

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: FERRAMENTA EFETIVA PARA MELHORA DA ADESÃO AO TRATAMENTO E DOS RESULTADOS CLÍNICOS

HEALTH EDUCATION: EFFECTIVE TOOL FOR IMPROVING TREATMENT ADHESION AND CLINICAL OUTCOMES

EDUCACIÓN PARA LA SALUD: HERRAMIENTA EFICAZ PARA MEJORAR ADHESIÓN AL TRATAMIENTO Y LOS RESULTADOS CLÍNICOS

RESUMO

Objetivos: Este relato de caso visa discutir a efetividade da realização de intervenção educativa sobre a utilização correta de medicamentos prescritos.

Métodos: O seguimento farmacoterapêutico foi conduzido segundo Método Dáder, por meio de entrevistas e análise de prontuário. A intervenção educativa foi realizada após revisão da literatura científica e da verificação dos coletados junto ao prontuário e à paciente portadora de hipomagnesemia (valor sérico de 0,84 mEq/L, valores de referência: 1,4 - 2,3 mEq/L).

Resultados: Durante a entrevista foram identificados, sequencialmente, dois problemas relacionados ao medicamento (PRM) em relação ao suplemento de magnésio: 1. Tomada irregular do suplemento, oscilando entre tomar a medicação em excesso e não tomar; 2. Provável erro de dosagem na manipulação do suplemento. Para resolução destes PRMs, foram realizadas intervenções educativas à paciente sobre a importância de seguir corretamente a prescrição. Assim, quanto ao primeiro PRM, a paciente foi esclarecida de que a tomada excessiva do suplemento de magnésio às vésperas da internação poderia ser a causa da diarreia que vinha apresentando; em relação ao segundo PRM, foi orientada que para haver equivalência entre a dose prescrita e a manipulada, a dose a ser tomada teria que ser ajustada. Após estas intervenções, observou-se que os níveis séricos de magnésio se normalizaram no retorno após 15 dias (1,58 mEq/L), bem como nas internações subsequentes.

Conclusões: A intervenção educativa foi efetiva na melhora da adesão da paciente em relação à suplementação de magnésio, que passou a ser utilizada conforme a prescrição médica, com normalização do quadro de hipomagnesemia.

ABSTRACT:

Objectives: This case report aims to discuss the effectiveness of the performed educational intervention on the correct use of prescribed drugs.

Methods: The pharmacotherapeutic follow-up was conducted according to Dáder Method through interviews and analysis of medical records. The educational intervention was performed after literature review and analysis of collected data from medical records and with the hypomagnesemia patient (magnesium serum level 0.84 mEq/L, reference values: 1.4 - 2.3 mEq/L).

Results: During the interview were identified, sequentially, two drug-related problems (DRPs) related to the magnesium supplement: 1. Irregular intake of the supplement, ranging from taking the medication excessively and not taking it, 2. Probable error in the dose of the compounded formulation. To solve the DRPs, were performed educational interventions to the patient about the importance of follow the prescription correctly. Therefore, regarding the first DRP, the patient was informed that taking excessively the magnesium supplement before hospitalization could be the cause of diarrhea she had been having, and related to the second DRP, the patient was oriented that to exist equivalence between the dose prescribed and the compounded, the dose to be taken would have to be adjusted. After those interventions, magnesium serum levels were normalized in the next admission to hospital after 15 days (1.58 mEq/L), as well as in subsequent hospitalizations.

Conclusions: The educational intervention was effective in improving patient's adherence in relation to the magnesium supplementation, which started to be used according to the prescription, with magnesium serum levels normalization.

