



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM BELÉM
DO PARÁ**

Weilla Patrícia Cordeiro Silva

BELÉM-PARÁ
2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM BELÉM
DO PARÁ**

Mestranda: Weilla Patrícia Cordeiro Silva
Orientador: Dr. José Eduardo Gomes Arruda
Coorientadora: Me. Aline Farias Ribeiro

Dissertação de Mestrado apresentado ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará para obtenção do Título de mestre em Assistência Farmacêutica.

BELÉM-PA
2023

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) de acordo com ISBD
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Pará
Gerada automaticamente pelo módulo Ficat, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

C794i Cordeiro Silva, Weilla Patrícia.
IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM
BELÉM DO PARÁ / Weilla Patrícia Cordeiro Silva. — 2023.
53 f. : il. color.

Orientador(a): Prof. Dr. José Eduardo Gomes Arruda
Coorientador(a): Profª. MSc. Aline Farias Ribeiro
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará,
Instituto de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em
Assistência Farmacêutica , Belém, 2023.

1. Reconciliação de medicamentos. 2. Serviço de farmácia
hospitalar. 3. Segurança do paciente. I. Título.

CDD 615.4

Weilla Patrícia Cordeiro Silva

**IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA
EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO EM BELÉM DO PARÁ**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará como requisito para obtenção do Título de Mestre em Assistência Farmacêutica.

Aprovado em: / /

Banca Examinadora

Prof. Dr. José Eduardo Gomes Arruda
Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica

Prof. Me. Aline Ribeiro
Hospital Universitário João de Barros Barreto
Empresa Brasileira de serviços hospitalares - EBSEH

Prof. Dr. Alan Barroso Araújo Grisólia
Programa de Pós-graduação em Assistência Farmacêutica

Prof. Dr. Alexandre Mansuê Ferreira Carneiro
Centro Universitário do Estado do Pará – CESUPA
Secretária estadual de Saúde Pública do Pará - SESPA

BELÉM-PA
2023

RESUMO

Introdução: A reconciliação de medicamentos (RM) é um serviço em que há a comparação de medicamentos utilizados previamente a internação com os prescritos no momento da admissão hospitalar ou em qualquer transição do cuidado em saúde. A RM aumenta a segurança por promover redução considerável de potenciais erros de medicação e diminuir as divergências encontradas entre as prescrições. **Objetivo:** Estruturar e avaliar o serviço de RM em um hospital universitário (HU) no Pará para garantir segurança farmacoterapêutica na admissão de pacientes. **Métodos:** Pesquisa-ação na clínica de infectologia (UDIP) utilizando o modelo proposto por Moulin et al., (2016) seguindo as etapas de implantação de serviço: Exploração (analisou a viabilidade de execução do projeto realizando diagnóstico situacional (DS) para escolha da clínica piloto), preparação (fundamentação teórica para construção de fluxo de trabalho, instrumento de coleta e procedimento operacional padrão (POP) e treinamento da equipe), implementação inicial (execução do serviço) e implementação total (expansão do serviço no hospital). Neste estudo foram reconciliados 50 pacientes. **Resultados:** O serviço não era executado por farmacêuticos no HU e a UDIP havia melhor estrutura para iniciar o serviço no momento da pesquisa. O fluxo de trabalho desenvolvido mostrou-se eficiente, podendo auxiliar na projeção do serviço no hospital. A classe de medicamentos mais prescrito foi de Anti-infecciosos de uso Sistêmico com 44,74% e 52,94% das interações medicamentosas foram de maior severidade. Foram detectadas 24 discrepâncias entre as prescrições, com média de 0,7% por paciente. Destas, a suspensão de medicamentos foi mais prevalente (41%). As intervenções foram especialmente em educação em saúde aos pacientes que demonstraram inseguranças quanto a terapia. **Conclusão:** A RM garantiu maior segurança farmacoterapêutica, porém o setor farmácia deve propiciar melhores condições para garantir a expansão do serviço para as demais clínicas.

Palavras chaves: Reconciliação de medicamentos; Serviço de farmácia hospitalar; Segurança do paciente.

ABSTRACT

Introduction: Medication Reconciliation (MR) is a service that compares previously used medications and medications prescribed at the time of hospital admission or at any transition of care. MRI increases safety by promoting a considerable reduction in potential medication errors and reducing the discrepancies found between drugs already used and hospital prescriptions. **Objective:** Structuring and evaluating the medication reconciliation (MR) service at a university hospital (HU) in Pará state to ensure pharmacotherapeutic safety in patient admission. **Methods:** Action research in the infectious disease clinic (UDIP) using the model proposed by Moulin et al., (2016): Exploration (analyzed the feasibility of carrying out the project by performing a situational diagnosis (SD) to choose the pilot clinic), preparation (theoretical foundation for the construction of workflow, collection instrument and standard operating procedure and team-training), initial implementation (execution of the service) and total implementation (expansion of the service in the hospital). 50 patients were reconciled. **Results:** The service was not performed by pharmacists at the HU and the infectology clinic had a better structure to start the service. The workflow proved to be efficient and could help design the service at the HU. A total of 24 discrepancies were detected, with an average of 0.7% per patient. Of these, discontinuation of medication was the most prevalent (41%). Interventions were especially in health education for patients who showed insecurities about therapy. **Conclusion:** The MR guaranteed greater pharmacotherapeutic safety, but the hospital pharmacy must provide better working conditions to ensure the expansion of this service to the entire HU.

Keywords: Medication reconciliation; Pharmacy service hospital; Patient safety.

LISTA DE QUADROS

	Páginas
Quadro 1 Classificação de discrepâncias quanto ao tipo de problema farmacoterapêutico gerado.	17
Quadro 2 Etapas da RM segundo o manual do Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2007 e a National Patient Safety Goal (NPSG)	18

LISTA DE FIGURAS

		Páginas
Figura 1	Fluxograma de etapas de implantação do serviço de Reconciliação Medicamentosa	22
Figura 2	Fluxograma do serviço de RM em um hospital Universitário em Belém do Pará	26

LISTA DE TABELAS

		Páginas
Tabela 1	Perfil Sociodemográfico da clínica de infectologia de um Hospital Universitário em Belém-PA.	28
Tabela 2	Hipóteses diagnósticas mais prevalentes em clínica de infectologia de um Hospital Universitário em Belém-PA, classificadas de acordo com CID-10 e em ordem decrescente conforme número de ocorrência	29
Tabela 3	Grupo farmacológico dos medicamentos de uso crônico utilizados por pacientes internados em um hospital público de Belém-PA conforme ATC/DDD Index	30
Tabela 4	Severidade das interações medicamentosas avaliadas em um Hospital Universitário em Belém-PA, de acordo com Up to Date	33
Tabela 5	Interações medicamentosas mais prevalentes em uma clínica de infectologia em um Hospital Universitário em Belém-PA.	36

LISTA DE ABREVIATURAS

AGHU	Aplicativo para gestão de Hospitais Universitários
ATC	Anatômica Terapêutica Química
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
CTI	Centro de Terapia Intensiva
EA	Evento adverso
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FC	Farmácia Clínica
HD	Hipótese Diagnóstica
HIV	Vírus Da Imunodeficiência Humana
HU	Hospital Universitário
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IF	Intervenção Farmacêutica
IM	Interação medicamentosa
ISMP	Instituto de práticas seguras no uso de medicamentos
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PRM	Problema Relacionado a Medicamentos
RM	Reconciliação Medicamentosa
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDIP	Unidade de Doenças Infecto Parasitárias

SUMÁRIO

	Páginas
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	14
2.1 OBJETIVO GERAL	14
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3 REFERÊNCIAL TEÓRICO	15
3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	15
3.2 ERROS DE MEDICAÇÃO	16
3.3 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	17
3.4 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR	19
3.5 ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO NA RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	20
4 METODOLOGIA	21
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	21
4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO	21
4.3 ETAPAS DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO	21
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA PESQUISA	24
4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS	24
4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1 ANÁLISE SITUACIONAL DA FARMÁCIA CLÍNICA	25
5.2 ELABORAÇÃO DO FLUXO DE SERVIÇO, INSTRUMENTO DE COLETA RM E PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)	26
5.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES ADMITIDOS NA CLÍNICA PILOTO	28
5.4 EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	31
5.5 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS MAIS PREVALENTES NAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS	33
5.6 EXPANSÃO DO SERVIÇO NO HOSPITAL	34
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
REFERÊNCIAS	38
APÊNDICE	41
APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL	42
APÊNDICE B: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA (POP)	44
APÊNDICE C: FORMULÁRIO DE COLETA	50
ANEXO: PARECER CONSUBSTÂNCIADO DO CEP	53

1. INTRODUÇÃO

Aproximadamente 60% dos erros de medicação ocorrem durante a transição de nível de assistência à saúde, mais especificamente em prescrições de medicamentos feitas no ato de internação ou alta hospitalar. Estima-se que 27% desses erros ocorrem devido à falta de informações no momento da admissão do paciente. De acordo com o relatório do Instituto De Medicina Preventiva de Erros de Medicação, em média, o paciente hospitalizado está propício a ter no mínimo um erro de medicação por dia (Silva *et al.*, 2021).

Os problemas relacionados a medicamentos (PRM) são um dos principais fatores de morbidade nos pacientes acolhidos nos hospitais, podendo ser cometido por todos os membros da equipe e em qualquer etapa do processo de internação, especialmente na admissão, momento crucial para coleta de informações sobre terapia pregressa e hábitos de vida do paciente (Magalhães, 2017; Santos *et al.*, 2019). Essa falha pode resultar em inadequação da terapia medicamentosa e comprometimento terapêutico durante período de internação. Por isso, a prática da reconciliação medicamentosa (RM) é uma ferramenta chave para prevenção de eventos adversos e melhora no prognóstico do paciente (Silvestre; Júnior, 2018; Tavares, 2019).

A RM é entendida como uma ferramenta estratégica e prática no qual se obtém uma lista de medicamentos completa de uso crônico domiciliar do paciente (nome, a dose, a frequência de uso, via de administração, dados sobre anamnese, entre outras) para compará-la aos medicamentos prescritos no ato da internação e/ou transferências internas, como objetivo de minimizar erros, chamados também de “discrepâncias”, entre as prescrições como: omissões de informação, duplicações de medicamentos, interações farmacológicas, alteração de posologia, entre outras (Souza *et al.*, 2018).

Diversas organizações internacionais, incluindo a Organização Mundial de Saúde (OMS), promovem o serviço de RM como forma de reduzir e prevenir os eventos adversos a medicamentos, uma vez que pacientes com discrepâncias identificadas previamente podem apresentar menor risco de agravamento clínico (Silva *et al.*, 2021). Para isso, a RM deve ser realizada todas as vezes que o paciente seja deslocado entre setores e as informações sobre seus medicamentos sejam transferidas ao mesmo tempo, de forma acurada e completa. (Fernandes *et al.*, 2021).

