevitavelmente, se tornarão resíduos (FALQUETO, KLINGERMAN, ASSUMPÇÃO, 2010).

Segundo Mendes et al (2010), inúmeras são as causas das sobras de medicamentos e, dentre elas, podemos citar as apresentações das especialidades farmacêuticas com quantidades aquém ou além dos esquemas posológicos normalmente empregados, a propaganda de medicamentos estimulando a aquisição não necessária, a não adesão dos pacientes ao tratamento prescrito, à alteração de esquema medicamentoso durante o tratamento, entre inúmeras outras.

Medicamentos são importantes bens sociais. Sua utilização pela população brasileira é alta e influenciada por vários fatores, entre eles, o aumento da expectativa de vida da população e o conseqüente aumento da carga de doença crônica, o surgimento de novas e velhas doenças transmissíveis, o aumento da prevalência de doenças mentais, as patologias resultantes da degradação do meio ambiente, da poluição ambiental e de mudanças climáticas (CARVALHO et al., 2005).

A veiculação de propagandas de medicamentos isentos de prescrição na mídia, a presença da farmacinha caseira nos domicílios e a crença de que os medicamentos resolvem tudo, são fatores importantes para a prática da automedicação (ARRAIS et al., 2016). A Organização Mundial da Saúde (1998) define automedicação como a seleção e o uso de medicamentos sem prescrição ou supervisão do profissional prescritor. A automedicação é um fenômeno mundial e sua prevalência difere em função da população estudada, do método e do período recordatório utilizado.

Dessa forma, é essencial que se tenha ações de educação em saúde e gerenciamento correto dos resíduos farmacêuticos de forma a minimizar o descarte inadequado dos medicamentos. Isso inclui medidas que incentive o uso racional e fracionamento de medicamentos e ações como recolhimento e tratamento dos resíduos domiciliares, evitando-se que esses sejam descartados em lixos ou nas redes de esgoto (BRASIL, 2010; FALQUETO, KLINGERMAN, 2013).

Segundo a OMS (2009), erro de medicação é definido como qualquer evento evitável que pode causar ou induzir ao uso inapropriado de medicamento ou prejudicar o paciente, podendo ser considerado um Evento Adverso aos Medicamentos, quando o evento gera danos ao paciente. Com o intuito de prevenir e reduzir a incidência de tais eventos adversos nos serviços de saúde, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) publicaram, no ano de 2013, o Protocolo da Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos, através da RDC nº 36, a ser praticado em todos os estabelecimentos que prestam cuidados à saúde, em todos os níveis de complexidade, em que medicamentos sejam utilizados para profilaxia, exames diagnósticos, tratamento e medidas paliativas.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Este protocolo define que a administração segura de medicamentos depende de 9 medidas chamadas de “9 certos”. São eles: Paciente certo, Medicamento certo, Via certa, Hora certa, Dose certa, Registro correto, Orientação correta, Forma certa e Resposta Certa. Sendo cada um deles, uma etapa relacionada a administração segura da medicação.

O presente trabalho propõe através de Recursos Educacionais, em vídeo, aproximar seus usuários e profissionais de informações referentes ao armazenamento, descarte correto de medicamentos, alertar sobre os riscos da automedicação e demonstrar a importância da segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos nos ambientes de saúde. Uma vez que os medicamentos são insumos muito utilizados pela sociedade, na maioria dos casos possui alto custo e ainda podem representar sérios riscos pela utilização inadequada, percebe-se a importância de materiais educativos que possam auxiliar na conscientização do seu uso racional.

## **2. Objetivos**

### **2.1 Objetivo Primário**

Informar aos usuários e profissionais da saúde sobre o uso racional de medicamentos.

### **2.2 Objetivos Secundários**

- Facilitar o conhecimento e a conscientização dos usuários e profissionais de saúde sobre o armazenamento e descarte de medicamentos;
- Informar a população sobre a automedicação, bem como esclarecer sobre os riscos e reações adversas a medicamentos;
- Informar a população e aos profissionais de saúde sobre o protocolo de Segurança na Prescrição, uso e Administração de Medicamentos, alertando sobre cada etapa envolvida nesta tarefa.

### 3. Referencial Teórico

Um recurso educacional é um material didático sempre com uma função específica. Isso quer dizer que além de objetivar a abordagem de um conceito, sua potencialidade significativa possibilita ligação sólida entre conceitos que se pretende ensinar e procedimentos para aprendê-los. Recursos educacionais envolvem análise de necessidades, objetivos, definição de estratégias de avaliação, decisão sobre atividades, exemplos, escrita, testes e revisão dos materiais de acordo com os resultados (COMMONWEALTH OF LEARNING, 2005).

De acordo com Bento et al (2018), um dos desafios da popularização da ciência voltada para a saúde é aproximar da vida diária das pessoas os seus conceitos e as informações científicas. As tecnologias da comunicação e da informação permeiam o cotidiano social.

Temas relacionados à saúde despertam cada vez mais o interesse da sociedade. Tanto nas mídias tradicionais, como a televisão, quanto nas redes sociais, são comuns as divulgações acerca dos percalços e avanços dessa área.

Segundo Caldas (2010), a democratização do conhecimento científico e a construção de espaços dialógicos entre a academia e a sociedade podem contribuir para o desenvolvimento de uma cultura científica, mas, sobretudo, possibilitar o exercício da cidadania. Para isso, é fundamental o desenvolvimento de estratégias que proporcionem a aproximação entre as diversas instituições que produzem o conhecimento científico e a realidade das comunidades, promovendo, assim, a democratização desses conhecimentos e a ampliação do diálogo entre os diferentes atores sociais.

Com o desenvolvimento tecnológico cada vez mais rápido, e a evolução cada dia maior das mídias, a sociedade passou a ser rodeada por informação e comunicação que “a todo momento nos traz um fato novo, mostrando-nos o que ocorre em qualquer lugar do mundo em tempo real nos permitindo estar em dia com os acontecimentos gerados em todos os setores da sociedade”. (NUNES, 2012)

Entre as mídias disponíveis na atualidade, vale ressaltar a importância do vídeo como ferramenta de ensino. Este tipo de recurso constitui um instrumento didático que

estimula uma educação mais acessível e de fácil comunicação, além de ser estratégico em diversas situações. Segundo Pazzini e Araújo (2013), a aprendizagem significativa por meio de vídeos representa um desafio que se bem aplicado, abre possibilidades para uma maior eficiência na aprendizagem. O presente trabalho tem como produto, recursos educacionais em forma de uma série de três vídeos.

A intenção dos vídeos foi aproximar usuários da promoção do Uso Racional de Medicamentos. Além disso, os vídeos aproximam os profissionais de saúde de suas realidades e esclarece sobre os temas desenvolvidos. A linguagem utilizada foi a mais informal possível, para que a população e os profissionais de saúde tenham entendimento sobre o tema discutido.

O primeiro vídeo foi construído por uma agência de publicidade, com roteiro criado pela aluna autora do trabalho e a narração é feita por dois adultos que autorizaram o uso do som de voz, sem ônus para os autores. Os segundo e terceiro vídeos foram produzidos pela orientadora da mestranda, com roteiro criado pelas duas e narração de uma adolescente. A utilização de sua voz foi autorizada pela responsável, sem ônus para as autoras. Os trabalhos possuem licença no Creative Commons, (Atribuição-NãoComercial-CompartilhaIgual CC BY-NC-AS), que autoriza que outros remixem, adaptem e criem a partir do recurso para fins não comerciais, desde que atribuam aos autores o devido crédito e que licenciem as novas criações sob termos idênticos.

#### 4. Referencial Metodológico

Para a construção de um produto educacional é necessário organizar e definir objetivos, a fim de que a interação com o público-alvo se dê de maneira efetiva. Santos et al., 2019 propõe o Método-CTM3, onde: (C) Concepção do produto; (T) referencial Teórico sobre o tema e; (M3) referencial Metodológico que descreve as etapas de desenvolvimento do produto, baseado em três teorias: Análise Transacional utilizando a ferramenta da estrutura de personalidade com os três Estados de Ego (Pai, Adulto e Criança), Exploração Sensorial usando os cinco sentidos (audição, visão, olfato, gustativo e sinestésico) e Neurolíngua usando a ferramenta âncoras.

