



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM FARMÁCIA**

**ANDREZZA ARAÚJO DO NASCIMENTO**

**AVALIAÇÃO DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

**João Pessoa - PB**

**2017**

**ANDREZZA ARAÚJO DO NASCIMENTO**

**AVALIAÇÃO DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Ciências Farmacêuticas da UFPB, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Farmácia pela Universidade Federal da Paraíba.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Luciana Lucena Aranha de Macêdo

**Co-orientadora:** Rosa Águida Donosôra de Melo Souto

**João Pessoa - PB**

**2017**

N118a Nascimento, Andrezza Araújo do.

Avaliação da conciliação medicamentosa em um hospital universitário / Andrezza Araújo do Nascimento. - - João Pessoa, 2017.

64f.: il. -

Orientadora: Luciana Lucena Aranha de Macêdo.

Co-orientadora : Rosa Águida Donosôra de Melo Souto

Monografia (Graduação) – UFPB/CCS.

1. Conciliação medicamentosa. 2. Segurança do usuário.  
3. Farmácia clínica.

ANDREZZA ARAÚJO DO NASCIMENTO

AVALIAÇÃO DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Departamento de  
Ciências Farmacêuticas da UFPB,  
como requisito parcial para obtenção  
do título de Bacharel em Farmácia  
pela Universidade Federal da Paraíba.

Trabalho de Conclusão de Curso aprovado em 24/11/12



Prof. Dr. Luciana Luena Aranha de Macedo  
Orientadora - UFPB



Rosa Aguiar Donosôra de Melo Souto  
Co-orientadora - HULW



Prof. Dr. Celso Roque da Silva Dias  
Examinadora



Gilayne Azevedo de Campos Alves  
Examinadora

## DEDICATÓRIA

Dedico meu trabalho a DEUS, pelo cuidado que sempre teve comigo; a minha TITIA OLINDINA, em especial, pelo amor de mãe que tem por mim; aos meus primos/irmãos WESCLE e WENDEL pela fraternidade, carinho e proteção; ao meu anjo JOSECLEITON (*in memoriam*) por seu apoio, cuidado e proteção; aos integrantes da minha TURMA DE FARMÁCIA 2012.2, companheiros dessa caminhada; aos meus irmãos do CÍRCULO AMARÉELO do EJC-PMJP, em especial aos meus pais de círculo por nunca desistirem do seu “sim” e aos demais AMIGOS, sem citar nomes, que João Pessoa me presenteou.

## AGRADECIMENTOS

É chegado o tão esperado momento, o momento da defesa da monografia e com ele o filme de 5 anos de graduação inevitavelmente passa em minha mente. Muitos foram os desafios, nos quais, embora nem sempre acompanhados de vitórias, podemos contar com pessoas especiais ao nosso lado, sem as quais, a vitória de hoje não seria possível!

Obrigada MEU SENHOR, meu Deus, seu amor e cuidado por mim ainda me surpreendem! Não sou digna do seu sacrifício, Pai, mas mesmo eu sendo uma filha tão trabalhosa e distante sempre percebo sua “mão” cuidando de tudo, no tempo certo, na hora certa! Obrigada por sempre me ouvir, pela força que me dá nos momentos em que mais preciso, pelo controle e discernimento nas minhas decisões, pela proteção, pelos livramentos - os quais muitos eu sei que nem tomo conhecimento – obrigada por ser meu guia e minha maior e mais bela companhia em todos os momentos.

Da mesma forma, agradeço a MINHA MÃEZINHA MARIA, por sempre está pronta a me ouvir e a interceder por mim! Meu amor de filha e minha fé em ti são inexplicáveis!

Agradeço, de maneira muito especial, a MINHA TITIA OLINDINA, por ter sido essa tia tão invejada por muitos! Se eu consegui, foi pela senhora! Nunca esquecerei do seu amparo no momento em que eu mais precisei! Obrigada titia, por seu amor, por seu cuidado, por seus ouvidos, por seus conselhos! Obrigada por ser minha tia, madrinha, mãe e amiga, mas principalmente, obrigada por me deixar ser mais que uma sobrinha ou uma afilhada, obrigada por me deixar ser sua filha, sua nega! TE AMO!

Agradeço a MEUS PRIMOS/IRMÃOS, WESCLE E WENDEL, pelo cuidado, proteção, preocupação, conselhos e respeito que sempre tiveram comigo, a isso chamo de fraternidade, sou grata por ter vocês e por vocês terem me acolhido na família como irmã.