O processo de implantação deste serviço é desafiador para os hospitais, pois requer interação estreita entre as equipes que fazem parte do processo, já que a farmacoterapia tem caráter multiprofissional. Indiscutível e evidente que para uma melhor segurança no tratamento durante o período de internação o farmacêutico tem um importante papel. Este está envolvido diretamente no rastreamento e monitoramento do tratamento, com intuito de

contribuir na resolução de problemas que interferem na clínica do paciente (Fernandes *et al.* 2021). Estudos desenvolvidos por Barbosa *et al.* (2021) e Barros (2021) demonstraram a necessidade do farmacêutico nas equipes clínicas para redução de PRM, contribuindo para segurança e racionalidade terapêutica em pacientes críticos.

Dessa forma, torna-se de grande importância o rastreamento para qualidade de vida dos pacientes, otimizando a terapia e diminuindo custos hospitalares provenientes do agravamento clínico, por vezes evitável, associados à qualidade da assistência a saúde.

No Brasil, mesmo após a Portaria nº 529 de 1º de abril de 2013, observa-se a escassez de publicações sobre erros de medicamentos e segurança do paciente em âmbito nacional (Tavares, 2019; Batista *et al.*, 2021). Com o objetivo de atrair a atenção a essa temática, o presente trabalho implantou o serviço de RM no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) em uma clínica piloto com intuito de contribuir com as estratégias que venham garantir a segurança do paciente, além de contribuir para os serviços clínicos farmacêuticos que estão em processo de implantação na instituição e com a literatura.

Por esta razão, implantar o serviço de RM, visando à segurança dos pacientes hospitalizados, é necessário pois apesar dessa prática ser considerada prioritária para a segurança do paciente e de sua efetividade ser destacada por estudos de alta evidência científica, sua implantação de forma efetiva e sustentada é uma meta a ser alcançada no cenário brasileiro (Silvestre; Júnior, 2018).

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Estruturar e avaliar o serviço de RM no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) no Pará para aumentar a segurança farmacoterapêutico na admissão de pacientes na internação hospitalar.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Realizar o diagnóstico situacional do serviço da Unidade de Farmácia Clínica do HUJBB para escolha da clínica piloto;
- Elaborar o Procedimento Operacional Padrão da reconciliação medicamentosa;
- Descrever o perfil clínico dos pacientes admitidos na clínica piloto;
- Executar o serviço de reconciliação medicamentosa na admissão de pacientes na clínica piloto.
- Descrever as interações medicamentosas mais prevalentes na clínica piloto;

3. REFERÊNCIAL TEÓRICO

3.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A divulgação do Relatório *To Err is Human* em 1999 do *Institute Of Medicine* colocou o tema “Segurança do paciente” em evidência mundial. Este relatório foi baseado em duas pesquisas (Brennan *et al.*, 1991; Gawande *et al.*, 1999) de avaliação de incidência de evento adverso (EAs), definido no estudo como dano causado no processo de cuidado (não pela doença de base) que prolongou o tempo de internação do paciente. Como resultado deste estudo, observou-se o aumento da taxa de mortalidade (maior do que por vírus da imunodeficiência humana (HIV) e câncer de mama nos anos de pesquisa) e prejuízo financeiro grave para as instituições hospitalares, evidenciando a fragilidade em seu gerenciamento frente a complexidade do cuidado em saúde (Brasil, 2014).

Desde então discutiu-se sobre o planejamento no campo de segurança pela OMS, onde em 2004 foi criada a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, atualmente conhecida como Programa de Segurança do Paciente que conclama todos os países membros a desenvolver ações estratégicas de prevenção aos EAs. Atualmente a OMS define segurança do paciente como “a redução dos riscos de danos desnecessários associados à assistência à saúde até um mínimo aceitável” (Brasil, 2014).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) por meio da portaria MS/GM nº529 de 1º de abril de 2013, visando contribuir para a qualificação do cuidado em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Entre as ações criadas para prestação de cuidados, estão os seis protocolos obrigatórios para implementação, promoção e apoio a segurança, entre elas sobre o uso racional de medicamentos:

1. Identificar corretamente os pacientes, usando nome completo e data de nascimento;
2. Melhorar a comunicação efetiva entre os profissionais de saúde, devendo para tanto anotar na íntegra prescrição completa ou resultado de exames fornecidos de forma verbal ou por telefone;
3. Melhorar a segurança na prescrição, no uso e na administração de medicamentos de alta vigilância, identificando local, rotulagem e armazenagem deles;
4. Assegurar cirurgias em local de intervenção, procedimento e paciente corretos, através de check list documentado no prontuário do paciente para a correta identificação do local da intervenção cirúrgica;
5. Realizar a técnica correta de higienização das mãos para reduzir o risco de

infecções (associadas aos cuidados de saúde).

6. Reduzir o risco de lesões aos pacientes, decorrentes de quedas e úlceras por pressão.

3.2 ERROS DE MEDICAÇÃO

O Decreto-Lei nº 20/2013, de 14 de fevereiro do Ministério da Saúde, define o medicamento como “toda substância ou associação de substâncias com propriedades curativas ou preventivas de doenças em seres humanos, seus sintomas ou que possa ser administrada no ser humano com vista a estabelecer um diagnóstico médico ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Brasil, 2013a).

O uso inadequado de medicamentos pode causar os efeitos adversos (EAM), definido pela Sociedade Americana de Farmacêuticos Hospitalares (American Society of Healthy- System Pharmacist-ASHP) como qualquer lesão ou dano provocado pelo uso ou falta do uso do medicamento que podem assumir dimensões significativas ao paciente.

Estima-se que os erros relacionados a medicamentos provoquem mais de 7.000 mil erros por ano nos Estados Unidos, onde cada paciente internado está sujeito a pelo menos um erro por dia que podem ocorrer em qualquer etapa da cadeia terapêutica (Barbosa *et al.*, 2021). E com o objetivo de promover práticas seguras de seu uso em estabelecimentos de saúde, foi instituída a portaria n. 2.095/2013 (Brasil, 2013e) que estabelece o Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos.

Este protocolo busca promover a inclusão de padronização das atividades voltadas a medicamentos reduzindo a possibilidade de falhas, aumentando a chance de interceptá-las antes de causar injúria ao paciente. São abordadas questões como: prescrição segura, indicação terapêutica, cálculos de doses e quantidades dos medicamentos, informações importantes sobre doses, alergias, duração do tratamento, posologia, diluição, velocidade, tempo de infusão, via de administração e, entre eles, as etapas de transição do paciente.

A etapa de transição refere-se a passagem do paciente entre os níveis de atenção de saúde (primária, secundária e terciária), principalmente na admissão no ambiente hospitalar pois requer uma investigação criteriosa dos profissionais de saúde sobre o histórico de medicamentos (farmacoterapia de uso crônico, alergias) e comorbidades do paciente para que se defina a melhor conduta mediante anamnese e quadro clínico. A conduta deve ser documentada e de fácil entendimento para que acompanhe os pacientes durante as transições. Esse processo é conceituado como RM (Brasil, 2013e).

3.3 RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

A RM é considerada uma ferramenta estratégica oportuna para segurança do paciente, principalmente os de risco elevado como idosos, polimedicados ou com comorbidades crônicas. Em 2017 o desafio global de segurança do paciente, lançado pela OMS lançou o desafio “Medicação sem danos”, visando reduzir os erros evitáveis relacionados a medicamentos, considerado uma área de risco (WHO, 2017).

A RM consiste na elaboração de uma lista completa de medicamentos utilizado pelo paciente previamente a internação por meio de uma entrevista clínica detalhada para ser comparada com a prescrição hospitalar com intuito de adequar a terapia, caso necessário, após a comparação de ambas (Graça et al, 2018). Na lista deve conter nome do medicamento, dose, frequência de uso, via de administração, alergia e reações adversas. Este processo deve ser realizado de maneira formal em todas as etapas de transição do paciente: admissão, transferências e alta hospitalar e serem evoluídos no prontuário do paciente (Piloto, 2021; Magalhães, 2017).

O objetivo é diminuir a incidência de erros relacionados a medicamentos decorrentes da imprecisão de informações. Essas divergências, intencionais ou não, são denominadas “discrepâncias” e podem ser relacionadas a dose, omissão de medicamentos, duplicidade terapêutica, entre outras (Quadro 1) causando danos ao paciente (Magalhães, 2017; Pimenta et al., 2020).

Quadro 1: Classificação de discrepâncias quanto ao tipo de problema farmacoterapêutico gerado.

Classificação De Problemas Farmacoterapêuticos	Discrepâncias	Intervenções	
Necessidade	Omissão de medicamentos	Introdução de Medicamentos	
	Medicamento desnecessário	Retirada de Medicamentos	
Efetividade	Divergência no horário de administração	Ajuste no Horário	
Segurança	Dose superior	Ajuste de dose	
	Medicamento errado	Troca de medicamento	
	Duplicidade de medicamentos	Retirada de medicamentos	
	Prevenção de reação adversa a medicamentos		Retirada de medicamentos
			Ajuste de dose
			Troca de medicamento
		Ajuste no horário	
Outros	Monitorização clínica	Solicitação de exames	
	Custo desnecessário	Ajuste devido custo	

Fonte: Fontoura, 2021.

O processo de RM é contínuo e dinâmico e dependente do recurso e realidade do hospital em que será desenvolvido. Existem recomendações para execução desta prática, considerando princípios essenciais para eficiência do serviço. Segundo o manual do Institute for Health Care Improvement (2007) e a National Patient Safety Goal, a RM é composta de três etapas:

Quadro 2: Etapas da RM segundo o manual do Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2007 e a National Patient Safety Goal (NPSG)

1. Verificação	Coleta e construção da lista de medicamentos.
2. Confirmação/clarificação	Assegurar que os medicamentos e doses são pertinentes a clínica do paciente.
3. Reconciliação	Classificação das discrepâncias e comunicação com o prescritor ou paciente para esclarecimento e/ou orientação.

Fonte: Manual do Institute for Healthcare Improvement (IHI), 2007 e a National Patient Safety Goal (NPSG).

A etapa de verificação consiste na elaboração de uma lista completa de medicamentos de uso prévio mediante entrevista clínica do profissional responsável em até 48 horas após sua admissão (Pimenta *et al.*, 2020). Esta etapa tem como autores principais o paciente e o acompanhante, que devem ser conduzidos na entrevista de forma clara, objetiva e acessível para adquirir informações acuradas do histórico terapêutico mediante as perguntas realizadas, uma vez que servirão de base para as próximas etapas (Piloto, 2021).

Os erros decorrentes desta etapa são os mais comuns no processo, de RM pelo desencontro ou omissão de informações que serão desfavoráveis causando danos ao paciente. Cerca de 30% dos erros de prescrição são atribuídos a coleta incompleta de informações no momento da admissão hospitalar (Fontoura, 2021).

A lista de medicamentos também deverá conter informações como reações alérgicas de hipersensibilidade a substâncias, efeitos adversos, adesão a terapêutica, doses, vias de administração, comorbidades e interações medicamentosas. Portanto, o profissional deve fazer perguntas assertivas e abertas que deem voz ao paciente/acompanhante e após coleta, assegurar que as informações são pertinentes a clínica do paciente (Pimenta *et al.*, 2020).

A terceira etapa avaliará detalhadamente as informações para identificar de maneira correta as discrepâncias e classificá-las. Esta identificação, caso feita pelo enfermeiro ou farmacêutico, deverá ser repassada ao prescritor para que haja o ajuste da terapia, se necessário. Haverá intervenções diretamente ligadas ao paciente, como orientação, caso o

medicamento continue em sua posse (Fernandes *et al.*, 2021).