Iahel Manon de Lima Ferreira¹
Luciana Yamakami Camilo
Princesa²
Nathália Medeiros Rebello²
Nara Rúbia da Silva²
Julio Sérgio Marchini³
Alexandra Cruz Abramovicius²
Luiz Maçao Sakamoto²
Nathalie de Lourdes Souza Dewulf¹

1. Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

2. Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,

3. Hospital São Lucas - Ribeirão Preto

4. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Autor para Correspondência:
Iahel Manon de Lima Ferreira
Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

E-mail:
iahelmanon@hotmail.com

RESUMEN:

Objetivos: El presente caso tiene como objetivo discutir la efectividad de la intervención educativa sobre el uso correcto de los medicamentos prescritos. Métodos: El seguimiento farmacoterapéutico fue desarrollado basándose en el Método Dáder por medio de entrevistas y análisis de los registros médicos. La intervención educativa se llevó a cabo después de realizada la revisión de la literatura, y de analizada la información registrada y la dada por el paciente con hipomagnesemia (valor sérico de 0,84 mEq/L, valores de referencia: 1,4 a 2,3 mEq/L). Resultados: Durante la entrevista al paciente se identificaron, secuencialmente, dos problemas relacionados con medicamentos (PRM) en relación al suplemento de magnesio: 1. El Paciente toma con irregularidad el suplemento (no toma o toma en dosis excesivas), 2. Probabilidad de error en la concentración del suplemento durante la preparación. Para solucionar estos PRMs, fueron realizadas intervenciones educativas al paciente sobre la importancia de seguir correctamente la prescripción médica. Así, para el primer PRM la paciente fue esclarecida de que tomar el suplemento de magnesio en dosis excesiva antes de la internación podría ser la causa de la diarrea que venía teniendo, y en relación al segundo PRM, fue orientada de que para tener la equivalencia entre la dosis prescrita y la del medicamento magistral, la dosis a ser tomada tendría que ser ajustada. Después de estas intervenciones, los niveles séricos de magnesio volvieron a normalidad cuando volvió al hospital después de 15 días (1,58 mEq/L), así como en las hospitalizaciones posteriores. Conclusiones: La intervención educativa fue efectiva para mejorar el cumplimiento con relación al suplemento de magnesio, que pasó a ser utilizado en conformidad con la receta médica, con la normalización de los valores séricos de magnesio.

INTRODUÇÃO

A não-adesão à terapêutica representa um dos maiores problemas farmacêuticos no controle de pacientes portadores de condições crônicas, visto que o número de pacientes com enfermidades crônicas que aderem ao tratamento é em torno de 50% em países desenvolvidos⁽¹⁾. A questão da adesão ao tratamento perpassa ainda o problema da credibilidade dos relatos, visto que nem sempre o paciente relata como o medicamento foi realmente utilizado⁽²⁾.

Para que o paciente apresente uma maior adesão ao tratamento, ele precisa se conscientizar da importância em seguir corretamente as orientações dos profissionais de saúde, incluindo o farmacêutico, e internalizar as novas mudanças comportamentais necessárias para uma participação ativa em seu tratamento^(3,4). Ainda que seja difícil realizar mudanças comportamentais que perdurem ao longo do tempo, algumas estratégias, como a realização de intervenções educativas junto ao paciente abordando o processo do problema de saúde e tratamento prescrito, têm-se mostrado efetivas na melhoria da adesão ao plano de cuidados^(5,6,7).

Dessa forma, este relato de caso visa discutir a efetividade da realização de uma intervenção educativa em relação à utilização correta do medicamento por parte de uma paciente em seguimento farmacoterapéutico.

METODOLOGIA

Este relato de caso foi conduzido com uma paciente portadora de Síndrome do Intestino Curto (SIC) assistida pela Unidade Metabólica (UM) da Divisão de Nutrologia do Departamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, durante a execução de um projeto de pesquisa visando à implantação da prática de Atenção Farmacêutica na referida unidade. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da presente instituição (processo HCRP n.º. 2983/2007) e todos os pacientes convidados a participarem do estudo manifestaram a sua concordância mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os pacientes da UM eram regularmente assistidos durante as internações por uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, nutricionistas e, quando necessário, dispunham de acompanhamento psicoterapêutico, terapia ocupacional e fisioterapia. O acompanhamento farmacêutico passou a ser oferecido de forma experimental, vinculado à realização do referido projeto de pesquisa.