A Análise Transacional, uma das teorias utilizadas na construção dos produtos, é um método de análise criado por Eric Berne no fim dos anos 50, para a compreensão do comportamento humano, baseado numa abordagem humanista, considerando a essência humana, suas particularidades, sentimentos e subjetividade (HERSEY & BLANCHAD, 1986; NEULS, 2009). De acordo com Cruz e Resende (2019), a Análise Transacional é um estudo psicodinâmico, que enfatiza a modificação dos sentimentos, pensamentos e escolhas através do autoconhecimento e desenvolvimento pessoal tendo como objetivo uma linguagem simples e de fácil compreensão, é responsável por identificar os estados de ego, verificando a predominância deste na relação entre as pessoas e seus ambientes e de acordo com sua teoria, cada pessoa possui a personalidade separada em três estados de ego: Pai, Adulto e Criança. Segundo Hersey e Blanchad (1986), o estado de ego Pai é o resultado de condicionamentos que recebemos de figuras de autoridades na infância como pai, mãe e professores. É representado pela maneira de agir ou reagir comparada à que acredita que seus pais reagiriam diante da situação apresentada. Isso inclui expressões, sentimentos e palavras que ficaram em sua mente. Neste Estado de Ego, aparecem duas maneiras: direta e indireta de controle (CRUZ, RESENDE, 2019). O estado de ego Adulto pode operar em qualquer idade e é preocupado com a coleta de informações e sua aplicação lógica. Toma como base a realidade presente, e adota uma abordagem racional em vez de uma abordagem emocional. Já o estado de ego Criança é uma personalidade ou um conjunto de sentimentos perante a vida criado por experiências

passadas, particularmente na infância. Nos vídeos aqui construídos, foram inseridos os três estados acima.

A respeito da exploração sensorial, os sentidos mais evidenciados nos vídeos foram: audição, destacado pela forte narrativa, e visão, com as imagens adequadas ao contexto, demonstrando ambientes reais e vividos em nosso cotidiano. A exploração dos sentidos, é uma importante ferramenta de comunicação, pois através deles captamos as informações e sensações do mundo externo, facilitando a mudança de comportamento desejada e quanto mais elementos o produto apresenta, mais fácil promover essa mudança nos indivíduos (SANTOS et al., 2019). Além disso, fatores cinestésicos aparecem, na tentativa de provocar sensações que remetam a situações indesejadas, no tocante às proibições relacionadas às ações das narrativas. Os sentidos gustativo e olfativo apareceram de forma mais discreta, sendo evidenciados através de falas e imagens relacionadas ao cheiro ou ao gosto de alimentos.

As âncoras constituem ferramenta importante na estruturação de um produto educacional, são estímulos que remetem a alguma experiência anterior, podendo ser positivas ou negativas a depender da situação ou fato que a gerou. Sua utilização de forma positiva pode reforçar a consolidação da mudança de comportamento (SANTOS et al., 2019). Em relação à Neurolinguística, as âncoras foram inseridas nos 3 materiais, aparecendo nas diversas cenas e marcando uma forte presença de maneira positiva e amistosa. Nos primeiro e terceiro vídeos da série, as âncoras são a cápsula de medicamento 'Paracetonildo', que aparece em todas as cenas alertando o espectador sobre o tema desenvolvido. No segundo vídeo, a âncora vem representada por um farmacêutico, que aparece em todas as cenas, orientando sobre o assunto do vídeo.

Os vídeos produzidos foram intitulados: "Medicamentos, onde devem habitar?", "Automedicação" e "Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos". Foi escolhido o formato MP4, pela facilidade de divulgação que este produto pode oferecer, principalmente dentro dos ambientes de Saúde frequentados pelo público-alvo.

#### 4.1 “Medicamentos, onde devem habitar?”

O primeiro vídeo reproduz um diálogo entre duas usuárias de uma Unidade de Saúde, debatendo sobre orientações farmacêuticas sobre armazenamento e descarte de medicamentos. As duas personagens, Rita e Nazinha, fluem uma conversa informativa sobre como o indivíduo deve adotar hábitos que assegurem a integridade dos medicamentos que precisam ser estocados em casa, bem como, quais atitudes devem tomar na hora de descartar medicamentos vencidos sem prejudicar o meio ambiente.

O estado de ego Pai foi contemplado nos momentos de aconselhamento e orientação, onde uma das personagens demonstra como o indivíduo deve proceder para proteger sua saúde e o meio ambiente. Já o estado de ego Adulto, foi inserido nos momentos de reflexão da receptora da mensagem, onde a mesma reflete racionalmente sobre o assunto e esclarece suas dúvidas de forma racional. Por último, o estado de ego Criança foi inserido através de ‘Paracetonildo’, personagem que entra no contexto para ensinar de forma lúdica os cuidados que devem ser tomados para garantir um bom armazenamento de medicamentos.

O personagem ‘Paracetonildo’ aparece também como âncora do vídeo “Medicamentos, onde devem habitar?”, na construção ele tem a força de mostrar como devemos cuidar dos medicamentos e marcar a memória sobre o aprendizado pretendido através do recurso educacional.

Foram explorados os sentidos audição e visão, principalmente, pela forma de vídeo do recurso. Mas os sentidos cinestésicos, olfativo e gustativo, também foram inseridos no material, sendo despertados através do diálogo que menciona cheiros e sensações que aguçam estes sentidos. O diálogo entre as donas de casa remete ao horário de almoço, cheiro da comida, entre outros elementos mencionados.

O vídeo, em formato MP4, possui 1m50s, foi produzido e validado no ano de 2018, em oficina de validação promovida em evento da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. Após validação, foi inserido na plataforma EDUCAPES, com o link <http://educapes.capes.gov.br/handle/capes/429442>.

## **4.2 “Automedicação”**

O segundo vídeo em formato de aula, traz as informações importantes sobre os riscos da automedicação e alerta sobre os principais perigos desta prática. Os três estados de ego foram inseridos de forma semelhante ao primeiro vídeo produzido, com a diferença de que não há um diálogo, e sim uma orientação junto a momentos de reflexão, onde são contemplados os estados de ego Pai e Adulto. O estado de ego criança aparece através do formato de desenho animado das imagens do vídeo. A exploração sensorial neste vídeo, fica mais evidente no sentido cinestésico, uma vez que foram inseridas figuras que representam situações desagradáveis que podem ser vivenciadas nos casos de automedicação. Dentre os outros sentidos, audição e visão também são estimuladas pela forma de vídeo, e olfativo e gustativo, aparecem através das ações de administração e tomada de medicamentos, aparecendo através de ações que os representam.

Neste material, temos o farmacêutico como âncora, lembrando da importância deste profissional no contexto e gerando alertas aos expectadores, principalmente promovendo a educação e o Uso Racional de Medicamentos.

O vídeo, em formato MP4, possui 2m53s, foi produzido em 2020 e ainda não foi validado.

## **4.3 “Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos”.**

Por último, o terceiro vídeo, com formato de imagens semelhante à do segundo vídeo, mantendo fundo de tela preto, destaque nas ações e formato de aula – alerta. Traz uma aula sobre segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, explicando cada etapa que confere ao ato. Aborda os chamados “9 certos”, correspondentes a 9 atitudes que devem ser praticadas para garantir a segurança do paciente em relação aos medicamentos.

Os 3 estados de ego foram inseridos no vídeo, com ênfase ao Pai e Adulto, sendo o Adulto que explica o que é o tema explorando a razão, e o Pai, o que aconselha, determinando o que deve ser feito, uma vez que o tema exige um maior teor de informações e atitudes relacionadas à responsabilidade. O estado de ego

Criança é representado pelas imagens de desenho animado. Os sentidos mais evidentes neste material são audição e visão, e por ser uma continuidade da série, o vídeo também explora o cinestésico e os outros sentidos, olfativo e gustativo, aparecem através das diversas formas farmacêuticas (oral, nasal) representadas pelas imagens do vídeo. Novamente temos um 'boneco cápsula' como âncora, com autofalante, chamando atenção para o assunto abordado.

O vídeo, em formato MP4, possui 2m41s, foi produzido em 2020 e ainda não foi validado.

## Referências

Abrahão, A. L. **Bases histórico-conceituais para a compreensão do trabalho em saúde.** In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. de B. (Org.). O processo histórico do trabalho em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 57-96.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Lei Federal nº 12.305, de 2 de agosto de 2010. Institui a Política Nacional de Resíduos Sólidos; altera a Lei nº 9.605, de 12 de fevereiro de 1998 e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2 ago. 2010.

Akerman, M., Freitas, O. **Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM): avaliação dos serviços de atenção farmacêutica primária.** Ver. Saúde Pública, 51 Supl 2:1.2017.

American College of Clinical Pharmacy. **The definition of clinical pharmacy. Pharmacotherapy.** v. 28. n. 6. p.816-17.2008.