As intervenções, neste contexto, são entendidas como um ponto de vista mediante situação não conforme e deverá surgir sempre em forma de sugestão (Barros *et al.*, 2021). Estas podem ser classificadas de acordo com a discrepância encontradas como mostra o quadro 1.

Todos esses passos deverão ser documentados e estar presentes no prontuário do paciente para o acompanhar em todas as fases de transição do cuidado. A cada mudança, a RM deverá ser refeita e documentada. E, casos de instituições com sistema eletrônico, estas alterações deverão ser registradas no sistema e anexadas, quando necessário, ao prontuário físico (Fernandes *et al.*, 2021).

3.4 EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Existem muitas recomendações para execução da RM e muito ainda se discute sobre o profissional adequado para executá-lo. A obtenção das histórias de medicamentos geralmente é realizada por 3 categoriais profissionais: médicos, enfermeiros e farmacêutico, porém ainda há divisão de opiniões sobre a delegação das responsabilidades de cada um.

Um estudo feito em 2012 por Alfaro *et al.*, concluiu que o médico, por realizar o primeiro atendimento clínico, seria o mais apropriado a realizar a RM e, além disso, mais de 80% dos entrevistados da pesquisa não consideraram o “auxílio” de outro profissional necessário no processo. Este estudo confronta resultados atuais de pesquisas com esta temática, que provam inúmeras RM bem-sucedidas feita por farmacêuticos e enfermeiros que impactaram positivamente no tratamento do paciente e auxiliaram a equipe quando trabalhadas em conjunto (Barbosa *et al.*, 2021; Barros *et al.*, 2021; Fontoura, 2021; Magalhães, 2017).

De maneira planejada e documentada e independente do nível de hierarquização do sistema, o cuidado multidisciplinar é um pilar para o sucesso de atividades clínicas no qual o farmacêutico deve ser parte integrante do processo de acompanhamento e seguimento farmacoterapêutico visto que pode, de maneira acurada e completa, obter informações sobre o histórico de medicamentos para realizar a RM, caso necessário, diminuindo a exposição a erros e intervindo junto à equipe de saúde a eventuais discrepâncias (Barros, 2021; Silva *et al.*, 2021).

3.5 ATUAÇÃO DO FARMACÊUTICO CLÍNICO PARA SEGURANÇA DO PACIENTE

A atuação do farmacêutico clínico tem crescido e se tornado indispensável nas equipes de saúde na busca da prevenção, identificação e resolução PRM, contribuindo por meio de conhecimentos técnicos a garantia de resultados eficazes e seguros esperados por pacientes em seu tratamento farmacológico (Barbosa et al., 2021; Fontoura, 2021).

A RM é uma das atividades do farmacêutico em estabelecimentos de saúde amparada legalmente em suas responsabilidades clínicas pela Resolução nº 585 de 29 de agosto de 2013 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Brasil, 2013d).

“Parágrafo Único – As atribuições clínicas do farmacêutico visam proporcionar cuidado ao paciente, família e comunidade, de forma a promover o uso racional de medicamentos e otimizar a farmacoterapia, com o propósito de alcançar resultados definidos que melhorem a qualidade de vida do paciente”.

As intervenções farmacêuticas (IF) aumentam a segurança e qualidade do cuidado e podem ser em relação a ajuste de dose, frequência, via de administração, avaliação de custo-benefício e interações medicamentosas (Piloto, 2021). Estudos recentes relataram as discrepâncias encontradas foram reduzidas mediante intervenções clínicas de farmacêuticos gerando impactos positivos na segurança do paciente. A exemplo disso, Barbosa *et al.*, (2021) obteve cerca de 83,5% de aceitação médica das IF relacionadas a correção de prescrição e Barros *et al.*, (2021) 97%, diminuindo riscos ao paciente e promovendo orientação aos profissionais da linha de frente do cuidado.

Fontoura em 2019 também observou que além da boa aceitação a IF um fator impactante foi o custo evitado pelo serviço de farmácia clínica, gerando uma economia de R\$ 1.256,10 por paciente para instituição estudada, evidenciando a importância do farmacêutico não apenas no âmbito clínico, mas econômico.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Este estudo é caracterizado como pesquisa ação que objetiva estruturar e avaliar o serviço de RM em um hospital universitário em Belém do Pará, com a finalidade de garantir aos pacientes o uso seguro de medicamentos durante período de internação. A execução do projeto piloto foi realizada no período de Julho de 2022 a julho de 2023, seguindo etapas definidas em metodologia proposta.

4.2 LOCAL E POPULAÇÃO DE ESTUDO

O Hospital Universitário João de Barros Barreto é uma instituição de assistência de alta complexidade, ensino e pesquisa de rede pública que presta serviços à comunidade na atenção secundária e terciária, considerado referência estadual no tratamento de doenças infectocontagiosas. É administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e dispõe de diversas especialidades, entre elas unidades clínicas de pneumologia, clínica médica, pediatria, infectologia e oncologia. Possibilita acesso a consultas médicas e multiprofissionais na internação e no atendimento ambulatorial, destinando 100% de sua capacidade instalada aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital tem capacidade instalada de 218 leitos, com alta rotatividade, atendendo demanda de todo estado do Pará. Em sua estrutura física possui alas de internação em todas as unidades clínicas, além da terapia intensiva. Possui bloco cirúrgico, laboratório de análises clínicas, setor de diagnóstico por imagens, consultórios e farmácias (central e satélites).

A unidade de farmácia possui, estrategicamente, pontos satélites que dispensam medicamentos ao centro cirúrgico, quimioterapia, ambulatório (Farmácia de atenção básica e especializada), além da central de abastecimento e central de dispensação de medicamentos para internação. Recentemente foi inserido a unidade de Farmácia Clínica (FC) que conta com farmacêuticos clínicos para acompanhamento dos pacientes internados.

4.3 ETAPAS DA IMPLANTAÇÃO DO SERVIÇO

Utilizou-se o *framework* proposto por Moulin et al (2016) que descreve as etapas de implantação de serviço para farmacêuticos que são: Exploração, preparação, implementação parcial e implementação total (figura 1). A coleta de dados foi realizada por meio de indicadores de estrutura física e humana, fluxo de trabalho e resultados clínicos, visando avaliar a qualidade do serviço de saúde para garantia de bons resultados.

Figura 1: Fluxograma de etapas de implantação do serviço de Reconciliação Medicamentosa



Fonte: Autor, 2022

Sendo assim, este estudo foi conduzido em 4 etapas:

Primeira Etapa: Exploração

Esta etapa objetivou avaliar a viabilidade de execução do projeto. Diante disso, foi realizado diagnóstico situacional para a identificação da clínica com maior demanda para implantação do serviço, por meio da aplicação de questionário (Apêndice A), em julho de 2022, abordando temáticas relacionadas a infraestrutura, recursos humanos e demandas clínicas da farmácia.

O questionário foi explicado, apresentado e respondido por farmacêuticos clínicos (n=4) atuantes no momento da pesquisa que aceitaram participar do projeto. A consolidação das informações foi realizada através de estatística de porcentagem utilizando o Microsoft Excel® 2010, evidenciando o cenário real de atuação farmacêutica.

Segunda Etapa: Preparação

Essa etapa contemplou a fundamentação teórica para construção do instrumento de coleta de RM e do Procedimento Operacional Padrão (POP) do serviço.

Baseada no resultado do diagnóstico situacional foi apresentado à unidade de farmácia clínica e à chefia geral da farmácia a proposta documentada, contendo o objetivo de implantação do serviço e a forma que este seria desenvolvido.

Posteriormente, foi feita uma busca sistemática nos bancos de dados na BVS, no portal CAPES, SCIELO, LILACS, PUBMED e Google Acadêmico, a fim de compreender as estratégias de implantação publicadas na literatura.

Dentro desta etapa, foi definido um modelo de planejamento estratégico do serviço (PSDA- *Plan, Do, Act, Study*) para definição de estratégias de implantação e elaboração de processos de trabalho (fluxo de atendimento, elaboração de instrumentos, POP e treinamento da equipe).

Foram analisados instrumentos de RM que norteiam a implantação do serviço em hospitais públicos e particulares para embasar a construção do fluxo, elaboração do formulário e POP pretendido neste projeto. Após a produção destes documentos, foi realizada a capacitação dos farmacêuticos para execução do serviço utilizando metodologia expositiva.

Terceira Etapa: Implementação Parcial

Os hospitais administrados pela EBSEH, trabalham com o sistema informatizado chamado Aplicativo para gestão de Hospitais Universitários (AGHU) que registra todos os dados dos pacientes e seus demais históricos clínicos e laboratoriais, que foram utilizados para preenchimento de parte das informações do formulário e documentação do serviço de RM.

Nesta etapa, o POP foi executado, no qual o paciente ou responsável foi, primeiramente, orientado sobre a finalidade do serviço para assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) e assim participar do estudo de implantação. Todo processo foi alinhado com o paciente ou familiar, além da equipe multiprofissional, visando orientar de forma clara e simplificada o regime terapêutico em uso.

O formulário de RM (Apêndice C) foi aplicado por farmacêuticos em visita a beira leito, em até 48 horas após admissão do paciente, coletando informações sobre farmacoterapia pregressa (se houver) com informações necessárias para elaboração da lista como: posologia, indicação de tratamento, via de administração, alergias, entre outros. A lista de medicamentos prescritos na admissão hospitalar foi elaborada baseado nas prescrições eletrônicas registradas no AGHU.

Feita comparação das listas e busca de possíveis PRM, o farmacêutico clínico classificou (quando necessário) as discrepâncias encontradas. Mediante esta identificação, informou/sugeriu ao prescritor/equipe multiprofissional intervenções, registrando na evolução farmacêutica no AGHU. As intervenções quando feitas diretamente ao acompanhante e paciente, foram pelo método de educação em saúde através de apresentação de cartilha e esclarecimento de dúvidas.

Quarta Etapa: Implantação total

Essa etapa visa causar um impacto total no local onde foi iniciada levando em média de 2 a 3 anos para implantação geral. Porém, apesar do serviço ser considerado sustentável, ainda não há recursos humanos suficientes para atender a demanda geral do HUIBB.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DA PESQUISA

Foram incluídos todos os farmacêuticos clínicos atuantes no momento da pesquisa e os pacientes admitidos na clínica piloto, de ambos os sexos, acima de 18 anos.

4.5 CRITÉRIOS ÉTICOS

Este estudo seguiu a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que regulamenta a pesquisa em seres humanos, sendo submetido e aprovado pelo Comitê de ética e Pesquisa do HUIBB com parecer nº 5.514.393 (Anexo 1).

4.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram tabulados no Microsoft Excel versão 2016, sendo a análise descritiva das variáveis realizada por meio de frequências absolutas e relativas, média e desvio padrão (DP).

