



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES DE BARROS
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

LARA RODRIGUES LIRA

**PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO NA PREVENÇÃO DE
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS**

Picos – PI
2022

LARA RODRIGUES LIRA

**PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO NA PREVENÇÃO DE
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal do Piauí, Campus
Senador Helvídio Nunes de Barros, curso
Bacharelado em Enfermagem como requisito
para obtenção de nota referente a disciplina de
Seminário de Pesquisa II.

Orientador: Prof. Dr. Francisco Gilberto
Fernandes Pereira

FICHA CATALOGRÁFICA

Serviço de Processamento Técnico da Universidade Federal do Piauí
Biblioteca José Albano de Macêdo

L768p Lira, Lara Rodrigues
Participação do paciente hospitalizado na prevenção de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos / Lara Rodrigues Lira – 2022.
Texto digitado
Indexado no catálogo online da biblioteca José Albano de Macêdo-CSHNB
Aberto a pesquisadores, com restrições da Biblioteca

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Federal do Piauí, Bacharelado em Enfermagem, Picos, 2022.

“Orientador: Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira”

1. Segurança do paciente. 2. Participação do paciente. 3. Medicamentos. 4. Hospitalização. I. Pereira, Francisco Gilberto Fernandes. II. Título.

CDD 615.14

Emanuele Alves Araújo CRB 3/1290

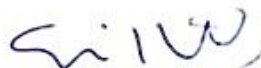
LARA RODRIGUES LIRA

**PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO NA PREVENÇÃO DE
EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS**

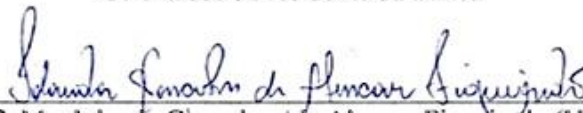
Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Curso de Bacharelado em
Enfermagem da Universidade Federal do
Piauí, *campus* Senador Helvídio Nunes
de Barros, como parte dos requisitos
necessários para obtenção do Grau de
Bacharel em Enfermagem.

Data de aprovação: 05 / 10 / 22

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira (UFPI)
Orientador e Presidente da Banca



Prof. Me. Iolanda Gonçalves de Alencar Figueiredo (UFPI)
1º examinadora / Interna



Enf. Esp. William Caracas Moreira (UFPB)
2º examinador / Externo



Enf. Me. Priscila Mendes Martins (UFPI)
Membro suplente / Externo

AGRADECIMENTOS

Eu me lembro do meu primeiro dia na universidade, foi um dia atípico e totalmente estranho para mim, mas especificamente me lembro do sentimento que reinava em meu coração: o medo. Medo de não conseguir, de não ser capaz e não ser suficiente para o que eu estava me propondo dali em diante. Mas sempre levei comigo as lições que me foram ensinadas desde sempre, de viver um dia de cada vez.

Agradeço a Deus por toda força e motivação que se renovavam em mim todas as manhãs. Por me guiar pelos melhores caminhos durante a graduação, não deixando que eu me perdesse em meio a tantas distrações. É claro que nem tudo foi como eu queria, mas a vida é assim, eu acredito que tudo aconteceu porque precisava acontecer, Deus tem um propósito para tudo.

À minha família, que desde sempre foi meu alicerce e meu porto seguro. Foi ao lado deles que eu recuperei minhas forças ao final de um dia cansativo ou estressante. Tudo fez mais sentido e valeu a pena com eles ao meu lado. Me considero uma pessoa extremamente sortuda, pois tive essas pessoas especiais que me ajudaram de todas as formas possíveis, amenizando as dificuldades que encontrei no meio do caminho. A eles, todo o meu amor e gratidão.

Agradeço a minha irmã e duplinha, Larissa, por dividir tudo comigo, a vida e agora a universidade. Foi um prazer ter a companhia de sempre, nas agonias de prova, nos momentos felizes e poder partilhar esse momento especial que é a graduação com alguém que sempre esteve comigo e que eu sei que sempre estará. A nossa conexão será para sempre.

Ao meu amor, Júnior, que a quase 7 anos divide a vida comigo e que é um dos maiores responsáveis pela minha felicidade hoje. Achar você foi a melhor coisa que me aconteceu, Deus sabia o que fazia quando me enviou você. Nos meus piores dias de graduação, eu encontrei em você tudo o que eu precisava: apoio, ajuda, escuta, amor e carinho. Ter você deixou tudo mais leve, era tudo o que eu precisava, me trouxe ânimo para lutar e alcançar os meus objetivos, não há palavras que descreva a sua importância e influência para que eu estivesse hoje escrevendo essas páginas. Amo a parceria que temos e como somamos um na vida do outro, é lindo de se ver. Só tenho a te agradecer por tanto.

Aos meus amigos e colegas de classe: Maysa, Laiara, Ione, Priscila, Erielton, Júnior, Matheus, Alanna, Bruna, Luis Augusto, Ruan, Andressa, Clarisse, Renato, Sara Joana, Zeila, Jonathas, Ana Clara, João Batista, Isadora, Amanda, Sabrina e Kellyne por tornarem esse

período muito mais divertido e memorável. Uns mais próximos do que outros, mas permanece o mesmo sentimento de gratidão e carinho por cada um de vocês, espero poder revê-los em breve. Em especial, às minhas amigas Maysa, Laiara e Sara Joana, serei sempre grata pela parceria e pela prontidão de ajudar sempre que precisei, tenho certeza que nossa amizade transcenderá a graduação. O amor não se resume a relacionamentos amorosos, mas também é cuidado e amizade. Eu amo vocês.

Esse processo teria sido muito mais difícil sem a ajuda do meu querido amigo Will, agradeço a Deus por ter providenciado a nossa amizade, você foi essencial no meu crescimento enquanto acadêmica, e mais ainda na minha formação profissional. Nada do que eu diga aqui, será capaz de expressar a minha felicidade e gratidão por ter recebido tanta ajuda, apoio e retaguarda, você é uma pessoa muito especial, que valoriza o outro e que está sempre presente quando se precisa. Você sempre poderá contar comigo, levarei a nossa amizade para toda vida.

E finalmente, agradeço imensamente ao meu orientador Francisco Gilberto, que pacientemente me guiou nesse processo de elaboração deste trabalho, contribuindo com o meu crescimento e fortalecendo as minhas bases de escrita científica. Sou grata por ter embarcado nessa juntamente comigo, os seus ensinamentos como professor e pessoa irão reverberar por toda a minha vida profissional e pessoal.

Enfim, em meu coração só há gratidão.

“Os sonhos não determinam o lugar que você vai estar, mas produzem a força necessária para o tirar do lugar em que está.”

(Augusto Cury)

RESUMO

Pacientes que possuem conhecimento sobre a terapia medicamentosa utilizada estão mais aptos a ajudarem na prevenção da ocorrência dos erros de medicação, pois, o mesmo torna-se uma barreira contra os incidentes relacionados à assistência. Dessa forma, objetivou-se analisar a participação do paciente em relação à terapia medicamentosa durante sua hospitalização. Recorreu-se a um estudo do tipo transversal de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, realizado nas alas de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica de um hospital localizado na região Centro-Sul do Piauí. A população-alvo da pesquisa consistiu na totalidade dos pacientes em internação nessas duas alas e a amostra foi composta por pacientes e responsáveis direto, totalizando 252 pessoas. Os dados foram armazenados e tabulados no software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0, no qual foi feita a estatística descritiva da população, assim como a análise dos dados qualitativos. Nos resultados houve predomínio do sexo masculino, com 152 participantes (60,3%), idade variando entre 18 e 94 anos, que declararam ter em média 7,77 ($\pm 5,39$) anos de estudo, renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos (48%) e 143 procedentes de zona urbana (56,7%). Em relação ao conhecimento que cada um possuía sobre a terapia medicamentosa que estava sendo utilizada durante a internação, apenas foi registrado conhecimento total ou parcial sobre duas variáveis: via de administração e finalidade do medicamento. Quando indagados sobre a atitude quanto à sua participação na terapia medicamentosa, registrou-se atitude apenas no que se refere à reconciliação medicamentosa e conferir com o profissional se o medicamento que será administrado está identificado com o seu nome. Ademais, foram realizadas associações entre as variáveis de conhecimento e atitude, destacando-se que houveram associações estatisticamente significativas entre a variável de atitude de conferir com o profissional se é a hora certa de administrar aquele medicamento, com as seguintes variáveis de conhecimento: tem conhecimento da quantidade de vezes que deve tomar cada um dos medicamentos durante o dia ($p=0,003$); sabe dizer a hora em que cada medicamento deve ser administrado ($p=0,000$). Conclui-se que a participação dos pacientes frente à terapia medicamentosa foi deficiente, visto que o conhecimento destes sobre os medicamentos utilizados durante internação foi considerado pouco, e a postura que os mesmos assumiram na coprodução do cuidado seguro em medicação foi considerada insuficiente. Sugere-se que o não conhecer está diretamente ligado a não assumir uma atitude ativa no cuidado à terapia medicamentosa durante a hospitalização, no qual, a suposição contrária, indiretamente, também é verdadeira, percebendo-se então, que a participação do paciente na prevenção de EA relacionados ao tratamento medicamentoso é proporcional ao conhecimento que ele tem sobre isso.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Participação do paciente. Eventos adversos. Erros de medicação. Hospitalização.

ABSTRACT

Patients who have knowledge about the drug therapy used are more apt to help prevent the occurrence of medication errors, as it becomes a barrier against incidents related to care. Thus, the objective was to analyze the patient's participation in relation to drug therapy during hospitalization. A cross-sectional study of a descriptive nature was used, with a quantitative approach, carried out in the Medical Clinic and Surgical Clinic wards of a hospital located in the Center-South region of Piauí. The target population of the research consisted of all patients hospitalized in these two wards and the sample consisted of patients and their direct guardians, totaling 252 people. Data were stored and tabulated in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 20.0, in which descriptive statistics of the population were performed, as well as the analysis of qualitative data. In the results, there was a predominance of males, with 152 participants (60.3%), aged between 18 and 94 years, who reported having an average of 7.77 (± 5.39) years of schooling, monthly family income between one and two minimum wages (48%) and 143 from urban areas (56.7%). Regarding the knowledge that each one had about the drug therapy that was being used during hospitalization, only total or partial knowledge about two variables was recorded: route of administration and purpose of the drug. When asked about the attitude regarding their participation in drug therapy, attitude was recorded only with regard to drug reconciliation and checking with the professional if the drug that will be administered is identified with their name. In addition, associations were made between the variables of knowledge and attitude, highlighting that there were statistically significant associations between the variable of attitude of checking with the professional if it is the right time to administer that medication, with the following variables of knowledge: have knowledge the number of times you should take each medication during the day ($p=0.003$); can tell the time each medication should be administered ($p=0.000$). It is concluded that the patients' participation in the drug therapy was deficient, since their knowledge about the drugs used during hospitalization was considered little, and the posture they took in the co-production of safe medication care was considered insufficient. It is suggested that not knowing is directly linked to not assuming an active attitude in the care of drug therapy during hospitalization, in which the contrary assumption is indirectly also true, realizing then that the patient's participation in prevention of AE related to drug treatment is proportional to the knowledge he has about it.

Keywords: Patient safety. Patient participation. Adverse events. Medication errors. Hospitalization.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica dos pacientes em internação hospitalar nas alas de clínica médica e clínica cirúrgica (n=252). Piauí, Brasil, 2022.....	27
Tabela 2 – Conhecimento do paciente quanto à terapia medicamentosa utilizada durante a hospitalização (n=252). Piauí, Brasil, 2022.....	29
Tabela 3 – Atitude do paciente quanto à sua participação na terapia medicamentosa durante a hospitalização (n=252). Piauí, Brasil, 2022.....	31
Tabela 4 – Associações das variáveis de conhecimento com os desfechos na atitude do participante em conferir se o medicamento está identificado com o seu nome antes de o profissional administrar, e conferir com o profissional se o medicamento que será administrado é mesmo destinado a ele (n=252). Piauí, Brasil, 2022.....	33
Tabela 5 – Associações entre as variáveis de conhecimento com os desfechos na atitude dos participantes em conferir com o profissional se é a hora certa de administrar aquele medicamento, e perguntar tipo/nome do medicamento antes de o profissional administrar (n=252). Piauí, Brasil, 2022.....	36
Tabela 6 – Associação entre as variáveis de conhecimento com os desfechos na atitude do participante em conferir com o profissional se os medicamentos que tomava antes da internação continuam sendo administrados, em informar sobre alergia medicamentosa e perguntar sobre os efeitos colaterais do medicamento (n=252). Piauí, Brasil, 2022.....	38

LISTA DE SIGLAS

AMSP	Aliança Mundial pela Segurança do Paciente
ANVISA	Agencia Nacional de Vigilância em Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
EAs	Eventos Adversos
EPI	Equipamento de Proteção Individual
EUA	Estados Unidos da América
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IRAS	Infecções Relacionadas à Assistência à Saúde
ICC	Insuficiência Cardíaca Congestiva
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
OHA	<i>Ontario Hospital Association</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNH	Política Nacional de Humanização
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	Plano de Segurança do Paciente
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPI	Universidade Federal do Piauí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	14
2.1	Geral	14
2.2	Específicos	14
3	REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1	Estratégias para o protagonismo do paciente no cuidado seguro	15
3.2	Eventos Adversos relacionados a medicamentos	19
4	METODOLOGIA	22
4.1	Tipo de Estudo	22
4.2	Local de Estudo	22
4.3	População e Amostra	23
4.4	Coleta de Dados	23
4.5	Análise de Dados	25
4.6	Aspectos Éticos e Legais	26
5	RESULTADOS	27
6	DISCUSSÃO	40
7	CONCLUSÃO	47
	REFERÊNCIAS	49
	APÊNDICE A – Instrumento De Coleta De Dados	55
	APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido	58
	ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	62

1 INTRODUÇÃO

A Segurança do Paciente atualmente é definida como um arranjo de atividades organizadas que cria culturas, processos, procedimentos, comportamentos, tecnologias e ambientes na área da saúde que consistentemente e sustentavelmente, reduzem os riscos, a ocorrência de danos evitáveis e tornam os erros menos prováveis, além disso, reduzem o impacto dos danos quando isso ocorre (OMS, 2021). A ocorrência de Eventos Adversos (EAs) é tida como um problema de ordem pública no mundo inteiro, e ganhou notoriedade a partir de 1999, após o relatório “*To Err is Human: Building a safer health system*”, lançado pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos da América (EUA). Nesse, questionou-se a forma como as práticas em saúde eram desempenhadas, e demonstraram que houve de 44 a 98 mil mortes decorrentes dos EAs e, dentre essas, 7,14% estavam relacionadas com os erros de medicação (SIMAN *et al.*, 2021).

