



CENTRO UNIVERSITÁRIO LUTERANO DE PALMAS

Recredenciado pela Portaria Ministerial nº 1.162, de 13/10/16, D.O.U. nº 198, de 14/10/2016
AELBRA EDUCAÇÃO SUPERIOR - GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO S.A.

Camila Valentina Ribeiro Portilho

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA POR MEIO DA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARABÁ-PA

Palmas – TO

2021

Camila Valentina Ribeiro Portilho

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA ATRAVÉS DA RECONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE MARABÁ-PA

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) II do curso de bacharelado em Farmácia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Me. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo.

Palmas – TO

2021

Camila Valentina Ribeiro Portilho

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA ATRAVÉS DA RECONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE MARABÁ-PA

Projeto de Pesquisa elaborado e apresentado como requisito parcial para aprovação na disciplina de TCC em Ciências Farmacêuticas, do curso de bacharelado em Farmácia do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA).

Orientador: Prof. Me. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.a Me. Márcia Germana Alves de Araújo Lobo

Orientadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.a Me. Elisângela Luiza Vieira Lopes Bassani dos Santos

1ª Avaliadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Prof.a Me. Natália Belo Moreira Morbeck

2ª Avaliadora

Centro Universitário Luterano de Palmas – CEULP

Palmas – TO

2021

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus que me capacitou de sabedoria e discernimento para chegar onde estou.

A minha mãe, por sempre me apoiar e compreender, mesmo nos momentos mais difíceis, pelo seu carinho e amor. Obrigada por sempre me ensinar a ser uma pessoa melhor!

Aos meus colegas de faculdade, em especial a Mariana Ramalho, Viviany e Caio Maia, obrigada por toda a amizade, vocês deixaram o caminho mais leve.

A minha orientadora, Márcia Lobo, por quem tenho imensa admiração. Obrigada por toda paciência, compreensão, indicação dos caminhos necessários e por não ter medido esforços na orientação deste trabalho.

A todos corpo docente e funcional do CEULP- ULBRA que contribuíram direta ou indiretamente para a minha formação. A todos que de alguma forma contribuíram nessa árdua caminhada.

Ao Hospital Municipal de Marabá por ter permitido a realização desse trabalho, em especial a toda equipe da farmácia central, obrigada por toda a disposição em contribuir com o desenvolvimento deste.

A certeza não existe, nem a perfeita verdade. Mas sempre nos resta a fé, que nos faz confiar no impossível. E o impossível, com frequência, se torna concreto.

(Eduardo Spohr).

RESUMO

PORTILHO, Camila Valentina Ribeiro. **Intervenção farmacêutica por meio da reconciliação medicamentosa de pacientes internados no Hospital Municipal de Marabá-PA.** 2021. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Curso de Farmácia, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas/TO, 2021.

Em meio a um maior consumo de medicamentos pela população, com o aumento da expectativa de vida, é notório uma maior taxa de ocorrência de erros de medicação em domicílio e em âmbito hospitalar. Diante disso, surge a necessidade de aumentar a segurança do paciente em relação ao uso de medicamentos, uma ferramenta que vem se mostrando de suma importância para isso é a reconciliação medicamentosa. Através desta pode-se alcançar um melhor perfil farmacoterapêutico e promover o uso racional de medicamentos, culminando na segurança do paciente. Essa pesquisa teve como objetivo avaliar o impacto da reconciliação medicamentosa no Hospital Municipal de Marabá, em pacientes internados na clínica médica e que tinham idade maior ou igual a 18 anos. Para tanto, foi realizado um estudo observacional, quantitativo, descritivo e prospectivo, através de questionário e consulta à prescrição no prontuário. A pesquisa foi submetida ao comitê de ética e aprovada sob o número 4.861.605. Com o estudo observou-se que 59,09% dos pacientes eram mulheres, a idade média dos entrevistados foi de 59,90 anos. Os motivos prevalentes de internação foram trombose arterial e pé diabético, esses podem ter sido por complicações das comorbidades identificadas nos pacientes, como diabetes e hipertensão arterial. Dos participantes das pesquisa, 72,70% apresentaram uma ou mais discrepâncias em sua farmacoterapia, sendo que 70,37% das discrepâncias encontradas foram por omissão. Diante disso, os resultados apresentados ressaltam a importância de processos como a reconciliação de medicamentos para a correção de erros como estes, para assim aumentar a segurança do paciente e promover uma farmacoterapia adequada.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Discrepância medicamentosa. Erros de medicação.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 01- Atribuições do Farmacêutico Hospitalar.....	20
Figura 02- Esquema de Assistência Farmacêutica em Âmbito Hospitalar.....	21
Quadro 01- Variáveis em estudo.....	24
Fluxograma 01- Etapas da Reconciliação medicamentosa.....	26
Figura 03- Motivo da internação dos pacientes elegíveis para o estudo no Hospital Municipal de Marabá.....	30
Figura 04- Comorbidades apresentadas por pacientes após consulta ao prontuário.....	31
Figura 05- Discrepâncias identificadas na farmacoterapia dos pacientes em estudo.....	32
Figura 06- Medicamentos mais envolvidos nas discrepâncias intencionais e não intencionais na reconciliação medicamentosa de pacientes internados no HMM.....	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASPH	American Society Of Health System Pharmacists
CEULP	Centro Universitário Luterano De Palmas
CRF	Conselho Federal de Farmácia
CRF-SP	Conselho Regional do Estado de São Paulo
EAM	Eventos adversos a medicamentos
EM	Erro de medicação
IBSP	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
PRM's	Problemas Relacionados a Medicamentos
RM	Reconciliação medicamentosa
RDC	Resolução diretoria colegiado
TIFHI	The Institute for Healthcare Improvement
TJC	The Joint Commission
ULBRA	Universidade Luterana Do Brasil

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 OBJETIVO GERAL.....	12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE.....	13
3.2 ERROS DE MEDICAÇÃO.....	13
3.3 DISCREPÂNCIAS MEDICAMENTOSAS.....	14
3.4 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA.....	15
3.4.1. Etapas da reconciliação medicamentosa	17
3.4.2 Barreiras para o processo de implantação da RM	18
3.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR.....	19
3.6 HOSPITAL MUNICIPAL DE MARABÁ.....	21
4 METODOLOGIA	23
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	23
4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA.....	23
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	23
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	23
4.5 VARIÁVEIS.....	24
4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	24
4.7 ASPECTOS ÉTICOS.....	26
4.7.1 Riscos	27
4.7.2 Benefícios	28
4.7.3 Desfechos	28

<u>4.7.3.1 Primários</u>	28
<u>4.7.3.2 Secundários</u>	28
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	29
5.1 UM BREVE RELATO DE CASO DA PACIENTE "A.C"	34
6 CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIA	37
APÊNDICE I	43
APÊNDICE II	44

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento gradual da população, como resultado do declínio da natalidade e do aumento da expectativa de vida, duplicou nos últimos 100 anos, e o aumento da prevalência de patologias crônicas associado à melhoria dos cuidados de saúde é um dado incontrolável do presente, nos países desenvolvidos, especialmente na Europa (SILVA *et al.*, 2004). Conseqüentemente, verificou-se um aumento do número de medicamentos que cada doente toma, aumentando, desta forma, a predisposição para o aparecimento de erros de medicação (KNEZ *et al.*, 2011).

Os erros decorrentes do uso inadequado de medicamentos durante a internação hospitalar são muito preocupantes, mais de 50% ocorrem quando os pacientes recebem alta ou são transferidos entre unidades, mostrando que os pontos de transição são vulneráveis para a ocorrência de falhas, podendo causar danos irreversíveis sobre a saúde (LOMBARDI *et al.*, 2016). O impacto desses eventos pode ser significativo sobre o bem-estar do paciente e para o sistema público de saúde, tendo repercussões, não só economicamente, mas também social, os erros de medicação são os EAM mais comuns (FRIZON *et al.*, 2014; RENTERO *et al.*, 2014; CORNISH *et al.*, 2005; KNEZ *et al.*, 2011).

Nos últimos anos, verificou-se um significativo aumento dos estudos relacionados com a segurança do paciente, que confirmaram, a sua importância como um problema mundial de saúde pública. Em 2004, a OMS lançou um programa que convoca todos os países membros a tomarem medidas para assegurar a qualidade da assistência prestada nas diferentes unidades de saúde de todo o mundo (DOMINGOS, 2013). O Desafio Global de Segurança do Paciente, lançado pela OMS, busca identificar áreas de riscos para a segurança do paciente e os dois primeiros desafios lançados foram “Higienização das Mãos” e “Cirurgia Segura” que, de modo geral, buscam a redução de infecções e os riscos associados às cirurgias.

Em 2017, um novo desafio foi lançado, “Medicação sem Danos”, a sua concepção foi baseada no alto risco de danos associados à utilização de medicamentos, visa reduzir os eventos evitáveis relacionados aos medicamentos e destaca que uma das áreas em que o paciente se torna mais vulnerável à ocorrência de erros relacionados aos medicamentos é na transição do cuidado, pois aumenta a possibilidade de acontecer falhas de comunicação podendo gerar graves erros de medicação e problemas com discrepâncias entre medicamentos (WHO, 2017).

Discrepâncias de medicamentos são divergências existentes na farmacoterapia do paciente, tais como omissão de medicamentos, duplicidade terapêutica, dose incorreta, entre outras, podendo ou não ser intencional (CLIMENTE-MARTÍ *et al.*, 2010; SREURBAUT *et al.*, 2010). Uma ferramenta utilizada pelo farmacêutico clínico para minimizar estes erros e/ou

discrepâncias é a reconciliação medicamentosa que pode ser realizada na admissão ou alta hospitalar (SCHUCH *et al.*, 2013; CUA; KRIPALANI, 2008; HEPLER; TRAND, 1990).

A reconciliação medicamentosa (RM) é descrita como um processo para obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza (incluindo nome, dose, frequência e via de administração), comparada com as prescrições médicas feitas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais e alta hospitalar. Essa lista é usada para aperfeiçoar a utilização dos medicamentos, em todos os pontos de transição do cuidado e tem como principal objetivo evitar ou minimizar erros de transcrição, omissão, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas, quando o paciente muda de nível de assistência à saúde. (LINDENMEYER *et al.*, 2013).