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE SITUACIONAL DA FARMÁCIA CLÍNICA

A análise situacional foi realizada com 4 farmacêuticos em julho de 2022, onde houve a apresentação do questionário A1, que continha 11 questões de múltipla escolha relacionadas a farmácia clínica que nortearam a análise situacional. Foi constatado a partir das respostas da questão 1 e 4 que o serviço de RM não era realizado por farmacêuticos na instituição, apesar da farmácia clínica ser atuante (com limitações) no hospital. Apesar disto, a equipe demonstrou entender a necessidade de implantação do serviço para melhorias na assistência ao paciente (questão 6).

Quando questionados se farmácia havia condições estruturais físicas para iniciar o serviço como sala, mesa, cadeira, acesso à internet (questão 2 e 3) a resposta foi unanimemente positiva. Porém, quando se tratou de recursos humanos (questão 5) esta fator foi mencionado como maior limitação para execução de serviços clínicos, justificada verbalmente por: quadro de farmacêuticos reduzido para atuação clínica, falta de tempo e falha na comunicação com os demais profissionais.

Em 2020, Pimenta et al., enfrentou esta mesma dificuldade na implantação da RM em Sergipe, porém, como se tratava de um hospital universitário, os farmacêuticos residentes foram a principal força de trabalho para iniciar a atividade, semelhante a esta pesquisa, e estratégias de inserção do profissional na equipe multiprofissional foram elaboradas.

Quando questionados sobre qual clínica com maior estrutura física para implantação do projeto piloto de RM, foram mencionadas a UDIP e a clínica medica.

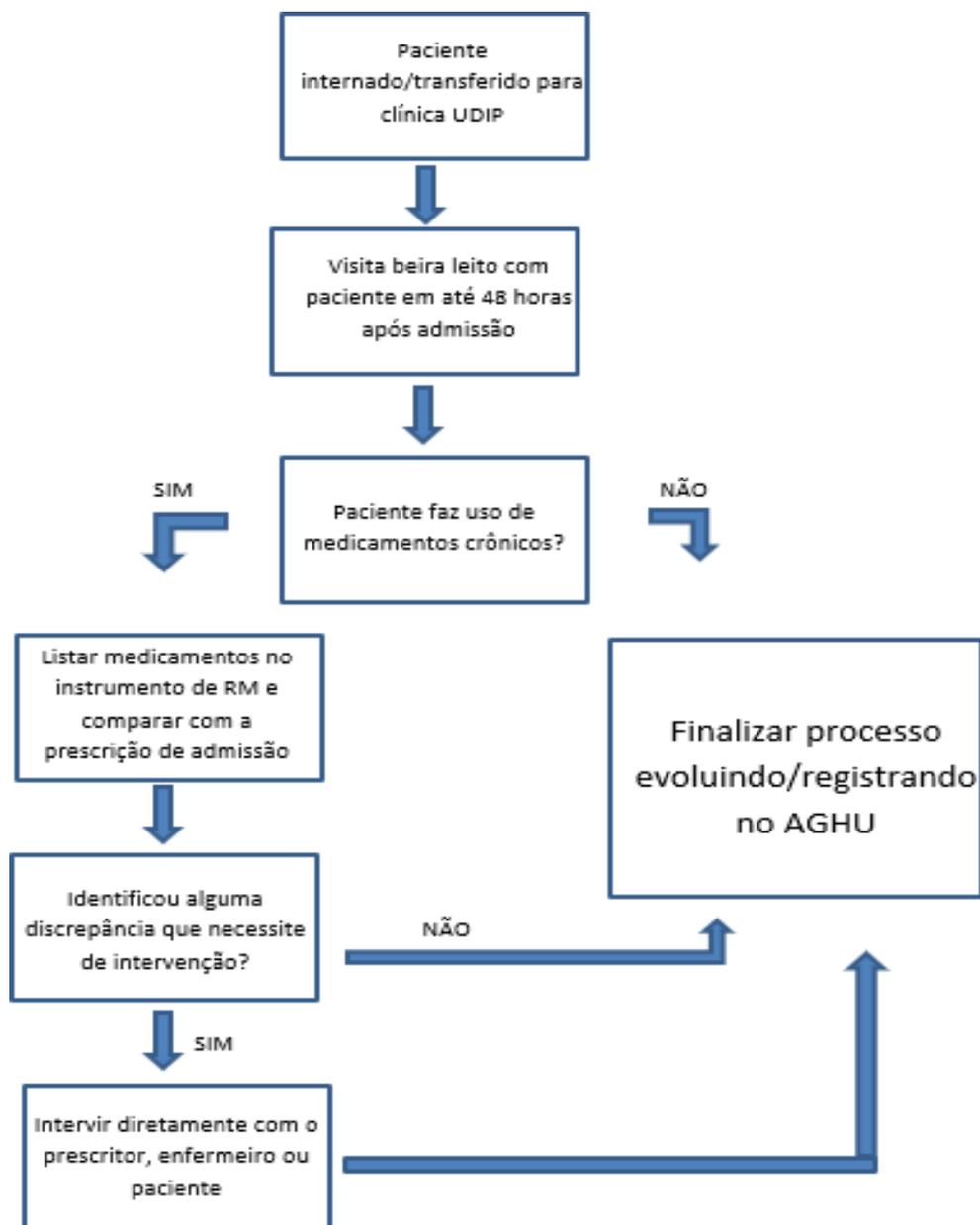
Como critério de desempate foram utilizadas as questões de 8 a 11, que investigaram qual clínica com maior demanda para implantação do serviço, levando em consideração a que mais era propício ao desenvolvimento de problemas relacionados a medicamentos. Em unanimidade foi destacada a UDIP pela complexidade dos diagnósticos e farmacoterapias. Além disto, a resultado da questão 9 demonstrou que UDIP já possuía atuação clínica de farmacêuticos e que, apesar da Clínica medica ter grande potencial para ser iniciado o serviço, nela ainda não tinha se iniciado nenhuma espécie de acompanhamento farmacoterapêutico, tendo nenhuma rotatividade de profissionais farmacêuticos clínicos até o momento da pesquisa.

Com isso, a UDIP foi escolhida como clínica com melhor estrutura física e humana para ser implantado o projeto piloto de RM.

5.2 ELABORAÇÃO DO FLUXO DE SERVIÇO, INSTRUMENTO DE COLETA RM E PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP)

O fluxo de serviço foi estruturado de maneira prática e exequível a partir do levantamento da rotina da farmácia e demandas diárias, mostrando-se eficiente após execução (figura 2). A proposta inicial foi analisada pelos farmacêuticos no qual puderam sugerir e realizar mudanças em rodas de conversas sobre as etapas recomendadas na literatura.

Figura 2: Fluxograma do serviço de RM em um hospital Universitário em Belém do Pará
Fonte: Autor, 2022.



A escolha do instrumento de coleta se deu por meio de investigação em bases de dados acadêmicas somada a viabilidade de execução de um formulário validado que se assemelhasse a realidade do HU. O formulário de Graça et al., 2018 foi escolhido, pois se encaixava a esta realidade, ressalva alguns ajustes (Apêndice C). Nele pode-se registrar informações como: nome, idade, clínica de internação, alergias, diagnóstico, lista de medicamentos de uso prévio e de uso hospitalar, discrepâncias, interações medicamentosas, intervenções farmacêuticas, entre outros.

Estas etapas concluídas deram origem ao POP da RM (Apêndice B) e ao planejamento do trabalho, com intuito de padronizar e minimizar desvios na execução da tarefa. Bentes (2016) ressalta que muitas organizações utilizam esta padronização para garantir melhoras nos processos, custos, segurança, o que corrobora positivamente com o processo de implantação de atividades.

O fluxo de serviço, formulário e POP elaborados foram aprovados pelas chefias do farmácia e gestão de qualidade do HUIBB após avaliação do documento entregue para análise. Os documentos estavam de acordo com as normas técnicas de layout exigidas pela EBSEH e foram publicados na intranet da instituição para acesso de todos os profissionais. O treinamento foi realizado com parte da equipe de farmácia clínica no primeiro semestre de 2023 por meio de metodologia expositiva para que desse início ao serviço.

A validação dos documentos se deu mediante a execução dos procedimentos e fluxos descritos nos mesmos, no qual mostraram-se exequíveis.

5.3 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DOS PACIENTES ADMITIDOS NA CLÍNICA PILOTO

Esta etapa foi realizada para conhecer o perfil dos pacientes da clínica piloto e embasar estratégias de execução do serviço, bem como possíveis intervenções clínicas. A idade dos admitidos esteve entre 29,7 anos ($DP \pm 8,5$) anos, com predomínio do sexo masculino (56%) e solteiros (68%), diferente do estudo de Filho et al., (2021) que teve predominância de mulheres (56%) com média de idade de 68 anos ($DP \pm 16$). A maior parte (56%) informou residir na capital do Pará, porém nota-se que parte relevante reside em interiores do Estado como Salinópolis, Aurora, Muaná, Capitão Poço, Currealinho, entre outros.

Mais de 50% dos entrevistados alegaram possuir o primeiro grau (completo/incompleto) e, no momento da pesquisa, exerciam atividade autônoma (40%) (Tabela 1). Este perfil é reforçado mediante os resultados de Silva et al. (2022) que ocorreu na mesma especialidade clínica do HU, porém em caráter ambulatorial.

Tabela 1: Perfil Sociodemográfico da clínica de infectologia de um Hospital Universitário em Belém-PA.

Variáveis Sociodemográficas	N total (50)	%
Sexo		
Masculino	28	56,00
Feminino	22	44,00
Idade		
Média	29,7	-
Desvio Padrão	8,5	-
Estado Civil		
Solteiro/Viúvo	34	68,00
Casado/ União Estável	16	32,00
Escolaridade		
Primeiro grau completo/ incompleto	28	56,00
Segundo grau completo/ Incompleto	19	38,00
Ensino superior completo/ Incompleto	3	6,00
Ocupação		
Autônomo	20	40,00
Com vínculo empregatício	18	36,00
Desempregado no momento	12	24
Moradia		
Capital	28	56,00
Interior do Estado	22	44,00

Fonte: Autor (2023)

As hipóteses diagnósticas (HD) na admissão foram classificadas de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) (Tabela 2).

Tabela 2: Hipóteses diagnósticas mais prevalentes em clínica de Infectologia de um Hospital Universitário em Belém-PA, classificadas de acordo com CID-10 e em ordem decrescente conforme número de ocorrência.

CID-10	Hipóteses Diagnósticas	N de ocorrências	%
B24	Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV)	27	32,14
A15.0	Tuberculose pulmonar	10	11,90
B37	Candidíase oral	8	9,52
B58.8	Toxoplasmose com comprometimento de outros órgãos	6	7,14
L02	Abscesso Cutâneo, Furúnculo e Antraz	2	2,38
X20	Contato com serpentes e lagartos venenosos	2	2,38
G00.9	Meningite bacteriana não especificada	2	2,38
B41.9	Paracoccidioomicose não especificada	2	2,38
J18	Pneumonia por microrganismo não especificada	2	2,38
A18	Tuberculose e Outros Órgãos	2	2,38
B550	Leishmaniose visceral	2	2,38
R59. 9	Adenomegalia ou aumento de volume dos gânglios linfáticos, não especificado.	1	1,19
B45.1	Criptococose cerebral	1	1,19
A91	Febre Hemorrágica devida ao Vírus do Dengue	1	1,19
A54	Infecção gonocócica	1	1,19
B34.2	Infecção por Coronavírus	1	1,19
A390	Meningite meningocócica	1	1,19
G03	Meningite não especificada	1	1,19
A17.0	Meningite tuberculosa	1	1,19
K52.8	Outras gastroenterites e colites especificadas, não-infecciosas	1	1,19
A19	Tuberculose miliar	1	1,19
L95.9	Vasculites limitadas à pele, não especificadas.	1	1,19
R17	Icterícia não especificada	1	1,19
A27	Leptospirose	1	1,19
H708	Mastoidite	1	1,19
M86	Osteomielite	1	1,19
k80	Colelitíase	1	1,19
M339	Dermatomiosite não especificada	1	1,19
K750	Abscesso hepático	1	1,19
G049	Encefalite, mielite e encefalomielite não especificada.	1	1,19
Total		84	100,00

Fonte: Autor, 2023.