Não posso esquecer aquele que apoiou minha decisão de vim para João Pessoa desde o primeiro momento e que, mesmo com o coração apertado de saudade, fez minha mudança: JOSECLEITON (*in memoriam*) meu anjo, hoje eu sei que um dos seus propósitos aqui na terra era me colocar no meu caminho para que eu seguisse com minhas próprias pernas.. obrigada por toda sua proteção mesmo de longe, por todos seus ensinamentos, por toda luz e felicidade que me proporcionou!

Fica aqui registrado também, meu obrigada a minha mãe FÁTIMA pois, apesar dos empases da vida, sou quem sou e estou onde estou por ela.

Agradeço a instituição federal, aos professores, mestres e educadores para a vida pela escolha de ser canal de conhecimento para novos profissionais, em especial agradeço a minha orientadora PROF<sup>a</sup> LUCIANA e a co-orientadora a farmacêutica ROSA ÁGUIDA pelo apoio e empenho na produção dessa monografia, e também a banca avaliadora PROF<sup>a</sup> CELIDARQUE e a Farmacêutica GISLAYNE por aceitarem o convite a agregar ainda mais valor a esse trabalho.

Agradeço também aos amigos que estiveram comigo ao longo dessa caminhada:

JACKSON, meu irmão, nossa irmandade é daquelas ligações que a gente sente que foi sob o agir de Deus, você esteve comigo em muitos momentos e

principalmente no segundo momento mais difícil de minha vida. Obrigada por ser para mim daqueles poucos amigos da vida que a gente sabe que pode contar! (#Recíproco) Amo você e sua família, que tenho como minha aqui na Paraíba!

AKISHIGUE, meu amigoo, que bom saber que tenho você, que posso contar com você! Você sabe o quão fundamental você foi (e é) em minha vida aqui em João Pessoa! Agradeço que você tenha permitido ser um dos nomes que me vem a cabeça quando eu preciso! A segurança da nossa amizade, das nossas confidências, do seu cuidado, dos seus conselhos é algo raro e grandioso! Muito obrigada!

Minha amiga/irmã RAYCINA, você é outra amiga que eu também sinto que foi a mão de Deus que nos apresentou! Compartilhamos muito mais que contas, compartilhamos segredos, histórias, conselhos, vitórias, derrotas, lágrimas e sorrisos, compartilhamos parceria - que falta você me faz, minha caçula – o 202 não é o mesmo sem você! Obrigada pelos 2 anos inesquecíveis e, principalmente, obrigada por vivenciar comigo uma irmandade! Te desejo tudo de melhor e lembre que você poderá sempre contar comigo! Quero sua amizade pra vida!

Obrigada meus amigos de fisioterapia LUANA, JEAN, LARISSA e, de uma maneira especial, CYNTHIA, por ter me feito enxergar a dimensão do amor de Deus por mim naquele EJC de 2015! Então, aproveito para agradecer também aos meus IRMÃOS DE CÍRCULO e, principalmente AOS PAIS DA FAMÍLIA AMARÉELO! Como é maravilhoso sentir que posso contar com cada um de vocês!

Agradeço também a pessoas especiais que a PMJP me apresentou minha mamys TAMMYS e minhas irmãs TÁCIA E TACIANA, e também aquelas que João Pessoa me presenteou com o sentimento do verdadeiro significado de amizade: minhas amigas do Bonde Arriba (VIVI, RENATINHA, TATI, MARIS, MAY, STELINHA, TACI), vocês são indescritíveis! Amo cada uma com suas respectivas particularidades!

WALTINHO, lindo, obrigada pela paciência, apoio e prestatividade sempre comigo! Te adoro! Torço, da maneira mais sincera, por suas vitórias e desejo que você seja muito feliz! És um menino de ouro, mereces o melhor!

Não poderia esquecer de registrar aqui, meus agradecimentos eternos aqueles com os quais dividi minha experiência inesquecível do ERIP (ÍTALO, ADRINE E LUCAS), 3 semanas marcadas de muita história! Não quero nem imaginar se minha equipe fosse outra! Obrigada pela paciência comigo e, principalmente, tornar aquela “tortura” mais amena.