Angell, M. **In: A Verdade sobre os Laboratórios Farmacêuticos.** 4º Ed. Rio de Janeiro: Record. p. 10-17. 2009.

Arrais, P.S.D., Fernandes, M.E.P., da Silva Dal Pizzol, T., Ramos, L.R., Mengue, S.S., Luiza, V.L., Tavares, N.U.L., Farias, M.R., Oliveira, M.A., Bertoldi, A.D. **Prevalência da automedicação no Brasil e fatores associados.** Rev Saude Publica, v.50. n.2. p1-11s. 2016.

Balestra Neto, O. **A jurisprudência dos Tribunais Superiores e o Direito à Saúde: evolução rumo à racionalidade.** Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 87-111, 2015. Disponível em: <<https://bit.ly/2U31bnp>>. Acesso em: 21 nov. 2019.

Barra, S.A.R. **O acolhimento no processo de trabalho em saúde.** Serv. Soc. Rev., Londrina, v.13, n.2, p.119-142, Jan/Jun 2011.

Beckhauser, G. C., Valgas, C., Galato, D. **Perfil do estoque domiciliar de medicamentos em residências com crianças.** Rev. Ciências Farm. Básica Aplicada, 2012. v. 33, n. 4, p. 583-589.

Ben, J.A., Neumann, C.R., Mengue, S.S. **Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos.** Rev. Saúde Pública, 2012. v. 46, n. 2, p. 279-289.

Bento, S.F.V., Modena, C.M., Cabral, S.S. **Produção de vídeos educativos sobre saúde a partir da interlocução entre estudantes e pesquisadores.** Reciis Revista Eletrônica Comum. Inf. Inov. Saúde, v.12.n.3.p.335-45. jul-set 2018. Disponível em: [www.reciis.icict.fiocruz.br](http://www.reciis.icict.fiocruz.br) . e-ISSN: 1981-6278.

Bertolozzi, M.R., et al. **Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva**. Rev Esc Enf USP, v. 43. (Esp2). p.1326-30.2009.

Bittencourt, G. B. **O “estado da arte” da produção acadêmica sobre o fenômeno da judicialização da saúde no Brasil**. Cadernos Ibero- Americano de Direito Sanitário, Brasília, DF, v. 5, n. 1, p. 102-121, 2016. Disponível em: <<https://bit.ly/2JPwEVr>>. Acesso em: 13 janeiro de 2020.

Brasil. Presidência da República. Decreto nº. 68.806, de 25 de junho de 1971. Institui a Central de Medicamentos (CEME). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 26 jun 1971.

Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 3916 de 30 de outubro de 1998. A prova a Política Nacional de Medicamentos.

Brasil. Presidência da República. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 20 set. 1990 [acesso em 23 maio 2019]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm).

Brasil. Presidência da República. Lei nº. 9.787, de 10 de fevereiro de 1999. Altera a Lei nº. 6.360, de 23 de setembro de 1976, que dispõe sobre a vigilância sanitária, estabelece o medicamento genérico, dispõe sobre a utilização de nomes genéricos em produtos farmacêuticos e dá outras providências. **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 11 fev 1999.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência farmacêutica: instruções técnicas para a sua organização. **Secretaria de Políticas de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 338 de 06 de maio de 2004. **Aprova a Política Nacional de Assistência Farmacêutica**.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica. Relatório Final**. Brasília, DF:Ministério da Saúde, CDS; 2005.

Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Decreto nº7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. [acesso em 30set.2019]. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm).

Brasil. Ministério da Saúde. Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011. **Dispõe sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde SUS.** 2011 [acesso em 2019 jun 29]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12401.htm)

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº. 1.214, de 13 de junho de 2012. Institui o Programa Nacional de Qualificação da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (Qualifar-SUS). **Diário Oficial União**, Brasília, DF, 14 jun 2012; Seção 1:29.

Brasil. Ministério da Saúde. Anexo 3: **Protocolo de Segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos.** Brasília (DF): ANVISA, FIOCRUZ e FHEMIG, 2013. 46 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. **Serviços Farmacêuticos na Atenção Básica à Saúde.** Brasília, 2014 (Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica, Caderno 1). 108p.

Brasil. Instituto Akatu. **Descarte de remédios: uma questão muito grave.** [Acesso 20 set. 2018]. Disponível em:<http://www.akatu.org.br/central/especiais/2008/descartede-remedios-uma-questao-muito-grave>>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Departamento de Saúde da Família. Gestão do Cuidado Farmacêutico na Atenção Básica /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Primária Saúde, Departamento de Saúde da Família – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 384 p.: il.

Braveman O, Gruskin P. **Poverty, equity, human rights and health.** Bull World Health Organ. v.81, n.7, p.539-545. 2003.

Brawley, L.R, Culos-Reed, S.N. **Studying adherence to therapeutics regimens: overview, theories, recommendations.** Control Clin Trials, v.21. n. 5.p.156–163, 2000.

Bueno, C. S.; Weber D.; Oliveira, K.R. **Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS.** Rev. Ciências Farm. Básica. Aplicada, 2009.v. 30, n. 2,p. 75-82.

Cadogan, C.A., Ryan, C., Hughes, C.M. **Appropriate polypharmacy and medicine safety: when many is not too many.** Drug Saf, v.39.n.2.p.109-16.2016.

Caldas, G. **Divulgação e relações de poder.** Informação & informação, v.15, n.1, p.31-42. 2010.doi: <http://dx.doi.org/10.5433/1981-8920.2010v15n1espp31>

Carvalho, M.F., Oascin, A.R.P., Souza-Junior, P.R.B., Damacena, G.N., Szwarcwald, C.L. **Utilization of medicines by the Brazilian population, 2003**. Cad Saude Publica, v.21.n.1.p.100-108.2005.

Cecilio, L.C.O. **Apontamentos teóricos-conceituais sobre processos avaliativos considerando-se as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde**. Interface (Botucatu) [periódico na internet]. Abr./jun. 2011 [acesso em 4 fev.2019];1v.5.n.37. p.589-599. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n37/a21v15n37.pdf>.

Chieff, A.L., Barata, R.B. **Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.25, n.8, p. 1839-1849. 2009.

Cintra, F.A., Guariento, M.E., Miyasaki, L.A. **Adesão medicamentosa em idosos em seguimento ambulatorial**. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n. 3, p.3507-3515. 2010. DOI:10.1590/S1413-81232010000900025

Coelho, F.M.S.et al. **Benzodiazepínicos: uso clínico e perspectivas**. 2016. [http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id\\_materia=3291](http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3291)

Commonwealth Of Learning. **Creating learning materials for open and distance learning: a handbook for authors and instructional designers**. Vancouver, Canadá.2005.

Correr, C.J., Noblat, L.A.C.B., Castro, M.S. **Modelos de seguimento farmacoterapêutico**. In: **Assistência Farmacêutica no Brasil: Política, gestão e clínica. Atuação clínica do farmacêutico**. Volume V. Florianópolis: Ed. da UFSC; p. 221-51.2016.

Costa, L.R.L.G., Santos, K.C., Ferreira, L.B. **Adesão ao tratamento de hipertensão arterial**. J Health Sci Inst. v.37, n.4, p.351-359. 2019.

Costa e Silva, S.P., Menandro, M.C.S. **As representações sociais da saúde e de seus cuidados para homens e mulheres idosos**. Revista Saúde Soc. São Paulo, v.23. n.2. p.626-640. 2014.

Crozatti, M. T. L. **Estudo da utilização de antimicrobianos em infecções respiratórias agudas em crianças atendidas nas unidades de saúde de Maringá– PR: adesão e nível de informação na perspectiva do paciente**. (Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo).São Paulo, 2002. 94 p.

CRUZ, M.U.S., RESENDE, S.M. **Análise Transacional e os estados de ego: uma revisão bibliográfica**. Revista Eletrônica da Reunião Anual de Ciências. v.9. n.1.2019.<http://www.computacao.unitri.edu.br/erac/index.php/erac/article/view/1522>

Dewulf, N.L.S., Monteiro, R.A., Passos, A.D.C., Vieira, E.M., Troncon, L.E.A. **Adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com doenças gastrointestinais crônicas acompanhados no ambulatório de um hospital universitário.** Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, v. 42, n. 4, p. 575-584, out./dez., 2006.

Dias OV, Araújo FF, Oliveira RM, Chagas RB, Costa SM. **Acesso às consultas médicas nos serviços públicos de saúde.** Rev Bras Med Fam Comunidade, v.11, n. 38, p.1-13. 2016. [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11\(38\)1185](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc11(38)1185)

Eickhoff P, Heineck I, Seixas LJ. **Gerenciamento e destinação final de medicamentos: uma discussão sobre o problema.** Rev Brasileira Farm, 2009;90(2): p.64-8.