Parte dos pacientes receberam mais de uma HD, sendo com maior ocorrência a síndrome da imunodeficiência humana (SIDA) (N=27). Parte das HD são coinfeções comuns em pacientes imunossuprimidos com baixa ou nenhuma adesão ao tratamento antirretroviral, demonstrando a importância de um acompanhamento mais próximo dos profissionais, principalmente em educação em saúde (Mateus et al., 2022). Um estudo desenvolvido por Silva et al. (2022) nesta mesma unidade clínica, observou que o perfil comportamental dos jovens, a banalização e ao estigma relacionados a doença podem ser os responsáveis pela detecção de maior carga viral nessa população, em decorrência da menor adesão ao tratamento antirretroviral

O tempo médio de internação foi de 70 (setenta) dias, justificado pela gravidade dos diagnósticos de admissão que requerem um tempo longo de tratamento. Este dado é diferente do estudo de Santos (2019) em que o tempo médio de internação foi de 7,3 dias.

65,21% dos entrevistados relataram fazer uso de medicamentos crônicos. A média foi de 02 medicamentos por paciente e os mais frequentes foram os anti-infecciosos de uso sistêmico (44,74%) seguidos de medicamentos que agem no trato gastrointestinal e metabolismo (13,16%), sistema cardiovascular (13,16%) e sistema nervoso (13,16%), totalizando 38 medicamentos classificados conforme a *classificação Anatômica Terapêutica Química* (ATC/DDD index) no primeiro nível (Tabela 3).

O perfil farmacoterapêutico da UDIP é um ponto diferente de pesquisas na literatura, que predominam medicamentos de atuação no sistema cardiovascular (Barbosa et al., 2021; Lombardi et al., 2016; Spalla; Castilho, 2016). Essa diferença reflete a especificidade dos serviços avaliados nos respectivos estudos, principalmente a classe de anti infecciosos, naturalmente predominantes em clínicas de infectologia.

Tabela 3: Grupo farmacológico dos medicamentos de uso crônico utilizados por pacientes internados em um hospital público de Belém- PA conforme ATC/DDD *Index*

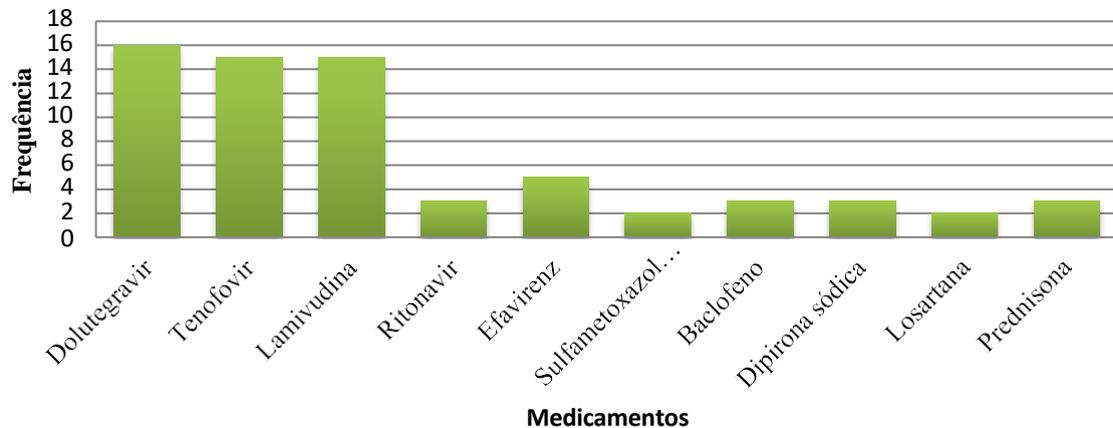
Cód. ATC	Grupo Farmacológico	N	%
J	Anti-infecciosos de uso Sistêmico	17	44,74
A	Trato Gastrointestinal e Metabolismo	5	13,16
C	Sistema Cardiovascular	5	13,16
N	Sistema Nervoso	5	13,16
B	Sangue e órgãos hematopoiéticos	2	5,26
D	Fármacos usados na dermatologia	1	2,63
L	Antineoplásicos e imunomoduladores	1	2,63
M	Sistema Musculo Esquelético	1	2,63
P	Antiparasitários, Inseticidas e repelentes	1	2,63
Total		38	100,00

Fonte: Autor, 2023.

Dos 38 medicamentos citados, apenas 9 não são padronizados na instituição. Porém, é possível que este número seja subestimado, uma vez que se baseia em relatos baseados na memória dos usuários e cuidadores.

Os medicamentos mais citados foram: Dolutegravir (N=16) Lamivudina (N=15) Tenofovir (N=15), Efavirenz (N=15), Ritonavir (N=3), Sulfametoxazol Trimetoprim (N=2), Baclofeno (N=3), Dipirona (N=3), Losartana (N=2) e Prednisona (N=3) (Gráfico 1).

Gráfico1: Medicamentos de uso crônico mais prevalentes em clínica de infectologia de Hospital público em Belém, PA.



Fonte: Autor, 2023.

Dopaglifozina, Enterogermina, Messalazina, Noripurun, Tacrolimo, Everolimo, Baclofeno, Zolpidem e Fluoxetina também foram citados, porém não faziam parte do padrão hospitalar. O Baclofeno, foi o mais mencionado (N=3). Um estudo recente (Benetti et al., 2021) mostrou que há um aumento proporcional de prescrições de medicamentos que atuam no sistema nervoso, como o baclofeno, conforme tempo de internação, aumentando os custos hospitalares e causando risco aos pacientes.

5.4 EXECUÇÃO DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Foram reconciliados 50 pacientes no período de abril, maio e junho de 2023. O número reduzido pode estar associado a não exclusividade da equipe para atividades clínicas estando estes ainda ligados a gestão da farmácia. O tempo médio para visita farmacêutica a beira leito para RM foi 48 horas, estando dentro do previsto após levantamento de informações quanto a rotina da farmácia. Mas, a frequência de admissões na clínica piloto contribuiu para o resultado. Em clínicas com maior número de admissões mensais é provável que necessite de um tempo maior para RM ou que o farmacêutico seja exclusivo para o exercício das atividades clínicas.

O AGHU auxiliou a coleta de informações dos pacientes e possibilitou registro das evoluções farmacêuticas. Apesar disso, necessita de adequação das suas funcionalidades para efetivar pacientes reconciliados no sistema de maneira prática e visível a todos os profissionais, isto auxiliaria na prevenção de erros de dispensação e administração de medicamentos. Um estudo de Santos et al. (2019) discorreu que a utilização de sistemas informatizados pode ser útil para as equipes executarem a RM, mas depende da correta utilização e de treinamento constante da equipe multiprofissional.

Cabe ressaltar que a RM no HU não é uma atividade exclusiva do farmacêutico, e no

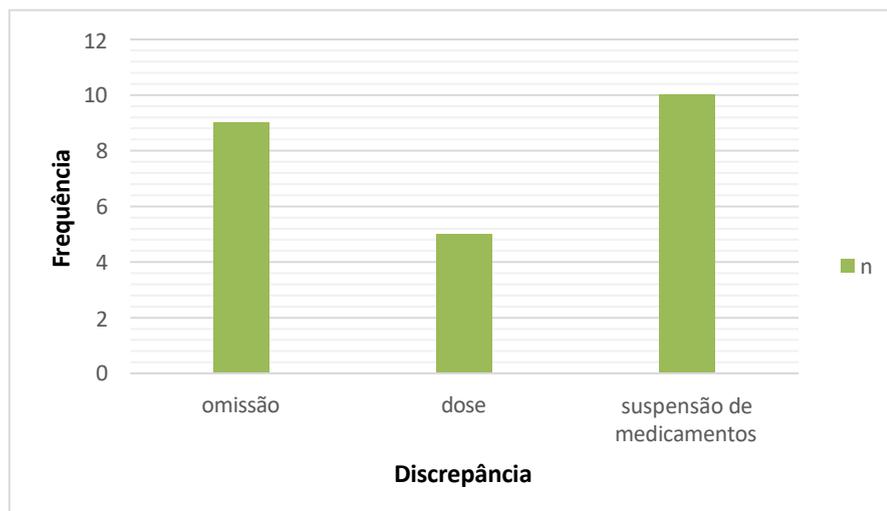
momento da pesquisa, era executada individualmente pela equipe de enfermagem e médica. Apesar disso, houve desencontros de informações farmacoterapêuticas do paciente, enfatizando que esse serviço tem a necessidade de melhoria contínua nos processos e fluxos de trabalho. Este mesmo desafio foi encontrado no estudo de Dornelles et al. (2020). Portanto, unificar o serviço com a equipe multiprofissional poderia trazer resultados satisfatórios semelhantes a pesquisa de Santos et al. (2019).

A presença dos acompanhantes na entrevista contribuiu, significativamente, para obtenção da lista de medicamentos de uso prévio devido estado debilitado em que parte dos pacientes se encontravam. Também se observou a existência de pacientes que omitiram o uso de medicamentos para guardar sigilo de diagnósticos (principalmente SIDA). Este fato reforça que a comunicação dos profissionais deve ser adequada ao nível de entendimento do paciente, mobilizando habilidades comunicativas prezando a ética profissional mediante as situações.

Foram detectadas 24 discrepâncias nas RM, mantendo a média de 0,7% por paciente, percentagem inferior a pesquisa de Fernandes et al., (2023) com 1,9%. A divergência mais mencionada foi a “suspensão” de medicamentos (41%), divergente da pesquisa de Dornelles et al. (2023) que teve a “omissão” com maior prevalência.

O número expressivo de suspensões pode estar associado a substituição por medicamentos com a mesma finalidade, porém padronizados na instituição ou pela presença de efeitos adversos conhecidos, contudo indesejados. E, a variação de discrepâncias pode ser justificada com base nos diferentes critérios elegidos por cada estudo para diferenciar as divergências o que torna os modelos de estudo heterogêneos.

Gráfico 2: Discrepâncias encontradas em prescrições



Fonte: Autor, 2023.

Os benefícios clínicos da RM se consolidam em inúmeros serviços farmacêuticos, entre eles as intervenções, passível de prevenir problemas relacionados a medicamentos e reduzir custos hospitalares (Barbosa et al., 2021). Mediante a prevalência das discrepâncias de “suspensão”, as intervenções deste estudo, em sua maioria, foram diretas ao paciente ou acompanhante. A orientação proporcionou esclarecimento da farmacoterapia para que medicamentos suspensos não fossem administrados ocasionando risco de toxicidade ou inefetividade terapêutica (Dias et al., 2019).