Uma das etapas previstas neste estudo era o seguimento farmacoterapéutico, realizado segundo o Método Dáder, de acordo com as atualizações propostas pelo Terceiro Consenso de Granada⁽⁸⁾. As entrevistas com os pacientes eram realizadas durante as internações, em momento oportuno. Semanalmente, eram realizadas reuniões clínicas em que eram discutidos os casos dos pacientes internados na unidade, com a participação de todos os profissionais envolvidos na assistência

dos pacientes. Dados objetivos foram coletados por meio de análise de prontuário.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da sócio-econômica e clínica do paciente

Na época em que foi realizado o acompanhamento da paciente M. S. (sexo feminino) – primeiro semestre de 2010 – a mesma estava com 51 anos, divorciada, aposentada com renda pessoal de um salário mínimo, possuía ensino fundamental incompleto e residia com o filho e a nora. Estas características do paciente são importantes no momento em que se inicia o acompanhamento, pois a adesão é sujeita a influências multifatoriais. Considerando a literatura, alguns estudos documentaram maior adesão em pacientes do sexo feminino e relacionaram diretamente a adesão ao nível de escolaridade, na medida em que o paciente tenha capacidade para ler, interpretar e seguir a prescrição. A baixa renda pode apresentar-se como uma dificuldade na hora de adquirir a medicação. O fato de a paciente morar com outras pessoas pode ser um indicativo de que, se necessário, ela poderia dispor de um cuidador que a auxiliasse com a medicação⁽¹⁾.

Durante o período em que foi acompanhada, o peso de $48 \pm 0,6$ kg da paciente não sofreu oscilações significativas, como pode ser também observado pelo seu Índice de Massa Corporal (IMC) $19,7 \pm 0,2$ kg/m². Embora pelos valores de normalidade do IMC (valores de referência: 18,5 – 24,9 kg/m²) a paciente fosse considerada eutrófica, de acordo com avaliação nutricional a paciente apresentava perda de tecido adiposo, encontrava-se em situação de risco nutricional e subnutrição energética. Além disso, a paciente havia sido diagnosticada com SIC secundária a isquemia mesentérica, hipomagnesemia secundária a SIC, subnutrição energética e trombofilia.

Questões relacionadas ao problema de saúde

O problema de saúde enfocado por este trabalho foi o quadro não controlado de hipomagnesemia secundária a SIC. A SIC ocorre quando o paciente dispõe de menos de 200 centímetros de intestino delgado funcional em associação à perda acentuada de capacidade de absorção^(9,10). Em relação à SIC, a paciente apresentava 20 cm de intestino residual a partir do cólon transversal e fazia uso de nutrição parenteral (NP) desde a ressecção intestinal há 10 anos.

Os ciclos de NP durante o período do estudo ocorreram numa média de 3 ± 1 dias durante internações mensais. Estima-se que dois novos casos a cada milhão de pacientes/ano⁽¹¹⁾ desenvolvam subnutrição energética, tornando-se dependentes de NP para suprir suas necessidades de macro e micro-elementos⁽¹²⁾.

A hipomagnesemia costuma ser recorrente nestes pacientes⁽¹³⁾, podendo acarretar aparecimento de complicações clínicas, tais como anorexia, náuseas, fraqueza, disfunção neuromuscular como tetania, tremores e fasciculações musculares e convulsões. O magnésio é um cátion essencial ao organismo, estando associado em inúmeras reações enzimáticas e processos fisiológicos, incluindo a transferência e armazenamento de energia, desenvolvimento do esqueleto, condução

nervosa e contração muscular⁽¹⁴⁾.

Os portadores de SIC passam a conviver com inúmeras mudanças no seu cotidiano, sendo necessárias alterações dos hábitos alimentares, comportamentos, estilo de vida e o uso de medicamentos para minimizar manifestações clínicas como diarreia, desidratação e deficiências vitamínicas e minerais em função da má absorção intestinal devido à SIC^(5,7).