A American Society Of Health System Pharmacists (ASHP) incentiva hospitais e sistemas de saúde a implantar o processo de RM com o intuito de garantir o uso seguro e racional de medicamentos no tratamento dos pacientes. O papel do farmacêutico tem sido considerado imprescindível devido ao seu conhecimento técnico, competência e habilidade, sendo qualificado para liderar esforços interdisciplinares para implantar e garantir um processo de RM efetivo e de qualidade (GAI, 2015).

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o impacto da intervenção farmacêutica por meio da reconciliação medicamentosa de pacientes internados no Hospital Municipal de Marabá-PA.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar discrepâncias nas prescrições médicas de pacientes hospitalizados no Hospital Municipal de Marabá;
- Levantar múltiplas comorbidades apresentadas pelos pacientes;
- Descrever as classes farmacológicas e os medicamentos mais envolvidos nas discrepâncias não intencionais;
- Identificar as barreiras e benefícios para o desenvolvimento da reconciliação medicamentosa em hospital público.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

O aumento de ocorrências de eventos adversos a medicamentos atrelado ao maior risco de danos ao paciente, vem corroborando para estudos a nível mundial acerca da segurança do paciente e a qualidade da assistência à saúde no uso de medicamentos. O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído recentemente no Brasil (BRASIL, 2013), mostra-se como um importante instrumento para a promoção de práticas seguras em estabelecimentos de saúde brasileiros (MARQUES, 2014).

Por meio da Portaria nº. 529/2013 (BRASIL, 2013), o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), este consiste no desenvolvimento de seis protocolos básicos, definidos pela OMS. Com o intuito de evitar danos aos pacientes hospitalizados, eles tem como finalidade: identificar corretamente os pacientes, melhorar a comunicação efetiva entre profissionais da saúde, melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos de alta vigilância, assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, realizar técnica correta de higienização das mãos e reduzir o risco de lesões aos pacientes (GARCIA, 2018).

Para promover e apoiar a implementação de iniciativas de ações para a segurança do paciente nas mais variadas áreas de atenção, organização e gestão de serviços de saúde no Brasil, desenvolveu-se protocolos pelo Ministério da Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), estes foram criados de acordo com o que preconiza a RDC nº. 36/2013 (BRASIL, 2013; GARCIA, 2018).

Um dos protocolos adotados para promover a segurança do paciente, foi o de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos, que estabelece a administração como última barreira para evitar um erro de medicação, cuja prática segura é um processo multi e interdisciplinar que requer conhecimento técnico e prático e envolve os sete certos, estes são: paciente certo, medicamento certo, via certa, hora certa, dose certa, documentação certa e razão certa, sabe-se que um erro de medicação pode vir a causar dano ao paciente (ALVIM, 2015).

A RDC nº. 36/2013 define dano como “comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doenças, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico”.

3.2 ERROS DE MEDICAÇÃO

De acordo com o National Council for Medication Error Reporting and Prevention (NCC MERP, 2012), o erro de medicação é qualquer episódio evitável, com potencial para

levar ao uso indevido do medicamento, independentemente do risco de lesar ou não o paciente e do fato de o medicamento encontrar-se sob o manejo de profissionais da saúde, do paciente ou do consumidor (GARCIA, 2018).

Em âmbito hospitalar, a variedade de erros está cada vez maior e evidente, acarretando relevantes repercussões econômicas e sociais, onerando o sistema de saúde. Quando se trata da terapia medicamentosa, essas ocorrências impactam diretamente a segurança do paciente, podendo levar a importantes agravos à saúde desses (LINDENMEYER, GOULART e HEGELE, 2013).

A ocorrência dos erros de medicação é diversa, dentre elas estão: o desconhecimento sobre os medicamentos, a precariedade sobre as informações dadas ao paciente, erros na hospitalização, falta de rotulagem e alertas adequados para tipos de medicações distintos, ou seja, problema na estocagem dos produtos, além dos deslizes de memória causados pela rotina (BOHOMOL, 2014).

Esses erros ocorrem com frequência nos períodos de transição, incluindo também o pós alta, tal fato é decorrente da pobre comunicação entre a equipe e a perda de informações, culminando em implicações na terapêutica medicamentosa do doente. Esses erros podem originar alguns efeitos adversos a medicamentos em âmbito hospitalar (MEGUERDITCHIAN *et al.*, 2013). No entanto, podem ser evitados com uma participação efetiva da equipe multidisciplinar e na identificação de discrepâncias entre as prescrições pré-admissão, admissão e no pós alta (BARNSTEINER, 2005).

3.3 DISCREPÂNCIAS MEDICAMENTOSAS

De acordo com Lau *et al.* (2000) até 60% dos doentes internados num hospital poderão ter pelo menos uma discrepância medicamentosa. Estudos realizados indicam que cerca de 6% dos doentes internados apresentam uma interrupção inadvertida, de natureza grave, de um medicamento na admissão hospitalar (CORNISH *et al.*, 2005).

As discrepâncias medicamentosas são quaisquer divergências no regime farmacoterapêutico do doente, ocorrem nas diferentes etapas do cuidado, principalmente na admissão e alta hospitalar. Podem ser identificadas através da comparação entre a história de medicação pré-hospitalar do doente e a sua prescrição no momento de admissão, ou na transição do cuidado.

Novos medicamentos e alterações na via de administração, desde que justificados pela situação clínica do doente na admissão hospitalar, não são divergências. Omissão ou introdução de um medicamento não justificado pela situação clínica do paciente, diferente dose, diferente frequência ou forma farmacêutica e duplicação terapêutica são consideradas como diferenças

medicamentosas e interferem diretamente na segurança do paciente (CORNISH *et al.*, 2005; MARTÍ *et al.*, 2010; LESSARD *et al.*, 2006).

As diferenças medicamentosas encontradas nas prescrições do paciente são classificadas como intencionais e não intencionais. As intencionais são caracterizadas como uma divergência entre os regimes farmacoterapêuticos, justificada pela situação clínica do paciente e se deu por decisão médica de não prescrever um medicamento, alterar dose, frequência ou via de administração de acordo com o protocolo que julgou ser o mais adequado, esta deve ser devidamente documentada (SANTOS *et al.*, 2019).

Em algumas situações elas não precisam ser documentadas, de acordo com o Canadian Institute for Safe Medication Practices “em situações em que o médico altera, suspende ou adiciona um medicamento, mas esta opção terapêutica não se encontra registrada. Nesta ausência de registo não existe erro de medicação, todavia, pode ser responsável por confusão em prescrições ou ao aparecimento posterior de erros” (SANTOS *et al.*, 2019).

As discrepâncias não intencionais acometem 26,9 a 65% dos pacientes após admissão hospitalar e ocorrem quando há omissão de medicamento necessário, substituição, duplicação e adição de medicamento sem justificativa clínica, diferença na dose, via de administração, frequência e horário, ou seja, são divergências encontradas na comparação entre os medicamentos pré-admissão e aqueles prescritos no momento da admissão ou em outra etapa de transição, que não são justificadas pela situação clínica do paciente e podem interferir diretamente na terapia medicamentosa deste e na sua segurança, pois podem causar danos potencialmente perigosos. Nestas situações cabe ao profissional farmacêutico intervir junto ao prescritor (SANTOS *et al.*, 2019; CLIMENTE-MARTÍ *et al.*, 2010; SLAIN *et al.*, 2008; LESSARD *et al.*, 2006).

De acordo com o Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP), a sistematização da reconciliação medicamentosa contribui para direcionar os serviços dos profissionais de saúde, contribuindo para a melhora na segurança do paciente, sendo uma importante ferramenta na promoção desta.

3.4 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

De acordo com Moriel *et al.* (2008), a reconciliação medicamentosa, consiste na adequação do plano farmacoterapêutico a partir da comparação entre a lista exata e completa de medicamentos que o paciente estava utilizando pré admissão e a prescrição farmacoterapêutica na transição do atendimento (admissão hospitalar, mudança de médico prescritor, alta hospitalar) e deve ser realizada até 48 horas após admissão/transição do

cuidado/alta. Diante disso, a reconciliação deve ser realizada sempre que novos medicamentos são prescritos ou são refeitas prescrições já existentes, incluindo mudanças de setor, serviço, médico ou nível de atendimento (MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, 2014).

Organizações internacionais envolvidas na segurança dos pacientes relacionadas a prevenção dos PRMs (Problemas Relacionados a Medicamentos), consideram a reconciliação medicamentosa como uma importante ferramenta para evitar a ocorrência de erros de medicação em hospitais e em outros estabelecimentos de saúde. Para alcançar resultados seguros e efetivos é de suma importância a colaboração multidisciplinar da equipe, assegurando ao paciente uma terapia medicamentosa adequada ao seu estado clínico (MANZORO *et al.*, 2011; CADTH, 2012).

Em 2004, a The Joint Commission (TJC) e The Institute for Healthcare Improvement (TIFHI) reconheceram a RM como sendo um processo importante para a minimização dos erros de medicação, sendo, deste modo, uma mais valia para maximizar a segurança no tratamento do doente.

Diante da necessidade de aumentar a segurança do paciente durante a realização de procedimentos em âmbito hospitalar, a OMS estabeleceu em 2006 a reconciliação medicamentosa, tornando-a prioritária em um projeto internacional de segurança dos pacientes internados, denominado “High 5s”, tendo adesão de países como Canadá, Reino Unido e Estados Unidos. No Brasil, essa adesão se deu através da inserção na farmácia clínica e farmavigilância, estabelecidos pela ANVISA (SOARES, 2016).

A nível hospitalar ela deve envolver a equipe multidisciplinar, como médico, farmacêutico, enfermeiro e outros profissionais secundários que possam vir a agregar a um melhor desfecho a essa, é de suma importância que se tenha apoio da direção do hospital, para minimizar as barreiras a serem encontradas no decorrer do processo. Para um bom desenvolvimento cada participante da equipe multidisciplinar deve ter conhecimento do seu papel e importância no processo, devem incluir métodos precisos e moldáveis para a situação de cada paciente ou cuidador/familiar, adequando a linguagem de acordo com o nível de conhecimento destes, além de fazer perguntas abertas para ajudar a determinar os medicamentos que são esquecidos por não serem tão tradicionais, como por exemplo, colírios.

O farmacêutico é um profissional que tem uma participação ativa na equipe multiprofissional para diminuir a frequência dos EM, podendo colaborar com a promoção do uso racional dos medicamentos, diminuindo os eventos adversos que estão inteiramente ligados à terapia medicamentosa e forma de administração. A principal ferramenta utilizada para

auxiliar a minimizar esses erros é o desenvolvimento e implantação da reconciliação medicamentosa (FERRACINI; BORGES FILHO, 2012).