Os erros de medicação consistem em qualquer evento evitável que possua uma capacidade potencial de lesar ou não o paciente que está sob o uso de terapia medicamentosa. Nessa perspectiva, em 2006, foram formuladas pela *Joint Commission International* (JCI) as seis Metas Internacionais de Segurança do Paciente, dentre elas, a meta três, que trata da segurança na prescrição, uso e administração de medicamento e visa diminuir os riscos associados a essa prática (SIMAN; BRITO, 2016).

Nessa conjuntura, a fim de minimizar os EAs relacionados ao uso de medicamentos, o Governo Federal brasileiro implementou em 2013, através da Portaria GM/MS nº 529/2013, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) (BRASIL, 2013). Assim, o PNPS apontou, dentre seus principais objetivos, o envolvimento dos pacientes e familiares nas ações de segurança do paciente durante o uso de medicamentos.

Um estudo realizado por Siman *et al.*, (2021) nos EUA, conduzido a partir de uma abordagem metodológica mista envolvendo pesquisa bibliográfica, consulta à especialistas, à órgãos de controle (*National Patient Safety Foundation, Agency for Healthcare Research and Quality*) e a estudos epidemiológicos de diversos países desenvolvidos como EUA, Canadá e Austrália, sugere que 10,4% dos pacientes hospitalizados sofrem de algum dano relacionado a medicamentos. Outra pesquisa, desenvolvida por Sousa *et al.*, (2014), que avaliou 1.669 registros médicos em Portugal, evidenciou que 18,3% dos EAs notificados estavam associados aos erros de medicação. Ademais, um estudo brasileiro realizado em três hospitais de ensino no Rio de Janeiro revelou, em uma amostra de 1.103 pacientes, uma taxa de 7,6% de Eventos Adversos, com 4,6% relacionados ao erro de medicação (MENDES *et al.*, 2013).

Mais especificamente em um hospital público de médio porte, localizado no interior do Piauí, foram realizadas pesquisas a respeito dos erros de dose de medicamentos como também o perfil de erros nas prescrições e aprazamentos de antibacterianos, sendo revelados os seguintes resultados: dentre um quantitativo de 118 medicamentos que necessitam de diluição, foi registrada uma taxa de 25,42% erros nessa etapa, além de detalhar que 51,1% dos medicamentos em uso eram retirados antes de sua infusão completa; os erros de prescrição apresentaram um perfil com maior frequência de inconformidades em relação aos erros de aprazamento. Tendo em vista esses achados, torna-se válido ressaltar que todos esses erros de medicação possuem um grande potencial de morbimortalidade entre os pacientes, que acabam por prolongar sua internação hospitalar, e trazem gastos desnecessários aos serviços de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019; PIMENTEL *et al.*, 2020; RIBEIRO *et al.*, 2021).

Vicent e Amalberti (2016) defendem que pacientes bem informados quanto ao nome, dose, posologia e finalidade do uso dos medicamentos, estão mais aptos a ajudarem na prevenção da ocorrência dos erros de medicação, pois, o mesmo torna-se uma barreira contra os incidentes relacionados à assistência, e passa a contribuir juntamente com a equipe de saúde a favor de sua própria segurança, assim, participando ativamente no seu processo de cuidado. Nessa perspectiva, a presente pesquisa indaga: Qual o conhecimento e atitude do paciente quanto à terapia medicamentosa utilizada durante a internação?

Justifica-se a realização desta pesquisa visto a necessidade de se verificar o grau de participação do paciente no contexto da assistência medicamentosa segura, afim de contribuir positivamente na qualidade e segurança do cuidado em saúde, e também com impacto nos estudos sobre segurança do paciente. Ademais, compreender os aspectos que influenciam positiva e negativamente a participação do mesmo pela sua segurança medicamentosa ajudará no planejamento e implementação de estratégias que busquem situa-lo em posição estratégica nesse processo.

O presente estudo beneficiará a comunidade científica a partir da divulgação de resultados que fomentem o campo temático em abordagem, além de viabilizar a reflexão da gestão hospitalar frente às possíveis fragilidades que possam ser identificadas, a fim de propiciar medidas resolutivas baseadas na prevenção de EAs, o que pode contribuir com os indicadores de qualidade da assistência da instituição. Enquanto que para o participante, oportuniza-se o despertar acerca das informações em relação ao seu tratamento medicamentoso, contribuindo, então, para o empoderamento do indivíduo como principal barreira aos erros de medicação e consequente eficácia terapêutica.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Analisar a participação do paciente em relação à terapia medicamentosa durante sua hospitalização.

2.2 Específicos

- Identificar o conhecimento do paciente quanto à terapia medicamentosa utilizada durante a hospitalização;
- Identificar a atitude do paciente quanto à sua participação na terapia medicamentosa durante a hospitalização;
- Verificar a associação entre o conhecimento e a atitude do paciente quanto à terapia medicamentosa utilizada durante a hospitalização.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

As produções científicas que permeiam a temática de segurança do paciente têm aumentado e preenchido espaços consideráveis na literatura científica, trazendo a importância para o cuidado em saúde seguro e apontando também o paciente como uma figura importante nesse processo de segurança quando este é colocado como peça chave na prevenção de danos e erros decorrentes da assistência em saúde. Ademais, a segurança medicamentosa ganhou bastante destaque no meio científico desde que a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou o terceiro desafio global de segurança do paciente voltado para a “medicação sem danos”, trazendo mais notoriedade às consequências que o erro medicamentoso e posterior evento adverso traz para o quadro clínico do paciente. Os objetivos da OMS nessa campanha eram conhecer, verificar, perguntar; conheça o medicamento, verifique se estão corretos: paciente, medicamento, via, dose e horário; pergunte ao paciente se ele entendeu. Ademais, “medicação sem danos” também foi o tema do Dia Mundial da Segurança do Paciente de 2022.

Tendo em vista o vasto arcabouço de pesquisas na área de segurança do paciente, este referencial trará maior enfoque aos seguintes temas: o paciente ativo no cuidado em saúde; programas e políticas voltadas à segurança do paciente; e eventos adversos relacionados a medicamentos.

3.1 Estratégias para o protagonismo do paciente no cuidado seguro

A qualidade do cuidado em saúde constitui um direito de todo cidadão e tem como base os princípios contidos no Sistema Único de Saúde (SUS), por conseguinte, a segurança do paciente se insere como uma política transversal que permeia todos os serviços de assistência. Quando se tem em mente que as falhas no processo de cuidado ao cliente aumentam os riscos de incidentes que podem ou não causar danos, a segurança do paciente é tida como a “peça chave” para a incorporação de uma cultura de segurança dentro das organizações de saúde do Brasil e do mundo (SOUZA; MONTEIRO; TANAKA, 2020).

Em 2014, reconheceram-se os EAs decorrentes da assistência em saúde como um problema de âmbito global. Nessa perspectiva, a OMS lançou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente (AMSP) a fim de desenvolver normas e padrões universais para a promoção de políticas baseadas em evidências, prestação de assistência a países em várias áreas-chave e contribuição para uma agenda mundial para a pesquisa nessa área. Além disso, lançaram três desafios globais: o primeiro em 2005, tendo como foco a prevenção de infecções

relacionadas à assistência à saúde (IRAS); o segundo em 2008, voltado à segurança na realização de procedimentos cirúrgicos; e o terceiro em 2017, chamando-se “medicação sem danos”, com o intuito de reduzir o nível de danos graves evitáveis associados a medicamentos (COSTA *et al.*, 2020).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em busca de atender aos desafios globais da OMS, lançaram em 2013 a Portaria nº 529/2013 e a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2013, que instituem o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) e as ações para a segurança do paciente em serviços de saúde, respectivamente. O PNSP tem como objetivo geral qualificar o cuidado em saúde em todos os estabelecimentos do território nacional – público ou privado, e como objetivos específicos promover e implantar iniciativas voltadas à segurança do paciente, com a criação do Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) nas instituições de cuidado (BRASIL, 2013).

Ainda nesse contexto, o PNSP também determina a elaboração e implantação de protocolos, guias e manuais voltados à segurança do paciente. Dessa forma, através da portaria nº 1.377/2013 e da portaria nº 2.095/2013 foram implementados manuais e resoluções para apoiar e embasar as ações de segurança, sendo esses: identificação adequada do paciente; prevenção de quedas; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgias seguras; práticas de higienização das mãos e prevenção de lesões por pressão. Com essas portarias, passou-se a ser obrigatória a constituição do NSP em todos os serviços de saúde do país, para definir e implementar um Plano de Segurança do Paciente (PSP), segundo suas necessidades e especificidades (BRASIL, 2013). Essas estratégias de implementação do PNSP são o primeiro passo para promover uma assistência segura, e estão descritas no PSP e na RDC nº 36 de 25 de julho de 2013, da ANVISA. Além disso, aponta-se a obrigatoriedade do monitoramento e a notificação mensal de EA, realizado pelo NSP (COSTA *et al.*, 2020).

Indo além da sobreposição de normas, é fato que a construção de uma cultura de segurança como pilar estrutural dos serviços de saúde, favorece a implantação de práticas seguras que buscam o aperfeiçoamento dos processos organizacionais, com propósitos de reduzir a incidência de EA e promover a melhoria contínua da qualidade da assistência. A cultura de segurança do paciente é marcada pela comunicação aberta, trabalho em equipe e o reconhecimento da dependência mútua e todos os outros aspectos de seguridade como prioridades nos níveis de organização dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2019).

Para promover uma assistência com qualidade, todos os profissionais da organização saúde precisam se sensibilizar e comprometer-se com o processo que constitui e consolida a cultura de segurança. Nesse sentido, o conceito de cultura de segurança denota aspectos básicos,

como: um ambiente livre de culpabilização, onde os profissionais são capazes de relatar erros que resultaram em incidente com dano ao paciente sem medo de repreensão ou punição; incentivo à colaboração entre os profissionais e áreas do conhecimento para juntos buscar soluções para problemas que venham surgir durante o atendimento de saúde, entre outros (PINTO; SANTOS, 2020).

Ainda nesse contexto, a cultura de segurança é apresentada a partir de cinco características dispostas pela gestão organizacional conforme a Portaria MS nº 529/13, isto é, todos os trabalhadores assumem responsabilidade na sua segurança, de seus colegas, pacientes e familiares, sendo uma cultura que encoraja e recompensa a identificação, notificação e resolução dos problemas; cultura que proporciona recursos, estrutura e responsabilização para manutenção efetiva da segurança; que promove o aprendizado organizacional a partir da ocorrência de incidentes e, especialmente, prioriza a seguridade acima das metas financeiras e operacionais (BRASIL, 2013).

Entretanto, nessa linha de pensamento, é importante salientar que se torna extremamente difícil atingir níveis adequados de segurança, assim como ter sistemas e processos seguros, se os pacientes não forem colocados como figura central e participativa no processo em questão, sendo exatamente este o alerta global emitido pela OMS em 2004 (WHO, 2005).

Neste sentido, se tem evidenciado a necessidade de promover a participação do paciente na melhoria da segurança dos cuidados de saúde, onde o termo “participação do paciente” se define como a integração do mesmo na tomada de decisão em tudo que possa afetar positiva ou negativamente a sua saúde, contribuindo ativamente numa variedade muito grande de atividades, desde a formulação de planos de tratamento, até à formulação de políticas de segurança (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

No plano de trabalho de 2008-2009 da AMSP, consta uma ação importante denominada Pacientes pela Segurança do Paciente, cujo principal propósito é garantir que a voz do paciente seja alicerce do movimento em prol da segurança, enfatizando o envolvimento e a colaboração dos pacientes para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde. Em nível nacional, esta ação compõe um dos eixos do PNSP, onde são descritas as ações para o envolvimento do paciente pela sua segurança (BRASIL, 2005; COSTA *et al.*, 2020).

O trabalho intitulado “Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente”, produzido pelo MS em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e a ANVISA, elenca outros programas que contribuem com o PNSP. Dentre eles, cita-se a Política Nacional de Humanização (PNH), que tem como foco o estímulo à participação dos usuários “em pé de igualdade” com os profissionais no que diz respeito à produção de saúde, ficando

claro que o sistema deve promover a efetiva participação do usuário neste processo de produção citado anteriormente, pois como já foi discutido por outros estudos, os pacientes são o recurso menos utilizado do sistema de saúde. Promover a participação desses na melhoria da segurança dos cuidados de saúde nada mais é do que integrá-los na tomada de decisão, de forma consciente e informada, sobre ações que podem afetar a segurança dos cuidados em saúde (BEHRENS, 2019; COSTA *et al.*, 2020).

No entanto, é importante ressaltar que há uma publicação da ANVISA abordando como o paciente, familiar e acompanhante podem ser participativos para um cuidado seguro, no qual o título do referido manuscrito é “Como posso contribuir para aumentar a segurança do paciente?”, orientando pacientes, familiares e acompanhantes a estarem envolvidos na prática assistencial em ações promotoras de um cuidado seguro, fortalecendo ainda mais a necessidade urgente de que os pacientes sejam vistos como ferramentas ativas na prevenção de erros na prática clínica.

Além disso, recomendações para o envolvimento ativo do cliente e da família em situações do cuidado podem ser observadas no guia intitulado “*Envolva-se com seus cuidados*”, publicado pela *Ontario Hospital Association (OHA)*, no qual é discutido sobre as informações compartilhadas como construtos que tangenciam as recomendações, encorajando pacientes e familiares a buscarem informações sobre suas doenças, tratamentos e prognósticos, assim como também fornecerem informações precisas sobre seu estado geral de saúde e sobre o uso de medicamentos (CRUZ; PEDREIRA, 2020).

Existem várias atividades ou intervenções que permitem a participação do usuário na segurança dos cuidados, que podem ser de iniciativa do próprio paciente ou do serviço, e estas apresentam características e metodologias distintas, com objetivos diferentes para a sua aplicação. Assim, esses métodos podem dividir-se em três tipos: estratégias de mobilização dos pacientes para a segurança dos cuidados; estratégias que pretendem promover a participação ativa do paciente na prevenção de incidentes, e estratégias que pretendem solicitar e utilizar a informação relevante que os pacientes podem oferecer. Estes métodos possuem formas concretas de implementação. Porém, há uma escassez de publicações científicas que exemplifiquem essas diferentes estratégias de promoção da participação desses na segurança dos cuidados (FIGUEIREDO *et al.*, 2019).

Por fim, McTier, Botti e Duke (2015) apontaram que são poucas as evidências de que a Enfermagem se utiliza do momento da administração de medicamentos durante a internação hospitalar para envolver o paciente no gerenciamento de sua terapia medicamentosa, trazendo assim várias implicações na qualidade e segurança da assistência que os pacientes recebem nos

hospitais. Ainda nesse estudo, comenta-se que para potencializar a participação dos pacientes no gerenciamento de medicamentos, é necessária uma mudança fundamental na forma como os profissionais enfermeiros desempenham o ato de cuidar na atualidade, isto é, trazendo informações acerca da terapêutica medicamentosa que o paciente está em uso, de forma a viabilizar o processo de comunicação entre profissional-paciente/responsável direto suscitando o entendimento e o interesse destes no plano de cuidados.