Em casa, a paciente relatava apresentar uma dieta oral equilibrada, oferecendo cerca de 2.000 kcal/dia, fracionada em torno de 6 porções, rica em carboidratos complexos com baixo teor de lipídios, seguindo as recomendações de dieta para portadores de SIC^(5,15). Por meio dos registros no prontuário sobre o padrão alimentar da paciente, verificou-se que a mesma apresentava uma ingestão de magnésio em torno de 400 mg/dia, quantidade superior às recomendações diárias para gênero e faixa etária (recomendação 320 – 350 mg/dia)⁽¹⁶⁾.

Deve-se destacar que apenas 30% da dose de magnésio administrado via oral é absorvida lentamente no intestino delgado⁽¹⁴⁾, porcentagem esta que pode ser ainda menor para portadores de SIC, que em geral apresentam tempo de trânsito intestinal reduzido e má absorção intestinal⁽¹⁷⁾.

Para controle da SIC, devido às recorrentes deficiências vitamínicas e minerais que acometem esses pacientes^(5,7), é recomendada a monitorização clínica dos níveis séricos de vitaminas e minerais^(9,10). O resultado do exame laboratorial da paciente confirmou o quadro de hipomagnesemia, já que a mesma apresentava nível sérico de magnésio em 0,84 mEq/L (valor de referência 1,4 – 2,3 mEq/L).

Durante a internação que originou este relato de caso, a paciente informou ter passado bem desde o período da última internação há 30 dias, até a última semana, quando começou a sentir fraqueza, tonturas, febre, calafrios, dores no corpo e diarreia, negando outras queixas do trato gastrointestinal como náuseas e vômitos. O quadro diarreico teve início sem motivos aparentes, tais como o abuso de alimentos ou bebidas que o desencadeassem, bem como a não utilização da medicação prescrita. De acordo com os registros das últimas internações, a paciente vinha apresentando quadros de desidratação e intensa diarreia nos períodos que antecediam as internações.

A equipe médica constatou que a paciente estava levemente desidratada, havendo a suspeita de hipomagnesemia, visto que a paciente frequentemente cursava com deficiência de magnésio.

Asuplementação de magnésio é um procedimento que requer especial atenção. Isto porque se administrado em excesso por via parenteral pode levar à hipermagnesemia, levando a quadros de depressão respiratória e do sistema nervoso central, hiporreflexia e efeitos cardiovasculares como vasodilatação periférica, hipotensão, bradicardia e parada cardíaca; enquanto a administração via oral raramente leva a hipermagnesemia, podendo ainda exacerbar o quadro de hipomagnesemia por perdas de magnésio pela diarreia induzida por sua administração excessiva⁽¹⁴⁾.

Tratamento do problema de saúde

Após a coleta dos exames laboratoriais para monitoração do quadro, foi prescrita a infusão venosa de 10 mL de sulfato de magnésio 1 mEq/mL (equivalente a 6%), devendo ser administrado lentamente após diluição em 1000 mL de solução fisiológica isotônica; além de solução para reidratação oral, bem como demais medicamentos habituais (Tabela 1).

Tabela 1 – Medicamentos em uso pela paciente M. S., 51 anos, sexo feminino

| Medicamentos prescritos | Posologia diária |
|---|--------------------------------|
| Uso contínuo | |
| Carbonato de cálcio mastigável 1250 mg (equivalente a 500mg cálcio elementar) | 1 comprimido de 12 em 12 horas |
| Omeprazol caps 20 mg | 2 cápsulas de 12 em 12 horas |
| Suplemento polivitamínico e polimineral (Centrum®, Wyeth, Itapevi-SP, Brasil) | 1 comprimido |
| Varfarina sódica 5 mg | 1 comprimido |
| Citrato de magnésio 50 mg | 1 cápsula |
| Uso se necessário | |
| Bromoprida gotas 2 mg/mL | 30 gotas de 8 em 8 horas |
| Paracetamol gotas 200 mg/mL | 60 gotas de 6 em 6 horas |
| Simeticona gotas 75mg/mL | 40 gotas de 8 em 8 horas |

Em geral, pacientes portadores de SIC costumam fazer uso diário de suplementos polivitamínicos e poliminerais, além de seus medicamentos regulares para os demais problemas de saúde^(5,15).