Eid, L.P., Nogueira, M.S., Veiga, E.V., Cesarino, E.J., Alves, L.M.M. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green.** Revista Eletrônica Enfermagem, [Internet]. 2013 abr/jun. v. 15, n. 2, p. 362-367. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.15599>.

Falqueto, E., Klingerman, D.C., Assumpção, R.F. **Como realizar o correto descarte de resíduos de medicamentos.** Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n. 2, p.3283-3293. 2010

Falqueto, E., Kligerman, D.C. **Diretrizes para um Programa de Recolhimento de Medicamentos Vencidos no Brasil.** Ciência saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3.2013.

Farias, C.M.L., Giovanella, L., Oliveira, A.E., Santos Neto, E.T. **Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde.** SAÚDE DEBATE. RIO DE JANEIRO, v. 43. n. especial. 5, p. 190-204. DEZ 2019.

Garber, M.C., Nau, D.P., Erickson, S.R., Aikens, J.E., Lawrence, J.B. **The concordance of self-report with other measures of medication adherence: a summary of the literature.** Med Care, v.42, n.7, p.649-652. 2004.

Garcia, R.A.C. **Os fatores de aderência ao tratamento farmacológico de hiperlipidemias em pacientes atendidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto.** [Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina de Ribeiro Preto, Universidade de São Paulo].Ribeirão Preto, 2003. 104 p.

Gusmão, J. L.; Mion Junior, D. **Adesão ao tratamento – conceitos.** Revista Brasileira de Hipertensão, v.13, n.1, p. 23-25, 2006. Disponível em: <http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/13-1/06-adesao-ao-tratamento.pdf>.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA ESTATÍSTICA. **Pesquisa de orçamentos familiares 2002-2003.** Rio de Janeiro: IBGE, 2004.

Hamilton, G.A. **Measuring adherence in hypertension clinical trial.** Eur Journal Cardiovascular Nurse.v.2, n.3, p.219-28. 2003. doi:10.1016/S1474-5151(03)00058-6

Hersey, P; Blanchard, K.H. **Psicologia para administradores: A teoria e suas técnicas de liderança situacional.** São Paulo: UPU, 1986.

Horne, R.; Weinman, J.; Hankins, M. **The beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication.** Psychology Health, v. 14, n. 1,p. 1-24, 1999.

Jin, H., Kim, Y., Rhie, S.J. **Fatores que afetam a adesão à medicação em idosos.** Preferência e adesão do paciente, v.10.p.2117–2125.2016. <https://doi.org/10.2147/PPA.S118121>

Katrein, F., Tejada, C.A.O., Restrepo-Méndez, M.C., Bertoldi, A.D. **Desigualdade no acesso a medicamentos para doenças crônicas em mulheres brasileiras.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.31.n. 7. p.:1416-1426, jul, 2015.

Kripalani, S., Risser, J., Gatti, M.E., Jacobson, T.A. **Development and evaluation of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) among low-literacy patients with chronic disease.** Value in health: the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, v.12.n.1.p.118-23.2009.

Leite, S.N., Vasconcellos, M.P.C. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, v.8. n.3.p.775-82.2003.

Lomper, K., Chabowski, M., Chudiak, A., Białoszewski, A., Dudek, K., Jankowska-Polańska, B. **Psychometric evaluation of the Polish version of the Adherence to Refills and Medications Scale (ARMS) in adults with hypertension.** Patient Preference and Adherence, v. 12, p.2661–2670, 2018. Disponível em: <<http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&i61d=L625483935%0Ahttp://dx.doi.org/10.2147/PPA.S185305>>. Acesso em 22 de janeiro de 2019.

Lopes, J.M.C., Dias, L.C. **Consulta e abordagem centrada na pessoa.** In: Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática. 2. ed. Porto Alegre: Artmed. p. 132-42.2018.

Lopes, L.M.N., Coelho, T.L., Diniz, S.D., Andrade, E.I.G. **Integralidade e universalidade da assistência farmacêutica em tempos de judicialização da saúde.** Saúde Soc, São Paulo, v.28, n.2, p.124-131, 2019.

Machado, M. Á. de A., Acurcio, F. de A., Brandão, C. M. R., Faleiros, D. R., Guerra, A. A., Cherchiglia, M. L., Andrade, E. I. G. **Judicialização do acesso a medicamentos no Estado de Minas Gerais, Brasil.** Revista de Saude Publica, 45(3), 590–598. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102011005000015>

Marin, N. *et. al* **Assistência farmacêutica para gerentes municipais**. 20 ed. Rio de Janeiro: OPAS/OMS, 373p. 2003.

Márquez-Contreras E. **Evaluación del incumplimiento em la práctica clínica. Hipertensión (Madri)**, v.25.n.5.p.205-213, 2008.

Melo, S.A.S., Trovo, A.G., Bautitz, I.R., Nogueira, R.F.P. **Degradação de fármacos residuais por processos oxidativos avançados**. Quím Nova, 2009;32(1): p. 188-97.

Mendes, Z., Crisóstomo, S., Marques, F.B., Martins, A.P., Rodrigues, V., Ribeiro, C.F. **Desperdício de medicamentos no ambulatório em Portugal**. Rev Port Clinica Geral, 2010;26:p.12-20.

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.n.1.p.67-74.1986.

Miller, N.H. **Compliance with treatment regimens in chronic asymptomatic diseases**. Am. J. Med., v. 102, p. 43-49, 1997.

Nascimento, R.C.R.M., Álvares, J., Guerra Junior, A.A., Gomes, I.C., Silveira, M.R., Costa, E.A., Leite, S.N., Costa, K.S., Soeiro, O.M., Guibu, I.A., Karnikowski, M.G.O., Acurcio, F.A. **Polifarmácia: uma realidade na atenção primária do Sistema Único de Saúde**. Rev Saude Publica, v.51. Supl 2:19s.2017.

Neuls, M. **Análise transaccional nas organizações: um estudo sobre liderança**. CRICIÚMA, 2009. 83 p. Monografia - Universidade do Extremo Sul Catarinense. UNESC.

Nemes, M.I.B. **Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos no Estado de São Paulo**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Novaes, H.M.D.; Soárez, P.C. **Organizações de avaliação de tecnologias em saúde (ATS): dimensões do arcabouço institucional e político**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 32, p. S1-S14, Suplemento 2.2016.

Nunes, S.M.S. **O vídeo na sala de aula: um olhar sobre essa ação pedagógica**. Monografia - Curso de Especialização em Mídias na educação, Universidade Federal do Amapá, Macapá, 2012.46p.

Obreli-Neto, P.R., Baldoni, A.O., Guidoni, C.M., Bergamini, D., Hernandez, K.C., Luz, R.T., Silva, F.B., Silva, R.O., Pereira, L.R.L., Cuman, R.K.N. **Métodos de avaliação de adesão à farmacoterapia**. Rev. Bras. Farmácia, v.93.n.4.p.403-410, 2012.

Oenning, D., Oliveira, B. V., Blatt, C. R. **Conhecimento dos Pacientes sobre os medicamentos prescritos após consulta médica e dispensação**. Ver. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.7, p.3277-3283. 2011.

Oliveira, M.R.M. **A judicialização da saúde no Brasil**. Tempus Actas de Saúde Coletiva, Brasília, DF, v. 7, n. 1, p. 79-90, abr. 2013.

Oliveira, M.R.M., Delduque, M.C., Sousa, M.F., Mendonça, A.V.M. **Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas SAÚDE DEBATE**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.525-535, ABR-JUN 2015.

Organización Mundial de la Salud (OMS). **Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional**.Genebra, enero 2003 [acesso em 1 out 2019]. Disponível em: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4871s/s4871s.pdf>

Pazzini, D. N. A.; Araújo, F. V. **O uso do vídeo como ferramenta de apoio ao ensino-aprendizagem**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Mídias na Educação), Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS), 2013. Disponível em: [https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/729/Pazzini\\_Darlin\\_Nalu\\_Avila.pdf?sequence=1](https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/729/Pazzini_Darlin_Nalu_Avila.pdf?sequence=1).

Pepe, V.L.E., Figueiredo, T.A., Simas, L., Osorio-de-Castro, C.G.S., Ventura, M. **A judicialização da saúde e os novos desafios da gestão da assistência farmacêutica**. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n. 5, p.2405-2412. 2010a.