3.2 Eventos Adversos relacionados a medicamentos

Quando o PNSP foi criado, o intuito era prevenir os danos decorrentes à prestação de cuidados, tendo em vista a gravidade e a importância que os EAs representam ao paciente e aos serviços de saúde. Como o programa abrange a redução dos erros de medicação, isso compreende desde a prescrição até após a administração do medicamento, dessa forma, o sistema de medicação deixa de ser simples e torna-se algo complexo, devido ser realizado por etapas (SANTOS; NETO, 2021).

Como já exemplificado pelo estudo de Hu *et al.*, (2019), o evento adverso à medicação diz respeito aos riscos e aos danos causados aos pacientes em decorrência da intervenção com o uso de medicamentos, que pode resultar em distúrbio temporário ou permanente do funcionamento físico/psicológico do corpo humano ou de uma estrutura. Esses erros de medicação são apontados como uma das principais causas de EAs no âmbito hospitalar, estando entre as falhas mais frequentes nos cuidados em saúde. Nas últimas cinco décadas, milhares de pacientes morreram ou sofreram danos graves devido ao uso de medicamentos que deveriam lhes fazer bem. (SILVA; SOUZA; ALMEIDA, 2019).

Nessa conjuntura, as consequências desses erros podem ser diversas, tais como: triviais, não gerando dano ao paciente; danos leves e reversíveis; danos graves e até mesmo incapacidades em alguns casos mais extremos. E além dos danos diretos aos pacientes, os erros de medicação são responsáveis por aumento do tempo de internação, aumento dos gastos hospitalares, complicações no quadro clínico, assim como severas complicações psicológicas, tanto para o paciente vitimizado, quanto para o profissional que cometeu o erro. É nesse sentido de importância que a prevenção e a redução dos erros de medicação são tidas como ações necessárias para garantir a qualidade do atendimento à saúde (SANTOS *et al.*, 2021).

Embora os medicamentos constituam um “ponto-chave” na terapêutica do processo saúde-doença e esteja presente de forma consistente no processo de hospitalização, também oferecem riscos relacionados aos EAs. Portanto, a mensuração dos danos causados pelo uso de

medicamentos tem sido abordada por diversos estudos da atualidade a fim de identificar estratégias para prevenir e solucionar esse tipo de EAs (VERONEZE; MALUF; GIORDANI, 2017).

Nesse sentido, apesar da terapia medicamentosa e conseqüentemente os possíveis EAs e estratégias para prevenção e solução envolverem a equipe multiprofissional, os profissionais de enfermagem por serem responsáveis pela maioria das funções assistenciais diretas e indiretas ao paciente, desempenham um papel de protagonista na redução das incidências desses eventos adversos. Além disso, contribuem na detecção precoce de complicações, com realização das condutas necessárias para minimização dos riscos, uma vez que são responsáveis por planejar e implementar intervenções eficazes com o objetivo de manter o paciente e o ambiente seguros (LEAHY, 2017).

A partir da análise minuciosa de 14 pesquisas nacionais, apontaram-se os principais tipos de eventos adversos decorrentes do uso de medicações, são eles: náuseas, vômitos, hipotensão, taquicardia, sonolência, reação alérgica, cefaleia e hipoglicemia. Ainda nesse contexto, constatou-se concomitância entre eles. Em relação às implicações decorrentes dos EAs relacionados à administração de medicamentos pela equipe de enfermagem foram registrados o óbito, o aumento do tempo de internação e outros danos secundários. Sobre a última complicação soma-se que o número de dias de internações triplica após um evento adverso relacionado à administração de medicamentos (VAZ *et al.*, 2022).

Em outras palavras, o aumento dos eventos adversos medicamentosos cresce significativamente com a quantidade de medicamentos que um paciente utiliza e com a complexidade da doença do mesmo, promovendo um alto risco para que ocorram interações medicamentosas, erros na administração de medicamentos e no uso inadequado dos mesmos, resultando em alongamento dos dias de internação hospitalar, e nos casos mais graves, em morte (VAZ *et al.*, 2022).

Um outro autor que realizou uma pesquisa transversal de base populacional desenvolvida com dados coletados na Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), no Brasil, discorreu em seu trabalho que o tratamento dessas complicações podem vir a ocasionar novos eventos adversos caso o paciente passe a utilizar outros medicamentos para diminuir ou aliviar o desconforto gerado pelo medicamento inicial, resultando assim em um efeito cascata. Além de que a maior parte da ocorrência de EAs acontece no contexto hospitalar, relacionados à admissão por esses eventos, mas especialmente pelo seu aparecimento durante o período de internação, tendo em vista que toda reação adversa a um medicamento é um evento adverso medicamentoso. E nesse último caso, o estudo se limita

aos medicamentos utilizados nesse ambiente. Constatou-se maior aparecimentos de EAs entre os fármacos de alta vigilância, devendo, portanto, ser utilizados sob monitoramento constante, porém, também houve aparecimento entre fármacos de uso frequente no país, com ou sem prescrição, como anti-inflamatórios, analgésicos e corticoides. (SOUSA *et al.*, 2018).

No que se refere ao paciente com doença cardiovascular, uma pesquisa que buscou avaliar as tendências das taxas de EAs entre os hospitalizados por infarto agudo do miocárdio (IAM), insuficiência cardíaca congestiva (ICC), pneumonia ou outras condições nos Estados Unidos e Porto Rico, apontou que a razão de chances de óbitos entre pacientes com um ou mais eventos adversos, em comparação a pacientes sem eventos adversos, foi de 1,24 (IC 95%: 1,01 a 1,51) para infarto agudo do miocárdio e 1,77 (IC 95%: 1,36-2,29) para insuficiência cardíaca congestiva, sendo estas condições relativamente comuns ao perfil de pacientes em internação hospitalar. É importante dizer que os eventos adversos citados se encontram relacionados aos erros de medicação, com ou sem danos, onde esses aparecem com grande incidência em variados estudos nacionais e internacionais (WANG *et al.*, 2014; KOERICH; ERDMANN; LANZONI, 2016).

Por fim, um estudo exploratório descritivo realizado em um hospital público de referência cardiovascular em Santa Catarina, trouxe um número de 26,3% de registros de erro de medicação, no período de um ano, sendo 32% deles casos de medicação não administrada, por inúmeros motivos, desde o fato de a medicação ter sido checada anteriormente até não haver a medicação disponível. A predominância dos registros de erro de medicação com danos evidenciados nesta pesquisa estava relacionada a hematomas na administração de medicações subcutâneas, muitos devidos ao registro incorreto no protocolo de rodízio de medicação do paciente (LANZONI *et al.*, 2019).

Fica claro, portanto, que tais erros e complicações discutidos envolvem toda a equipe multiprofissional de saúde (especialmente os profissionais de enfermagem), assim como também relaciona ao paciente que sofre as consequências, já que todos tem um papel importante na assistência segura ao paciente, especialmente o próprio. Não cabe aqui incentivar que sejam concentrados todos os esforços na identificação da origem dos erros punições, pois essas ações não minimizam a incidências desses, mas induz a subnotificação (PIMENTA *et al.*, 2019).

De acordo com os argumentos supracitados, entende-se que a atitude assumida pelos pacientes e/ou responsáveis direto constitui um aspecto fundamental na promoção, proteção e recuperação em saúde. Assim, vê-se que a atitude com postura ativa possui, potencialmente, a capacidade de funcionar como última barreira para prevenir e/ou evitar eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Tratou-se de um estudo transversal de natureza descritiva, com abordagem quantitativa, visto que a principal característica dos estudos transversais é a observação das variáveis, que ocorre em um único momento, onde o pesquisador registra uma “imagem” dos fatos de interesse. Como também, de realizar a coleta das informações em curto espaço de tempo, não sendo necessário acompanhar os participantes, produzindo assim resultados de forma mais rápida e com custo inferior aos demais desenhos de estudo (RAIMUNDO; ECHEIMBERG; LEONE, 2018).

Ademais, as pesquisas quantitativas são usadas quando se quer responder questionamentos e conhecer o grau e abrangência de determinados traços em uma população, sendo uma forma de estar sensível a problemas sociais, mostrando-se um método relevante no âmbito educacional devido ao seu caráter amostral (PEREIRA; ORTIGÃO, 2016).

4.2 Local de Estudo

O presente estudo foi realizado nas alas de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica de um hospital de médio porte localizado no município de Picos, região Centro-Sul do Piauí, Brasil, onde o mesmo funciona desde o ano de 1977.

Quando o referido Hospital fora criado, possuía caráter transitório, porém desde sua implantação tem suprido as necessidades de saúde de mais 43 municípios e ainda possui convênio com três instituições de ensino superior e cursos técnicos, alocando assim as aulas práticas dos estudantes como também os estágios não-remunerados. Ainda conta com atendimento nas seguintes especialidades: emergência, clínica médica, pediatria, obstetrícia, clínica cirúrgica, cirurgias gerais e unidade de terapia intensiva.

A unidade de Clínica Médica conta com um total de 30 leitos clínicos, distribuídos entre as mais variadas especialidades como cardiologia, clínica geral, nefrologia, etc. Já a unidade de Clínica Cirúrgica possui um total de 28 leitos cirúrgicos, destinados a cirurgia geral e ortopédica (DATASUS, 2022).

4.3 População e Amostra

A população-alvo da pesquisa consistiu na totalidade dos pacientes em internação nas alas de Clínica Médica e Cirúrgica, no período do estudo. Para seleção do grupo amostral, foram considerados os seguintes critérios de inclusão: pacientes com idade igual ou superior a 18 anos e tempo de internação superior a 48 horas, para garantir o início da terapia medicamentosa. Foram excluídos da amostra os pacientes que eram incapazes de participar da pesquisa de forma direta – devido alguma condição de saúde, por exemplo, complicações neurológicas, inconsciência por sedo-analgésia, deficiências auditivas ou de fala, desorientação mental, idade avançada –, e não possuíam um responsável direto para realização das perguntas.

Em relação ao último item, foi feita uma verificação no prontuário do paciente para conferir se o indivíduo era apto ou não a participar da pesquisa diretamente. Em casos em que o paciente estivesse impossibilitado de participar por alguns dos motivos supracitados, a coleta foi realizada com o responsável direto, sendo ele familiar ou não, tendo em vista que nesses casos este assume a responsabilidade de acompanhar a assistência que é prestada ao paciente.

Assim, a amostra foi calculada a partir de uma margem de erro amostral de 5% e intervalo de confiança de 95%, com base em uma técnica de amostragem para populações finitas, obtendo-se então um quantitativo de 251 pessoas. O cálculo foi realizado através do programa *OpenEpi*, utilizando a seguinte fórmula estatística:

$$\text{Tamanho da amostra } n = \frac{EDFF * Np(1-p)}{[(d^2/Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]}$$

4.4 Coleta de Dados

Após busca exaustiva na literatura, não foi possível encontrar um instrumento validado para o Brasil que atendesse aos objetivos da presente pesquisa. Assim, propõe-se a construção de um formulário inicial, estruturado especialmente para os fins deste estudo. Conforme orientado por Pedro *et al.*, (2016) em sua pesquisa, esse formulário (APÊNDICE A) foi devidamente avaliado antes por dois docentes da área de Segurança do Paciente, possuidores de especialização nessa temática. Ademais, seguindo recomendações de Llapa-Rodriguez *et al.*, (2017) foi realizado um teste-piloto com cinco pacientes, antes da coleta de dados com a amostra final, para facilitar possíveis correções no instrumento a fim de melhorar a sua adequação.

Os docentes que validaram o formulário de coleta foram localizados através do currículo *lattes* e contactados via *e-mail* com o convite para participar da pesquisa e o instrumento de

coleta a ser avaliado. Em resposta à uma sugestão de uma das docentes especialistas, foi acrescido no instrumento duas notas explicativas, no próprio corpo do instrumento, sobre o significado de evento adverso e efeito colateral.

Nessa conjuntura, o instrumento para coleta de dados (APÊNDICE A) possui três domínios: o 1º está relacionado às características sociodemográficas, econômicas e de internação dos participantes; o 2º é referente ao conhecimento do paciente sobre sua terapia medicamentosa e o 3º confere à perguntas que avaliam a atitude do paciente frente à sua terapia medicamentosa em uso. As perguntas que compõem o segundo e terceiro domínio possuem respostas de “sim”, “não” e “parcialmente”.

Em relação ao teste-piloto, os cinco pacientes participantes foram informados do caráter de teste daquela coleta prévia, sendo que esses dados foram descartados vistas de que não seria necessária nenhuma adequação do instrumento, mediante experiência de coleta vivenciada durante o teste.

O período de coleta de dados ocorreu durante todo o mês de junho de 2022, na qual foram realizadas visitas, a cada dois dias, no período diurno e noturno, às alas de Clínica Médica e Cirúrgica do hospital de estudo.

A pesquisa deu-se através de abordagem direta ao paciente, visto que o pesquisador convidava o indivíduo para participar do estudo e apresentava as informações necessárias relacionadas com a participação na pesquisa, tais como: objetivos, benefícios, riscos, relevância, etc. A seguir, era solicitado ao participante que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e somente a partir disso, era realizada a aplicação do instrumento de coleta de dados. O grupo de coleta, formado por duas pessoas, que iam coletar os dados juntamente com o pesquisador, foram devidamente treinadas para seguir essa padronização de procedimentos de coleta descrito acima.

Para o recolhimento de informações relevantes sobre o tratamento medicamentoso recebido pelo participante, como por exemplo a quantidade e o nome dos medicamentos em uso, foi solicitado ao mesmo o acesso ao prontuário por parte do pesquisador.

Tendo em vista a realidade pandêmica causada pelo coronavírus, é importante esclarecer que durante toda a coleta de dados, a pesquisadora responsável e a equipe voluntária de coleta estavam devidamente paramentadas e protegidas, sendo que os Equipamentos de Proteção Individual (EPI's) foram de inteira responsabilidade dos mesmos. Além disso, a pesquisadora responsável pela coleta de dados estava vacinada com pelo menos duas doses da vacina, para reforçar sua própria segurança.

4.5 Análise de Dados

Os dados coletados foram armazenados e tabulados no *Microsoft Office Excel 2019* e depois exportados para o software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, 20ª versão, para proceder às análises estatísticas das variáveis, em seguida organizados e apresentados através de tabelas. Foi utilizada análise descritiva simples para a caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, a saber, frequência absoluta e relativa das variáveis. Além disto, recorreu-se à utilização de medidas de tendência central e dispersão, como cálculo de média e desvio padrão.