Por fim, agradeço também, aqueles com os quais dividi meu dia-a-dia de vida acadêmica, a minha turma de farmácia, em especial a JORDÉLIA por teu carinho de mãe, a NAMÍBIA por sempre está disposta a me ouvir, me orientar e sempre ter uma palavra de conforto e abençoada por Deus, a RÉGIS, meu irmão do sertão, por sempre está disposto a ajudar a todos, a RODRIGO pelo laço de parceria, admiração e torcida recíproca que construímos, as meninas do GRUPINHO (BIA, VAL, THAY, NAY, PRETINHA, ALZY) por serem tão lindas e amigas em todos os momentos, cada uma com sua particularidade, aos integrantes da minha comissão PABLO E TAFINHA pelo trabalho, empenho, respeito e prestatividade, e TODOS OS OUTROS DA MINHA FARMUNDIÇA, tinha que ser vocês!

Que graça tem uma vitória se não tivermos com quem comemorar?!

**MUITO OBRIGADA!**

“Mas não precisamos saber pra onde vamos, nós só precisamos ir”  
(Humberto Gessinger)

## RESUMO

A farmácia clínica proporcionou a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, levando a prática da atenção farmacêutica com a atuação do profissional de forma mais efetiva na assistência ao paciente, sob a responsabilidade terapêutica farmacológica, visando um tratamento seguro e eficaz. A proposta de conciliação medicamentosa tem por finalidade evitar ou minimizar acidentes com medicamentos sejam do tipo reações adversas ou erros de medicação, no intuito de melhorar a qualidade de vida do paciente. Assim, o objetivo do presente estudo é avaliar a conciliação medicamentosa, realizada pela farmácia clínica, no setor da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da cidade de João Pessoa. Trata-se de um estudo do tipo transversal e quantitativo, documental, de caráter repectivo e prospectivo, realizado com os usuários com até 48 horas de admissão na unidade da clínica médica do hospital conciliados pelo farmacêutico clínico entre os meses de abril de 2016 a março de 2017. Os dados foram coletados por meio da análise da ficha de anamnese farmacêutica inicial do paciente, da ficha de evolução farmacêutica diária e da ficha de intervenções farmacêuticas, e em seguida analisados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Science*) versão 23.0 mediante análise descritiva, utilizando frequências, médias e desvio padrão. Houve uma distribuição homogênea quanto aos 1008 usuários conciliados, com uma predominância em idosos (33,8%); em usuários não tabagistas (84,2%), não etilistas (81,8%) e não alérgicos a medicamentos (84,4%), sendo a dipirona o medicamento de mais alergenicidade (31,4%). A maioria dos usuários apresentou no mínimo uma comorbidade (73%), cujas principais delas foram hipertensão arterial (26,1%), seguida do diabetes (17,6%) e enfermidades do coração (10,4%). 32,5 % dos usuários eram polifarmácia, mas somente 22,6% apresentou internação nos últimos 90 dias, 90,9% dos usuários eram oriundos das suas próprias casas. Houve discrepância medicamentosa em 67,5% das fichas analisadas, dessas 13,4% eram não intencionais e geraram intervenções farmacêuticas, aceitas em 92,6% dos casos. O estudo permite demonstrar a importância do farmacêutico clínico no âmbito hospitalar, refletindo na segurança e eficácia farmacoterapêutica visando a saúde do usuário, prevenção de eventos adversos e a diminuição de gastos no tratamento.

**Palavras-chaves:** Conciliação medicamentosa; segurança do usuário; farmácia clínica.

## ABSTRACT

The clinical pharmacy provided the approach of the pharmacist to the patient and the health team, taking the practice of pharmaceutical care with the professional's performance in a more effective way in patient care under the therapeutic responsibility of pharmacology, aiming for a safe and effective treatment. The purpose of the medication conciliation proposal is to avoid or minimize accidents with medications such as adverse reactions or medication errors, in order to improve the quality of life of the patient. Thus, the objective of the present study is to evaluate the medication conciliation performed by the clinical pharmacy in the medical clinic sector of the Lauro Wanderley University Hospital in the city of João Pessoa. This is a cross-sectional and quantitative, documentary, retrospective and prospective study conducted with users with up to 48 hours of admission to the hospital's clinic unit reconciled by the clinical pharmacist from April 2016 to March of 2017. The data were collected by means of the analysis of the patient's initial pharmaceutical history record, the daily pharmacy evolution chart and the pharmaceutical intervention sheet, and then analyzed by the statistical program SPSS (Statistical Program for Social Science) version 23.0 using descriptive analysis, using frequencies, means and standard deviation. There was a homogeneous distribution among the 1008 reconciled users, with a predominance among the elderly (33.8%); in non-smokers (84.2%), no alcoholists (81.8%) and non-allergic to drugs (84.4%), with dipyrone being the most allergenic drug (31.4%). The majority of the patients presented at least one comorbidity (73%), whose main ones were hypertension (26.1%), followed by diabetes (17.6%) and heart disease (10.4%). 32.5% of the users were polypharmacy, but only 22.6% presented hospitalization in the last 90 days, 90.9% of the users came from their own homes. There was a drug discrepancy in 67.5% of the files analyzed, of which 13.4% were unintentional and generated pharmaceutical interventions, accepted in 92.6% of the cases. The study allows to demonstrate the importance of the clinical pharmacist in the hospital environment, reflecting on pharmacotherapeutic safety and effectiveness aiming at the health of the user, prevention of adverse events and reduction of treatment expenses.