Durante a condução da entrevista farmacêutica, quando questionada sobre os medicamentos que estava utilizando, a paciente relatou que só tomava o citrato de magnésio quando “sentia fraqueza”, e que nessas ocasiões tomava quase todo o conteúdo do frasco em dose única. Relatou ainda que rotineiramente apresentava quadro diarreico. Quanto aos demais medicamentos, segundo relato da paciente e registros no prontuário, o uso era de acordo com a prescrição.

Finalizando a entrevista, notou-se que havia uma divergência em relação à forma farmacêutica do citrato de magnésio. Nos registros da paciente constava a prescrição de 1 cápsula de 50 mg de citrato de magnésio, e a paciente relatava tomar 10 mL de xarope de citrato de magnésio.

Dessa forma, foram identificados, sequencialmente, dois problemas relacionados ao medicamento (PRM), o suplemento de magnésio, e seus respectivos resultados negativos associados à medicação (RNM) (Tabela 2).

Tabela 2 – Problemas relacionados ao medicamento utilizado pela paciente e seus respectivos resultados negativos associados à medicação.

| Problemas relacionados ao medicamento | Resultados negativos associados à medicação | |
|---|---|----------------------------|
| | Sintoma | Classificação |
| Tomada irregular do suplemento (oscilando entre tomar excessivamente e não tomar) | Diarreia | Insegurança quantitativa |
| Provável alteração de dosagem na manipulação do suplemento. | Não normalização do magnésio sérico | Inefetividade quantitativa |

Resolução do PRM: Tomada irregular do suplemento

Uma breve revisão na literatura confirmou a suspeita de que o quadro diarreico poderia estar associado aos excessos de magnésio ingeridos em dose única, devido às propriedades catárticas do magnésio⁽¹⁴⁾.

Em posse das informações averiguadas, os farmacêuticos retomaram o contato com a paciente, que recebeu explicações de que a atitude de tomar o suplemento de magnésio em quantidades excessivas poderia ser a responsável pelos quadros diarreicos, enfatizando-se a necessidade e orientando-a sobre o porquê de fazer uso do medicamento conforme a prescrição médica, de forma regular.

Durante os 5 dias em que esteve internada para a infusão de NP, o quadro de diarreia e desidratação foi solucionado, retomando seu hábito intestinal normal de 3 evacuações diárias com fezes pastosas. Os níveis séricos de magnésio também foram normalizados por meio da administração intravenosa diária do sulfato de magnésio, chegando a 1,63 mEq/L ao final da internação. Foi marcado o retorno da paciente para avaliação do quadro dentro de 15 dias.

Resolução do PRM: Provável erro de dosagem na manipulação do suplemento

Para esclarecer esta questão, à paciente foi questionado sobre o motivo de alteração da forma farmacêutica do citrato de magnésio, sendo também solicitado que mostrasse o frasco de xarope. A paciente explicou que apenas preferiu que o suplemento fosse manipulado na forma de xarope. Ao mostrar o frasco, problemas em relação à rotulagem foram evidentes, pois não constava informação sobre a concentração do líquido contido no frasco, havendo somente a indicação do uso de 10 mL ao dia. Após ser esclarecida de que talvez houvesse algum problema em relação à formulação de seu medicamento, a paciente consentiu que uma amostra do xarope fosse enviada para análise, para confirmação da composição, sendo enviada a laboratório da própria instituição.

Posteriormente aos resultados da análise do xarope, constatou-se que a concentração de magnésio contida na dose de 10 mL era de apenas 29 mg, e não 50 mg como havia sido prescrito. Para haver equivalência entre a dose prescrita da cápsula e do xarope, a paciente teria que tomar

17,24 mL do xarope, ao invés dos 10 mL que constavam no rótulo.