Para as variáveis qualitativas de conhecimento e atitude, também foram feitas frequência relativa e absoluta, assim como testes de associação usados com variáveis nominais e independentes, Teste de *Qui-Quadrado de Pearson* e Teste Exato de *Fisher*. Esses dois últimos testes foram aplicados para verificar se existia ou não associação entre as variáveis de conhecimento e de atitude do paciente com o desfecho de participar na prevenção de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos durante a internação, onde considerou-se uma significância estatística ao nível de 5% ($p < 0,05$), assim como também foi usado o teste V-quadrado de *Cramer (V)* para medir a força de associação entre as duas variáveis.

A apresentação de resultados dos anos de estudos obtidos dos pacientes participantes da pesquisa foram descritos e agrupados seguindo a ideia esplanada por Menezes (2001), onde os anos estudados seguem a conformação da divisão dos anos escolares brasileiros: 3 anos de estudo correspondem à pré-escola; de 4 a 12 anos correspondem ao ensino fundamental completo ou incompleto; 13 a 15 anos de estudo correspondem ao ensino médio completo ou incompleto e de 16 a 20 anos é equivalente ao ensino superior completo ou incompleto.

Em relação às respostas da 2ª parte do instrumento de coleta de dados, têm-se que: foi assinalado como “sim” quando o paciente obteve conhecimento relacionado à maioria dos medicamentos em uso ($>50\%$); foi assinalado como “parcialmente” quando o conhecimento do paciente em relação aos medicamentos em uso correspondeu somente à metade deles (50%); foi assinalado como “não” quando o paciente obteve conhecimento inferior à metade dos medicamentos em uso ou nenhum conhecimento ($<50\%$ ou 0%).

No que diz respeito às respostas da 3ª parte do instrumento de coleta de dados, têm-se que: foi assinalado como “sim” quando o paciente relatou ter a referida atitude para com a todas as administrações dos medicamentos em uso; foi assinalado como “parcialmente” quando o paciente relatou ter a referida atitude somente em algumas vezes em que os medicamentos

foram administrados; foi assinalado como “não” quando o paciente não relatou ter referida atitude em nenhuma das administrações dos medicamentos em uso.

4.6 Aspectos Éticos e Legais

Foram respeitados todos os aspectos éticos e legais consonantes com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais para realização da presente pesquisa (BRASIL, 2012).

Além disso, foi utilizado o TCLE como forma de formalizar a ciência da pesquisa e seus objetivos pelo participante, resguardando então o pesquisador e o participante de pesquisa quanto ao que é consolidado por lei. Ressalta-se que o anonimato do participante foi garantido durante toda a construção e divulgação dos resultados do estudo, não sendo divulgado informações sensíveis do mesmo, assim como também foi informado no termo que o pesquisador teria acesso ao prontuário para recolhimento de informações referentes à terapia medicamentosa.

A coleta de dados só teve início após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Piauí (UFPI), que julgou os requisitos para continuidade da pesquisa e obteve aprovação pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 57178122.5.0000.8057 e parecer número 5.394.177 (ANEXO A).

Essa pesquisa ofereceu um risco mínimo, onde apresentou a possibilidade de desencadear sentimentos de angústia ou vergonha ao participante que não entendesse corretamente como se devia responder o instrumento da pesquisa, mas para isso o pesquisador estava acompanhando o participante para responder as dúvidas que surgiam e solucionar todas as dificuldades que ele podia vir a ter.

Como benefício para os pacientes participantes, configurou-se uma oportunidade de melhorar a sua participação durante o plano terapêutico, visto que o mesmo pôde compreender as informações importantes sobre os medicamentos em uso como também a conduta necessária para que eles fossem de fato a última barreira contra os erros de medicação.

5 RESULTADOS

Os achados são provenientes dos dados coletados através da aplicação de um questionário em 252 pacientes ou responsáveis direto que estavam nas alas de clínica médica e cirúrgica de um hospital público do interior do Piauí. Assim, os resultados estão dispostos conforme os objetivos propostos: caracterização dos aspectos sociodemográficos, econômicos e clínicos, identificação do conhecimento do paciente frente à terapia medicamentosa utilizada durante a hospitalização, identificação da atitude do paciente quanto à sua participação na terapia medicamentosa durante a hospitalização e verificação de associações entre as variáveis de conhecimento e as de atitude.

Conforma a Tabela 1, houve predomínio do sexo masculino, com 152 participantes (60,3%), com idade variando entre 18 e 94 anos e média de 53,15 ($\pm 20,113$) anos. Em relação aos anos de estudo, considerou-se o mínimo de 0 (zero) para analfabetos e máximo de 20 para ensino superior completo, portanto os participantes declararam ter em média 7,77 ($\pm 5,39$) anos de estudo. Além disso, 121 (48%) dos participantes declararam renda familiar mensal entre um e dois salários mínimos, sendo que 143 (56,7%) são procedentes de zona urbana.

Em relação à caracterização clínica dos participantes, identificou-se que 207 (82,1%) estavam na condição de pacientes, seguido de 45 (17,9%) responsáveis direto, por motivos de limitações como: traumatismo cranioencefálico grave, desorientação devido doenças metabólicas, deficiente de fala e pacientes com idade muito avançada. Destes, 156 (61,9%) estavam alocados na ala de clínica cirúrgica e os outros 96 (38,1%) provenientes da ala de clínica médica com média de dias de internação atual equivalente a 4,58 dias, considerando o mínimo de 2 dias e o máximo de 31 dias.

Quanto ao número de internações hospitalares no último ano, obteve-se uma média de 1,04 ($\pm 1,007$) internações ao ano, com destaque para 162 (64,3%) participantes que relataram o intervalo de 1 a 3 internações. Além disso, no que diz respeito à quantidade de medicamentos em uso, 133 (52,7%) dos participantes faziam uso de 5 ou menos, considerando o mínimo de 2 e o máximo de 11 medicamentos, tendo como média o uso de 5,36 ($\pm 1,594$) medicamentos.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica, econômica e clínica dos pacientes em internação hospitalar nas alas de clínica médica e clínica cirúrgica (n=252). Piauí, Brasil, 2022.

VARIÁVEIS	N	%	MÉDIA	DP*
Faixa etária				
18-24	26	10,4		
25-39	43	17,2	53,15	±20,113
40-59	91	36,4		
≥60	92	36		
Sexo				
Masculino	152	60,3		
Feminino	100	39,7		
Anos de estudo				
0 (zero)	53	21		
1-3	1	0,4	7,77	±5,39
4-12	144	57,3		
13-15	45	17,9		
16-20	9	3,6		
Renda familiar mensal**				
Menos de um salário mínimo	27	10,7		
Um salário mínimo	94	37,3		
Um a dois salários mínimos	121	48,0		
Três ou mais salários mínimos	10	4,0		
Lugar de residência				
Zona urbana	143	56,7		
Zona rural	109	43,3		
Identificação				
Paciente	207	82,1		
Responsável direto	45	17,9		
Número de dias da internação atual				
2-5	186	73,8		
6-10	45	17,9		
11-15	14	5,6	4,58	±4,155
16-20	3	1,2		
21-25	3	1,2		
26-31	1	0,4		
Número de internações hospitalares no último ano				
0 (zero)	85	33,7		
1-3	162	64,3	1,04	±1,007
4-6	5	2		
Motivo da internação atual				
Clínica	96	38,1		
Cirúrgica	156	61,9		

Continua

Conclusão

VARIÁVEIS	N	%	MÉDIA	DP*
Quantidade de medicamentos em uso				
≤ 5	133	52,7	5,36	
>5	119	47,3	Min=2 Máx=11	±1,594

*Desvio Padrão **Considerado o valor do salário mínimo referente a Lei 14.358 de 1º de junho de 2022 publicada no Diário Oficial da União.

Fonte: Dados da pesquisa. Piauí, Brasil, 2022.

Os participantes foram avaliados quanto ao conhecimento que cada um possuía sobre a terapia medicamentosa que estava sendo utilizada durante a internação, conforme apresentado na Tabela 2. Entre as variáveis de conhecimento têm-se que 160 (63,5%) dos participantes não conheciam o nome dos medicamentos em uso; 137 (54,4%) tinham conhecimento sobre a via de administração desses medicamentos em uso na internação; 104 (41,3%) não tinham conhecimento sobre a quantidade de vezes que deviam tomar os medicamentos durante o dia; 114 (45,2%) apresentaram saber parcialmente a indicação terapêutica dos medicamentos em uso; 241 (95,6%) não souberam relatar a dose prescrita de cada medicamento; 191 (75,8%) não tinham conhecimento sobre os efeitos adversos relacionados aos medicamentos em uso, assim como 180 (71,4%) também não sabiam relatar os efeitos colaterais dos mesmos; quando perguntado a respeito da hora em que cada medicamento devia ser administrado, 139 (55,2%) mostraram-se não possuir conhecimento sobre tal, e 237 (94,0%) afirmaram não ter dúvidas em relação ao tratamento medicamentoso ou sobre medicamento em uso.

Tabela 2 – Conhecimento do paciente quanto à terapia medicamentosa utilizada durante a hospitalização (n=252). Piauí, Brasil, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Conhecimento		
Conhece o nome dos medicamentos em uso durante Internação		
Sim	19	7,5
Não	160	63,5
Parcialmente	73	29
Conhece a via de administração dos medicamentos em uso durante internação		
Sim	137	54,4
Não	21	8,3

Continua

Conclusão

VARIÁVEIS	N	%
Conhecimento		
Parcialmente	94	37,3
Conhece a quantidade de vezes que deve tomar os medicamentos durante o dia		
Sim	58	23,0
Não	104	41,3
Parcialmente	90	35,7
Consegue dizer para que servem os medicamentos em uso		
Sim	40	15,9
Não	98	38,9
Parcialmente	114	45,2
Conhece a dose prescrita de cada medicamento		
Sim	2	0,8
Não	241	95,6
Parcialmente	9	3,6
Conhece os efeitos adversos dos medicamentos em uso		
Sim	1	0,4
Não	191	75,8
Parcialmente	60	23,8
Conhece os efeitos colaterais dos medicamentos em uso		
Sim	3	1,2
Não	180	71,4
Parcialmente	69	27,4
Conhece a hora em que cada medicamento deve ser Administrado		
Sim	27	10,7
Não	139	55,2
Parcialmente	86	34,1
Tem dúvidas sobre o tratamento medicamentoso ou sobre medicamento em uso		
Sim	5	2,0
Não	237	94,0
Parcialmente	10	4,0

Fonte: Dados da pesquisa. Piauí, Brasil, 2022.

Os pacientes participantes também foram avaliados a respeito da atitude que tinham quanto à sua participação na terapia medicamentosa durante a hospitalização, conforme mostrado na Tabela 3. Entre as variáveis de atitude, têm-se que 133 (52,8%) relataram não perguntar o tipo/nome do medicamento antes de o profissional administrar o mesmo; 167 (66,3%) disseram não informar ao profissional sobre alergia medicamentosa; 164 (65,1%) não conferem com o profissional se aquele medicamento que será administrado é mesmo destinado

a ele; 247 (98,0%) não verificam com o profissional se o mesmo realizou a higienização das mãos antes da medicação; 186 (73,8%) não perguntam ao profissional de saúde sobre os efeitos colaterais do medicamento em uso.

Ademais, 141 (56,0%) se já tomavam medicamentos antes da internação, relataram conferir com o profissional se esses continuam sendo administrados; 205 (81,3%) não conferem com o profissional se é a hora correta de administrar aquele medicamento; 221 (87,7%) relataram que não conferem a prescrição médica antes que o profissional administre um medicamento; 191 (75,8%) não pedem ao profissional para conferir seu nome e o nome da mãe com o que consta na prescrição, assim como também 122 (48,4%) relataram conferir parcialmente com o profissional antes que ele administre um medicamento, se o mesmo está identificado com o seu nome.

Tabela 3 – Atitude do paciente quanto à sua participação na terapia medicamentosa durante a hospitalização (n=252). Piauí, Brasil, 2022.

VARIÁVEIS	N	%
Atitude		
Antes de o profissional administrar o medicamento, pergunta o tipo/nome do mesmo		
Sim	48	19,0
Não	133	52,8
Parcialmente	71	28,2
Informa ao profissional sobre alergia medicamentosa		
Sim	63	25,0
Não	167	66,3
Parcialmente	22	8,7
Confere com o profissional se o medicamento que será administrado é mesmo destinado a você		
Sim	31	12,3
Não	164	65,1
Parcialmente	57	22,6
Verifica com o profissional se o mesmo higienizou as mãos antes da aplicação		
Sim	4	1,6
Não	247	98,0
Parcialmente	1	0,4
Pergunta ao profissional sobre os efeitos colaterais do Medicamento		
Sim	8	3,2
Não	186	73,8

Continua

Conclusão

VARIÁVEIS	N	%
Parcialmente	58	23
Se tomava medicamentos antes da internação, confere com o profissional se estão sendo administrados		
Sim	141	56
Não	108	42,9
Parcialmente	3	1,2
Confere com o profissional se é a hora certa de administrar aquele medicamento		
Sim	15	6,0
Não	205	81,3
Parcialmente	32	12,7
Antes do profissional administrar o medicamento, pergunta se está prescrito pelo médico		
Sim	11	4,4
Não	221	87,7
Parcialmente	20	7,9
Pede ao profissional para conferir seu nome e o nome da mãe Com o que consta na prescrição		
Sim	16	6,3
Não	191	75,8
Parcialmente	45	17,9
Antes do profissional administrar o medicamento, confere se está identificado com o seu nome		
Sim	42	16,7
Não	88	34,9
Parcialmente	122	48,4

Fonte: Dados da pesquisa. Piauí, Brasil, 2022.

Na Tabela 4 estão dispostas as associações entre as variáveis de conhecimento e as variáveis de atitude. Foram verificadas associações estatisticamente significativas entre o desfecho de conferir com o profissional, antes de ele administrar o medicamento, se esse está identificado com o seu nome com as seguintes variáveis de conhecimento: conhecer o nome dos medicamentos em uso durante a internação ($p=0,000$), com sugestão de uma associação fraca entre essas duas variáveis ($V=0,23$); ter conhecimento da quantidade de vezes que deve tomar cada um dos medicamentos durante o dia ($p=0,000$), caracterizado por associação fraca entre variáveis ($V=0,21$); conseguir dizer para que servem os medicamentos em uso ($p=0,013$), possuindo uma associação fraca evidenciada pelo valor de *Cramer* ($V=0,16$); conhecer os efeitos adversos dos medicamentos em uso ($p=0,000$), sendo essa uma associação fraca entre variáveis ($V=0,25$); conhecer os efeitos colaterais dos medicamentos em uso ($p=0,000$),

caracterizada em uma associação média entre as variáveis ($V=0,32$); e saber dizer a hora em que cada medicamento deve ser administrado ($p=0,000$), configurando-se uma associação fraca devido o valor de *Cramer* ($V=0,27$). Ou seja, de alguma forma as atitudes que os participantes tiveram de conferir com o profissional se o medicamento estava identificado com o seu nome foi impulsionado estatisticamente pelas referidas variáveis de conhecimento.