Intervenções diretas a equipe também foram realizadas, porém com menor frequência. Parte delas deram-se pela ausência de registros no AGHU de condutas justificadas, como suspensão de medicamentos, troca de dosagem ou sinalização de medicamentos em posse do paciente (principalmente a TARV) necessitando de esclarecimentos. Evoluções médicas sobre a clínica dos pacientes de maneira mais detalhada gerariam maior segurança ao paciente.

5.5 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS MAIS PREVALENTES NAS PRESCRIÇÕES MÉDICAS

34% dos pacientes apresentaram algum tipo IM, totalizando 17. Destas, 9 foram consideradas com “maior” risco de severidade, 7 com risco “moderado” e 1 com risco “menor” de acordo com a classificação do Up to Date, ferramenta disponibilizada pela instituição (Tabela 4).

Tabela 4: Severidade das interações medicamentosas avaliadas em um Hospital Universitário em Belém-PA, de acordo com *Up to Date*.

Severidade	N	%
Maior	9	52,94
Moderada	7	41,18
Menor	1	5,88
Total de interações	17	100

Fonte: Autor, 2023.

A interação mais prevalente foi dipirona quando associada à enoxaparina (13,64%) e ao tenofovir (13,64%), sendo a última considerada com “maior risco de severidade” devido à potencialização do efeito nefrotóxico do tenofovir (Mateus *et al.*, 2022). Outra IM considerada grave foi o diazepam associado ao tramal ou morfina, resultando na diminuição das atividades mentais e cerebrais do paciente (Tabela 5)

A RM era finalizada mediante registro do farmacêutico no AGHU, contendo comparações de medicamentos de uso prévio com os prescritos na internação e suas discrepâncias, bem como as IM encontradas, riscos, grau de severidade, mecanismo de ação da IM e sugestão de conduta, informações importantes não somente para o prescritor, mas para toda equipe (Piloto, 2021). Porém, a mensuração de intervenções farmacêuticas não foi quantificada devido ao não

acompanhamento do farmacêutico durante período de internação do paciente.

Apesar das limitações para execução do serviço, a RM na clínica piloto mostrou-se fundamental para garantir segurança do paciente. Nesse sentido, os resultados alcançados por esta pesquisa mostram a necessidade de inserção de atividades clínicas pelo farmacêutico na equipe de forma mais efetiva, contribuindo para discussões relacionadas a medicamentos.

5.6 EXPANSÃO DO SERVIÇO NO HOSPITAL

No ano de 2023, com aumento de contratações farmacêuticas somado as atividades de residência farmacêutica, houve a expansão do serviço de RM para unidade de Clínica Médica, antes não assistida pela farmácia clínica e hoje apresentando resultados satisfatórios. De março a abril de 2023 foram admitidos 87 pacientes, onde 52 necessitaram de RM. Os demais informaram não fazer uso de medicamentos de uso prévio, mas foram instruídos sobre possíveis dúvidas no momento da visita farmacêutica.

Tabela 5: Interações medicamentosas mais prevalentes em uma clínica de infectologia em um Hopsital Universitário em Belém-PA.

Substância 1	Substância 2	Severidade	Efeito da interação	Sugestão para Intervenção	N de ocorrências	%
Dipirona	Enoxaparina	Moderada	Potencialização do efeito anticoagulante da Enoxaparina.	Descontinuar a dipirona antes de iniciar a enoxaparina. Se for inevitável o uso concomitante, monitorar sinais e sintomas de sangramento.	3	13,64
Dipirona	Tenofovir	Maior	Potencialização do efeito nefrotóxico do tenofovir	Monitorar evidências de disfunção renal	3	13,64
Dipirona	Cetoprofeno	Maior	Potencializar o efeito adverso/tóxico. Risco de toxicidade gastrointestinal.	Evitar o uso concomitante de Antinflamatórios não esteroidais	1	4,55
Rifampicina	Omeprazol	Moderada	Diminuição sérica do omeprazol	Evitar o uso concomitante de omeprazol com indutores da CYP2C19	1	4,55
Rifampicina	Dexametasona	Moderada	Diminuição sérica da dexametasona	Considerar aumento de dose da dexametasona e/ou monitorar de perto a redução da sua eficácia.	1	4,55
Diazepam	Tramal	Maior	Potencializar o efeito depressor do Sistema nervoso Central dos opióides	Evite o uso concomitante de agonistas opioides e benzodiazepínicos.Se combinados, limite as dosagens e a duração de cada droga ao mínimo possível enquanto alcança o efeito clínico desejado.	1	4,55
Diazepam	Metronidazol	Maior	Aumento do efeito tóxico do diazepam	Suspender ou monitorar o diazepam durante o uso concomitante com metronidazol	1	4,55
Diazepam	Morfina	Maior	Potencializar o efeito depressor do Sistema nervoso Central dos opióides	Evite o uso concomitante de agonistas opioides e benzodiazepínicos.Se combinados, limite as dosagens e a duração de cada droga ao mínimo possível enquanto alcança o efeito clínico desejado.	1	4,55
Captopril	Heparina	Moderada	A heparina pode potencializar o efeito hipercalémico do captopril	Monitorar a concentração do potássio	1	4,55
Captopril	Losartana	Moderada	Potencializar o efeito adverso/tóxico dos captopril aumentando a concentração sérica	monitoramento da pressão arterial, função renal e concentrações de potássio.	1	4,55
Clonazepam	Tramadol	Maior	Potencializar o efeito depressor do Sistema Nervoso Central dos Opioides.	Evite o uso concomitante de agonistas opioides e benzodiazepínicos.Se combinados, limite as dosagens e a duração de cada droga ao mínimo possível enquanto alcança o efeito clínico desejado.	1	4,55
Paracetamol	Codeína	Menor	Diminuir a absorção do paracetamol	Nenhuma ação é requerida	1	4,55
Escopolamina	Morfina	Maior	Potencialização do efeito depressor da morfina	Se possível, evitar uso concomitante ou diminuir dose de medicamentos. Monitorar respiração e sedação.	1	4,55
Cetoprofeno	Enoxaparina	Moderada	Potencialização do efeito anticoagulante da Enoxaparina.	Descontinuar cetoprofeno antes de iniciar enoxaparina. Monitorar sinais e sintomas de sangramento.	1	4,55
Fenobarbital	Dolutegravir	Maior	Diminuição sérica do dolutegravir	Evitar uso concomitante, porém se for inevitável considere aumentar a dose de dolutegravir para 100mg/dia	1	4,55
Zolpidem	Efavirenz	Maior	Aumento do efeito depressor do zolpidem	Evitar combinação, porém se for inevitável considere diminuir dose do zolpidem e monitorar depressão excessiva e/ou comprometimento psicomotor	1	4,55
Baclofeno	Bromoprida	Moderada	Aumento do efeito depressor do baclofeno	Monitorar possível aumento de sedação	2	9,09
Total					22	100

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O serviço de RM ainda não era realizado por farmacêuticos no HU, porém o entendiam como ferramenta importante de sistematização de procedimentos em busca de assistência farmacoterapêutica para pacientes polimedicados admitidos no HU.

O POP e fluxo de serviço elaborado foi aprovado pelas chefias do HU e publicado na intranet da instituição, mostrando-se uma ferramenta importante para acompanhamento de pacientes admitidos no HU. Além disso, mostrou-se exequível e prático na execução, sendo um serviço que pode ser executado sem complexidades. Estes documentos são passíveis de alteração nas próximas atualizações para aperfeiçoamento e ampliação do serviço.

Além da execução da clínica piloto, houve ampliação do serviço de RM para Clínica Médica, mencionada no diagnóstico situacional como uma unidade com demandas altas para execução do serviço. Isto enfatiza a facilidade de aplicação dos instrumentos produzidos.

Os benefícios clínicos ao paciente neste projeto se consolidaram através do aumento da segurança e efetividade terapêutica nas clínicas onde foram executados, identificando previamente possíveis PRM e principalmente, orientando os pacientes sobre sua farmacoterapia e importância de adesão ao tratamento.

Para instituição, além de contribuir para ampliação de atividades clínicas farmacêuticas, este projeto proporcionou conhecimento de medicamentos com demandas para inclusão no padrão hospitalar.

Como se trata de um projeto piloto, sugere-se que órgão administrador do HU aumente as condições necessárias (como preenchimento do quadro de farmacêuticos, até o momento desfalcado devido a afastamentos e exonerações, e adequação do AGHU para RM) para que os farmacêuticos incluam efetivamente a RM em suas rotinas e assim expandir para as unidades clínicas ainda não contempladas com o serviço.

REFERÊNCIAS

- ALFARO, E.R.L. *et al.* Selection of tools for reconciliation, compliance and appropriateness of treatment in patients with multiple chronic conditions. **Eur J Intern Med**, v. 23, n.6, p.506-512, 2012.
- AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS. ASHP statement on principles for including medications and pharmaceutical care in health care systems. **Am J Hosp Pharm**. V. 50, p. 756–7, 1993
- BARBOSA, A. V.; SZPAK1, D.S.; CHRISPIM, P.P. Reconciliação medicamentosa no pronto socorro- atuação do farmacêutico clínico. **Rev Bras Farm Hosp Sev Saude**, v.12, n.2, p. 1-6, 2021.
- BARROS, M.E.; ARAÚJO, I.G .Avaliação das Intervenções farmacêuticas em Unidade de Terapia intensiva de um hospital de ensino. **Rev. Bras de Farm Hosp Serv saúde**, v.12, n.3, p. 561, 2021
- BATISTA, A.V.A.; SANTOS V.R.C.; CARNEIRO, I. C. R. S. Cuidado farmacêutico em oncologia: Revisão integrativa da literatura. **Research, Society and Development**, v.14, n.1, p.1-14, 2021.
- BENETTI, J.L. *et al.* Interações medicamentosas potenciais em prescrições de pacientes da unidade de infectologia de um hospital universitário, **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.3, p.11118-11133, 2021.
- BENTES C. O. **Proposição de práticas de gerenciamento da rotina como auxílio ao controle e padronização do processo de contratação de serviços em uma siderúrgica**. 2016. 83 p. Monografia (Graduação em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Ouro Preto, Minas Gerais, 2016.
- BRASIL. Decreto-Lei n 20, de 14 de fevereiro de 2013. Procede à sétima alteração ao Decreto-Lei n.º 176/2006, de 30 de agosto, que estabelece o regime jurídico dos medicamentos de uso humano. **Diário Oficial da União**, Brasília – DF, 2013a.
- BRASIL. Portaria n.º. 529, de 1º de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2013b.
- BRASIL. Resolução n. 36 de 09 de julho de 2013. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2013c.
- BRASIL. Resolução nº585 de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília; 2013d.
- BRASIL. Portaria n.º. 2.095, de 24 de setembro de 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente. **Diário Oficial da União**, Brasília-DF, 2013e.
- BRASIL. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente/ Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Brasília, DF, 2014.
- BRENNAN, T.A. *et al.* Hospital characteristics associated with adverse events and substandard care. **JAMA**, v.265, n.24, p.3265-3269, 1991.