Deve-se utilizar medidas de processo clinicamente relevantes e adotar sistemas de feedback para permitir de fato uma melhoria clínica ao processo (GREENWALD *et al.*, 2010; PAPARELLA, 2006).

A equipe multidisciplinar deve ter uma liderança reconhecida e efetiva em que cada um dos intervenientes saiba exatamente qual o seu papel no processo e o cumpra. Em muitos países a liderança foi assumida pelo farmacêutico, uma vez que esse profissional é o mais indicado quando se trata de conhecimento e gestão de uso de medicamentos (AFONSO, 2015).

O cumprimento da reconciliação medicamentosa em sua totalidade é um desafio na maioria das instituições de cuidados de saúde, para que se tenha resultados efetivos é necessário que se cumpra todas as etapas.

3.4.1. Etapas da reconciliação medicamentosa

A reconciliação medicamentosa pode ser realizada em cinco etapas, é de suma importância a participação da equipe multidisciplinar em todas elas (MEYER *et al.*, 2012; VIRA, COLQUHOUN; ETCHELLS, 2006).

A primeira etapa consiste na elaboração de uma lista completa de medicação pré-hospitalar do doente, se dá na admissão hospitalar, onde irá obter-se uma lista completa e acurada de medicamentos que o paciente fazia uso antes de dar entrada no hospital, posteriormente essa será comparada com a prescrição hospitalar. Na obtenção da lista e na comparação desta com a prescrição, serão considerados: princípio ativo, dose, frequência, via de administração, forma farmacêutica e interações medicamentosas, sendo possível assim estabelecer as discrepâncias encontradas e caso necessário entrar em contato com o prescritor responsável (ANACLETO *et al.*, 2010).

A segunda etapa é realizada por meio de uma consulta ao prontuário do paciente e prescrições realizadas nas transições do cuidado, com o intuito de elaborar uma lista precisa de medicamentos prescritos na admissão, transição ou alta hospitalar;

Na terceira etapa será feita a identificação das discrepâncias intencionais e não intencionais entre as duas listas, para isso realizará a comparação entre a lista obtida através da primeira e segunda etapa, a comparação entre ambas resultará na identificação de possíveis discrepâncias medicamentosas. Segundo estudos de Lee *et al.* (2013), no processo de RM as discrepâncias mais encontradas correspondem a omissão de medicamentos de uso contínuo, dose inapropriada e duplicação terapêutica. Os medicamentos mais envolvidos são aqueles que

agem no sistema cardiovascular (nitratos, digoxina, betabloqueadores), medicamentos com ação no sistema nervoso central, analgésicos, antidepressivos e relaxantes musculares (CORNISH *et al.*, 2005)

A quarta e quinta etapa consiste na correção dos erros de medicação encontrados nas diferentes interfaces de cuidados e comunicação das alterações terapêuticas ao próximo prestador de cuidados, ao término do processo é de suma importância que haja a documentação de todas as etapas.

3.4.2 Barreiras para o processo de implementação da RM

Estudos demonstram que através do processo de RM é possível evitar cerca de 76% de erros de medicação durante as interfaces do cuidado, sendo notório a sua importância na segurança do paciente. Mas para sua implantação e desfecho positivo encontra-se inúmeras barreiras, como: falta de tecnologia da informação para o registro das informações acerca do paciente, pouco envolvimento da equipe multidisciplinar, aja vista a sua importância, pouca comunicação entre as diferentes faces do cuidado, articulação deficiente entre hospitais e centros de saúde, dificultando a continuação efetiva da terapia medicamentosa do paciente pós alta (VIRA *et al.*, 2006).

A insuficiência de recursos humanos é uma grande barreira encontrada nesse processo de RM, em virtude do farmacêutico possuir pouco tempo disponível para revisar a história clínica e realizar a entrevista com o paciente, aja vista as inúmeras atribuições que este tem no âmbito hospitalar, podendo assim ser necessário que se amplie o quadro de farmacêuticos (MARQUES *et al.*, 2010; MARQUES, ROMANO-LIEBER, 2014).

A integralidade da história da medicação do paciente é uma importante barreira evidenciada por Cornish *et al.* (2005), pois essa tem inúmeros interferentes, como pouco tempo para a realização da entrevista, barreiras linguísticas por conta dos diferentes níveis de conhecimento ou por conta do vocabulário regional intrínseco de cada um, falta de conhecimento do familiar/cuidador a respeito do histórico de medicação do paciente. No que diz respeito a entrevista é necessário ter formulários bem estruturados para que minimize o risco de informações errôneas acerca do histórico de medicação do paciente, é de suma importância que as informações obtidas tenham integração nos diferentes níveis de atendimento ao paciente (ALVIM, 2015).

3.5 ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA HOSPITALAR

De acordo com a portaria nº 4.283/2010 do Ministério da Saúde, farmácia hospitalar é definida como:

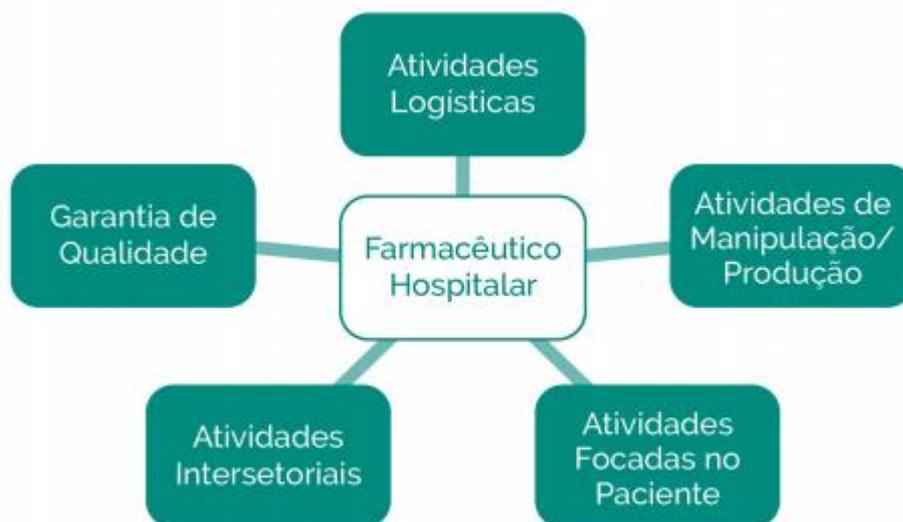
Unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, dirigida exclusivamente por farmacêutico, compondo a estrutura organizacional do hospital e integrada funcionalmente com as demais unidades administrativas e de assistência ao paciente (BRASIL, 2010).

A farmácia hospitalar está ligada hierarquicamente à direção do hospital ou serviço de saúde, deve desenvolver atividades clínicas e relacionadas à gestão, pois é um setor que demanda altos valores orçamentários. Diante disso, o farmacêutico hospitalar deve desempenhar atividades gerenciais e contribuir com a minimização de custos. A farmácia hospitalar além da gestão, deve contribuir no cuidado à saúde do paciente, prestando assistência a este, visando o uso seguro e racional de medicamentos e promovendo uma farmacoterapêutica efetiva, de acordo com o que é preconizado na Política Nacional de Medicamentos, regulamentada pela Portaria nº 3.916/1998, do Ministério da Saúde (CRF-SP, 2019; BRASIL, 1998).

De acordo com a Lei 13.021/2014 a farmácia hospitalar deve contar com farmacêuticos e colaboradores, necessários ao pleno desenvolvimento de suas atividades, considerando a complexidade do hospital, os serviços ofertados, o grau de informatização e mecanização, buscando estratégias eficientes para segurança de seus pacientes/clientes e colaboradores, e horário de funcionamento condizente com o estabelecido na lei (BRASIL, 2014).

As atribuições do farmacêutico hospitalar no Brasil são definidas pela Resolução CFF nº 568/2012, conforme descrito na figura 1, deve realizar orientação de pacientes internados e ambulatoriais, visando sempre à eficácia terapêutica, racionalização dos custos e uso racional dos medicamentos, promovendo o ensino e a pesquisa, além de propiciar um vasto campo de aprimoramento profissional. Também atua na gestão dos estoques e logística farmacêutica, tendo o medicamento como insumo mais importante. Representa a Farmácia nas mais variadas comissões hospitalares, sendo uma referência em tudo o que cerca o medicamento. (CRF-SP, 2019).

Figura 01: Atribuições do Farmacêutico Hospitalar.



Fonte: CRF-SP, 2019.

Em 1990 o SUS foi normatizado e o sistema de saúde brasileiro reformulado, surgindo assim a necessidade de uma política específica para o setor de medicamentos no Brasil, com o intuito de garantir acesso à assistência farmacêutica integral¹. Em 1998 foi aprovada a Política Nacional de Medicamentos, onde uma das suas oito diretrizes estabelecidas é a reorientação da Assistência Farmacêutica, garantindo através dessa não só o acesso ao medicamento, mas também a garantia de sua qualidade, segurança e uso racional. No âmbito hospitalar a diretriz a respeito da Assistência Farmacêutica poderia ser alcançada através de atividades de responsabilidade da farmácia hospitalar (TORRES, OSÓRIO-DE-CASTRO e PEPE, 2007).

Segundo a Resolução nº 338/2004, do Conselho Nacional de Saúde, Assistência Farmacêutica é:

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

A Assistência Farmacêutica, no contexto hospitalar, engloba atividades relacionadas à logística, manipulação, controle de qualidade, atenção farmacêutica e farmácia clínica, conforme representado na Figura 02. Além disso, existem atividades intersectoriais, que requerem interação com outros setores do hospital (CRF-SP, 2019).

Figura 02: Esquema de Assistência Farmacêutica em Âmbito Hospitalar.



Fonte: CRF-SP, 2019.

Em 2017, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2, que estabeleceu diretrizes e relacionadas estratégias, objetivando organizar, fortalecer e aprimorar as ações da assistência farmacêutica em hospitais, tendo como eixos estruturantes, a segurança e a promoção do uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde (CRF-SP, 2019).

3.6 HOSPITAL MUNICIPAL DE MARABÁ

O Hospital Municipal de Marabá (HMM) fica localizado na cidade de Marabá-PA, a aproximadamente 500 km ao sul da capital do estado, Belém. Também conhecido como SESP (Serviço Especial de Saúde Pública), foi fundado na década de 1950 (Almeida, 2008). “No Brasil, os hospitais são classificados por porte, segundo o número de leitos, como pequenos (1 a 49 leitos), médios (50 a 149), grandes (150 a 499) e especiais (acima de 500 leitos)” (MAYER, 2010).