Em relação à atitude do participante conferir com o profissional se o medicamento que será administrado é mesmo destinado a ele, configurou-se uma ação estatisticamente impulsionada pelas seguintes variáveis de conhecimento: conhecer o nome dos medicamentos em uso ($p=0,011$), com V de *Cramer* ($V=0,16$) indicativo de fraca associação; conseguir dizer para que servem os medicamentos em uso ($p=0,035$), possuindo uma fraca associação entre variáveis ($V=0,14$); e saber dizer a hora em que cada medicamento deve ser administrado ($p=0,000$) com V de *Cramer* sugestivo de uma fraca associação ($V=0,24$).

Tabela 4 – Associações das variáveis de conhecimento com os desfechos na atitude do participante em conferir se o medicamento está identificado com o seu nome antes de o profissional administrar, e conferir com o profissional se o medicamento que será administrado é mesmo destinado a ele ($n=252$). Piauí, Brasil, 2022.

VARIÁVEIS DE ATITUDE							p valor
Antes de o profissional administrar o medicamento, confere se ele está identificado com o seu nome							
VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO	Sim ($n=42$)		Não ($n=88$)		Parcialmente ($n=122$)		
	n	%	n	%	n	%	
Conhece o nome dos medicamentos em uso durante a internação							
Sim	8	19,0	6	6,8	5	4,1	0,000*
Não	22	52,4	70	79,5	68	55,7	
Parcialmente	12	28,6	12	13,6	49	40,2	
Tem conhecimento da quantidade de vezes que deve tomar cada um dos medicamentos durante o dia							
Sim	17	40,5	26	29,5	15	12,3	0,000**
Não	9	21,4	31	35,2	64	52,5	
Parcialmente	16	38,1	31	35,2	43	35,2	

Continua

VARIÁVEIS DE ATITUDE							p valor
Antes de o profissional administrar o medicamento, confere se ele está identificado com o seu nome							
Consegue dizer pra quê servem os medicamentos em uso							
Sim	14	33,3	13	14,8	13	10,7	0,013**
Não	12	28,6	33	37,5	53	43,4	
Parcialmente	16	38,1	42	47,7	56	45,9	
Conhece os efeitos adversos relacionados aos medicamentos em uso							
Sim	0	0,0	0	0,0	1	0,8	0,000*
Não	33	78,6	83	94,3	75	61,5	
Parcialmente	9	21,4	5	5,7	46	37,7	
Conhece os efeitos colaterais associados aos medicamentos em uso							
Sim	2	4,8	0	0,0	1	0,8	0,000*
Não	32	76,2	82	93,2	66	54,1	
Parcialmente	8	19,0	6	6,8	55	45,1	
Sabe dizer a hora em que cada medicamento deve ser administrado							
Sim	8	19,1	11	12,5	8	6,5	0,000*
Não	20	47,6	30	34,1	89	73,0	
Parcialmente	14	33,3	47	53,4	25	20,5	
Confere com o profissional se o medicamento que será administrado é mesmo destinado a você							
	Sim		Não		Parcialmente		p valor
	(n=31)		(n=164)		(n=57)		
Conhece o nome dos medicamentos em uso durante a internação	n	%	n	%	n	%	
Sim	4	12,9	10	6,1	5	8,8	0,011*
Não	21	67,7	113	68,9	26	45,6	
Parcialmente	6	19,4	41	25,0	26	45,6	

Continua

Conclusão

	Confere com o profissional se o medicamento que será administrado é mesmo destinado a você						p valor
Consegue dizer pra quem servem os medicamentos em uso							
Sim	8	25,8	23	14,0	9	15,8	0,035*
Não	5	16,1	66	40,2	27	47,4	
Parcialmente	18	58,1	75	45,7	21	36,8	
Sabe dizer a hora em que cada medicamento deve ser administrado							
Sim	6	19,4	18	11,0	3	5,3	0,000*
Não	6	19,4	89	54,3	44	77,2	
Parcialmente	19	61,3	57	34,8	10	17,5	

*Teste Exato de *Fisher* ** Teste de Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Dados da pesquisa. Piauí, Brasil, 2022.

Pode-se observar na Tabela 5 que o desfecho final de o participante conferir com o profissional se é a hora certa de administrar aquele medicamento, foi influenciado estatisticamente por estas variáveis de conhecimento: conhecer a quantidade de vezes que se deve tomar cada um dos medicamentos ($p=0,003$), com *V* de *Cramer* indicativo de fraca associação ($V=0,19$); saber por onde os medicamentos em uso devem ser administrados ($p=0,009$), e *V* de *Cramer* ($V=0,17$) revelando uma associação fraca entre as variáveis; e saber a hora em que os medicamentos devem ser administrados ($p=0,000$), possuindo uma fraca associação evidenciada pelo valor de *Cramer* ($V=0,23$).

Ter a atitude de perguntar o tipo/nome do medicamento antes que o profissional administre, é impulsionada significativamente por saber o nome dos medicamentos em uso durante a internação ($p=0,000$), porém com fraca associação entre essas variáveis ($V=0,25$). Possuir dúvidas sobre o tratamento medicamentoso ou sobre algum medicamento em uso e conhecer a quantidade de vezes que se deve tomar os medicamentos, não obtiveram influência estatística em o participante perguntar o tipo/nome do medicamento ($p=0,050$; $p=0,241$), justificando assim a ausência de força entre essas associações.

Tabela 5 – Associações entre as variáveis de conhecimento com os desfechos na atitude dos participantes em conferir com o profissional se é a hora certa de administrar aquele medicamento, e perguntar tipo/nome do medicamento antes de o profissional administrar (n=252). Piauí, Brasil, 2022.

		VARIÁVEIS DE ATITUDE						p valor
		Confere com o profissional se é a hora certa de administrar aquele medicamento						
VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO		Sim (n=15)		Não (n=205)		Parcialmente (n=32)		
		n	%	n	%	n	%	
Sabe por onde os medicamentos que você está utilizando devem ser administrados								
Sim		14	93,3	109	53,2	14	43,8	0,009*
Não		0	0,0	20	9,8	1	3,1	
Parcialmente		1	6,7	76	37,1	17	53,1	
Tem conhecimento da quantidade de vezes que deve tomar cada um dos medicamentos durante o dia								
Sim		10	66,7	44	21,5	4	12,5	0,003*
Não		2	13,3	85	41,5	17	53,1	
Parcialmente		3	20,0	76	37,1	11	34,4	
Sabe dizer a hora em que cada medicamento deve ser administrado								
Sim		6	40,0	16	7,8	5	15,6	0,000*
Não		0	0,0	122	59,5	17	53,1	
Parcialmente		9	60,0	67	32,7	10	31,3	
		Antes de o profissional administrar o medicamento, pergunta tipo/nome do mesmo						p valor
		Sim (n=48)		Não (n=133)		Parcialmente (n=71)		
VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO		n	%	n	%	n	%	
		n	%	n	%	n	%	
Conhece o nome dos medicamentos em uso durante a internação								
Sim		8	16,7	4	3,0	7	9,9	0,000*
Não		16	33,3	102	76,7	42	59,2	
Parcialmente		24	50,0	27	20,3	22	31,0	

Continua

Conclusão

	Antes de o profissional administrar o medicamento, pergunta tipo/nome do mesmo						p valor
Tem dúvidas sobre o tratamento medicamentoso ou sobre algum medicamento em uso							
Sim	1	2,1	1	0,8	3	4,2	0,050*
Não	44	91,7	130	97,7	63	88,8	
Parcialmente	3	6,2	2	1,5	5	7,0	
Tem conhecimento da quantidade de vezes que deve tomar cada um dos medicamentos durante o dia							
Sim	16	33,3	31	23,3	11	15,5	0,241**
Não	17	35,4	53	39,8	34	47,9	
Parcialmente	15	31,2	49	36,8	26	36,6	

*Teste Exato de *Fisher* ** Teste de Qui-quadrado de *Pearson*.

Fonte: Dados da pesquisa. Piauí, Brasil, 2022.

Na Tabela 6, evidenciou-se que a atitude de o participante conferir com o profissional se os medicamentos que tomava antes da internação continuam sendo administrados está estatisticamente associado a conhecer o nome dos medicamentos em uso ($p=0,039$), assim como possui uma força de associação fraca entre essas variáveis ($V=0,14$). Por outro lado, ter conhecimento sobre a quantidade de vezes que se deve tomar os medicamentos durante o dia não impulsionou significativamente o participante a ter essa atitude de conferir a reconciliação medicamentosa ($p=0,100$). Já no que se diz respeito a informar ao profissional sobre alergia medicamentosa, evidenciou-se associação significativa quando se conhece o nome dos medicamentos em uso durante a internação ($p=0,003$), mesmo essa associação entre variáveis sendo fraca ($V=0,17$). Por fim, saber dizer para que servem os medicamentos em uso influenciou significativamente em o participante perguntar ao profissional sobre os efeitos colaterais do medicamento ($p=0,017$), além de possuir uma força de associação fraca entre essas duas variáveis ($V=0,14$).

Tabela 6 - Associação entre as variáveis de conhecimento com os desfechos na atitude do participante em conferir com o profissional se os medicamentos que tomava antes da internação continuam sendo administrados, em informar sobre alergia medicamentosa e perguntar sobre os efeitos colaterais do medicamento (n=252). Piauí, Brasil, 2022.

		VARIÁVEIS DE ATITUDE						p valor*
		Se tomava medicamentos antes da internação, está conferindo com o profissional se estão sendo administrados						
VARIÁVEIS DE CONHECIMENTO		Sim (n=141)		Não (n=108)		Parcialmente (n=3)		
		n	%	n	%	n	%	
Conhece o nome dos medicamentos em uso durante a internação								
Sim		10	7,1	8	7,4	1	33,3	0,039
Não		81	57,4	77	71,3	2	66,7	
Parcialmente		50	35,5	23	21,3	0	0,0	
Tem conhecimento da quantidade de vezes que deve tomar cada um dos medicamentos durante o dia								
Sim		26	18,4	31	28,7	1	33,3	0,100
Não		67	47,5	36	33,3	1	33,3	
Parcialmente		48	34,0	41	38,0	1	33,4	
		Informa ao profissional sobre alergia medicamentosa						p valor*
		Sim (n=63)		Não (n=167)		Parcialmente (n=22)		
		n	%	n	%	n	%	
Conhece o nome dos medicamentos em uso durante a internação								
Sim		7	11,1	8	4,8	4	18,2	0,003
Não		42	66,7	101	60,5	17	77,3	
Parcialmente		14	22,2	58	34,7	1	4,5	
		Pergunta ao profissional sobre os efeitos colaterais do medicamento						p valor*
		Sim (n=8)		Não (n=186)		Parcialmente (n=58)		
		n	%	n	%	n	%	
Consegue dizer pra que servem os medicamentos em uso								

Continua

Conclusão

Sim	2	25,0	33	17,7	5	8,6	
Não	0	0,0	68	36,6	30	51,7	0,017
Parcialmente	6	75,0	85	45,7	23	39,7	

*Teste Exato de *Fisher*

Fonte: Dados da pesquisa. Piauí, Brasil, 2022.

6 DISCUSSÃO

Em relação à caracterização da amostra, um estudo concordou quanto às seguintes variáveis: média de idade de 53,15 anos; zona urbana como meio de procedência dos participantes e renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos. Contudo, houve discordância quanto a variável sexo biológico, em que se obteve predominância do sexo feminino (GOMES; VOLPE, 2018). Os dados do presente estudo também são discordantes de outras pesquisas encontradas, a exemplo de um estudo realizado nas enfermarias clínicas e cirúrgicas de um Hospital Universitário na cidade de Juiz de Fora, sudeste do país, que apontou participantes com idade média de 44 anos, predominantemente mulheres e com renda familiar de até um salário mínimo (LUPATINI *et al.*, 2016).

A prevalência dos participantes do sexo masculino, nesta pesquisa, pode ser explicada pelo distanciamento do homem em relação aos cuidados com a sua saúde. Além disso, destaca-se que com o passar dos anos, as políticas públicas foram criadas de modo a direcionar a assistência em saúde a certos públicos, tal como materno-infantil, deixando as ações de planejamento e implementação de saúde dessa clientela em segundo plano, até recentemente, quando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi criada em 2009. Ressalta-se que ainda existe luta para ser efetivamente implantada nos serviços de saúde. Além de que, também é sabido que a população masculina representa índices de mortalidade e morbidade mais elevados do que as mulheres, evidenciando que a presença deles no serviço de internação hospitalar é mais expressiva que a feminina (MARTINS *et al.*, 2020).

Além disso, é válido citar que a maioria dos participantes foram provenientes da ala cirúrgica, onde a realidade em que se passa esta pesquisa, há mais homens devido ao número acentuado de traumas. Uma pesquisa realizada documental, de coorte transversal, realizada neste mesmo município trouxe que em relação aos atendimentos a acidentes de trânsito no geral, foram mais atingidos indivíduos do sexo masculino, o que corrobora os presentes resultados (MOURA *et al.*, 2017).

O fato de a maioria dos participantes serem provenientes da ala de clínica cirúrgica pode ser entendido devido ao tempo de internação curto dos mesmos nesse setor, possibilitando uma rotatividade maior de admissões e altas, refletindo então no maior número de coletas realizadas nessa enfermaria. Ao contrário dos pacientes internados em clínica médica, que apresentam um tempo de internação mais longo, devido às especificidades dos planos terapêuticos (JÚNIOR *et al.*, 2021).

A maioria dos participantes declararam ter em média 7,77 anos de estudo, que pode corresponder, de acordo com a apresentação dos anos escolares brasileiros, tanto a um ensino fundamental completo quanto ao ensino fundamental incompleto. Esse dado é relevante quando se trata do ambiente hospitalar, cenário estudado, pois a dificuldade de compreensão, possivelmente atrelada aos poucos anos de estudo, pode favorecer a apreensão equivocada e/ou incompleta de informações importantes acerca do quadro clínico e terapêutica medicamentosa utilizada no tratamento hospitalar (PEDRO *et al.*, 2016).

O que foi citado acima relaciona-se também à literacia ou letramento em saúde, que se refere à capacidade das pessoas em aceder, compreender, avaliar e aplicar informações de saúde para a prevenção de doenças ou apenas para a promover o bem-estar, buscando manter ou melhorar a qualidade de vida pessoal, além de usar essas informações na tomada de decisões relacionadas a esses processos (BARROS *et al.*, 2022). Segundo Nutbeam, McGill e Premkumar (2018) pessoas com letramento reduzido apresentam maior probabilidade de pouca adesão ao uso de medicamentos no que diz respeito a tratamentos clínicos de doenças.

Nesse sentido, é possível compreender que as atividades de educação em saúde junto aos pacientes que possuem o objetivo de estimular sua participação no cuidado, somente serão eficazes se os mesmos possuírem níveis adequados de letramento. Dessa forma, sugere-se que a equipe profissional adquira habilidades em literacia e implemente estratégias e intervenções apropriadas, promovendo essa alfabetização com impacto no comportamento de saúde nos ambientes hospitalares (SULINSKAITE; ZAGURSKIENE; BLAZEVICIENE, 2022).