Pepe, V.L.E., Ventura, M., Sant'ana, J.M.B., Figueiredo, T.A., Souza, V.R., Simas, L., Osorio-de-Castro, C.G.S. **Caracterização de demandas judiciais de fornecimento de medicamentos "essenciais" no Estado do Rio de Janeiro, Brasil**. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, p. 461-471, 2010b.

Pereira, J. R. *et. al.* **Riscos da automedicação: Tratando o problema com o conhecimento**. São Paulo: Univille, 2010.

Possamai, F.P., Dacoreggio, M.S. **A habilidade de comunicação com o paciente no processo de atenção farmacêutica**. Trab. Educ. Saúde, v. 5 n. 3, p. 473-490, nov.2007/fev.2008.

Prata, P.B.A, Cunha, M.R., Pereira, E.G., Nichiata, L.Y.I. **Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas**. O Mundo da Saúde, São Paulo –v.36.n.3.p. 526-530.2012.

Ramos, L.R., Tavares, N.U.L., Bertoldi, A.D., Farias, M.R., Oliveira, M.A., Luiza, V.L. **Polifarmácia e polimorbidade em idosos no Brasil: um desafio em saúde pública**.Revista Saúde Pública, v.50(supl 2):9s.2016.

Rocha, C.H., Oliveira, A.P., Ferreira, C., Faggiani, F.T., Schroeter, G., Souza, A.C., et al. **Adesão a prescrição médica em idosos de Porto Alegre, RS**. Ciências Saude Coletiva, n.13,p.:703-10.2008.

Romero, L.C. **Judicialização das políticas de assistência farmacêutica; o caso do distrito federal.** Brasília: Consultoria Legislativa do Senado Federal; 2008.

Sáez-Benito, L., Fernandez-Llimos, F., Feletto, E., Gastelerrutia, M.A., Martinez-Martinez, F., Benrimoj, S.I. **Evidence of the clinical effectiveness of cognitive pharmaceutical services for aged patients.** Age Ageing, p.42.n.4.p.442-9. 2013.

Salgado, T., Marques, A., Geraldés, L., Benrimoj, S., Horne, R., Fernandez-Llimos, F. **Cross-cultural adaptation of the Beliefs about Medicines Questionnaire into Portuguese.** São Paulo Med J, v.131.n.2.p.88-94. Apr 2013

Sant'ana, R. N. **A saúde aos cuidados do judiciário: a judicialização das políticas públicas de assistência farmacêutica no Distrito Federal a partir da jurisprudência do TJDF.** 2009.159 p. Dissertação (Mestrado em Direito) – Faculdade de Direito, Universidade de Brasília, Brasília.

Sant'Ana, J.M.B., Pepe, V.L.E., Osorio-de-Castro, C.G.S., Ventura, M. **Essencialidade e assistência farmacêutica: considerações sobre o acesso a medicamentos mediante ações judiciais no Brasil.** Rev Panamericana de Salud Publica, v.29.n.2.p. 138–44.2011.

Santa Helena, E.T., Nemes, M.I.B., Eluf-Neto, J. **Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos.** Revista de Saúde Pública, v.42, n. 4, p.764-767.2008.

Santos, B.R.M.; Teixeira, J.; Gonçalves, D.; Gatti, R.M.; Yavo, B.; Aragão, C.C.V. **Blood pressure levels and adherence to treatment of hypertensive patients, users of a school pharmacy.** Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences, v. 46, n. 3, p. 421-430, 2010.

Santos, F.T.C. **Análise da Implantação de Serviços Clínicos Farmacêuticos na Atenção Básica em uma Região do Município de São Paulo.** Dissertação (mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade de Brasília, Brasília, 2017. 67p.

Santos, A. A. et al. **Integrated Model of Course Based on Edu-Communication and Psycho-Communication in Learning.** Rev. Creative Education, v. 10, p. 1080-1090, 2019. Disponível em: <http://m.scirp.org/papers/92975>

Scherer, M.D.A., Pires, D.E.P., Jean, R. **A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família.** In: Ciência & Saúde Coletiva, 18(11):3203-2312, 2013.

Schraiber, L. B. et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 221-241, 1999.

Silva, R.C.S. **Medicamentos excepcionais no âmbito da assistência farmacêutica no Brasil** [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2000.

Siqueira, P. S. F. **A judicialização da saúde no estado de São Paulo**. In: CONASS – CONSELHONACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. *Direito à saúde*. Brasília, DF, 2015. p. 1-15. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS: 2015). Disponível em: <<https://bit.ly/2CJhoTL>>. Acesso em: 14 abril 2020.

Suleiman, S. *et. al* **Trends of Home Drug Storage and Use in Different Regions across the Northern United Arab Emirates**. Rev. Med. Princ., v.19, p. 355–358, 2010.

Tanaka, O.Y. **A Judicialização da Prescrição Medicamentosa no SUS ou o desafio de Garantir o Direito Constitucional de Acesso à Assistência Farmacêutica**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, v. 9, n. 1 p. 137-143 Mar./Jun. 2008.

Tavares, N.U.L., Bertoldi, A.D., Mengue, S.S., Arrais, P.S.D., Luiza, V.L., Oliveira, M.A., Ramos, L.R., Farias, M.R., Pizzol, T.S.D.P. **Fatores associados à baixa adesão ao tratamento farmacológico de doenças crônicas no Brasil**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 50, s. 2, 10s, 2016. Acesso em: 08 de setembro de 2020. <https://doi.org/10.1590/s1518-8787.2016050006150>.

Teixeira, J.J., Lefevre, F. **A prescrição medicamentosa sob a ótica do paciente idoso**. Revista Saude Publica, v.35.n.2. p.207-213. 2001. DOI:10.1590/S0034-89102001000200016

Tonete, D.A., Chiusoli, C.L. **Judicialização no acesso a medicamentos: análise acerca dos impactos na gestão em saúde**. O Social em Questão - Ano XXII - nº 44 -. p.87-110. Mai a Ago/2019.

Tschiedel, B. **Complicações crônicas do diabetes**. Jornal Brasileiro de Medicina. v.102, n.5, p. 7-12. Setembro/Outubro, 2014.

Vasconcelos, D.M.M., Chaves, G.C., Azeredo, T.B., Silva, R.M. **Política Nacional de Medicamentos em retrospectiva: um balanço de (quase) 20 anos de implementação**. Ciênc. Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.22 n.8 p.2609-2614. Agosto. 2017

Vaz, K. V; Freitas, M. M; Cirqueira, J. Z. **Investigação sobre a forma de descarte de medicamentos vencidos**. In: Cenarium Pharmaceutico, v. 4, n. 4, p. 6-27, 2011.

Ventura, M., Simas, L., Pepe, V.L.E., Schramm, F.R. **Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde**. Physis : Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 77-100, 2010. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000100006&lng=en&nrm=iso)>

Vieira, F.S. **Possibilidades de contribuição do farmacêutico para a promoção da saúde.** Ciênc. saúde coletiva, v.12.n.1.p.213-20.março. 2007

Vieira, E.W.R., Lima, T.M.N., Gazzinelli, A. **Tempo de espera por consulta médica especializada em um município de pequeno porte de Minas Gerais, Brasil.** Revista Mineira de Enfermagem, v.19.n.1.p.65-71. jan/mar. 2015

Xin, C., Xia, Z., Jiang, C., Lin, M., Li, G. **Effect of pharmaceutical care on medication adherence of patients newly prescribed insulin therapy: a randomized controlled study.** Patient Prefer Adherence, v.18.n.9.p.797-802.2015 DOI: 10.2147/PPA.S84411.

Wannmacher, L. **Medicamentos essenciais: vantagens de trabalhar com este contexto. Brasil: OPAS/OMS; 2006.** Disponível em: [portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med\\_essenciais.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/med_essenciais.pdf). Acessado em 10 de maio de 2018.

World Health Organization. **The Rational use of drugs: report of the conference of experts.** Nairóbi, 25-29 november 1985. Geneva: WHO; 198p.