Nesse sentido, o HMM é classificado como de médio porte e atende os pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Possui 110 leitos, sendo 75 da especialidade clínica, 18 de especialidade cirúrgica, 06 de especialidade pediátrica e 11 leitos complementares para suporte ventilatório pulmonar - Covid-19 (DATASUS, 2021). Presta atendimento ambulatorial, internação, Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia (SADT), urgência e emergência. Possui 4 salas cirúrgicas e 1 de recuperação. Está registrado sob número 2615797 do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

Trata-se de um hospital geral que está apto a atender casos de média complexidade, possui comissão de Investigação Epidemiológica, Notificação de Doenças e Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). A instituição é a referência de urgência e emergência para municípios circunvizinhos, tem uma alta demanda, tanto espontânea como referenciada, pois além de prestar atendimento à zona urbana, também atende zona rural, vilas e municípios vizinhos, nele está lotado o maior número de trabalhadores da saúde do município, onde funciona em regime de turno, sendo dois turnos de seis horas e um de doze (SOUSA, 2012).

A Farmácia Central (FC) do hospital é responsável pelo armazenamento, controle e dispensação dos medicamentos e material médico hospitalar, para atendimento interno do hospital. A lista de medicamentos padronizados apresenta 256 itens, e a assistência farmacêutica funciona 24 horas por dia.

Existem duas farmácias-satélite, uma localizada no centro cirúrgico e outra no pronto socorro que funcionam 24 horas por dia, sendo elas abastecidas diariamente pela farmácia central, o HMM conta com 5 farmacêuticos em seu quadro geral, sendo que por turno conta com 2 farmacêutico e 4 auxiliares.

Existe também um almoxarifado onde são estocados os soros e materiais utilizados para procedimentos médicos/cirúrgicos (luvas, toucas, gesso, gases, compressas cirúrgicas, ataduras, fraldas, sondas, coletores, álcool 70%, algodão, cateteres etc.).

A aquisição de medicamentos ocorre através de solicitação mensal feita em uma planilha no MS Excel pelo coordenador farmacêutico, em que são inseridos os nomes e as características de cada medicamento (dose, apresentação), material médico (tamanho), e a quantidade necessária de cada um para suprir a demanda do mês (PEREIRA *et al.*, 2019).

A próxima etapa é a entrega da solicitação mensal na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no setor de Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF). Após esse processo o lead time de entrega dos medicamentos/materiais na FC é de quatro dias. Caso haja aumento de consumo, é realizado um pedido de urgência (PEREIRA *et al.*, 2019).

Portanto, as funções dos farmacêuticos são de coordenação, gestão de recursos humanos e material e de dispensação de medicamentos e materiais hospitalares. As informações acerca do HMM foram fornecidas pelo diretor do hospital em conjunto com a consulta de algumas pesquisas realizadas no HMM.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para dar resposta aos objetivos propostos foi realizado um estudo observacional, quantitativo, descritivo e prospectivo. O estudo observacional tem por finalidade comparar e observar efeitos em um grupo, sem intervenção do pesquisador. Será descritivo, pois determinará a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, segundo o tempo, o lugar ou as características dos indivíduos, pode fazer uso de dados secundários (dados pré-existent de mortalidade e hospitalização, por exemplo) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) (COSTA e BARRETO, 2003). A pesquisa quantitativa é aquela em que se coletam e analisam dados quantitativos sobre variáveis. Dessa forma, este tipo de pesquisa é capaz de identificar a natureza profunda das realidades, seu sistema de relações, sua estrutura dinâmica (ESPERÓN, 2017).

4.2 LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Foi realizada na clínica médica do Hospital Municipal de Marabá-Pará (HMM), no período de 26 de Julho a 22 de Agosto de 2021. A escolha pela clínica médica se deu pelo perfil dos pacientes internados, esses são em sua maioria idosos, apresentam comorbidades crônicas e fazem uso de polifarmácia.

O hospital possui uma farmácia central e duas farmácias satélites, sendo uma no centro cirúrgico e outra no pronto socorro, funcionando 24 horas por dia, com 2 farmacêuticos e 4 auxiliares por turno. A lista de medicamentos padronizados do município apresenta 256 itens.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população foi composta por todos os pacientes com idade igual ou superior a 18 anos internados na clínica médica, durante o período do estudo e que atendam aos critérios de inclusão e exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos pacientes de ambos os gêneros, com idade maior ou igual a 18 anos, que estivessem no mínimo há 24 horas internados e não estivessem em quartos de isolamento por definição da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

Foram excluídos os pacientes sem acompanhante, pacientes internados no final de semana e que estivessem internados há mais de 48 horas.

4.5 VARIÁVEIS

As variáveis utilizadas na pesquisa estão representadas no Quadro 01.

Quadro 01: Variáveis em estudo.

VARIÁVEIS	FONTE DE COLETA E REGISTRO DOS DADOS
Idade	Prontuário do paciente
Gênero	Prontuário do paciente
Perfil sócio demográfico	Prontuário do paciente
Motivo da Internação	Prontuário do paciente
Comorbidades	Prontuário do paciente
Tempo de Internação	Prontuário do paciente
Números de Discrepâncias	Formulário de reconciliação
Tipo de discrepâncias	Formulário de reconciliação
Tipo de acompanhante na internação	Formulário de reconciliação
Medicamentos de uso domiciliar	Paciente/Acompanhante/prontuário

Fonte: Autor, 2021.

4.6 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS, ESTRATÉGIAS DE APLICAÇÃO, REGISTRO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Para a construção do melhor perfil farmacoterapêutico dos pacientes, esses ou seus acompanhantes foram entrevistados pela acadêmica pesquisadora. As informações foram registradas no formulário próprio padronizado (Apêndice I), que foi elaborado com perguntas abertas e fechadas, que estabelecessem os critérios das variáveis e informações pertinentes ao estudo. No momento do preenchimento a identificação do paciente foi feita por siglas, para garantir o sigilo deste. Vale ressaltar que a coleta não foi feita quando estivesse em momento de procedimento ou visita médica no leito do paciente, para que fosse mantida a privacidade dos dados.

Antes do início da coleta de dados, foi feita a apresentação do pesquisador e a justificativa de sua pesquisa, foi apresentado o projeto ao paciente por meio de uma abordagem própria do profissional de saúde e explicado o procedimento da pesquisa, após foi apresentado o TCLE, que foi lido pelo paciente/acompanhante ou caso fosse necessário, pelo pesquisador. Após o esclarecimento de todas as etapas e dúvidas, foi feito o convite para participação na

pesquisa por meio verbal, se aceito solicitou-se sua anuência com a assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice II), caso ele atendesse aos critérios de inclusão.

A entrevista se deu a beira leito de forma individual e em um único momento pelo pesquisador com o acompanhamento do farmacêutico responsável. Nessa entrevista considerou-se todos os medicamentos utilizados antes da admissão de forma continuada, com ou sem prescrição médica e aqueles medicamentos prescritos por tempo determinado cujo tratamento estivesse em curso na data de admissão.

No segundo momento, para complementar a coleta de dados, fez-se uma consulta ao prontuário impresso do paciente, que estava disponível na sala de prescrição, não retirando o mesmo do local. Nessa consulta registrou-se no formulário, os medicamentos prescritos na admissão, assim como suas doses, frequência e vias de administração.

Depois de registradas as listas dos medicamentos domiciliares e da admissão hospitalar, foi feita a comparação entre elas, podendo assim identificar as discrepâncias (omissão e duplicidade terapêutica, dose, frequência e forma farmacêutica diferente), quantificá-las, classificá-las em intencionais e não intencionais e registrá-las. Havendo discrepâncias, o prescritor foi notificado pelo Farmacêutico a fim de ajustar a prescrição liberada, conforme mostra o fluxograma 01.

Fluxograma 01: Etapas da reconciliação medicamentosa.



Fonte: Autor, 2021.

Os dados obtidos foram lançados numa planilha do EXCEL e tabulados. Os questionários foram codificados previamente, não havendo nenhuma menção aos nomes que possam identificar os voluntários, utilizando apenas siglas. Foram analisados efetuando os cálculos de frequência das respectivas variáveis. Os resultados obtidos foram apresentados a partir de gráficos e tabelas.

4.7 ASPECTOS ÉTICOS

Como aspectos éticos nesse estudo adotou-se os critérios preconizados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos).

O estudo passou pela avaliação da Secretaria Municipal de Marabá para autorização. Por se tratar de uma pesquisa que abrange seres humanos, o projeto também foi enviado à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário Luterano de Palmas (CEULP/ULBRA), obtendo parecer favorável número 4.861.605. Após parecer favorável o estudo foi iniciado, os pacientes elegíveis ao estudo foram incluídos somente após anuência

pela assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (Anexo II). No decorrer da pesquisa e no término garantiu-se o anonimato dos participantes e a devolutiva à instituição hospitalar.

4.7.1 Riscos

No decorrer da pesquisa houve risco de constrangimento, pois o paciente pode não ter sentido-se à vontade com os questionamentos, entretanto, foram utilizadas técnicas de abordagem de apresentação, o participante teve total assistência pelo pesquisador e a pesquisa só foi continuada quando o participante sentiu-se confortável.

Se o participante sentiu cansaço, desconforto ou constrangimento, foi sugerida uma pausa e utilizou-se técnica de relaxamento para redução do incômodo. Também foi proposto um novo encontro de continuação, podendo o participante desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo.

Foi possível que a identificação do paciente fosse conhecida, para que isso não ocorresse e fosse garantida a confidencialidade, utilizou-se siglas para a identificação dos sujeitos no preenchimento dos formulários e os dados foram apresentados de forma coletiva. Ainda com o objetivo de assegurar sigilo os nomes dos participantes da pesquisa não foram expostos no trabalho e os dados tabulados serão mantidos em disco rígido local protegidos por senha, por 5 anos. Caso fosse comprovado exposição em qualquer momento da pesquisa, não haveria publicação do trabalho ou continuidade do mesmo.

Houve a possibilidade de perda de prontuário, mas para o manejo do risco o prontuário não foi retirado do local. Todos os registros necessários foram feitos em local próprio. Quanto ao risco da identificação do prescritor, foi mantido total sigilo em relação a este e a todas as informações contidas no prontuário do paciente, registrando apenas informações relativas a terapia medicamentosa do paciente.