No entanto, o desconhecimento do paciente em relação à terapia medicamentosa também ilustrado pelos resultados apresentados, pode estar atrelado ao processo de trabalho dos profissionais de saúde, e por muitas vezes não à dificuldade de entendimento e compreensão dos clientes atendidos. Uma vez que o profissional não fornece explicações e informações a esses de forma adequada e completa, a interação entre o paciente e a equipe de saúde torna-se não efetiva, refletindo no conhecimento deficiente do mesmo sobre seu plano terapêutico (PEDRO *et al.*, 2016).

No que se diz respeito ao número de dias de internação atual em que se encontravam os participantes da pesquisa, a média foi de 4,58 dias, relativamente baixa se comparada a média de permanência hospitalar de 5,3 dias registrada no período de junho de 2022 pelos hospitais do SUS (BRASIL, 2022). O tempo de permanência hospitalar significativamente mais curto do que o esperado foi discutido em um estudo como sendo indicativo de esforços voltados para a resolução efetiva e em tempo hábil dos problemas de saúde do cliente, a fim de não prolongar

o tempo de internação além do necessário e desejado, tendo em vista os riscos adicionais em que o paciente se encontra no ambiente insalubre hospitalar (LUPATINI *et al.*, 2016).

Em relação a quantidade de medicamentos utilizados durante a internação, um estudo realizado a partir dos prontuários e prescrições médicas de pacientes internados em um hospital universitário do Amazonas, encontrou resultados semelhantes, tais como, 19,39% dos participantes tiveram prescritos menos que cinco medicamentos enquanto que os demais (80,61%) foram prescritos cinco ou mais medicamentos, tendo uma média geral 7,4 e \pm 3,3 medicamentos por prescrição, o que corrobora com os achados desta pesquisa (SILVA *et al.*, 2022).

Um outro estudo realizado por Pedro *et al.*, (2016), trouxe que quanto maior for o número de medicamentos em uso por um paciente, menor será o conhecimento que ele tem sobre esses, por exemplo: tinham bom conhecimento acerca do nome do medicamento pacientes que usavam de 1 a 2 medicamentos, como também de 3 a 4; os que que recebiam 7 ou mais medicamentos, apresentavam conhecimentos deficientes acerca de quaisquer informações sobre medicamentos coletadas.

No que diz respeito aos achados sobre o conhecimento que os participantes tinham sobre os medicamentos utilizados, outros trabalhos encontraram resultados semelhantes em relação a esta pesquisa, como, um estudo que avaliou o conhecimento dos pacientes sobre a prescrição medicamentosa no serviço de emergência, evidenciou que eles não tinham conhecimento sobre aos efeitos adversos e dosagem dos medicamentos. Outra pesquisa realizada no cenário da atenção primária à saúde, avaliou como insuficiente o nível de conhecimento dos pacientes, pois estes não conseguiam referir os efeitos colaterais, nome, posologia, finalidade e dose dos medicamentos utilizados, o que corrobora os achados deste trabalho (CARVALHO *et al.*, 2018; BULUT *et al.*, 2013).

Algumas produções internacionais apontam resultados semelhantes a esta pesquisa, por exemplo, um estudo realizado com 50 pacientes internados no Hospital da Universidade do Colorado nos EUA, apontou um conhecimento deficitário sobre os medicamentos usados entre os participantes, pois não sabiam informar quais e quantos medicamentos estavam em uso, assim, omitiam em média o uso de pelo menos 6,8 medicamentos durante a internação hospitalar, além de 44% apresentarem desconhecimento do nome de pelo menos um dos medicamentos usados. Ainda assim, existem análises que relatam o completo oposto, tal como uma que fora realizada na cidade de Londres, com pacientes de farmácias comunitárias, demonstrando que 97% dos participantes tinham conhecimento da indicação terapêutica dos

medicamentos usados (JANI; HIRANI; LIVINGSTONE, 2021; CLUMBER; WALD; KUTNER, 2010).

Nesse sentido, Pedro *et al.*, (2016) apontaram que a falta de repasse de informações por parte da equipe de saúde pode afetar o conhecimento que o paciente tem acerca de sua situação de saúde, bem como do tratamento que está sendo utilizado, dificultando que o mesmo se torne um elemento ativo em relação aos seus cuidados e à terapêutica medicamentosa utilizada. Sendo assim, é imperativo que o processo de comunicação entre equipe e paciente seja atento, ativo e competente. Isso porque, se o paciente tem conhecimento do plano de tratamento e informações específicas dos medicamentos utilizados, ele se torna corresponsável pela sua segurança, servindo como um parceiro na prevenção de erros.

Por outro lado, a forma como é feita a organização do processo de trabalho da enfermagem no serviço hospitalar pode contribuir com a fragilização da assistência instrucional a esses pacientes sobre sua terapia medicamentosa, impactando a segurança do paciente. Costa *et al.*, (2018) aborda que parte dos erros que estão relacionados a processos de trabalho complexos dá-se a sobrecarga de trabalho, fragmentação do atendimento, falta de padronização dos procedimentos e assistência realizada, falha no processo de comunicação entre profissional-paciente, dentre outros. Promover uma cultura positiva nas organizações de saúde depende especialmente da estrutura organizacional, bem como de uma comunicação efetiva entre as partes envolvidas no processo assistencial.

Apesar de o conhecimento dos participantes ter sido deficiente na maioria dos questionamentos, os mesmos dizem não ter dúvidas sobre os medicamentos em uso. Resultados semelhantes foram encontrados por Alsubaie (2020) na Arábia Saudita, a partir do conhecimento autoavaliado de adolescentes sobre as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), no qual a maioria dos adolescentes pesquisados relataram possuir nível de conhecimento excelente ou bom, mas quando investigado, os resultados mostraram que na verdade essa grande maioria estava com pouco conhecimento. Dessa forma, sugere-se que há uma enorme lacuna no conhecimento relacionado aos medicamentos em uso, onde o paciente apresenta uma percepção imprecisa quanto ao seu conhecimento, evidenciado pelo baixo nível de informações. Atividades de educação em saúde e educação permanente conduzidas pela equipe profissional pode ajudar a aumentar o conhecimento e promover a inclusão do mesmo no plano terapêutico.

Ademais, é interessante salientar que Gimenes *et al.*, (2006) aborda em seu trabalho sobre a repercussão entre o tempo de internação e o conhecimento que o paciente tem sobre medicamentos, de modo que os tempos curtos de hospitalização levam o indivíduo a conhecer menos informações sobre os medicamentos usados, levando em consideração que há menos

tempo para que os profissionais possam educa-los, então, conseqüentemente, o índice de erros relacionados à baixa participação do paciente frente a sua terapia medicamentosa podem ser maiores.

Em relação aos resultados de atitude que os participantes assumiam frente ao seu tratamento medicamentoso, um estudo realizado em hospital universitário brasileiro, no qual foi analisada a experiência do paciente durante a internação hospitalar com foco na coprodução de cuidados relacionados à segurança do paciente, foi possível encontrar resultados semelhantes a esta pesquisa, no qual os participantes não conferiam o medicamento antes de ser administrado, porém foi registrado que alguns conferiam a dose (COSTA *et al.*, 2020).

Um estudo exploratório realizado em um hospital de reabilitação do Distrito Federal com 14 pacientes também apresentou resultados diferentes desta pesquisa, pois nesse estudo foi apontado que os participantes se envolviam no cuidado à saúde perguntando aos profissionais qual medicamento estava sendo administrado, qual a indicação/finalidade do mesmo e conferiam o horário correto para serem administrados (SOUZA *et al.*, 2020).

O estudo, anteriormente citado, de Costa *et al.*, (2020), associou a participação insuficiente dos pacientes a uma possível relação exagerada de confiança, em que esses e também os familiares, depositam nos profissionais, de que não haverá erros, abrindo mão da corresponsabilização pela sua própria segurança. Nesse mesmo sentido, um estudo desenvolvido em hospital filantrópico de Minas Gerais com pacientes em internação clínico-cirúrgica, trouxe que ainda se tem uma quantidade considerável de pacientes que rejeitam a participação ativa na assistência, preferindo ceder toda a responsabilidade da segurança dos cuidados aos profissionais de saúde, sendo explicado pelo fato de muitas vezes o cliente acreditar que essa função na coprodução de cuidados não diz respeito ao seu papel, limitando-se apenas a atuação passiva de escutar, confiar e cooperar com a equipe de saúde (MACHADO, 2018, p. 36).

Para Vaimoradi, Jordan e Kangasniemi (2015), o envolvimento dos pacientes no cuidado em saúde também está ligado diretamente com a postura que a equipe de saúde assume. Segundo os autores, os pacientes possuem sim desejo de estar envolvidos na prática de seus próprios cuidados, porém só se sentem dispostos a participar ativamente quando são motivados e encorajados pelos profissionais de saúde. Caso presumam que esses evitam sua colaboração no processo de cuidado, perdem o interesse na proximidade e no engajamento com a assistência segura. Assim, a criação de um espaço propício para a coprodução de cuidado pelo paciente deve ser promovida e incentivada pela equipe de saúde, inserindo-o como eixo central no cuidado seguro. A educação dos clientes e principalmente dos profissionais de saúde no

desenvolvimento de habilidades relacionadas a saber, e incentivar sobre como eles podem colaborar com a sua segurança, é destacada como uma necessidade emergente para a formação de agentes de mudança nesse contexto (LIANG *et al.*, 2018).

Em relação a reconciliação medicamentosa, foi visto que a maioria informou que se encontravam atentos à continuidade dos medicamentos que já tomava em casa. Isso pode estar relacionado com as orientações e acompanhamento de rotina que é feito na Atenção Primária à Saúde (APS), no qual, dispendo-se de uma equipe multiprofissional articulada, contribuem positivamente para o acolhimento e tratamento polifarmacológico, além de ensinar a tomada correta e reforçar a importância da adesão ao tratamento medicamentoso (TON *et al.*, 2021).

Finalmente, no que se diz respeito ao fato de as associações das variáveis de conhecimento com as de atitude terem sido estatisticamente significativas, ou seja, que conhecer está associado de alguma forma a ter atitudes participativas frente à terapia medicamentosa, o estudo de Costa *et al.*, (2020), corrobora esses resultados, afirmando que quando os pacientes/acompanhantes apresentam proatividade e conhecimento, estes se sentem mais à vontade para participar de forma ativa, envolvendo-se sobre quais medicamentos estão recebendo, conferindo a identificação rotulada no medicamento, a indicação e os efeitos adversos de cada um, dentre outras informações.

Analisando os resultados das associações, é possível inferir que esses dados garantem que houve associação significativa entre o não conhecer e não participar, visto que as frequências foram maiores para o não conhecer e o não ter atitude, no qual os resultados escassos das variáveis de atitudes acompanham a pouca expressividade dos resultados das variáveis de conhecimento, e conseqüentemente o nível de participação do paciente é baixo. Indiretamente, também é possível entender que ter conhecimento leva o paciente a assumir atitudes e conseqüente maior participação. Dessa forma, supõe-se que a participação do paciente frente à terapia medicamentosa seja proporcional ao seu conhecimento sobre esses medicamentos.

Embora a força de associação entre as variáveis de conhecimento e atitude sejam fracas, no sentido de V de *Cramer*, ainda assim foram estatisticamente significativas, o que abre margem para implementação de várias estratégias e tecnologias que tragam a educação em saúde para os pacientes internados, buscando impactar diretamente na atitude desses frente ao próprio cuidado seguro em saúde, tornando-se uma última barreira para o erro.

Nesse sentido, uma pesquisa canadense propôs uma ferramenta visual inovadora sobre segurança do paciente, onde estes são ensinados sobre a temática e também incentivados a assumirem posturas/atitudes participativas no cuidado, no qual os próprios pacientes e acompanhantes avaliaram essa ferramenta e relataram se sentir mais confiantes para fazer

perguntas à equipe de saúde e para se envolver mais na segurança de seus cuidados frente ao tratamento medicamentoso utilizando durante hospitalização (PODER; CARRIER; BEDARD, 2018).

Ainda nessa perspectiva, um hospital universitário do Sistema Nacional de Saúde em Londres, implementou um vídeo educativo em segurança do paciente chamado *PINK – participate, inform, notice, know* – destinado a incentivar o envolvimento dos pacientes em comportamentos relevantes para a segurança. Os benefícios que foram citados pelos participantes do estudo incluem aumento do conhecimento e facilitação do envolvimento desses em seus cuidados durante a internação (PINTO *et al.*, 2012).

A utilização desses tipos de estratégias e tecnologias acaba impactando positivamente a participação do paciente na coprodução de cuidados, ampliando a visão sobre segurança, ao ponto de corresponder às metas internacionais de segurança do paciente, corroborando com elas, aumentando sua implementação e eficácia, além de estarem em consonância com os achados desta pesquisa. No mais, é inegável que existe uma necessidade crescente de estratégias para estimular pacientes/acompanhantes/familiares a assumirem uma participação ativa na prevenção de erros e EA que podem relacionar-se com a prestação de cuidados, especialmente no que se refere a uma prática de medicação pautada em princípios de seguridade.

7 CONCLUSÃO

Em suma, entende-se que a participação dos pacientes frente à terapia medicamentosa foi deficiente, visto que o conhecimento destes sobre os medicamentos utilizados durante internação foi considerado pouco e especialmente insuficiente na garantia de sua própria segurança, dificultando a configuração do paciente como elemento ativo em relação aos cuidados na terapêutica medicamentosa. Foram registrados conhecimentos total ou parcial apenas em relação às variáveis de via de administração e finalidade dos medicamentos em uso.

No que diz respeito à atitude que o paciente assumia frente à terapia medicamentosa utilizada na hospitalização, os participantes relataram ter atitude participativa apenas em conferir a administração dos medicamentos já em uso antes da internação e em conferir com o profissional se o frasco do medicamento que seria administrado estava identificado com seu nome, assumindo atitude passiva em todas as outras situações em que as variáveis de atitude contemplavam. Dessa forma, a postura que os participantes assumiram na coprodução do cuidado seguro em medicação pôde ser considerada insuficiente, abrindo margem para estratégias que busquem incentivar o paciente a ter uma participação mais ativa nesse contexto.

As associações entre as variáveis de conhecimento e atitude foram estatisticamente significativas, e isso aliado às frequências dessas mesmas variáveis sugere que o não conhecer está diretamente ligado a não assumir uma atitude ativa no cuidado à terapia medicamentosa durante a hospitalização, tornando a participação do paciente baixa. Da mesma forma, têm-se o contrário, que possuir conhecimento está intimamente ligado a ter atitude participativa. Percebe-se, então, que a participação do paciente na prevenção de EA relacionados ao tratamento medicamentoso é proporcional ao conhecimento que ele tem sobre isso.