World Health Organization. **World Alliance for Patient Safety. Taxonomy. The Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety: final technical report.** Geneva (Switzerland):World Health Organization; 2009

## **APÊNDICE A**

### **FICHA TÉCNICA - “Medicamentos, onde devem habitar?”**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL

MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

#### **Organização e roteiro:**

Ana Renata Lima Leandro

#### **Referências:**

[bvms.saude.gov.br](http://bvms.saude.gov.br)

#### **Orientação:**

Carmen Silvia Motta Bandini

Heloísa Helena Motta Bandini

#### **Narração:**

Ana Renata Lima Leandro

Manuella Pereira Cavalcante de Melo Queiroz

#### **Produção:**

Smart Agência Digital

#### **Imagens:**

[freepik.com](http://freepik.com)

#### **Música e efeitos sonoros:**

[youtube.com.br](http://youtube.com.br)

#### **Licença Creative Commons:**



BY



NC



SA

**FICHA TÉCNICA - “Automedicação”**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL

MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

**Texto:**

Ana Renata Lima Leandro

**Referências:**

bvms.saude.gov.br

ANVISA

**Orientação:**

Heloisa Helena Motta Bandini

**Narração:**

Maria Eduarda Lima Leandro

**Produção:**

Heloisa Helena Motta Bandini

**Imagens:**

freepik.com

depositphotos.com

**Edição de Imagens e Montagem:**

Heloisa Helena Motta Bandini

**Licença Creative Commons:**

BY



NC



SA

**FICHA TÉCNICA - “Núcleo de Segurança do Paciente”**

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE ALAGOAS - UNCISAL

MESTRADO PROFISSIONAL DE ENSINO EM SAÚDE E TECNOLOGIA

**Texto:**

Ana Renata Lima Leandro

**Referências:**

IBSP

ANVISA

**Orientação:**

Heloisa Helena Motta Bandini

**Narração:**

Maria Eduarda Lima Leandro

**Produção:**

Heloisa Helena Motta Bandini

**Imagens:**

freepik.com

depositphotos.com

**Edição de Imagens e Montagem:**

Heloisa Helena Motta Bandini

**Licença Creative Commons:**

## APÊNDICE B

### APÊNDICE 2

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ

Eu, Ana Renata Lima Leandro, autorizo o uso do som da voz, disponibilizados através de gravação de áudio para compor o vídeo educacional "MEDICAMENTOS, ONDE DEVEM HABITAR?", elaborado como produto da disciplina "Recursos Educacionais", do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNICISAL. E que estas sejam destinadas à divulgação ao público em geral e/ou para formação de acervo digital.

A presente autorização abrange os usos acima indicados tanto em mídia eletrônica, redes sociais, banco de dados informatizados, repositórios digitais, suportes de computação gráfica em geral e/ou divulgação científica de pesquisas e conteúdos para arquivamento e formação de acervo sem qualquer ônus para a UNICISAL, os autores ou terceiros por eles expressamente autorizados, que poderão utilizá-las em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza educacional voltada à informação em saúde e educação formal ou informal, em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos ao som da voz e nome da referida pessoa, e assino a presente autorização.

Arapiraca, 15 de Setembro de 2018.

  
Assinatura

|  |
|--|
| Nome: Ana Renata Lima Leandro  |
| Endereço: Rua Advogado Mário Corrêa de Macedo,03 Bairro: Jardim Tropical |
| Cidade: Arapiraca - AL   |
| RG Nº: 1741831 SSP-AL  |
| CPF Nº: 039.733.204-74   |
| Telefone para contato: (32) 99902-0423                                   |

## APÊNDICE B

### APÊNDICE 2

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ

Eu, Maruella Pereira Cavalcante de Melo Queiroz, autorizo o uso de som de voz, disponibilizados através de gravação de áudio para compor o vídeo educacional "MEDICAMENTOS, ONDE DEVEM HABITAR?", elaborado como produto da disciplina "Recursos Educacionais", do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. E que estas sejam destinadas à divulgação ao público em geral e/ou para formação de acervo digital.

A presente autorização abrange os usos acima indicados tanto em mídia eletrônica, redes sociais, banco de dados informatizados, repositórios digitais, suportes de computação gráfica em geral e/ou divulgação científica de pesquisas e relatórios para arquivamento e formação de acervo sem qualquer ônus para a UNCISAL, os autores ou terceiros por seus expressamente autorizados, que poderão utilizá-las em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza educacional voltada à informação em saúde e educação formal ou informal, em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a exposição da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos ao som de voz e nome da referida menor, e cesso a presente autorização.

Arapiraca, 24 de Setembro de 2018.



Assinatura

|   |
|---|
| Nome: Maruella Pereira Cavalcante de Melo Queiroz         |
| Endereço: Rua Ruan Diego de Paiva,62 Bairro: Baixa Grande |
| Cidade: Arapiraca - AL                                    |
| RG Nº: 1695370 SSP-AL                                     |
| CPF Nº: 037.670.914-61                                    |
| Telefone para contato: (82) 9928-8811                     |

## APÊNDICE B – AUTOMEDICAÇÃO

### APÊNDICE 2

#### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ

Eu, Ana Renata Lima Leandro, autorizo o uso de som da voz de Maria Eduarda Lima Leandro, disponibilizados através de gravação de áudio para compor o vídeo educacional “AUTOMEDICAÇÃO”, elaborado como produto do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. E que estas sejam destinadas à divulgação ao público em geral e/ou para formação de acervo digital.

A presente autorização abrange os usos acima indicados tanto em mídia eletrônica, redes sociais, banco de dados informatizados, repositórios digitais, suportes de computação gráfica em geral e/ou divulgação científica de pesquisas e relatórios para arquivamento e formação de acervo sem qualquer ônus para a UNCISAL, os autores ou terceiros por esses expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza educacional voltada à informação em saúde e educação formal ou informal, em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos ao som de voz e nome da referida menor, e assino a presente autorização.

Arapiraca, 08 de Outubro de 2020|

*Ana Renata Lima Leandro*

Assinatura

|   |
|---|
| Nome: Ana Renata Lima Leandro                             |
| Endereço: Rua Mario Correia Macedo, 03. Bairro São Luiz I |
| Cidade: Arapiraca – AL                                    |
| RG Nº: 1.741.831 SSP-AL                                   |
| CPF Nº: 039.755.294-74                                    |
| Telefone para contato: (82) 99902-0423                    |

## APÊNDICE B – NÚCLEO DE SEGURANÇA DO PACIENTE

### TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE SOM DE VOZ

Eu, Ana Renata Lima Leandro, autorizo o uso de som da voz de Maria Eduarda Lima Leandro, disponibilizados através de gravação de áudio para compor o vídeo educacional “Núcleo de Segurança do Paciente”, elaborado como produto do Programa de Mestrado Profissional de Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas - UNCISAL. E que estas sejam destinadas à divulgação ao público em geral e/ou para formação de acervo digital.

A presente autorização abrange os usos acima indicados tanto em mídia eletrônica, redes sociais, banco de dados informatizados, repositórios digitais, suportes de computação gráfica em geral e/ou divulgação científica de pesquisas e relatórios para arquivamento e formação de acervo sem qualquer ônus para a UNCISAL, os autores ou terceiros por esses expressamente autorizados, que poderão utilizá-los em todo e qualquer projeto e/ou obra de natureza educacional voltada à informação em saúde e educação formal ou informal, em todo território nacional e no exterior.

Por esta ser a expressão da minha vontade declaro que autorizo o uso acima descrito sem que nada haja a ser reclamado a título de direitos conexos ao som de voz e nome da referida menor, e assino a presente autorização,

Arapiraca, 28 de Outubro de 2020.

*Ana Renata Lima Leandro*

Assinatura

|   |
|---|
| Nome: Ana Renata Lima Leandro                                 |
| Endereço: Rua Advogado Mario Correia de Macedo,03, São Luiz I |
| Cidade: Arapiraca – AL  |
| RG Nº: 1.741.831 SSP-AL                                       |
| CPF Nº: 039.755.294-74  |
| Telefone para contato: (82) 99902-0423                        |

## APÊNDICE B – APLICABILIDADE DO PRODUTO

Vimos através deste documento declarar que a mestranda Ana Renata Lima Leandro, sob orientação da Profª Drª Heloísa Helena Motta Bandini, aplicou o recurso educacional intitulado "Medicamentos, onde devem habitar?" junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde, nos dias 14 e 21 de novembro de 2019, através da articulação com farmacêuticos do NASF AB, com o objetivo de fortalecer o Uso Racional de Medicamentos.

O referido recurso constitui um produto final da Dissertação "Adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de Ordem Judicial de um município alagoano, do Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL).

  
Ediane Rodrigues da Silva  
Farmacêutica Generalista  
CRF. 2622

4<sup>o</sup> CENTRO DE SAÚDE  
R. Nossa Senhora da Salete, 1003  
CEP 57000-300-Itapoã  
Arapiraca - AL

Vimos através deste documento declarar que a mestrande Ana Renata Lima Leandro, sob orientação da Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Heloísa Helena Motta Bandini, aplicou o recurso educacional intitulado "Medicamentos, onde devem habitar?" junto aos usuários das Unidades Básicas de Saúde, nos dias 06 e 07 de novembro de 2019, através da articulação com farmacêuticos do NASF AB, com o objetivo de fortalecer o Uso Racional de Medicamentos.