Como estamos vivendo um momento pandêmico pela Covid-19, houve risco de contaminação do pesquisador e participante pelo coronavírus no decorrer da pesquisa, para que isso não ocorresse seguiu-se as normativas da CCIH do Hospital Municipal de Marabá, como utilização de touca, avental, máscara N95, luvas para procedimentos, face shield, álcool 70% e o distanciamento de 2 metros do paciente.

Estratégias, como reavaliação do processo de trabalho foram realizadas com o objetivo de identificar a falha, para posteriormente corrigí-la.

4.7.2 Benefícios

Com a reconciliação medicamentosa foi possível obter o melhor perfil farmacoterapêutico do paciente, pois esta proporciona um trabalho interdisciplinar, integrando os diversos saberes, sendo possível o paciente ser visto como um todo, este tornar-se-á mais participativo no cuidado, tendo a cultura interna de assistência centrada nele.

No momento da coleta de dados, ao identificar qualquer discrepância medicamentosa, essa foi apresentada ao Farmacêutico responsável para que ele pudesse fazer os ajustes necessários junto ao prescritor. Dessa forma o participante da pesquisa teve benefício direto, pois a realização da reconciliação diminui os erros de medicação, aumentando a segurança do paciente.

Com a metodologia proposta foi possível aumentar a eficácia personalizada, melhorar os desfechos clínicos, promover o uso seguro e racional dos medicamentos, aumentar o número de sistemas capazes de barrar erros e dar mais autonomia no processo de assistência.

Os resultados obtidos serão disponibilizados ao hospital para que possam avaliar possíveis melhorias.

4.7.3 Desfechos

4.7.3.1 Primário

Ao encerramento do projeto esperava-se obter informações completas sobre a farmacoterapêutica do paciente e assim avaliar-se o impacto da intervenção farmacêutica através da reconciliação medicamentosa.

4.7.3.2 Secundário

A demonstração dessa intervenção pautada na farmácia clínica, contribuiu para otimizar a terapêutica do paciente e aumentar a segurança deste durante as transições do cuidado. É de extrema importância que ao final possa-se demonstrar a possibilidade da realização de um trabalho interdisciplinar, inserindo o farmacêutico nessa assistência globalizada ao paciente.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período de 26 de Julho a 22 de Agosto, 22 pacientes atenderam aos critérios de inclusão e exclusão e aceitaram participar da pesquisa através da anuência ao termo do consentimento livre e esclarecido.

A idade dos 22 pacientes variou entre 21 a 89 anos, apresentando média de 59,90 anos. 59,09% dos participantes do estudo eram mulheres e 40,91% homens.

O maior quantitativo de pessoas idosas é decorrente do aumento da expectativa de vida desses, tal fato é refletido nos serviços de saúde pela prevalência de doenças crônicas e degenerativas, como HAS, diabetes mellitus, doenças coronarianas, depressão, doença de Alzheimer, entre outras. Idosos constituem-se em contínuos usuários de medicamentos, e conseqüentemente, estão expostos aos seus riscos.

Quanto à maior frequência de pacientes do gênero feminino encontrado nesse estudo, os dados vão ao encontro de outros estudos previamente publicados. As mulheres são o grupo mais frequente nos serviços de saúde, pois preocupam-se mais com a saúde, utilizam mais medicamentos e permitem-se serem cuidadas (SOARES, 2016).

Os motivos de internação desses pacientes eram diversos, sendo o mais prevalente doenças do aparelho circulatório e doenças metabólicas. O resumo está disposto na figura 3.

Figura 03: Motivo da internação dos pacientes elegíveis para o estudo no Hospital Municipal de Marabá.

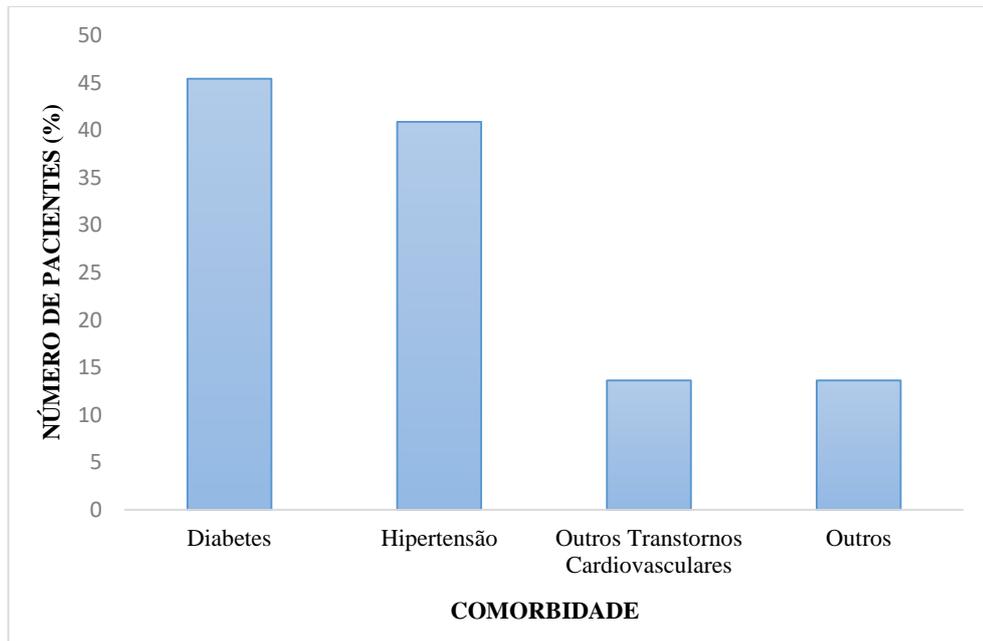
Motivo da Internação	Valores
Lombalgia, dor abdominal	1
Necrose pododactilos, Doença Arterial Obstrutiva Periférica	1
Trombose arterial	3
Hiperemia	1
Pé diabético	2
Cardiopata descompensado	1
Derrame pleural, Acidente Vascular Cerebral Isquêmico, Diabetes Mellitus descompensada	1
Acidente Vascular Encefálico, Sepsis foco pulmonar	1
Insuficiência Cardíaca Crônica descompensada	1
Infarto Agudo do Miocárdio, Hipertensão Arterial Sistêmica	1
Calazar, anemia, Infecção do Trato Urinário	1
Queimadura 1º e 2º grau	2
Endocardite infecciosa	1
Eripisela, Insuficiência Renal Aguda, Sepsis cutânea	1
Doença Renal Crônica, Infecção do Trato Urinário	1
Erisipela	2
Acidente Ofídico	1
Total	22

Fonte: Autora, 2021.

Os pacientes foram admitidos pelos motivos descritos na figura 3, alguns tiveram agravamento de uma doença de base crônica degenerativa. As doenças do aparelho circulatório foram as doenças mais prevalentes como diagnóstico de internação, situação que pode ser atribuída ao fato de que boa parte da amostra apresentava idade avançada (GAI, 2015).

Alguns participantes da pesquisa possuíam múltiplas comorbidades, encontrou-se um total de 26 comorbidades após consulta ao prontuário, dentre elas diabetes, doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão, 54,6% dos pacientes apresentavam diabetes e/ou hipertensão. A figura 4 mostra o quantitativo.

Figura 04: Comorbidades apresentadas por pacientes após consulta ao prontuário.



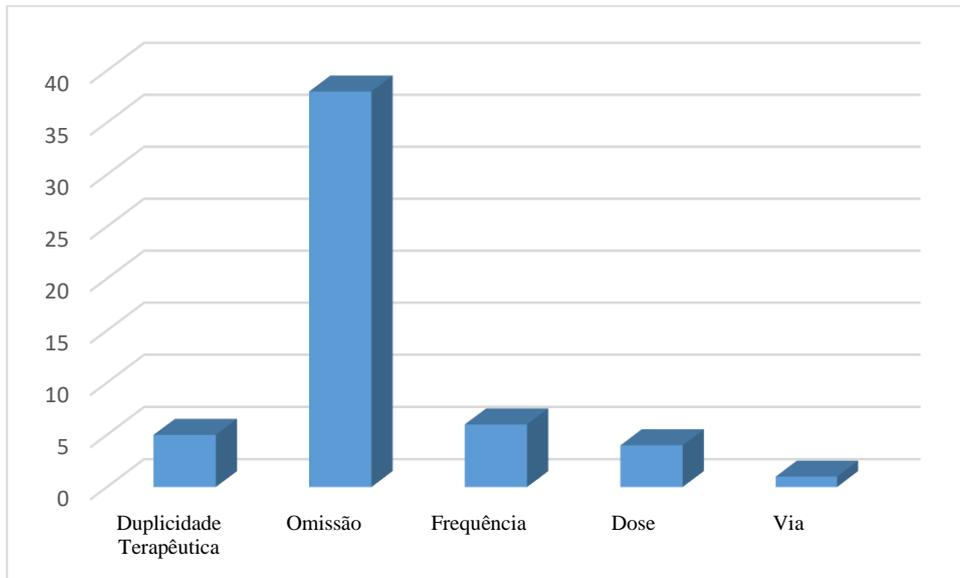
Fonte: Autora, 2021.

As comorbidades aliadas ao motivo da internação mostram que o paciente já utilizava medicamentos em casa. A comum ocorrência de doenças crônicas nos idosos acarreta maior consumo de medicamentos e, conseqüentemente, aumenta o risco de interações medicamentosas e reações adversas, demonstrando assim a importância da reconciliação medicamentosa (LIMA et al., 2016).

O estudo de Soares também evidenciou, assim como o presente estudo, uma associação entre ser idoso e apresentar maior número de inconsistências nas prescrições médicas. Essa associação pode acontecer devido ao processo fisiopatológico do envelhecimento, levando ao maior consumo de medicamentos, à cascata iatrogênica e à polifarmácia, essa pode ser definida como o uso simultâneo e crônico de múltiplos fármacos (SOARES, 2016).

Os pacientes reconciliados (n=22) apresentaram uma ou mais discrepâncias na farmacoterapia durante a admissão e 59,1% apresentavam duas ou mais divergências, sendo identificadas 54 discrepâncias nas prescrições. Os tipos mais frequentes encontrados foram omissão que constituiu 70,37% (n=38) de todas as discrepâncias. Seguidas das discrepâncias de frequência (11,16%; n=6), de duplicidade terapêutica (9,26%; n=5), de dose (7,41%; n=4) e de via (1,85% (n=1), expressas na figura 5.