Embora não se saiba exatamente como a paciente conseguiu que seu suplemento fosse manipulado em outra forma farmacêutica, a farmácia que o manipulou deveria pelo menos ter informado à paciente de qual seria a nova posologia. Em farmácias de manipulação, é comum a necessidade da adequação do número de cápsulas de alguns medicamentos, quando a dosagem prescrita ultrapassa a capacidade máxima da maior cápsula. Nesses casos, o procedimento de muitas farmácias é colocar um aviso em destaque no rótulo do produto explicando, por exemplo, que “por motivos técnicos foram aviadas 60 cápsulas ao invés de 30, por isso deve-se tomar 2 cápsulas ao invés de 1”⁽¹⁸⁾. Sendo assim, a farmácia que fez a substituição das cápsulas pelo xarope deveria ter colocado um aviso semelhante.

Assim, a paciente foi orientada que para haver equivalência entre a dose prescrita da cápsula e do xarope, a paciente teria que aumentar a quantidade de xarope a ser tomada. Foi ainda reforçada a orientação da necessidade da adesão regular ao tratamento conforme a prescrição.

Na internação seguinte, a paciente relatou que passou a fazer uso das cápsulas de magnésio conforme a prescrição médica, negando queixas de diarreia. Ao refazer seus exames laboratoriais, foi constatado que os níveis de magnésio mantiveram-se dentro da faixa de normalidade (1,58 mEq/L).

Atuações com a equipe de saúde e educação em saúde

Os problemas de saúde crônicos requerem tratamento contínuo, farmacológico ou não, para a estabilização e a prevenção ou o retardo de complicações tardias. Em geral, são necessárias múltiplas intervenções para que modestas mudanças comportamentais sejam alcançadas em relação à adesão ao tratamento medicamentoso^(19,6).

A questão da comunicação de qualidade entre o paciente e o profissional de saúde deve ser aperfeiçoada, possibilitando transformar-se um conhecimento efetivo, permitindo que em posse dos conhecimentos aprendidos o paciente possa assumir um papel mais ativo e responsável em relação ao seu tratamento^(20,1).

O enfoque global do paciente nos remete à necessidade do trabalho interdisciplinar, visando ao objetivo comum da melhora da qualidade de vida do paciente. E para que isso ocorra observa-se a necessidade de maior capacitação em atualização dos profissionais de saúde, abordando temas transversais como o problema da não-adesão, bem como suas causas e possibilidades de resolução.

De forma específica, existe também grande dificuldade de acesso do paciente ao farmacêutico, último profissional de saúde a ter contato com o paciente antes que este inicie o uso da medicação, para receber orientações sobre o medicamento e o seu uso. Este profissional também deve estar devidamente preparado para orientar o paciente e lidar com a equipe de saúde, caso necessário, capacitando-se por meio da educação continuada⁽²¹⁾.

Dessa forma, foi possível perceber que o desconhecimento da paciente em relação ao seu medicamento a estava levando a manifestações clínicas que se confundiam com seu próprio problema de saúde, sendo muitas vezes uma variável de confusão, tanto para a equipe de profissionais de saúde quanto para a paciente. Em estudo conduzido com portadores de SIC na mesma instituição, observou-se que nenhum paciente soube relatar corretamente todos seus problemas de saúde e as medicações em uso. Todos os pacientes sub-relataram o número de doenças e, em relação aos medicamentos, além do sub-relato em 83,3% dos casos, 16,7% não souberam relatar os medicamentos utilizados⁽²²⁾.

Embora poucas estratégias mostrem-se efetivas para a promoção de mudanças comportamentais que se mantenham ao longo do tempo, o presente trabalho mostrou que a orientação por meio da exposição dialogada com a paciente sobre os problemas de saúde e medicamentos utilizados mostrou-se útil em curto prazo⁽⁶⁾. Esta intervenção demonstrou-se eficaz na aquisição do conhecimento e internalização de mudanças comportamentais por parte da paciente, confirmando hipóteses de intervenção de outros estudos^(3,4).