Tendo em vista o atual cenário dos serviços de saúde do Brasil em que a Enfermagem ocupa um eixo central do cuidado, sendo estes os corresponsáveis pela qualidade e segurança no processo de medicação em âmbito hospitalar, este estudo contribui no incentivo a implementação de estratégias que induzam a participação ativa dos pacientes na prevenção dos EA medicamentosos, devendo essa ser uma prioridade na atuação da equipe de enfermagem e da saúde em geral. Para a sociedade, fica a oportunidade de sensibilização para o assunto em questão compreensão geral acerca do impacto positivo que a participação do paciente tem na segurança do cuidado exercido nas instituições de saúde.

Dentre as limitações, destaca-se a ausência de testes estatísticos que verifiquem a associação entre o perfil dos participantes, que inclui características sociodemográficas, econômicas e clínicas, e as variáveis de conhecimento e/ou atitude que os mesmos assumem

frente a terapia medicamentosa durante a internação. Ademais, o estudo foi realizado em uma única instituição o que não permite generalizações. Ainda que essas limitações tenham se feito presentes, o estudo alcançou os objetivos que foram planejados.

Por fim, recomenda-se a realização de estudos futuros que trabalhem estratégias assistenciais na coprodução de cuidados orientados na participação do paciente, na perspectiva de desenvolvimento de parcerias efetivas entre o paciente/acompanhante com a assistência desenvolvida pela equipe de saúde, em benefício da segurança do paciente.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Portaria Nº 529/2013**: Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Programa Pacientes pela Segurança do Paciente**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução de Diretoria Colegiada 36, de 25 de julho de 2013**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- ALSUBAIE, A. S. R. Examining HIV and STIs Related Knowledge Among Male Adolescents in Saudi Arabia. **The Open AIDS Journal**, vol. 14, p. 27-34, 2020.
- BARROS, J. K. *et al.* Adaptação transcultural e evidências da validade da eHealth Literacy Scale para uso no Brasil. **Revista de Enfermagem Referência**, Série VI, nº1, e21066, p. 1-8, 2022.
- BEHRENS, R. Segurança do paciente e os direitos do usuário. **Revista bioética**, vol.27 n.2, Abr./Jun. 2019.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Informações de saúde. Assistência à saúde. Internações hospitalares do SUS. Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS). Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxuf.def>. Acesso em: 16 de Ago de 2022.
- BRASIL. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Ministério da Saúde - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde do Brasil – CNES. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?cnes/cnv/leiintbr.def>. Acesso em: 16 de Ago de 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2095/13, de 24 de setembro de 2013**. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. Brasília, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466/12**. Regulamenta os procedimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. **Portaria N 1.377/2013**: Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BULUT, H. *et al.* How much do ED patients know about medication prescribed for them on discharge? A pilot study in Turkey. **J Emerg Nurs**, May, v.39(3), e27-32, 2013.

- CARVALHO, T. P. *et al.* Conhecimento dos pacientes sobre a prescrição medicamentosa no serviço de emergência. **Rev Bras Enferm** [Internet], v.71(2), p. 351-357, 2018.
- CLUMBER, E.; WALD, H.; KUTNER, J. Lack of patient knowledge regarding hospital medications. **Journal Hosp Med**, v. 5(2), p. 83-86, 2010.
- COSTA, D. B. *et al.* Cultura de segurança do paciente: avaliação pelos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.27(3), e2670016, p.1-9, 2018.
- COSTA, D. G. *et al.* Experiência do paciente na coprodução de cuidados: percepções acerca dos protocolos de segurança do paciente. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.28, e3272, 2020.
- COSTA, E. A. M. *et al.* Segurança do paciente em serviços de saúde: uma análise na cidade de Salvador, Bahia. **Rev. SOBECC**. São Paulo, JAN./MAR, v.25(1), p17-24, 2020.
- CRUZ, A. C.; PEDREIRA, M. L. G. Cuidado centrado no paciente e família e segurança do paciente: reflexões sobre uma proximidade emergente. **Rev Bras Enferm**, v.73(6), e20190672, 2020.
- FIGUEIREDO, F. M. *et al.* Participação dos pacientes na segurança dos cuidados de saúde: revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24(12), p. 4605-4619, 2019.
- GIMENES, H. T. *et al.* O conhecimento do paciente diabético tipo 2 acerca dos antidiabéticos orais. **Ciência Cuidado e Saúde**, v. 5, n. 3, p. 317-325, 2006.
- GOMES, L. L.; VOLPE, F. M. O perfil das internações clínicas e cirúrgicas dos hospitais gerais da rede FHEMIG. **Rev Med Minas Gerais**, v.28 (Supl 5), e-S280513, p. 105-116, 2018.
- HU, C. *et al.* Reações adversas após o uso de sonovue: características e experiência do cuidado de enfermagem. **Medicine (Baltimore)**, v. 98(44), e17745, 2019.
- JANI, Y. H.; HIRANI, B.; LIVINGSTONE, B. Evaluation of patients' knowledge about oral anticoagulant medicines and use of alert cards by community pharmacists. **International Journal of Clinical Pharmacy** , v.43, p. 203–211, 2021.
- JUNIOR, I. L. A. *et al.* Fatores relacionados com tempo de internação prolongado em enfermagem de clínica médica. **Revista Eletrônico Acervo Saúde**, vol. 13, p. 1-8, 2021.
- KOERICH, C.; LANZONI, G. M. M.; ERDMANN, A. L. Fatores associados à mortalidade em pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev Latino-Am Enferm**, v.24, e2748, 2016.
- LANZONI, G. M. M. *et al.* Eventos adversos e incidentes sem dano em unidades de internação de um hospital especializado em cardiologia. **Rev Min Enferm**, v.23, e-1184, 2019.
- LEAHY, L. G. Prescrição off-label e polifarmácia: minimizando os riscos. **Journal Psychosoc Nurs Ment Health Serv**, v. 55(2), p.17-22, 2017.

- LIANG, L. *et al.* Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review. **BMJ Journals**, v.8(1), e018263, 2018.
- LLAPA-RODRIGUEZ, E. O. *et al.* Assistência segura ao paciente no preparo e administração de medicamentos. **Rev Gaúcha Enferm**, v.38(4), e2017-0029, 2017.
- LUPATINI, E. O. *et al.* Conhecimento dos pacientes de um hospital de ensino a respeito dos medicamentos prescritos na alta. **HU Revist**, , v. 42, n. 4, p. 315-322, 2016.
- MACHADO, Amanda Aparecida Correa Martins. **Avaliação da percepção e da participação de pacientes hospitalizados sobre as ações no contexto da segurança do paciente**. Orientador: Marilane de Oliveira Fani Amaro. 2018. 70 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Viçosa, Minas Gerais, 2018. Disponível em: <https://www.locus.ufv.br/bitstream/123456789/22769/1/texto%20completo.pdf>. Acesso em 18 Ago de 2022.
- MARTINS, E. R. C. *et al.* Vulnerabilidade de homens jovens e suas necessidades de saúde. **Escola Anna Nery**, v.24(1), p. 1-7, 2020.
- MCTIER, L.; BOTTI, M.; DUKE, M. Patient participation in medication safety during an acute care admission. **Health Expect.**, v. 18, n. 5, p. 1744-1756, 2015
- MENDES, W. *et al.* Características de eventos adversos evitáveis em hospitais do Rio de Janeiro. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, V. 59, N.5, 2013.
- MENEZES, E. T. Verbete sistema educacional brasileiro. **Dicionário Interativo da Educação Brasileira – EducaBrasil**. São Paulo: Midiamix Editora, 2001.
- MOURA, L. D. S. *et al.* Descrição dos atendimentos do serviço pré-hospitalar. **Rev Enferm UFPI**, v.6(4), p.47-52, 2017.
- NUTBEAM, D.; MCGILL, B.; PREMKUMAR, P. Improving health literacy in community populations: A review of progress. **Health Promotion International**, v.33(5), p. 901–911, 2018.
- OLIVEIRA, B. H. S. *et al.* Erros de dose de medicamento em unidade de urgência hospitalar. **Rev enferm UFPE online**, v.13:e239792, 2019.
- OMS. Plano de ação global para a segurança do paciente 2021-2030: Em busca da eliminação dos danos evitáveis nos cuidados de saúde. Genebra: **Organização Mundial da Saúde**; 2021. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- PEDRO, D. R. C. *et al.* Conhecimento do paciente sobre a assistência hospitalar recebida durante sua internação. **Rev Min Enferm**, v.20, e978, p. 1-8, 2016.
- PEREIRA, G.; ORTIGÃO, M. I. R. Pesquisa quantitativa em educação: algumas considerações. **Periferia**, vol. 8, núm. 1, pp. 66-79, 2016.
- PIMENTA, S. F. *et al.* Segurança do paciente frente a erros de medicação na urgência e emergência. **Rev. UNINGÁ**, Maringá, v. 56, n. S6, p. 148-156, 2019.

PIMENTEL, J. C. S. *et al.* Perfil dos erros nas prescrições e no aprazamento de antibacterianos. **Journal of Nursing and Health**, v.10, n.3, e20103007, 2020.

PINTO, A. A. M.; SANTOS, F. T. Segurança do Paciente: concepção e implantação da cultura de qualidade. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n.3, p. 9796-9809, mar, 2020.

PINTO, A. *et al.* A qualitative exploration of patients' attitudes towards the 'Participate Inform Notice Know' (PINK) patient safety vídeo. **International Journal for Quality in Health Care**, v.25, n.1, pp. 29–34, 2012.

PODER, T. G.; CARRIER, N.; BEDARD, S. K. Health technology assessment unit processes for the validation of an information tool to involve patients in the safety of their care. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.34:4 , p.378–387, 2018.

RAIMUNDO, J. Z.; ECHEIMBERG, J. O.; LEONE, C. Tópicos de metodologia de pesquisa: estudos de corte transversal. **Journal of Human Growth and Development**, e28(3), p. 356-360, 2018.

RIBEIRO, L. M. L. *et al.* Cuidado de enfermagem seguro: processo de medicação em terapia intensiva. **Rev enferm UFPE online**, 15:e245310, 2021.

SANTOS, E.; NETO, N. C. R. Enfermagem acerca do erro de medicação: um enfoque na segurança do paciente crítico. **Cadernos Camilliani**, Espírito Santo, v 18, n. 4, p. 3206-3221, 2021.

SANTOS, L. L. *et al.* Medication time out como estratégia para a segurança do paciente: reduzindo erros de medicação. **Rev Bras Enferm**, v.74(1), e20200136, 2021.

SILVA, A. *et al.* Cultura de segurança do paciente em hospitais: uma revisão integrativa da literatura. **P2P & INOVAÇÃO**, Rio de Janeiro, v. 6 n. 1, Ed. Especial, p.193-211, 2019.

SILVA, L. A. *et al.* Potenciais de interações medicamentosas em pacientes cirúrgicos de um hospital universitário. **Research, Society and Development**, v. 11, n.9, e16111931544, p. 1-8, 2022.

SILVA, M. L. A; SOUZA, M. K. B.; ALMEIDA, R. M. F. Eventos adversos medicamentosos: análise de dados de um hospital especializado à luz da segurança do paciente. **Rev. Saber Científico**, Porto Velho, v.8, n.1, p. 65-80, 2019.

SIMAN, A. G. *et al.* Erro de medicação: concepções e conduta da equipe de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.13, p 109-116, 2021.

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Rev Gaúcha Enferm**, 37(esp), e68271, 2016.

SOUSA, L. A. O. *et al.* Prevalência e características dos eventos adversos a medicamentos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.34(4), e00040017, 2018.

SOUSA, P. *et al.* Estimar a incidência de eventos adversos em hospitais portugueses: um contributo para a melhoria da qualidade e segurança do doente. **BMC Health Services Research**, e14:311, 2014.

SOUZA, H. X. *et al.* Percepções de pacientes cirúrgicos sobre segurança e seu envolvimento no cuidado à saúde. **Rev enferm UERJ**, v.28, e51948, p.1-7, 2020.

SOUZA, T. C.; MONTEIRO, D. R.; TANAKA, R. Y. Cuidados de enfermagem relacionados à segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v. 9, n.10, e8909109224, 2020.

SULINSKAITE, K.; ZAGURSKIENE, D.; BLAZEVICIENE, A. Patients' health literacy and health behaviour assessment in primary health care: evidence from a cross-sectional survey. **BMC Primary Care**, v.23, e.223, p. 1-7, 2022.

TON, L. *et al.* Desafios dos profissionais da atenção básica em relação à polifarmácia e à polimorbidade em idosos. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, vol. 19, e.6059, 2021.

VAIMORADI, M.; JORDAN, S.; KANGASNIEMI, M. Patient participation in patient safety and nursing input - a systematic review. **Journal of Clinical Nursing**, v.24(5-6), p.627-639, 2015.

VAZ, A. R. *et al.* Eventos adversos relacionados à administração de medicamentos pela equipe de enfermagem: uma revisão integrativa. *Estudos Interdisciplinares em Ciências da Saúde*. João Pessoa: **Periódico Js Editora**, v. 4, 2022.

VERONEZE, C.; MALUF, E. M. C. P.; GIORDANI F. O uso de ferramentas de gatilho na identificação de eventos adversos a medicamentos. **Cogitare Enferm**, v. 22(2), e45632, 2017.

VINCENT, C.; AMALBERTI, R. Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado. 1º ed. Rio de Janeiro: **Proqualis**, 2016.

WANG, A. *et al.* Tendências nacionais em segurança do paciente para quatro condições comuns. **The New England Journal of Medicine**, e370, p.341-351, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Fifty-eighth world health assembly**. 2005. Disponível em: < http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58-REC1/A58_2005_REC1-en.pdf>. Acesso em 31 Jul. 2022.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento De Coleta De Dados

1° PARTE - Marque com um X de acordo com a resposta correspondente.			
Idade: _____	Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	Número de anos de estudo: _____ _____ _____	
Você é: <input type="checkbox"/> o paciente <input type="checkbox"/> o responsável direto	Renda familiar mensal: <input type="checkbox"/> menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> 1 a 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> 3 ou mais salários mínimos	Lugar de residência: <input type="checkbox"/> zona urbana <input type="checkbox"/> zona rural	
Número de dias da internação atual: _____	Número de internações hospitalares no último ano: _____	Motivo da internação: <input type="checkbox"/> clínica <input type="checkbox"/> cirúrgica	
2° PARTE - ANÁLISE DE CONHECIMENTO. Assinale com um X, a opção que corresponde a sua resposta, a saber: Sim, Não ou Parcialmente			
	SIM	NÃO	PARCIALMENTE
1 – Você conhece o nome dos seus medicamentos em uso durante a internação?			