Figura 05: Discrepâncias identificadas na farmacoterapia dos pacientes em estudo.



Fonte: Autora, 2021.

A falta de questionamentos dos médicos e da equipe de saúde sobre a farmacoterapia anterior dos pacientes pode ter sido uma das principais causas da omissão de medicamentos neste estudo, haja vista que a coleta do histórico de medicação nem sempre é feito na admissão e nem pelo mesmo profissional, levando a registros ineficientes no prontuário. Em um estudo realizado nas unidades de clínica médica em seis hospitais de ensino e universitários foi observado que, em quatro dessas unidades, as anotações de enfermagem em prontuários eram incompletas, o que tornava frágeis os documentos em questão, tanto para a avaliação da qualidade do processo assistencial, como nos aspectos ético e jurídico (D'INNOCENZO, ADAMI, 2004).

As omissões causadas pela obtenção incompleta ou imprecisa da história de uso da farmacoterapia podem interromper tratamentos ou levar a indicação de medicamentos inapropriados durante a hospitalização, colocando o paciente em risco (PIPPINS et al., 2008; MUELLER et al., 2012). A omissão é comumente o primeiro tipo de discrepância mais frequente em outros estudos, como nos casos de Lee et al. (2013) e Quèlennec et al. (2013) que encontraram 90,9 e 87,9% de omissão, respectivamente (GAI, 2015).

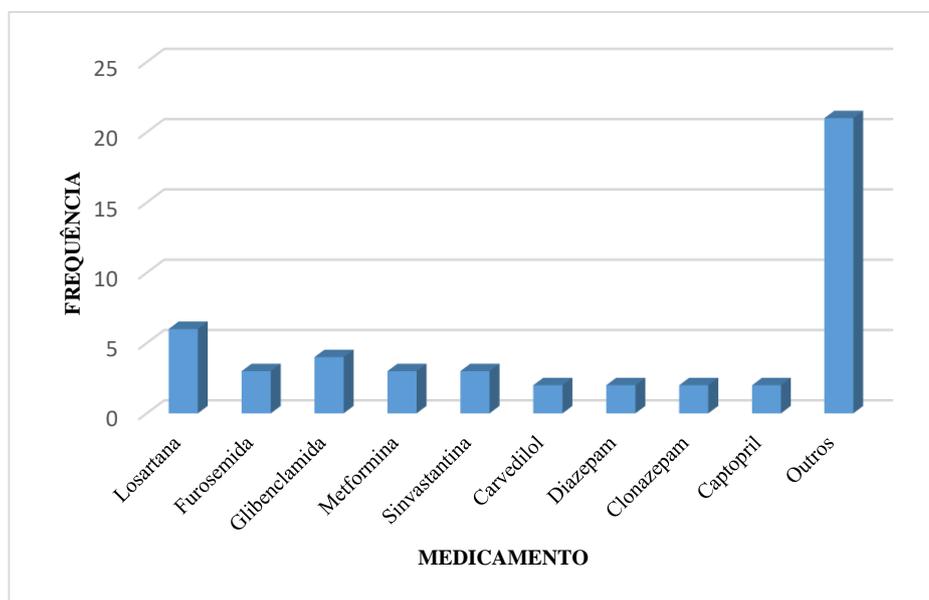
Estudos mostram que essas omissões ocorrem tanto pelo não questionamento da história da farmacoterapia durante a admissão quanto pela não transcrição no prontuário das informações obtidas durante a entrevista (BANDRÉS *et al.*, 2013).

Não foi possível identificar as ausências nas prescrições como intencionais, entretanto, raramente o paciente tinha indicação clínica para interrupção abrupta no tratamento

farmacológico das doenças de evolução crônica, especialmente sem uma justificativa documentada em prontuário. É importante citar que alguns medicamentos não podem ser retirados abruptamente, pois essa prática poderá provocar síndrome de abstinência e efeito rebote, assim, é necessário evoluir no prontuário do paciente o motivo pelo qual a medicação foi descontinuada e/ou substituída. Essa informação nem sempre estava disponível no prontuário médico o que acarretou no registro de inconsistência medicamentosa, desfecho deste estudo (SOARES, 2016).

A HAS, a hipercolesterolemia e DM são os principais fatores para o desencadeamento de doenças cardiovasculares e à polifarmácia, levando a um alto número de medicamentos para tratamento dessas doenças e à maior taxa de internações hospitalares. Corroborando com as doenças mais prevalentes encontradas, o medicamento mais envolvido em discrepâncias foi a losartana (12,24%) seguido da glibenclamida (8,16%). A figura 06 demonstra a frequência dos medicamentos mais envolvidos nessas divergências.

Figura 06: Medicamentos mais envolvidos nas discrepâncias intencionais e não intencionais na reconciliação medicamentosa de pacientes internados no HMM.



Fonte: Autora, 2021.

Quanto aos fármacos envolvidos nas discrepâncias, os medicamentos que atuam no aparelho cardiovascular constituíram a classe de fármacos mais frequentemente envolvidas, o que também foi mostrado no estudo de Unroe e seus colaboradores (2010) no qual os medicamentos cardiovasculares foram os mais encontrados, representando 31% de todas as discrepâncias na admissão. Entre os fármacos que têm ação no aparelho cardiovascular situam-

se os anti-hipertensivos, que em nosso estudo representaram 22,45% dos medicamentos do domicílio, seguidos dos medicamentos do aparelho digestivo e metabolismo, 16,33% que também incluem os hipoglicemiantes orais e insulinas, esses constam uns dos fármacos considerados de alto risco pelo ISMP (Institute for Safe Medication Practices) e NTI (North Carolina Narrow Therapeutic Index). A negligência desses medicamentos nas prescrições apresentam um risco iminente ao paciente, esses quando omitidos podem levar a estados de hiperglicemia e hipertensão arterial sistêmica respectivamente (SOARES, 2016).

Relativamente aos hipoglicemiantes orais, a sua omissão ou diminuição de atividade pode levar a estados de hiperglicemia que envolve riscos para o paciente, contribuindo não só para o aumento do risco de doença microvascular, como também para uma má cicatrização, para o compromisso das células leucocitárias e para os sintomas clássicos da diabetes mellitus (DIPIRO et al, 2008).

5.1 UM BREVE RELATO DE CASO DA PACIENTE “A.C”

Pontualmente, durante a entrevista foi possível observar uma paciente que já era assistida no município com vários medicamentos, alguns até de controle especial, como pregabalina, oxcarbamazepina e clonazepam, não vinha fazendo uso desses desde a admissão no hospital, a mesma encontrava-se já descompensada em surto psicótico.

Ao realizar a entrevista com sua acompanhante, esta mostrou os medicamentos que estava administrando na paciente sem conhecimento da enfermagem, a exemplo do carvedilol, os medicamentos estavam armazenados de forma incorreta, haviam sido retirados do blister e estavam sem nenhuma identificação num saco plástico. Os medicamentos que a paciente fazia uso, mencionados acima, foram também descritos pela acompanhante no momento da entrevista.

A RM é um processo de suma importância para diminuir a frequência de erros relacionados ao medicamento nas transições do cuidado, porém existem muitas dificuldades para a implantação desta rotina. No decorrer da pesquisa encontrou-se inúmeras barreiras para implantação da mesma no hospital municipal de Marabá, como, ausência de médico, falta de realização de um trabalho interprofissional, deficiência de comunicação entre os profissionais por falta de um registro bem feito no prontuário, registros divergentes, ineficientes, relacionados a datas e evolução clínica do paciente.

No processo de coleta de dados com o paciente a barreira encontrada foi a falta de conhecimento deste sobre a sua terapia medicamentosa, acarretando maior esforço para obtenção de dados corretos e fidedignos. Outro ponto observado na coleta de informações, foi

a presença de acompanhantes que não conviviam antes com o paciente, não tendo assim conhecimento acerca do que este utilizava.

A insuficiência de recursos humanos e falta de tecnologias de informação também podem ser consideradas barreiras à RM, encontradas no hospital em estudo, pois o farmacêutico possui pouco tempo disponível para revisar a história clínica e realizar entrevista com o paciente, podendo ser necessária ampliação do quadro de farmacêuticos

Estudos mostram que todos os hospitais que implementaram a metodologia da reconciliação terapêutica, ou mesmo os que ainda se encontram em estudos pilotos, deparam-se com barreiras, como: a falta de disponibilidade de equipe multidisciplinar, bem como a falta de um sistema informativo que possibilite registrar todas as intervenções realizadas, além de integrá-las de forma eficiente (AFONSO, 2015).

6 CONCLUSÃO

Os resultados demonstram a necessidade e a importância do farmacêutico na farmácia clínica e na reconciliação medicamentosa, haja vista que em meio a tantas atribuições e ações do médico essa possa não ter atenção devida. O farmacêutico pode ser inserido na equipe, fazendo a anamnese farmacêutica de forma eficiente e garantindo eficácia e segurança na farmacoterapia do paciente, participando assim ativamente na decisão terapêutica e na minimização de erros associados ao medicamento.

De forma geral, o processo de RM permite, aos diferentes prestadores de cuidados de saúde, uma excelente oportunidade para assegurar uma melhor segurança no tratamento do paciente, uma vez que permite garantir que esse receba o medicamento certo, à hora certa, na via de administração certa, nos diferentes interfaces de cuidados, sem falhas entre estes interfaces.

Em suma pode-se inferir que a RM é uma estratégia que vem sendo estudada e representa uma prática consolidada internacionalmente para a minimização de eventos adversos relacionados à terapia medicamentosa, além de consequente redução dos custos, aliado aos respectivos ganhos em saúde. A participação ativa do farmacêutico em conjunto com a equipe multiprofissional possibilita uma maior troca de conhecimentos da farmacoterapia entre profissionais e, sobretudo para pacientes e seus cuidadores/familiares. Esse estudo pode ter continuidade, tendo o envolvimento do médico através das intervenções acerca das possíveis discrepâncias encontradas, fechando assim o ciclo da reconciliação medicamentosa.

REFERÊNCIA

AFONSO, R. **Reconciliação de terapêutica**. Rev Clin Hosp Prof Dr Fernando Fonseca, v. 3, n. 1, p. 35-36, 2015. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1506/1/14%20Reconcilia%C3%A7%C3%A3o%20de%20Terap%C3%AAutica.pdf>. Acessado em 22 de Maio de 2021.