DIAS, D. *et al.* Evaluation of pharmaceutical clinical interventions in the icu of a public hospital of Santa Catarina. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saude**, v.9, n.3, p.1-5, 2019.

DORNELES, J.; SANTOS, C. O.; LIMA, L. H.; BLATT, C. R. Medication reconciliation in admission hospitalization: retrospective study. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saude**, v.11, n.2, p.397, 2020.

FERNANDES, M.C.P.; MATTOS, L.F.V.; BARBOSA, M.F. Conciliação Medicamentosa em Cuidados Paliativos Oncológicos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.67, n.4, p.1-7, 2021.

FILHO, F.R. *et al.* Evaluation of a drug reconciliation service in private hospital in Fortaleza-CE: quality indicators. **Rev Bras Farm Hosp Serv Saude**, v.12, p.556, 2021.

FONTOURA, A. **Importância do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa em um hospital de ensino**. Tese (Doutorado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de ciências farmacêuticas de Ribeirão Preto, São Paulo, 2021.

GAWANDE, A.A.; THOMAS, E.J.; ZINNER, M.J.; BRENNAN, T.A. The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. *Surgery*, v. 126, n.1, p.66-75, 1999.

GRAÇA, D.D.C.; JUNIOR, W.V.M.; JUNIOR, S.C.S. Construção e Avaliação de Instrumentos de Conciliação de Medicamentos para pacientes pediátricos. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v.9, n.4, p.1-10, 2018.

INSTITUTE OF MEDICINE (US) COMMITTEE ON QUALITY OF HEALTH CARE IN AMERICA, Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington (DC): **National Academies Press (US)**; 1999.

LOMBARDI, N.F. *et al.* Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. *Rev Lat Am Enfermagem*, v.15, n24, p.2760, 2016.

MAGALHÃES, G.F. **Conciliação medicamentosa em pacientes de um hospital Universitário**. Dissertação (mestrado em Assistência Farmacêutica)- Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2017.

MARQUES, L.F.G.; ROMANO-LIEBER, N.S. Segurança do paciente no uso de medicamentos após a alta hospitalar: estudo exploratório. **Saúde Soc**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1431-1444, 2014.

MATEUS, E.D. *et al.* Interação medicamentosa de antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção por HIV em adultos. **Brazilian Journal of Development**, v.8, n.5, p.41278-41320, 2022.

MOULLIN, J.C. *et al.* Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis. **BMC Health Serv Res**, v.16, p.439, 2016.

PILOTO, V.S. **O papel do farmacêutico hospitalar na conciliação medicamentosa**. Monografia (Graduação em Farmácia) – Faculdade de Educação e Meio Ambiente de Ariquemes, Rondônia, 2021.

- PIMENTA, P.A. *et al.* Conciliação de medicamentos em um hospital de ensino de Sergipe: lições aprendidas na implementação de um serviço. **Scientia Plena**, v.16, n.8, 2020.
- SANTOS, C.O. *et al.* Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de um sistema eletrônico. **Saúde debate**, v.43, n.121, p.368-377, 2019.
- SILVA, T.B.; ALVEZ-ZARPELON, S.P.; LAUREANO, J.V. Conciliação medicamentosa em uma unidade de internação de hospital público do Sul do Brasil. **Infarma**, v.33, p.158- 166, 2021.
- SILVA, W.P.C. *et al.* Adesão a terapia antirretroviral de pacientes ambulatoriais que convivem com HIV em um hospital Universitário. **Research, Society and Development**, v. 11, n.5, 2022.
- SILVESTRE, C.C.; JÚNIOR, D.L. Os três C's da conciliação de medicamentos: realidade e perspectivas. **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde**, v.9, n.1, p.1-2, 2018.
- SOUZA, L.B.S. *et al.* Importância do farmacêutico clínico no uso seguro e racional de medicamentos no âmbito hospitalar, **Pensar Acadêmico**, Manhuaçu, v. 16, n. 1, p. 109-124, 2018.
- SPALLA, L.R.; CASTILHO, S.R. Medication reconciliation as a strategy for preventing medication errors. **Braz. J. Pharm. Sci**, v.52, n.1, p.143-150, 2016.
- TAVARES, M.K. **Análise de conformidade do processo de conciliação medicamentosa em uma unidade de internação cirúrgica de um hospital universitário**. Trabalho de Conclusão (Residência Multidisciplinar). Universidade Federal de Santa Catarina, 2019.
- WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medication without harm: WHO global patient safety challenge. Geneva: WHO; 2017.

APÊNDICE A: QUESTIONÁRIO PARA DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DIRECIONADO A FARMACÊUTICOS CLÍNICOS

1) Farmácia clínica é atuante no HUIBB?

Sim

Não

2) A Farmácia Clínica possui condições estruturais (computador, cadeiras, material de escritório, acesso à internet) para realização do serviço de reconciliação de medicamentos?

Sim

Não

3) A farmácia apresenta espaço físico para atuação adequada da farmácia clínica?

Sim

Não

4) A Farmácia Clínica presta o serviço de Reconciliação de Medicamentos aos pacientes admitidos no HUIBB?

Sim

Não

5) A Farmácia Clínica possui recursos humanos para implantação do serviço de reconciliação medicamentos?

Sim

Não

6) Você vê necessidade de implantação do serviço de RM para garantir melhor atendimento aos pacientes admitidos?

Sim

Não

7) Clínica com melhor estrutura física para realização de serviço?

- Clínica Médica
- Unidade De Doenças Infecto Parasitárias (Udip)
- Pediatria
- Pneumologia
- Unacon
- CTI

8) A partir do perfil clínico de entrada dos pacientes no HU, na sua opinião, qual clínica tem maior demanda para implantação do serviço?

- Clínica Médica
- Unidade De Doenças Infecto Parasitárias (Udip)
- Pediatria
- Pneumologia
- Unacon
- CTI

9) Em quais clínicas funcionam o serviço de farmácia clínica?

- Clínica Médica
- Unidade De Doenças Infecto Parasitárias (Udip)
- Pediatria
- Pneumologia
- Unacon
- CTI

10) Qual setor tem menos rotatividade de farmacêuticos clínicos?

- Clínica Médica
- Unidade De Doenças Infecto Parasitárias (Udip)
- Pediatria
- Pneumologia
- Unacon
- CTI

11) Qual clínica há mais problemas relacionados a farmacoterapia?

- Clínica Médica
- Unidade De Doenças Infecto Parasitárias (Udip)
- Pediatria
- Pneumologia
- Unacon
- CTI

APÊNDICE B- PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) DO SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Tipo de Documento		NO.SGQVS.002– Página1/22	
Título do Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO DE SERVIÇO DE RECONCILIAÇÃO DE MEDICAMENTOS	Emissão: -	Próxima -
		Versão: 00	

1. OBJETIVO (S)

Conciliação Medicamentosa trata-se da obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada do histórico de medicamentos do paciente (Incluindo nome, dose, frequência, via de administração, entre outros) conciliando com a prescrição hospitalar realizada no momento da admissão do paciente. O serviço tem como objetivo reduzir erros de medicação para evitar potenciais riscos ao paciente (Conselho Federal de Farmácia, 2016; Filho et al., 2021)

Dessa forma, este documento tem como objetivos:

- Contribuir para a qualificação dos farmacêuticos do serviço na prática clínica da conciliação de medicamentos;
- Orientar o passo a passo da conciliação de forma que permita aos profissionais procurar, identificar, prevenir e resolver discrepâncias entre as prescrições no momento de admissão visando reduzir resultados negativos associados à terapia;
- Auxiliar na forma de abordagem do profissional farmacêutico ao paciente/cuidador;
- Diminuir Problemas relacionados a medicamentos para garantia de segurança do paciente.

2. DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

O reconciliação será executada em etapas

2.1 ETAPA I: CABEÇALHO INICIAL

2.1.1 Verificar a admissão dos pacientes na unidade através do censo diário no Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHUx);

2.1.2 Na parte inicial do instrumento de conciliação medicamentosa (ANEXO I) deverão ser

registrados dados do paciente como: nome, número de prontuário, idade, peso, gênero, data de admissão hospitalar, situação clínica, leito, diagnóstico e médico responsável. Essas informações deverão ser coletadas no prontuário eletrônico do paciente por meio do AGHU;

2.1.3 Verificar na clínica de internação, diretamente com a equipe de enfermagem ou médica se houve coleta de informações sobre os medicamentos de uso prévio do paciente/acompanhante e se há alguma informação no prontuário eletrônico ou físico evoluído pela equipe relatando essas informações;

2.1.4 Informações como histórico de uso de medicamentos, comorbidades prévias e existência de alergias a medicamentos deverão ser coletadas na visita beira leito diretamente com o paciente ou acompanhante caso este esteja impossibilitado de comunicação;

2.1. As informações coletadas pelo profissional farmacêutico deverão ser registradas no formulário de Conciliação de Medicamentos (ANEXO 1).

2.2 ETAPA II: FARMACOTERAPIA DE USO PRÉVIO

2.2.1 O farmacêutico clínico deverá realizar a visita beira leito em até 48 horas após a admissão do paciente para dar continuidade ao processo de conciliação medicamentosa;

2.2.2 A comunicação deverá ser adequada ao nível de entendimento do paciente ou cuidador para que haja fácil entendimento. Sendo assim, o farmacêutico deverá mobilizar suas habilidades comunicativas;

2.2.3 Com as informações coletadas no campo de “FARMACOTERAPIA DE USO PRÉVIO” deverá ser preenchido listando os medicamentos informados na entrevista bem como todas as informações possíveis quanto a dose, via, frequência de uso e indicação terapêutica, além de informações relativas a adesão do paciente a terapia;

2.2.4 Informações no campo “FONTE**”, que diz respeito a procedência da informação coletada (paciente, acompanhante, equipe de enfermagem ou médica) deverão ser inseridos em números como:

- (1) Quando coletada diretamente com o paciente;
- (2) Quando coletada diretamente com a equipe de enfermagem ou médica;
- (3) Quando coletada diretamente com o Responsável/acompanhante

Observação: Essas informações estão no rodapé do formulário de conciliação medicamentosa.

2.2.5 Se o medicamento estiver em posse do paciente/acompanhante esta informação deverá ser informada no campo “EM POSSE DO PACIENTE ou ENFERMAGEM”;

2.2.6 Os medicamentos de uso prévio que foram prescritos ou não, deverão ser sinalizados com “SIM ou NÃO” no campo “PRESCRITO NA ADMISSÃO”;

2.2.7 O próximo passo será identificar, classificar e subclassificar as discrepâncias caso elas existam. Estas poderão ser classificadas em:

- **INTENCIONAL:** Ocorre quando um medicamento é prescrito de forma diferente daquela que o paciente vinha utilizando, mas o prescritor o faz intencionalmente, por uma razão específica e de forma deliberada
- **INTENCIONAL NÃO DOCUMENTADA:** Ocorrem quando a prescrição de um medicamento é alterada no momento da admissão, porém o prescritor não relata no sistema ou prescrição/prontuário
- **NÃO INTENCIONAL:** Ocorrem quando a prescrição de um medicamento é alterada no momento da admissão, porém o prescritor o faz sem intenção, por exemplo, por descuido ou desconhecimento no momento da prescrição.