O referido recurso constitui um produto final da Dissertação "Adesão ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de Ordem Judicial de um município alagoano, do Mestrado em Ensino em Saúde e Tecnologia da Universidade Estadual de Ciências da Saúde (UNCISAL).

Alba Taleria Barmauba do Anjos  
Joo' Pedro de Oliveira  
Sumara N.B. Gomes

4<sup>o</sup> CENTRO DE SAÚDE  
R. Nossa Senhora da Salete, 1003  
CEP 57000-300-Itapoã  
Arapiraca - AL

Maria Ricardo de Oliveira  
Bárbara Cláudia de S. Oliveira  
Lafnia Rocha de Louro  
Mônica Faria de Melo Silva  
Mônica Maria de Castro

Eduardo Evareira Senório  
Mônica Jurelia F. dos Santos  
Rafael Gomes da Silva  
Walquelme de Lima Silva  
Ramon da Paz Bezerra 11.01.94  
Hospital do Trabalho de Arapiraca

## APÊNDICE C – Autorização da Pesquisa



PREFEITURA DE  
**ARAPIRACA**

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

### AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA

Eu, Glifson Magalhães dos Santos, RG 99001313273, CPF: 062.681.984-92, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de Arapiraca – Central de Abastecimento Farmacêutico, autorizo a realização da Pesquisa intitulada ATUAÇÃO FARMACÊUTICA ATRAVÉS DE ESTRATÉGIAS INOVADORAS COM VISTAS À MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA ÁREA DE JUDICIALIZAÇÃO, que tem por objetivo humanizar o atendimento aos pacientes portadores de Ordem Judicial e garantir o acesso à informações sobre a disponibilização de seus tratamentos de forma a efetivar a garantia do direito à Saúde e promover o uso racional de medicamentos.

Estou ciente de que a pesquisa será realizada sob a responsabilidade de ANA RENATA LIMA LEANDRO e <PESQUISADORES ENVOLVIDOS NA PESQUISA>, e concordo que a mesma seja realizada no período de 30/04/19 a 30/06/20.

“Declaro ter conhecimento do projeto de pesquisa, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12 e 510/16. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como Instituição envolvida no presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esta autorização condiciona o início da pesquisa e coleta de dados à apresentação do Parecer Favorável a execução da pesquisa emitida pelo sistema CEP/CONEP e a entrega de uma cópia do parecer.

Arapiraca, 03/04/2019.

Atenciosamente,

  
GLIFSON MAGALHÃES DOS SANTOS  
Secretário Municipal de Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde – SMS

## APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu,.....  
responsável por.....

fui convidado(a) a participar como voluntário(a) do estudo “ATUAÇÃO FARMACÊUTICA ATRAVÉS DE ESTRATÉGIAS INOVADORAS COM VISTAS À MELHORIA DA ASSISTÊNCIA PRESTADA NA ÁREA DE JUDICIALIZAÇÃO.”, recebi da Farmacêutica, ANA RENATA LIMA LEANDRO, orientanda da Professora Dra. HELOISA HELENA MOTTA BANDINI, responsável por sua execução, as seguintes informações que me fizeram entender sem dificuldades e sem dúvidas os seguintes aspectos:

- ✓ Que o estudo se destina a conhecer quem são os portadores de Ordem Judicial do município de Arapiraca.
- ✓ Que os resultados que se deseja alcançar são os seguintes: Melhorar a qualidade do atendimento prestado aos usuários deste serviço, bem como, promover o Uso Racional de Medicamentos, isto é, como usar e cuidar dos medicamentos recebidos pelo serviço de farmácia do município.
- ✓ Que entre os benefícios deste estudo pode-se incluir proporcionará uma maior organização do serviço de farmácia do município de Arapiraca
- ✓ Que esse estudo começará em julho de 2019 e terminará em junho de 2020,
- ✓ Que o estudo será feito da seguinte maneira: A pesquisa será conduzida envolvendo questionários aos usuários portadores de ordem judicial, para obter informações sobre o conhecimento básico sobre seus tratamentos (medicamentos), bem como serão promovidas rodas de conversas com os mesmos, para abordar os conhecimentos sobre usar e cuidar dos medicamentos recebidos e a sobre o processo judicial.
- ✓ Que de acordo com a proposta da pesquisa, o risco ético que deverá ser evitado é a divulgação de dados confidenciais do
- ✓ s sujeitos. Porém, uma vez que o objetivo das entrevistas que serão realizadas é de interesse individual para orientação farmacêutica sobre medicamentos, esse risco pode ser minimizado. O local das entrevistas será reservado, preservando a liberdade de comunicação e diminuindo possíveis desconfortos aos entrevistados.
- ✓ Que, sempre que eu desejar, serão fornecidos esclarecimentos sobre cada uma das etapas do estudo.

- ✓ Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando do estudo e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo a mim como responsável ou ao meu filho (filha).
- ✓ Que as informações conseguidas por meio da minha participação ou de meu filho (filha) não permitirão a identificação dele(a), exceto aos responsáveis pelo estudo, e que a divulgação das mencionadas informações só será feita entre os profissionais estudiosos do assunto.
- ✓ Que eu serei reembolsado e indenizado todos os danos que venha a sofrer em decorrência deste estudo, nas formas da lei.

Finalmente, tendo eu compreendido perfeitamente tudo o que me foi informado sobre minha participação ou de meu filho (a) no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos, das minhas responsabilidades, dos riscos e dos benefícios que a minha participação implica, concordo em permitir que ele(a) participe do estudo e para isso eu dou o meu consentimento sem que para isso eu tenha sido forçado ou obrigado.

Endereço do (a) participante-voluntário(a)

Rua:

Telefone:

Ponto de referência:

Ana Renata Lima Leandro

Heloisa Helena Motta Bandini

Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Rua Jorge de Lima, 113 – Trapiche Maceió

Telefones para contato: (82)3315 8279

Para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo, dirija-se : Comitê de Ética em Pesquisa UNCISAL

Rua Jorge de Lima, 113 - Trapiche

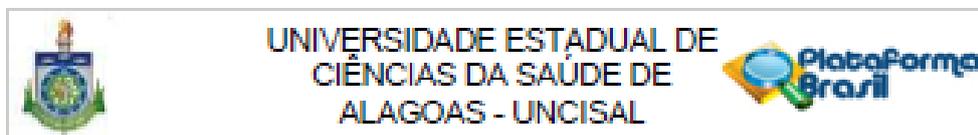
57010-300 Maceió

Maceió, de de 2019.

Assinatura do(a) voluntário(a) ou responsável legal

Professor responsável

## APÊNDICEE – Parecer Comitê de Ética e Pesquisa



Continuação do Parecer: 3-403-440

realizado o levantamento e organização de dados dos processos judiciais de usuários de um município da região agreste de Alagoas; na segunda fase, serão realizadas rodas de conversa estes usuários. Na terceira fase, serão feitas as entrevistas e orientação farmacêutica Individual aos pacientes, com vistas a orientação e o uso racional de medicamentos. Na quarta fase, será elaborado um material educativo sobre Uso Racional de Medicamentos em Judicialização da Assistência Farmacêutica, para auxiliar usuário e trabalhadores da área de saúde. Espera-se com este estudo promover a qualificação da Assistência Farmacêutica e o Uso Racional de Medicamentos na área de Judicialização.

### Objetivo da Pesquisa:

#### PRIMÁRIO

- Promover o Uso Racional de Medicamentos na área de judicialização, através do estudo da população assistida nesta área.

#### SECUNDÁRIOS

- Promover organização e qualificação do serviço prestado aos portadores de Ordem Judicial;  
- Promover o Uso Racional de Medicamentos;

### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

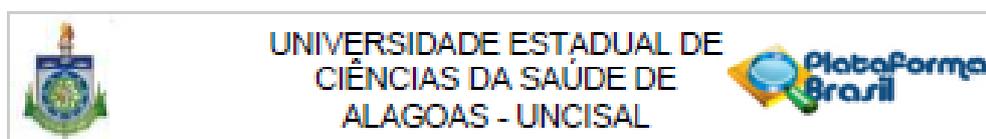
#### RISCOS

De acordo com a proposta da pesquisa, o risco ético que deverá ser evitado é a divulgação de dados confidenciais dos sujeitos. Porém, uma vez que o objetivo das entrevistas que serão realizadas é de interesse Individual para orientação farmacêutica, esse risco pode ser minimizado. O local das entrevistas será reservado, preservando a liberdade de comunicação e diminuindo possíveis desconfortos aos entrevistados.