ALVIM, B. A. **Importância da implantação e desenvolvimento da reconciliação medicamentosa em hospitais**. 2015. 40 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Farmácia) - Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas, 2015. Disponível em: [file:///C:/Users/Cliente/Downloads/document56e7026bcbf4f%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/Cliente/Downloads/document56e7026bcbf4f%20(3).pdf). Acessado em 06 de Maio de 2021.

ANACLETO T. A., ROSA, M. B., NEIVA, H. M., MARTINS, M. A. P. **Erros de medicação**. Pharmacia Brasileira 74:1–24, 201. Disponível em: <https://proqualis.net/artigo/erros-de-medica%C3%A7%C3%A3o-farm%C3%A1cia-hospitalar>. Acessado em 17 de Maio de 2021.

ARAGÃO, J. **Introdução aos estudos quantitativos utilizados em pesquisas científicas**. Revista Práxis, Volta Redonda, v. 06, p. 59-62, ago. 2011. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/Introducaoaosstudiosquantitativosutilizadosempesquisascientificas.pdf>. Acessado em 15 de Maio de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.823/2010. **Diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html. Acessado em 10 de Maio de 2021.

BRASIL. Casa Cível. Lei nº 13.021/2014. **Dispõe sobre o exercício e a fiscalização das atividades farmacêuticas**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/113021.htm. Acessado em 01 de Junho de 2021.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº529, de 1º de Abril de 2013. **Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP)**. Brasília-DF, 2013. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acessado em 02 de Maio de 2021.

BRASIL. Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo. **Farmácia Hospitalar**. Departamento de Apoio Técnico e Educação Permanente. Comissão Assessora de Farmácia Hospitalar, 2019. 4ª edição. Disponível em: <http://www.crfsp.org.br/images/cartilhas/hospitalar.pdf>. Acessado em 28 de Maio de 2021.

CADTH. Canadian agency for drugs and technologies in health. **Medication reconciliation at discharge: A Review of the Clinical Evidence and Guidelines.** Disponível em: <https://www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/april-2012/RC0339%20-%20Medication%20Reconciliation%20Final.pdf>. Acessado em 12 de Maio de 2021.

CIPRICIANO, S. L. **Desenvolvimento de um modelo de construção e aplicação de um conjunto de indicadores de desempenho na farmácia hospitalar com foco na comparabilidade.** 2009. 331 f. Tese (Doutorado) - Curso de Farmácia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-06042011-161028/publico/SoniaCipriano.pdf>. Acessado em 15 de Maio de 2021.

CORNISH P., KNWLES S., MARCHESANO R., TAM V., SHADOWITZ, S., JUURLINK, D., ETCHELLS, E. **Unintended medication reconciliation for patients and practioners.** Arch Intern Med 2005 Feb28; 165(4):424-9. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/486421>. Acessado em 25 de Abril de 2021.

COSTA, M. F. L., BARRETO, S.M. **Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento.** Epidemiol. Serv. Saúde v.12 n.4 Brasília dez. 2003. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742003000400003. Acessado em 16 de Maio de 2021.

D'INNOCENZO M, ADAMI NP. **Análise da qualidade dos registros de enfermagem nos prontuários de pacientes de hospitais de ensino e universitários.** Acta Paul Enferm. 2004;17(4):383-91. Disponível em: <https://acta-ape.org/article/analise-da-qualidade-dos-registros-de-enfermagem-nos-prontuarios-de-pacientes-de-hospitais-de-ensino-e-universitarios/>. Acessado em 31 de Outubro de 2021.

DOMINGOS, S. C. F. **Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva.** 2013. 100f. Dissertação (Mestrado em farmácia hospitalar) - Universidade de Lisboa, Lisboa, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11526/1/>. Acessado em 06 de Abril de 2021.

ESPERÓN, J.M.T. **Pesquisa quantitativa na ciência da enfermagem.** Esc. Anna Nery 21 (1). 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/6c6QJ6BLDW3YRjFzfXwMMkC/?format=pdf&lang=pt>. Acessado em 10 de Abril de 2021.

FONTOURA, A. **Importância do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa em hospital clínico.** 2019. 80f. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade de São Paulo, 2019. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/60/60137/tde-04062019-113751/pt-br.php>. Acessado em 25 de Abril de 2021.

FRIZON, F., SANTOS, A. H., CALDEIRA, L., MENOLLI, P. V. S. **Reconciliação de medicamentos em hospital universitário.** Rev enferm UERJ. 2014; 22(11):454- 60. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/13775>. Acessado em 25 de Maio de 2021.

GAI, M. **Reconciliação Medicamentosa de Pacientes em Uso de Varfarina em Hospital Universitário.** 2015. 53f. Dissertação (Mestrado em Assistência Farmacêutica) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Farmácia. Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/201555/001100612.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acessado em: 08 de Maio de 2021.

GARCIA, D. C. **Segurança do paciente: análise de eventos adversos relacionados às quedas de pacientes hospitalizados.** 2018. 52f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade Estadual Paulista, Botucatu. 2018. Disponível em: https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/153811/garcia_dc_me_bot_par.pdf?sequence=3&isAllowed=y. Acessado em 20 de Abril de 2021.

GREENWALD, J. L., HALASYAMANI L., GREENE J., LACIVITA, C., STUCKY, E., BENJAMIN, B., REID, W., GRIFFIN, F. A., VAIDA, A. J., WILLIAMS, M. V. **Making inpatient medication reconciliation patient centered, clinically relevant and implementable: A consensus statement on key principles and necessary first steps.** Journal of Hospital Medicine. 2010 Oct; 5(8):477-485. Disponível em: <https://www.journalofhospitalmedicine.com/jhospmed/article/127213/medication-reconciliation-consensus-statement-stakeholders>. Acessado em 28 de Abril de 2021.

IPEA – INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Programas de assistência farmacêutica do Governo Federal: estrutura atual, evolução dos gastos com medicamentos e primeiras evidências de sua eficiência, 2005-2008.** Brasília, 2011. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=10442:td-1658-programas-de-assistencia-farmaceutica-do-governo-federal-estrutura-atual-evolucao-dos-gastos-com-medicamentos-e-primeiras-evidencias-de-sua-eficiencia-2005-2008&catid=270:2011&directory=1. Acessado em 29 de Maio de 2021.

KELMER, T. F. **Medicamentos dispensados pelo SUS em Juiz de Fora, Minas Gerais.** 2018. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Farmácia e Bioquímica, 2018. Disponível em: <https://www2.ufjf.br/farmacia/files/2015/04/TCC-Tamiris-Fazza-Kelmer.pdf>. Acessado em 07 de Abril de 2021.

KNEZ, L., SUSKOVIC, S., REZONJA, R., LAAKSONEN, R. and MRHAR, A. 2011. **“The need for medication reconciliation: a cross-sectional observational study in adult patients.”** Respiratory medicine 105 Suppl: S60–66. Disponível em

[https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111\(11\)70013-0/pdf](https://www.resmedjournal.com/article/S0954-6111(11)70013-0/pdf). Acessado em 05 de Abril de 2021.

LEE, Y. Y., KUO, L., CHIANG, Y., HOU, J., WU, T., HSU, M., CHEN, H. **Pharmacist-conducted medication reconciliation at hospital admission using information technology in Taiwan**. *Int. J. Med. Inform.* 2013. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1386505613000178?via%3Dihub>. Acesso em 10 de Abril de 2021.

LINDENMEYER, L. P., GOULART, V. P., HEGELE, V. **Reconciliação medicamentosa como estratégia para a segurança do paciente oncológico - resultados de um estudo piloto**. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*. 2013; 4(4):51-55. Disponível em: <http://www.v1.sbrafh.org.br/public/artigos/2013040408000469BR.pdf>. Acessado em 02 de Maio de 2021.

MANZORRO, G. A., ZONI, A. C., RIEIRO, C. R., GARCIA, E., LOPES, A., SANZ, P. C., GUTIÉRREZ, B. P., MUNÓZ, B. **A. Developing a programme for medication reconciliation at the time of admission into hospital**. *Int J Clin Pharm*. 2011; 33(4):603-09. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-011-9530-1>. Acessado em 14 de Maio de 2021.

MARQUES, L. F. G., FURTADO, I. C., DI MONACO, L. C. R. **Alta hospitalar: um enfoque farmacêutico**. 2010. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Farmacêutica.). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/2010/mencoes/trabalho_completo_liete_fatima_gouveia_marques.pdf. Acessado em 29 de Abril de 2021.

MARQUES, L. F. G., ROMANO-LIEBER, N. S. **Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar**. *Physis [online]*. v. 24, n. 2, p. 401-420, 2014a. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/ykQXGPZ8qWrdNHs7RPnHRTB/?lang=pt>. Acessado em 17 de Abril de 2021.

MARQUES, L. F. G. e LIEBER, N. S. R. **Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: um estudo exploratório**. *Saúde Soc. São Paulo*, v.23, n.4, p. 1431-144. 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/66ZkZbmVLB47Vch6YQgvb9t/abstract/?lang=pt>. Acessado em 13 de Abril de 2021.

MARTÍ, M. C., MAÑÓN, E. R. G., MORA, A. A., TORRES, N. V. J. **Potential Risk of Medication Discrepancies and Reconciliation Errors at Admission and Discharge from an Inpatient Medical Service**. *Ann Pharmacother*. 2010; 44(11): 1747-1754. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1P184?url_ver=Z39.88-

2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acessado em 26 de Maio de 2021.

MEGUERDITCHIAN, A. N., KROTNEVA, S., REIDEL, K., HUANG, A. and TAMBLYN, R. **Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study.** BMC Health Services Research, v. 13, p. 485, 2013. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-13-485>. Acessado em 11 de Maio de 2021.

MEYER, C., STERN, M., WOOLLEY, W., JEANMONOD, R., and JEANMONOD, D. **How reliable are patient-completed medication reconciliation forms compared with pharmacy lists?** The American journal of emergency medicine 30(7): 1048–54. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675711003147?via%3Dihub>. Acessado em 22 de Maio de 2021.

PAPARELLA S. **Medication Reconciliation: Doing What’s Right for Safe Patient Care.** Journal of Emergency Nursing. 2006 Dec;32(6):516-20. Acessado em: [https://www.jenonline.org/article/S0099-1767\(06\)00484-3/fulltext](https://www.jenonline.org/article/S0099-1767(06)00484-3/fulltext). Disponível em: 06 de Maio de 2021.