2 – Você sabe por onde os medicamentos que você está utilizando devem ser administrados?			
3 – Você tem conhecimento da quantidade de vezes que deve tomar cada um dos seus medicamentos durante o dia?			
4 – Consegue dizer pra quê serve os medicamentos em uso?			
5 – Você sabe dizer a dose prescrita de cada medicamento?			
6 - Você conhece os efeitos adversos (efeito prejudicial ou indesejável) relacionados aos medicamentos em uso?			
7 – Você tem conhecimento sobre os efeitos colaterais (efeito não intencional) associados aos medicamentos em uso?			
8 – Você sabe dizer a hora em que cada medicamento deve ser administrado?			
9 – Você tem dúvidas sobre o seu tratamento medicamentoso ou sobre algum medicamento em uso?			
3° PARTE - ANÁLISE DE ATITUDE. Assinale com um X, a opção que corresponde a sua resposta, a saber: Sim, Não ou Parcialmente.			
	SIM	NÃO	PARCIALMENTE

1 - Antes de o profissional administrar um medicamento, você pergunta o tipo/nome do mesmo?			
2 – Você informa ao profissional sobre alergia a algum medicamento?			
3 – Você confere com o profissional se o medicamento que será administrado é mesmo destinado a você?			
4 – Você verifica com o profissional se o mesmo realizou a higienização das mãos antes da aplicação?			
5 – Você pergunta ao profissional sobre os efeitos colaterais do medicamento?			
6 – Se você tomava medicamentos antes da internação, está conferindo com o profissional se estão sendo administrados?			
7 – Você confere com o profissional se é a hora certa de administrar aquele medicamento?			
8 – Antes que o profissional administre o medicamento, você pergunta se esse está prescrito pelo médico?			
9 – Você pede para que o profissional confirme seu nome e o nome de sua mãe com o que consta na prescrição?			
10 – Antes de o profissional administrar o medicamento, você confere se ele está identificado com o seu nome?			

APÊNDICE B - Termo De Consentimento Livre e Esclarecido



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
 COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA HUMANA
 TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
 ESCLARECIDO.



Prezado(a),

O(a) sr(a). está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) de uma pesquisa denominada “Participação do paciente hospitalizado na prevenção de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos”. Esta pesquisa está sob a responsabilidade da pesquisadora Lara Rodrigues Lira, acadêmica do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí - UFPI, assim como do Prof. Dr. Francisco Gilberto Fernandes Pereira, e tem como objetivos analisar a participação do paciente na prevenção de Eventos Adversos relacionados ao uso de medicamentos durante hospitalização. Esta pesquisa tem o objetivo de ajudar o paciente participante a despertar para as informações que são importantes sobre o seu tratamento medicamentoso.

Neste sentido, solicitamos sua participação mediante a assinatura deste termo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), é para garantir seus direitos como participante. Após seu consentimento, assine todas as páginas ao final deste documento que está em duas vias. O mesmo também será assinado pelo pesquisador em todas as páginas, ficando uma via com você participante da pesquisa e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveite para esclarecer todas as suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de concordar em participar, você poderá esclarecê-las com os pesquisadores responsáveis pela pesquisa através dos seguintes contatos:

Lara Rodrigues Lira

Tel (89) 99456-5214

E-mail: lara.lira@outlook.com.br

Francisco Gilberto Fernandes Pereira

Tel (85) 996837423

E-mail: gilberto.fp@hotmail.com

Se mesmo assim, as dúvidas ainda persistirem você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPI, que acompanha e analisa as pesquisas científicas que envolvem seres humanos, no Campus Universitário Senador Helvídio Nunes de Barros, Bairro Junco, Picos-PI, telefone (89) 3422-3003, e-mail: cep-picos@ufpi.edu.br; no horário de atendimento ao público, segunda a sexta, manhã: 08h00 às 12h00 e a tarde: 14h00 às 18h00. Esclarecemos mais uma vez que sua participação é voluntária, caso decida não participar ou retirar seu consentimento a qualquer momento da pesquisa, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo e os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento.

A pesquisa tem como justificativa demonstrar ao paciente todas as informações do tratamento medicamentoso que são importantes para garantir sua própria segurança durante a internação. Para sua realização serão utilizados os seguintes procedimentos para a coleta de dados: abordagem direta ao paciente, onde o pesquisador irá convidá-lo para participar do estudo e também explicará como será seu desenvolvimento, assim como os objetivos e também a importância; assinatura do TCLE, esclarecendo e protegendo o sujeito da pesquisa, assim como o pesquisador; acesso ao prontuário para colher informações necessárias para a pesquisa e por fim será utilizado um formulário para coleta de dados.

Esclareço que esta pesquisa traz os seguintes riscos: poderá ter algum desconforto e/ou risco de constrangimento no momento em que for responder as perguntas, mas o pesquisador estará por perto para tirar todas as dúvidas até que não haja mais nenhuma da sua parte, inclusive podendo ajudá-lo (a) a entender as perguntas, e caso precise entrar em contato com o pesquisador, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa, para esclarecimento de quaisquer dúvidas. Sendo disponibilizado o endereço e telefone, para ligações, inclusive a cobrar; existe ainda o risco da transmissão de Coronavírus (COVID-19) devido o contato do pesquisador com o(a) senhor(a), mas para evitar essa transmissão, em todo o tempo da pesquisa tanto o(a) senhor(a) quanto o pesquisador devem estar usando máscara cobrindo boca e nariz além de utilizar álcool em gel para limpar as mãos.

Além de tudo, como benefício para o participante, é uma oportunidade de melhorar a sua participação durante o tratamento, visto que irá conhecer as informações importantes sobre os medicamentos em uso. Os resultados obtidos nesta pesquisa serão utilizados para fins acadêmico-científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos) e os pesquisadores se comprometem a manter o sigilo e identidade anônima, como estabelecem as Resoluções do

Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 e 510/2016 e a Norma Operacional 01 de 2013 do Conselho Nacional de Saúde, que tratam de normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. E você terá livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo, bem como lhe é garantido acesso a seus resultados.

Esclareço ainda que você não terá nenhum custo com a pesquisa, e caso haja por qualquer motivo, asseguramos que você será devidamente compensado. Não haverá nenhum tipo de pagamento por sua participação, ela é voluntária. Caso ocorra algum dano comprovadamente decorrente de sua participação neste estudo você poderá ser indenizado conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, bem como lhe será garantido a assistência integral.

Após os devidos esclarecimentos e estando ciente de acordo com os que me foi exposto, Eu _____ declaro que aceito participar desta pesquisa, dando pleno consentimento para uso das informações por mim prestadas. Para tanto, assino este consentimento em duas vias, e faço a rubrica em todas as páginas, ficando com a posse de uma delas.

Preencher quando necessário

- () Autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação, filmagem e/ou fotos;
- () Não autorizo a captação de imagem e voz por meio de gravação e/ou filmagem;
- () Autorizo apenas a captação de voz por meio da gravação;
- () Autorizo o acesso ao prontuário por parte do(a) pesquisador(a).

Local e data: _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador Responsável

ANEXOS

ANEXO A – Parecer Consubstanciado do CEP

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES
DE BARROS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PARTICIPAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO NA PREVENÇÃO DE EVENTOS ADVERSOS RELACIONADOS AO USO DE MEDICAMENTOS

Pesquisador: FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57178122.5.0000.8057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ CAMPUS SENADOR HELVÍDIO NUNES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.394.177

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal de natureza descritiva, com abordagem quantitativa. Tem-se como objetivo analisar a participação do paciente em relação a terapia medicamentosa durante sua hospitalização. O presente estudo será realizado nas alas de Clínica Médica e Clínica Cirúrgica de um hospital de médio porte localizado no município de Picos, região Centro-Sul do Piauí. A população-alvo da pesquisa consistirá na totalidade dos pacientes em internação nas alas de Clínica Médica e Cirúrgica, no período do estudo. Propõe-se a construção de um formulário inicial, estruturado especialmente para os fins deste estudo. O instrumento para coleta de dados possui três domínios: o 1º está relacionado às características sociodemográficas, econômicas e de internação dos participantes; o 2º é referente ao conhecimento do paciente sobre sua terapia medicamentosa e o 3º confere a perguntas que avaliam a atitude do paciente frente a sua terapia medicamentosa em uso. A coleta de dados ocorrerá de Julho a Agosto de 2022, na qual serão realizadas visitas, a cada dois dias, no período vespertino e noturno, nas alas de Clínica Médica e Cirúrgica do hospital de estudo. Os dados coletados serão todos armazenados e tabulados no Microsoft Office Excel 2019 e depois exportados para o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Será utilizada análise descritiva simples para a caracterização sociodemográfica, econômica e clínica, a saber, frequência absoluta e relativa das variáveis. Por fim, os dados serão organizados e apresentados através de gráficos, tabelas e/ou quadros. Serão respeitados todos os

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES
DE BARROS



Continuação do Parecer: 5.394.177

aspectos éticos e legais consonantes com as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos, atendendo as exigências éticas e científicas fundamentais para realização da presente pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL

- Analisar a participação do paciente em relação a terapia medicamentosa durante sua hospitalização.

ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento do paciente quanto a terapia medicamentosa utilizada durante a hospitalização;
- Identificar a atitude do paciente quanto a sua participação na terapia medicamentosa durante a hospitalização.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os pesquisadores citam nas "Informações básicas do projeto" e no TCLE os seguintes riscos: Essa pesquisa oferecerá um risco mínimo, podendo desencadear sentimentos de angústia ou vergonha ao participante que não entender corretamente como deve-se responder o instrumento da pesquisa, mas para isso o pesquisador deverá acompanhar o participante para responder as dúvidas que surgirem e solucionar todas as dificuldades que ele possa expressar. Tendo em vista a realidade pandêmica causada pelo coronavírus e o seu risco de transmissão, é importante esclarecer que durante toda a coleta de dados, a pesquisadora responsável e os sujeitos participantes da pesquisa estarão devidamente paramentados com máscara PFF-2 e uso do álcool em gel para higiene das mãos. Além disso, a pesquisadora responsável pela coleta de dados estará com o esquema vacinal atualizado contra COVID-19.

Benefícios: Como benefício para os pacientes participantes, é uma oportunidade de melhorar a sua participação durante o plano terapêutico, visto que o mesmo irá compreender as informações importantes sobre os medicamentos em uso como também a conduta necessária para que eles sejam de fato a última barreira contra os eventos adversos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é atual e relevante pois a ocorrência de efeitos adversos (EA) à medicação é tida como

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES
DE BARROS**



Continuação do Parecer: 5.394.177

um problema de saúde pública no mundo inteiro, ocorrendo de 44 a 98 mil mortes decorrentes dos EAs e, dentre essas, 7,14% estão relacionadas com os erros de medicações. Os erros de medicação consistem em qualquer evento evitável, e que possua uma capacidade potencial de lesar ou não o paciente, que está sob o uso de terapia medicamentosa. Nesse contexto, estudos sugerem que cerca de 10% dos pacientes hospitalizados sofrem de algum dano relacionado a medicamentos, ressaltando que todos esses erros de medicação possuem um grande potencial de morbimortalidade entre os pacientes, que acabam por prolongar sua internação hospitalar, e trazem gastos desnecessários aos serviços de saúde. Assim, pacientes bem informados quanto ao nome, dose, posologia e finalidade do uso dos medicamentos, estão mais aptos a ajudarem na prevenção da ocorrência dos erros de medicação, pois, o mesmo torna-se uma barreira contra os incidentes relacionados à assistência, e passa a contribuir juntamente com a equipe de saúde a favor de sua própria segurança. Assim, presente estudo beneficiará a comunidade científica a partir da divulgação de resultados que fomentem o campo temático em abordagem, além de viabilizar a reflexão da gestão hospitalar frente às possíveis fragilidades que possam ser identificadas, a fim de propiciar medidas resolutivas baseadas na prevenção de EAs, o que pode contribuir com os indicadores de qualidade da assistência da instituição. Enquanto que para o paciente participante, oportuniza-se o despertar acerca das informações em relação ao seu tratamento medicamentoso, contribuindo, então, para o empoderamento do indivíduo como principal barreira aos erros de medicação e consequente eficácia terapêutica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Os documentos encontram-se de acordo com as normas deste Comitê.

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após o atendimento das pendências apontadas, recomendo a aprovação do projeto neste CEP.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1915069.pdf	18/04/2022 20:57:16		Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

**UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES
DE BARROS**



Continuação do Parecer: 5.394.177

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PESQUISA.pdf	18/04/2022 20:56:18	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_CONSUBSTANCIADO.pdf	18/04/2022 20:55:30	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/04/2022 20:36:00	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Outros	INST_COL_DADOS.pdf	18/04/2022 20:35:47	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/04/2022 20:35:20	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	25/03/2022 15:55:06	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Decl_DosPesquisadores.pdf	24/03/2022 19:36:47	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuencia.pdf	24/03/2022 19:36:00	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Outros	TCF.pdf	24/03/2022 19:35:25	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	24/03/2022 19:35:09	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Outros	LATTES_FRANCISCO_GILBERTO.pdf	24/03/2022 19:34:42	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito
Outros	LATTES_LARA_RODRIGUES.pdf	24/03/2022 19:34:21	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES	Aceito

Endereço: CICERO DUARTE 905

Bairro: JUNCO

CEP: 64.607-670

UF: PI

Município: PICOS

Telefone: (89)3422-3003

E-mail: cep-picos@ufpi.edu.br

UFPI - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PIAUÍ - CAMPUS
SENADOR HELVÍDIO NUNES
DE BARROS



Continuação do Parecer: 5.394.177

Outros	LATTES_LARA_RODRIGUES.pdf	24/03/2022 19:34:21	PEREIRA	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	24/03/2022 19:33:59	FRANCISCO GILBERTO FERNANDES PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PICOS, 07 de Maio de 2022

Assinado por:
CRISTIANE FEITOSA PINHEIRO
(Coordenador(a))

Endereço: CICERO DUARTE 905
Bairro: JUNCO **CEP:** 64.607-670
UF: PI **Município:** PICOS
Telefone: (89)3422-3003 **E-mail:** cep-picos@ufpi.edu.br



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DIGITAL NA BIBLIOTECA
"JOSÉ ALBANO DE MACEDO"

Identificação do Tipo de Documento

- () Tese
() Dissertação
(X) Monografia
() Artigo

Eu, Isara Rodrigues Lima
autorizo com base na Lei Federal nº 9.610 de 19 de Fevereiro de 1998 e na Lei nº 10.973 de 02 de dezembro de 2004, a biblioteca da Universidade Federal do Piauí a divulgar, gratuitamente, sem ressarcimento de direitos autorais, o texto integral da publicação Participação do paciente hospitalizado na prevenção de eventos adversos relacionados ao uso de medicamentos de minha autoria, em formato PDF, para fins de leitura e/ou impressão, pela internet a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade.

Picos-PI 17 de Novembro de 2022

Isara Rodrigues Lima
Assinatura

Isara Rodrigues Lima
Assinatura