Como pode ser observado no presente trabalho, o aumento no grau de conhecimento em relação aos medicamentos utilizados pode

proporcionar condutas efetivas para a obtenção de melhores resultados clínicos, além de melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso⁽¹⁾, visto que a paciente obteve melhora dos quadros recorrentes de hipomagnesemia e diarreia. Durante as internações subsequentes em que estava recebendo o seguimento farmacoterapêutico, a paciente manteve o nível sérico de magnésio estável, permanecendo dentro da faixa de normalidade, havendo também normalização do hábito intestinal.

Um estudo de adesão a tratamento medicamentoso conduzido com portadores de SIC na mesma instituição, por meio da utilização do Teste de Morisky considerando o tratamento medicamentoso como um todo, documentou elevada adesão ao tratamento medicamentoso em 40% dos pacientes. Outros 40% foram considerados com adesão intermediária e apenas 20% dos pacientes foram considerados com baixa adesão⁽²³⁾. Devido à ausência na literatura de mais estudos que discutam questões relativas à adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes com SIC, buscou-se a comparação a outros problemas de saúde que pudessem auxiliar a elucidação de alguns comportamentos de pacientes em geral, independentes da doença de base.

Não é incomum encontrar na literatura a descrição de pacientes que tentam mascarar a conduta de não-adesão ao tratamento, procurando reduzir algum parâmetro clínico antes da realização de exames laboratoriais, ou ainda buscando demonstrar uma maior adesão ao tratamento medicamentoso do que realmente apresentou. Há relatos de pacientes diabéticos que antes da monitorização de seu problema de saúde por meio do exame hemoglobina glicosilada, restringiam a ingestão de alimentos ricos em carboidratos em período que antecedia o exame de glicemia em jejum, induzindo a um resultado laboratorial provavelmente mais baixo do que seria se tivessem mantido o padrão de alimentação habitual⁽²⁴⁾.

A adesão ao tratamento medicamentoso em pacientes portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica foi avaliada por meio da utilização de um dispositivo que registrava a dose utilizada e hora e data do acionamento. Os pacientes foram divididos em dois grupos, sendo que o grupo intervenção foi informado da real capacidade de registro do dispositivo, enquanto que o grupo controle foi informado sobre o registro das doses. Durante os 4 meses de seguimento, a adesão de acordo com os registros do dispositivo foi de 80% no grupo intervenção e 60,3 % no grupo controle; 15% da não-adesão no grupo controle foram relacionadas a episódios de esvaziamento do dispositivo, pelo seu acionamento até 100 vezes durante um período de 3 horas, antes das consultas médicas. Destaca-se ainda que não houve nenhum caso de esvaziamento das doses do medicamento entre os pacientes do grupo intervenção⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Com o presente relato de caso, pode-se observar a alta efetividade das intervenções educativas realizadas visando à melhora da adesão da paciente em relação à suplementação de magnésio. Esta efetividade foi observada por meio da normalização do quadro de hipomagnesemia. Desta forma, fica clara a necessidade de mais atenção dos profissionais de saúde à questão da adesão ao tratamento medicamentoso, além de considerar a educação em saúde, com atenção à comunicação de qualidade, como ferramenta na prática clínica.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization. 2003.
2. Leite SN, Vasconcellos MPC. Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2003, 8(3):775-782.
3. Nightingale J, Woodward JM. Guidelines for management of patients with a short bowel. *Gut*, 2006, 55(4):1-12.