PEREIRA, R. M., FELIX, B. S., MONTEIRO, N. J., FERNANDES, R.M. **Análise da gestão de estoque em uma farmácia hospitalar em Marabá-PA: um estudo de caso.** Revista Eletrônica Sistemas & Gestão Volume 14, Número 4, 2019, pp. 413-423. Disponível em: <https://www.revistasg.uff.br/sg/article/view/1573>. Acessado em 15 de Maio de 2021.

RENTERO L., INIESTA C., URBIETA, M. M., PÉREZ M. D. **Causas y factores a los errores de conciliación en servicios médicos y quirúrgicos.** Farm Hosp. 2024; 38 (5): 398-404. Disponível em: <http://www.aulamedica.es/gdcr/index.php/fh/article/view/1136>. Acessado em 01 de Maio de 2021.

SCHUCH, A. Z., ZUCKERMANN, J., SANTOS, M. E. F., MARTINBIANCHO, J. K., MAHMUD, S. D. P. **Reconciliação de medicamentos na admissão em uma unidade de oncologia pediátrica.** Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. 2013; 4(2): 33-39. Disponível em: <http://www.v1.sbrafh.org.br/public/artigos/2013040206000443BR.pdf>. Acessado em 29 de Abril de 2021.

SILVA, P. S. L. and BISCAIA, A. 2004. **“Polimedicação: um estudo de prevalência nos Centros de Saúde do Lumiar e de Queluz.”** Rev Port Clin Geral 20: 323–336. Disponível em: <file:///C:/Users/Cliente/Downloads/10041-9958-1-PB.pdf>. Acessado em 05 de Abril de 2021.

SOARES, A. S. **Inconsistências medicamentosas em hospital no sul do brasil: a importância da reconciliação medicamentosa na segurança do paciente.** Universidade do Sul de Santa Catarina. 2016. Disponível em: <https://www.riuni.unisul.br/handle/12345/2036>. Acessado em 09 de Maio de 2021.

SOUSA, L. J. **Implantação da comissão local de saúde do trabalhador no hospital municipal de Marabá.** Marabá, 2012. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registro/Implantacao_da_comissao_local_de_saude_do_trabalhador_no_Hospital_Municipal_de_Maraba/277. Acessado em 20 de Abril de 2021.

STEURBAUT, S., LEEMANS, L., LEYSEN, T., BAERE, E., CORNU, P., METS, T., DUPONT, A. G. **Medication History Reconciliation by Clinical Pharmacists in Elderly Inpatients Admitted from Home or a Nursing Home.** Ann pharmacother. 2010; 44 (10): 1596-1603. Disponível em: https://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1P192?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed. Acessado em 11 de Maio de 2021.

TORRES, R. M., CASTRO, C.G.S.O., PEPE, V.L. E. **Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura.** Ciência e Saúde Coletiva, 12 (4): 973-984, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n4/973-984/pt>. Acessado em 15 de Maio de 2021.

VIRA, C., COLQUHOUN, M., and ETCHELLS, E. **Reconcilable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge.** Quality & safety in health care 15(2): 122–6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2464829/?tool=pmcentrez>. Acessado em 03 de Maio de 2021.

WHO, World Health Organization. **Medication Without Harm- Global patient Safety Challenge on Medication Safety.** Geneva: World Health Organization, 2017. Disponível em: http://www.gims-foundation.org/wp-content/uploads/2017/05/WHO-Brochure-GPSC_Medication-Without-Harm-2017.pdf. Acessado em 16 de Abril de 2021.

APÊNDICE II

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **IMPACTO DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA ATRAVÉS DA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES INTERNADOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE MARABÁ-PA** e nós gostaríamos que participasse.

Caso haja alguma palavra ou frase que o(a) senhor(a) não consiga entender, converse com o pesquisador responsável pelo estudo ou com um membro da equipe desta pesquisa para esclarecê-los.

A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar a reconciliação medicamentosa é que ela quando realizada pelo farmacêutico, busca reduzir discrepâncias na prescrição fazendo a interface entre o médico e o paciente, no sentido de obter uma lista acurada dos medicamentos em uso pelo mesmo. A pesquisa se justifica à medida que se busca estudar estratégias para mitigar erros de medicação, que são responsáveis por cerca de 30% dos danos aos pacientes durante a hospitalização. O objetivo desse projeto é analisar o impacto da intervenção farmacêutica através da reconciliação medicamentosa de pacientes internados no Hospital Municipal de Marabá-PA, garantindo assim o uso correto e seguro da terapia medicamentosa. O procedimento de coleta de dados será por meio de entrevista com o paciente/cuidador utilizando um formulário padrão próprio e por meio de consulta ao prontuário do paciente. A coleta de dados só será realizada mediante consentimento do convidado da pesquisa.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Caso o participante sinta cansaço, desconforto ou constrangimento será sugerida uma pausa e utilizada técnica de relaxamento para redução do incômodo. Também será proposto um novo encontro de continuação e o participante poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo. No decorrer da pesquisa há risco de constrangimento, pois o paciente pode não sentir-se à vontade com os questionamentos, entretanto, serão utilizadas técnicas de abordagem de apresentação, o participante terá total assistência pelo pesquisador e a pesquisa só será continuada caso o participante sinta-se confortável. A pesquisadora acadêmica será supervisionada pela pesquisadora responsável, de modo a assegurar que seja mantido o sigilo de todas as informações prestadas na entrevista. Só serão exposto no trabalho o resultado final de cada etapa, ou seja, o resultado da construção coletiva, desta forma não será possível identificar os participantes assegurando o sigilo dos mesmos. Ainda com o objetivo de assegurar sigilo os nome dos participantes da pesquisa não serão expostos no trabalho e os dados tabulados serão mantidos em disco rígido local protegidos por senha, por 5 anos. Durante a pesquisa há possibilidade de perda de prontuário, mas para o risco ser manejado o prontuário não será retirado do local, todos os registros necessários serão feitos em local próprio. É notório o risco da identificação do prescritor, para que isso não ocorra será mantido total sigilo em relação a este e a todas as informações contidas no prontuário do paciente, registrando apenas informações relativas a terapia medicamentosa desse.

Estratégias, como reavaliação do processo de trabalho será realizada com o objetivo de identificar falha, para posteriormente corrigi-la. Caso comprovado exposição em qualquer momento da pesquisa, não haverá publicação do trabalho ou continuidade do mesmo, sem que ocorra exclusão do dado.

Rubrica do Pesquisador
Responsável

Rubrica do(a) participante

Rubrica do(a) Pesquisador
Acadêmico

Por meio dessa pesquisa, será possível obter o melhor perfil farmacoterapêutico do paciente, pois esta proporciona um trabalho interdisciplinar, integrando os diversos saberes, sendo possível o paciente ser visto como um todo, este tornar-se-á mais participativo no cuidado, tendo a cultura interna de assistência centrada nele.

Com a metodologia proposta espera-se benefícios diretos aos participantes da pesquisa, pois no momento da coleta de dados ao identificar qualquer discrepância, essa será apresentada ao Farmacêutico responsável para que ele possa fazer os ajustes necessários junto ao médico. Dessa forma o participante terá uma maior segurança, melhores desfechos clínicos, uso seguro e racional dos medicamentos. Além disso poderá aumentar o número de sistemas capazes de barrar erros e dar mais autonomia no processo de assistência.

Os resultados obtidos serão disponibilizados ao hospital para que possam avaliar possíveis melhorias.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA

Em caso de constrangimento, o participante terá total assistência pelo pesquisador acadêmico e pesquisador responsável até que seja possível promover vínculo entre o participante e o serviço de psicologia, caso seja declarada a necessidade de suporte psicológico profissional prolongado.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não serão liberados. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma via deste consentimento informado será arquivada e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS

DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Em caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos propostos neste estudo, você terá direito a tratamento, bem como às indenizações legalmente estabelecidas.

QUEM DEVO ENTRAR EM CONTATO EM CASO DE DÚVIDA

Caso o(a) sr(a) tenha qualquer dúvida sobre esta pesquisa, pode entrar em contato com a pesquisadora acadêmica Camila Valentina Ribeiro Portilho e com a pesquisadora responsável Marcia Germana Alves de Araújo Lobo ou com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/CEULP/ULBRA, [Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas/TO, Complexo Laboratorial, telefone (63) 3219-8076 de segunda a sexta no horário comercial (exceto feriados)], órgão responsável pelo esclarecimento de dúvidas relativas aos procedimentos éticos da pesquisa e pelo acolhimento de eventuais denúncias quanto à condução do estudo., ou Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Luterano de Palmas – CEPCEULP, situado no endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul Palmas - TO CEP 77.019-900, telefone (63) 3219-8076 - E-mail: etica@ceulp.edu.br.

**Rubrica do Pesquisador
Responsável**

Rubrica do(a) participante

**Rubrica do(a) Pesquisador
Acadêmico**

O QUE É O COMITE DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)?

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – CEULP/ULBRA é um colegiado interdisciplinar e independente que recebe e avalia projetos de pesquisa envolvendo seres humanos. Possui membros das áreas da saúde, ciências exatas, sociais e humanas, que avaliam projetos de suas respectivas áreas de conhecimento de acordo com as diretrizes e normas estabelecidas pelo Conselho Nacional de Saúde. Foi criado para defender os interesses dos participantes em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos e científicos. (Resolução nº466/12 Conselho Nacional de Saúde, VII.2). O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do CEULP ULBRA (CEP) é vinculado a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, órgão do Conselho Nacional de Saúde – CNS e do Ministério da Saúde – MS.

Esse termo de consentimento foi elaborado em duas vias. Após a sua confirmação em participar, uma via permanecerá retida com o pesquisador responsável e a outra com o(a) sr(a).

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora responsável **Marcia Germana Alves de Araújo Lobo** e a acadêmica-pesquisadora **Camila Valentina Ribeiro Portilho** certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Palmas/TO ____/____/____

Assinatura do Participante

Contato do Pesquisador Responsável

Prof. Me. Marcia Germana A. de Araújo Lobo
Tel.: (63) 99294-3636
Endereço: Avenida Teotônio Segurado 1501 Sul. Palmas/TO
E-mail: mglobo@yahoo.com.br

Pesquisador Acadêmico

Nome: Camila Valentina R. Portilho
Tel.: (94) 99194-5197
Endereço: Quadra 208 Sul, Alameda 15. Lote 4 C. Palmas-TO.
E-mail: cportilhoo@gmail.com

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Pesquisador Acadêmico