2.2.9 Após a classificação das discrepâncias, estas deverão ser subclassificadas de acordo com as situações descritas abaixo:

- (1) Omissão da informação pelo paciente/médico
- (2) Diferença de dose
- (3) Diferença de via de administração
- (4) Diferença de frequência de uso
- (5) Adição de medicamento não justificado
- (6) Duplicidade terapêutica
- (7) Suspensão do medicamento

Observação: Essas informações estão no rodapé do anexo I

2.9.10 O campo “INTENCIONAL, INTENCIONAL NÃO DOCUMENTADO e NÃO INTENCIONAL” deverá ser preenchido com os números das subclassificações;

Ex:

FARMACOTERAPIA DE USO CRÔNICO							ADMISSÃO			
Medicamento <small>(L)/forma farmacêutica</small>	Dose Mg/ml/gotas	via	Frequência de uso	indicação (patologia)	Fonte **	Em posse do paciente	Prescrito na admissão	Discrepâncias		
							Sim/não	Intencional	Intencional não documentada	Não intencional
NIFEDIPINO 20 MG	1 CMP	VO	8\8 HRS	CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL	*	SIM	NÃO			Omissão (1)

Observação 1: Quando o medicamento não estiver prescrito, deverá ser sinalizado para o prescritor para analisar a necessidade de inclusão na prescrição eletrônica no AGHU;

Observação 2: Se o medicamento de uso prévio tiver sido substituído por um medicamento padrão do hospital para obter a mesma finalidade terapêutica, após a classificação das discrepâncias no formulário, o farmacêutico clínico deverá informar ao paciente/acompanhante a necessidade de suspensão dos medicamentos vindo de casa até segunda ordem, evitando riscos de dose duplicada;

Observação 3: O paciente, após ser orientado, deverá assinar documento emitido pelo farmacêutico clínico que recebeu as orientações sobre a reconciliação.

2.3 ETAPA III: FARMACOTERAPIA DE USO HOSPITALAR

2.3.1 Os medicamentos prescritos na admissão deverão ser listado no campo “FARMACOTERAPIA DE USO HOSPITALAR”. A Consulta deverá ser feita na prescrição eletrônica do AGHU na data da admissão;

2.3.2 Deverá ser listado no campo “FARMACOTERAPIA DE USO HOSPITALAR” os medicamentos informados na entrevista bem como todas as informações possíveis quanto a dose, via, frequência de uso e indicação terapêutica;

2.3.3 As interações medicamentosas entre os medicamentos de uso prévio e de uso hospitalar deverão ser investigadas e sinalizadas com “SIM ou NÃO” no campo “INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA”;

2.3.4 As interações medicamentosas deverão ser analisadas e classificadas quanto ao seu risco baseado no UP TO DATE, base de informações médicas, baseada em evidências e está disponível na intranet no site: <http://intranet.chu-ufpa.br/>;

2.3.5 Em casos de identificação de incompatibilidades químicas ou de aprazamento, estas deverão também ser discutidas com a equipe de enfermagem;

2.3.6 Se houver necessidade ou não de intervenções farmacêuticas quanto a interações

medicamentosas, deverá ser sinalizado no campo “INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA” com “SIM ou NÃO”;

2.4 ETAPA IV: INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

2.4.1 Após a identificação das discrepâncias, interações medicamentosas entre os medicamentos de uso prévio e hospitalar o farmacêutico clínico deverá realizar sua intervenção ou esclarecimento de dúvidas diretamente com o prescritor;

2.4.2 Em casos onde não há identificação de discrepâncias, finalizar processo de conciliação;

2.4.3 Em casos onde há a identificação de discrepâncias estas deverão ser inseridas como forma de “revisão” no campo “IDENTIFICAÇÃO DE DISCREPÂNCIAS”

2.4.4 Sinalizar se houve ou não intervenção, se foi aceita ou não e quem foi o contactante em seus respectivos campos;

Observação: Em casos de intervenção direta com o paciente-acompanhante orientá-lo sobre a farmacoterapia e condutas a serem tomadas;

2.4.5 A reconciliação deverá ser informada no prontuário eletrônico do paciente no campo “ANAMNESE FARMACÊUTICA” no AGHU, através da evolução do farmacêutico com todas as orientações cabíveis. Uma cópia impressa deverá ser anexada no prontuário físico do paciente para finalizar o processo de reconciliação medicamentosa na admissão.

2.4.6

2.5 INDICADORES PARA SEGURANÇA NO USO DE MEDICAMENTOS

Nome do Indicador	Discrepâncias Relacionadas a medicamentos
Objetivo do Indicador	Monitorar a ocorrência de discrepâncias no processo de conciliação medicamentosa para garantir a segurança do paciente
Fórmula do indicador	$N. \text{ discrepâncias} \times 100 / N. \text{ Total de pacientes reconciliados}$
Periodicidade mínima de verificação	Mensal
Explicação da fórmula	Discrepâncias são as não conformidades encontradas após comparação da prescrição prévia e hospitalar, que deverão ser

	quantificadas, multiplicadas por cem (100) e divididas pelo número total de pacientes que foram reconciliados.
Fonte de Informação	Prescrição médica (eletrônica ou manual), visita beira-leito
Coleta de dados	A coleta de dados será feita no momento da conciliação medicamentosa e tabulada em planilha do Microsoft Excel pelo farmacêutico clínico
Observações	
Responsável	Farmácia Clínica

3 HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
01		

3. REFERÊNCIAS

GRAÇA D.D.C; JUNIOR W.V.M; JUNIOR S.C.S.G **Construção e avaliação de instrumentos de conciliação de medicamentos para pacientes pediátricos** Rev. Bras. Farm. Hosp. Sev. Saúde 2018;9(4):e094.005

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF) Serviços Farmacêuticos Diretamente Destinados Ao Paciente, A Família E A Comunidade. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf

FILHO F.R, FIRMINO P.Y, FREIRE N.M **Avaliação De Um Serviço De Reconciliação Medicamentosa Em Um Hospital Privado De Fortaleza-Ce: Indicadores de Qualidade** Revista Brasileira De Farmácia Hospitalar E Serviços De Saúde, 2021.

Elaboradores Ademar Soares Melo- Chefe do Setor de Farmácia Clínica- Weilla Patrícia Cordeiro Silva- Farmacêutica; Ed Carlos Carneiro Furtado- Farmacêutico; Fábio Roberto - Farmacêutico	Data: / /
Validação Nome/Cargo*	Data: / /

APENDICE C: FORMULÁRIO DE COLETA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.XXX.000 – Página 7/9	
Título do Documento	CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	Emissão:	Próxima Revisão: 00
		Versão:00	

Paciente: _____ Mat: _____ Diagnóstico De Base: _____ Clínica-Leito: _____
 Idade: _____ Peso: _____ Parentesco Do Entrevistado: _____ Médico Responsável: _____ () _____ - _____
 Internação: / / Conciliação: / / Histórico De Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____ Comorbidade prévia: _____

1. Farmacoterapia uso prévio

FARMACOTERAPIA DE USO PRÉVIO							ADMISSÃO			
Medicamento []/forma farmacêutica	Dose mg/mL/ gotas	via	Frequência de uso	Indicação (patologia)	Fonte *	Em posse do paciente/ enfermagem	Prescrito na admissão	Discrepâncias**		
							Sim/não	Intencional	Intencional não documentada	Não intencional

*fonte: (1) Paciente (2) Médico (3) Responsável/acompanhante



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO



Tipo de Documento	PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO	POP.XXX.000 – Página 9/9	
Título do Documento	CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	Emissão:	Próxima Revisão: 00
		Versão:00	

INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA

Identificação de discrepâncias? Sim Não. Qual (is) _____

Intervenção Realizada: Sim Não **Contactado:** Médico ()Enfermeiro ()Paciente/Acompanhante

Intervenção Aceita: Sim Não, Caso não, qual motivo? _____

Reconciliação farmacêutica (AGHU): Sim Não

Admissão do paciente: / / **hora:** **Conciliação:** / / **hora**

FARMACÊUTICO

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

DISCREPÂNCIA INTENCIONAL	DISCREPÂNCIA INTENCIONAL NÃO DOCUMENTADA	DISCREPÂNCIA NÃO INTENCIONAL
ocorre quando um medicamento é prescrito de forma diferente daquela que o paciente vinha utilizando, mas o prescritor o faz intencionalmente, por uma razão específica e de forma deliberada	Ocorrem quando a prescrição de um medicamento é alterada no momento da admissão, porém o prescritor não relata no sistema ou prescrição/prontuário	ocorrem quando a prescrição de um medicamento é alterada no momento da admissão, porém o prescritor o faz sem intenção, por exemplo, por descuido ou desconhecimento no momento da prescrição.
CLASSIFICAÇÃO		
Omissão (1) Diferença de dose (2) Diferença de via (3) diferença de frequência de uso (4) Adição de medicamento não justificado (5) duplicidade terapêutica (6) Interação medicamentosa (7)		

ANEXO: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: IMPLANTAÇÃO DE UM PROTOCOLO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO EM BELÉM-PA

Pesquisador: JOSÉ EDUARDO GOMES ARRUDA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 54433821.6.3001.0017

Instituição Proponente: Hospital Universitário João de Barros Barreto - UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.514.393

Apresentação do Projeto:

Estudo com abordagem observacional, descritivo e prospectivo. Será criado a partir da elaboração de um protocolo. Será ter como plano piloto a Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias de HUIBB. O processo de conciliação medicamentosa deverá estar alinhado com o paciente e/ou familiar, além da equipe multiprofissional hospitalar para as devidas orientações.

Objetivo da Pesquisa:

#Objetivo Primário

Implantar um protocolo de conciliação medicamentosa em um Hospital Universitário em Belém-PA

#Objetivo Secundário:

Elaborar formulários para coleta de informações dos pacientes; Verificar os possíveis problemas relacionados à medicação (PRMs); Realizar a conciliação medicamentosa em pacientes; Elaborar Procedimento Operacional Padrão (POP) para implantação do serviço.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As pesquisadoras asseguram o sigilo de identidade e dados coletados destinar-se exclusivamente a este estudo.

Os benefícios serão em contribuir a segurança do paciente em relação a terapia medicamentos, redução de custos hospitalares e otimização da farmacoterapia do paciente.

Endereço: RUA DOS MUNDURUCUS, 4487

Bairro: GUAMA

CEP: 66.073-005

UF: PA

Município: BELEM

Telefone: (91)3201-6754

E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

UFPA - HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO JOÃO DE
BARROS BARRETO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARÁ



Continuação do Parecer: 5.514.393

Outros	Patricia_Cordeiro_Silva.pdf	08:52:25	CORDEIRO SILVA	Aceito
Outros	Curriculo_do_Sistema_Lattes_Jose_Eduardo_Gomes_Aruda.pdf	29/11/2021 08:51:56	WEILLA PATRICIA CORDEIRO SILVA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 07 de Julho de 2022

Assinado por:
Kátia Regina Silva da Fonseca
(Coordenador(a))