4. Finley K, Giannamore M, Bennett M, et al. Assessing the impact of lifestyle modification education on knowledge and behavior changes in gastroesophageal reflux disease patients on proton pump inhibitors. *Journal of the American Pharmacists Association*, 2009, 49(4):544-550.
5. Matarese LE, Steiger E. Dietary and medical management of short bowel syndrome in adult patients. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 2006, 40(2): S85-S93.
6. Dunbar-Jacob, J. Models for changing patient behavior: creating successful self-care plans. *American Journal of Nursing*, 2007, 107(6):20-25.
7. Dibaise JK. New Developments in the management of short bowel syndrome. *United States Gastroenterology*, 2008, 4(1):56-58.
8. Comité de Consenso. Tercer Consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos y resultados negativos asociados a la medicación. *Ars Pharm*, 2007, 48(1):5-17.
9. Marchini JS, Unamuno MRDL, Carneiro JJ, Pallone A, Lemos Junior PAG, Ruiz CMC, Dutra de Oliveira JE. Três anos de tratamento e seguimento de pacientes portadores de síndrome do intestino curto e/ou síndrome de máabsorção grave, portadores de desnutrição refratária a dietoterapia via oral - DRD. *Revista Brasileira de Nutrição Clínica*, 1996, 11(1):27-42.
10. American Gastroenterological Association. Medical position statement: short bowel syndrome and intestinal transplantation. *Gastroenterology*, 2003, 124(4):1105-1110.
11. Koffeman GI, Gemert WG, George EK, et al. Classification, epidemiology and aetiology. *Best Practice and Research Clinical Gastroenterology*, 2003, 17(6):879-893.
12. Bines JE. Intestinal failure: A new era in clinical management. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 2009, 24(3):S86-S92.
13. Miranda SC, Ribeiro MLB, Ferriolli E, et al. Hypomagnesemia in short bowel syndrome patients. *Sao Paulo Med J*, 2000, 118(6):169-172.
14. Martindale: The complete drug reference. 2011. Disponível em: http://www.thomsonhc.com.ez67.periodicos.capes.gov.br/micro-medex2/librarian/ND_T/evidencexpert.contenttitle=Magnesium&servicesTitle=Magnesium+&topicId=null
15. Fernández-Estívariz CF, Luo M, Umeakunne K, et al. Nutrient intake from habitual oral diet in patients with severe short bowel syndrome living in the southeastern United States. *Nutrition*, 2008, 24(4):330-339.
16. Institute of Medicine. Dietary reference intakes: recommended intakes for individuals, vitamins. Washington: National Academies Press, 2004.
17. Compher C, Rubesin S, Kinosian B, et al. Noninvasive measurement of transit time in short bowel syndrome. *J Parenter Enteral Nutr*, 2007, 31(3):240-5.
18. Brasil, Resolução da Diretoria Colegiada n. 67 de 08 de outubro de 2007. Dispõe sobre as boas práticas de manipulação de preparações magistrais e oficinais para uso humano em farmácias. *Diário Oficial da União, Brasília* (2007 out 09).
19. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care Research and Review*, 1986, 24(1):67-74.
20. Pepe VLE, Castro, C. G. S. O. A interação entre prescritores, dispensadores e pacientes: informação compartilhada como possível benefício terapêutico. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 3, p. 815-822, 2000.
21. Dewulf NLS, Santos V, Pereira LRL, Troncon LEA. The invisible pharmacist. *The American Journal of Pharmaceutical Education*, 2009, 73(4):74.
22. Ferreira IML, Camilo LY, Rebello NM, et al. Conhecimento dos pacientes sobre seus problemas de saúde e medicamentos utilizados. In: Congresso Brasileiro de Farmacêuticos Clínicos; 2011 abril; São Paulo, Brasil. São Paulo: Anais ...: Instituto Racine, 2011. CD-ROM.
23. Ferreira, IML. Adesão ao tratamento medicamentoso e status vitamínico de portadores de Síndrome do Intestino Curto dependentes de Terapia Nutricional Parenteral. [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2011.
24. Diop PA, Haudrechy D, Badiane M, et al. Dosage de l'hémoglobine glyquée et surveillance du diabète en Afrique noire. *Biochimica Clinica*: 2001, 25(4): 327-330.
25. Nides MA, Tashkin DP, Simmons MS, et al. Improving inhaler adherence in a clinical trial through the use of the nebulizer chronolog. *Chest*, 1993, 104(2):501-507.