#### BENEFÍCIOS

A promoção do Uso Racional de Medicamentos será o maior benefício promovido aos sujeitos do estudo. Prevê-se que este trabalho será realizado com uma população com pouco ou nenhum acesso à informações sobre medicamentos, advindas de um especialista no assunto, o farmacêutico. O remapeamento do perfil da Judicialização da Assistência Farmacêutica no

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113  
Bairro: PRADO CEP: 57.010-300  
UF: AL Município: MACEIO  
Telefone: (52)3315-6787 Fax: (52)3315-6787 E-mail: comitedeeticuncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.403.448

município de Arapiraca, proporcionará uma maior organização ao serviço, elevando a qualidade do serviço prestado.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O estudo se encontra de acordo com a Resolução 466/12.

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

Sem pendências.

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

Sem pendências.

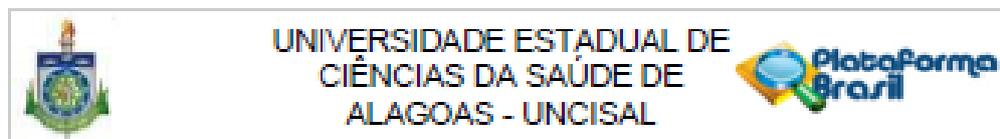
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Nesta oportunidade, lembramos que o pesquisador tem o dever de durante a execução do projeto, manter o CEP informado através do envio a cada seis meses, de relatório consubstanciado acerca da pesquisa, seu desenvolvimento, bem como qualquer alteração, problema ou interrupção da mesma.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento  | Arquivo                                       | Postagem               | Autor                      | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1315947.pdf | 03/06/2019<br>21:16:41 |                            | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLEANARENATA/Corrigido.docx                  | 03/06/2019<br>21:14:50 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito   |
| Brochura Pesquisa   | ProjetoDefinitivo.docx                        | 03/06/2019<br>21:12:43 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito   |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | ProjetoInvestigador.docx                      | 22/04/2019<br>23:36:34 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito   |
| Outros  | CONFLITO DE INTERESSE.pdf                     | 22/04/2019<br>22:47:40 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito   |
| Orçamento   | Orçamento.docx                                | 22/04/2019<br>22:44:37 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito   |
| Declaração de Pesquisadores                               | COMPROMISSO PESQUISADORES.pdf                 | 22/04/2019<br>22:43:43 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | AUTORIZAÇÃO PESQUISAPREFEITUR.A.pdf           | 22/04/2019<br>22:42:46 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito   |

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113  
 Bairro: PIRADO CEP: 57.010-300  
 UF: AL Município: MACEIO  
 Telefone: (82)3315-6767 Fax: (82)3315-6767 E-mail: comitedeeticuncisal@gmail.com



Continuação do Parecer: 3-403-448

|                |                       |                        |                            |        |
|----------------|-----------------------|------------------------|----------------------------|--------|
| Cronograma     | CRONOGRAMARENATA.docx | 22/04/2019<br>22:41:27 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito |
| Folha de Rosto | ROSTO.pdf             | 22/04/2019<br>22:38:26 | ANA RENATA LIMA<br>LEANDRO | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MACEIO, 19 de Junho de 2019

Assinado por:

Ana Lúcia de Gusmão Freire  
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Jorge de Lima, 113  
 Bairro: PIRADO CEP: 57.010-300  
 UF: AL Município: MACEIO  
 Telefone: (82)3315-6787 Fax: (82)3315-6787 E-mail: comitedeetic@uncisal@gmail.com

## ANEXO A -

| TESTE DE MORISKY ET AL., MODIFICADO   |                                |                             |                             |                             |                                 |
|---|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---------------------------------|
| O (a) senhor (a) já esqueceu alguma vez de tomar os medicamentos?                                   | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> QN | <input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> Q5 | <input type="checkbox"/> Sempre |
| O (a) senhor (a) já se descuidou do horário de tomar os medicamentos?                               | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> QN | <input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> Q5 | <input type="checkbox"/> Sempre |
| Quando o (a) senhor (a) se sente bem, deixa de tomar seus medicamentos?                             | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> QN | <input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> Q5 | <input type="checkbox"/> Sempre |
| Quando o (a) senhor (a) se sente mal, deixa de tomar seus medicamentos?                             | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> QN | <input type="checkbox"/> AV | <input type="checkbox"/> Q5 | <input type="checkbox"/> Sempre |
| ARMS (ADHERENCE TO REFILLS AND MEDICATIONS SCALE)   |                                |                             |                             |                             |                                 |
| Com que frequência você:  | Nunca                          | Às vezes                    | Quase sempre                | Sempre                      |                                 |
| T1. Esquece de tomar seus medicamentos?   | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| T2. Decide não tomar seus medicamentos naquele dia?   | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| R3. Esquece de ir à farmácia pegar seus medicamentos?   | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| R4. Deixa acabar seus medicamentos?   | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| T5. Deixa de tomar seu medicamento porque vai a uma consulta médica?                                | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| T6. Deixa de tomar seu medicamento quando se sente melhor?  | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| T7. Deixa de tomar seu medicamento quando se sente mal ou doente?                                   | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| T8. Deixa de tomar seu medicamento quando está mais descuidado consigo mesmo?                       | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| T9. Muda a dose do seu medicamento por alguma necessidade?  | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| T10. Esquece de tomar o medicamento quando tem que tomar mais de uma vez/dia?                       | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| R11. Deixa de adquirir seu medicamento por causa do preço muito caro?                               | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| R12. Se antecipa e busca seu medicamento na farmácia antes mesmo de acabar seu medicamento em casa? | [ 1 ]                          | [ 2 ]                       | [ 3 ]                       | [ 4 ]                       |                                 |
| SOMATÓRIA TOTAL:<br>Melhor adesão = 12 / Pior Adesão = 48   | /48                            |                             | SOMA T:<br>/32              | SOMA R:<br>/16              |                                 |
| BMQ (BELIEFS ABOUT MEDICATIONS)   |                                |                             |                             |                             |                                 |
| Opinião do paciente sobre os medicamentos que lhe foram prescritos:                                 | Concordo                       | Não tenho certeza           | Discordo                    |                             |                                 |
| N1 - Atualmente, a minha saúde depende destes medicamentos  | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| P1 - Ter que tomar estes medicamentos me preocupa   | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| N2 - A minha vida seria impossível sem estes medicamentos   | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| P2 - Às vezes os efeitos em longo prazo destes medicamentos me preocupam                            | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| N3 - Sem estes medicamentos, eu estaria muito doente  | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| P3 - Estes medicamentos são um mistério para mim  | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| N4 - A minha saúde no futuro dependerá destes medicamentos  | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| P4 - Estes medicamentos perturbam a minha vida  | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| P5 - Às vezes me preocupo em ficar muito dependente destes medicamentos                             | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| N5 - Estes medicamentos protegem-me de ficar pior   | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| P6 - Estes medicamentos me dão efeitos secundários desagradáveis                                    | [ 3 ]                          | [ 2 ]                       | [ 1 ]                       |                             |                                 |
| SOMATÓRIA NECESSIDADE:  | / 13                           | Escala 0-100:               |                             | N =                         |                                 |
| SOMATÓRIA PREOCUPAÇÃO:  | / 18                           | Escala 0-100:               |                             | P                           |                                 |

## ANEXO B -

| SERVIÇO DE CUIDADO FARMACÊUTICO  |   |
|--|---|
| PERFIL DO PACIENTE   |   |
| Unidade de Saúde:  | Data e horário da 1ª consulta:  |
| Origem:  | Local de atendimento: <input type="checkbox"/> Consultório <input type="checkbox"/> Domicílio |
| Nome do paciente:  |   |
| Data de nascimento:<br>Idade:  | Gênero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino                  |
| Escolaridade:  | Ocupação:   |
| Telefone:  | Peso:                      Altura:                      IMC:                                  |
| Endereço:  |   |
| Com quem mora?   |   |
| Limitações: <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/> Locomoção <input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Visão <input type="checkbox"/> Audição <input type="checkbox"/> Outras:                             |   |
| Autonomia na gestão dos medicamentos:<br><input type="checkbox"/> Toma medicamentos sem assistência<br><input type="checkbox"/> Necessita de lembretes ou de assistência<br><input type="checkbox"/> Incapaz de tomar medicamentos sozinho |   |
| Tem cuidador? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim  | Nome: _____<br>Parentesco: _____ Telefone: _____  |

Fonte: Ministério da Saúde