**Key-words:** Conciliation medication; user security; clinical pharmacy.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do procedimento operacional padrão de conciliação medicamentosa do Hospital Universitário Lauro Wanderley.....	29
Figura 2: Fachada do Hospital Universitário Lauro Wanderley.....	30

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição quanto ao gênero e faixa etária dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 a março de 2017. João Pessoa-PB.....	33
Tabela 2: Distribuição quanto à prática do tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e presença de comorbidades dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa-PB.....	35
Tabela 3: Distribuição quanto à presença de alergia medicamentosa nos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.....	37
Tabela 4: Distribuição em relação à internação nos últimos 90 dias dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.....	38
Tabela 5: Distribuição quanto à origem de admissão dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.....	39
Tabela 6: Distribuição quanto ao número de medicamentos conciliados, a presença e classificação de discrepâncias medicamentosas nos usuários internos na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa-PB.....	40

## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1: Distribuição dos tipos de comorbidades mais frequentemente encontradas nos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.....36
- Gráfico 2: Distribuição dos medicamentos alergênicos mais frequentemente encontrados nos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.....38
- Gráfico 3: Distribuição dos medicamentos envolvidos nas discrepâncias não intencionais encontradas a partir da análise das fichas de anamnese farmacêutica inicial dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.....44
- Gráfico 4: Distribuição quanto às intervenções farmacêuticas realizadas dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 a março de 2017. João Pessoa – PB.....45

## LISTA DE ABREVIATURAS

ASHP - American Society Of Healthy-System Pharmacists

CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CEP – Comitê de Ética e Pesquisa

DP – Desvio Padrão

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EUA – Estados Unidos da América

GM/MS – Gabinete do Ministro/ Ministério da Saúde

HULW – Hospital Universitário Lauro Wanderley

IHI – *Institute for Healthcare Improvement*

JCAHO – *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSP – Programa Nacional de Segurança do Paciente

PRM – Problemas Relacionados a Medicamentos

RDC/Anvisa – Resolução da Diretoria Colegiada/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária

SPSS – *Statistical Program for Social Science*

UFPB – Universidade Federal da Paraíba

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	18
2.1 Objetivo geral.....	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
<b>3. REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
3.1 Atuação do Farmacêutico Clínico no Hospital.....	19
3.2 Erros de Medicação.....	21
3.3 Conciliação Medicamentosa.....	24
3.3.1 Conciliação Medicamentosa no Hospital Lauro Wanderley .....	27
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	30
4.1. Desenho e duração do estudo.....	30
4.2. Local de estudo.....	30
4.3. População-Alvo.....	31
4.4. Critérios de inclusão e exclusão.....	31
4.5. Coleta de dados.....	31
4.6. Método de análise.....	32
4.7. Questões éticas.....	32
<b>5. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	33
5.1. Características demográficas dos usuários do serviço.....	33
5.2. Estilo de vida relacionado à saúde e aspectos clínicos dos usuários.....	34
5.3. Características relacionadas à origem dos usuários.....	39
5.4. Análise da Conciliação Medicamentosa.....	40
<b>6. INFERÊNCIAS</b> .....	47
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	48
<b>8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	49
<b>9. ANEXOS</b> .....	56
ANEXO I - Ficha de Anamnese Farmacêutica Inicial do Paciente.....	56
ANEXO II - Ficha de Intervenção Farmacêutica.....	57
ANEXO III -. Ficha de Evolução Farmacêutica Diária.....	58
ANEXO IV - Parecer de Aprovação da Pesquisa.....	59
ANEXO V -. Termo de Responsabilidade de Medicamento do Próprio Paciente.....	64

## 1. INTRODUÇÃO

Gouveia (1999) enfatiza que no início do século XX, o farmacêutico era considerado o profissional de referência quanto a medicamento, exercendo papel fundamental em todas as fases do ciclo do medicamento. Neste período, além da posse e dispensação do medicamento, ele era responsável pela elaboração de todo o arsenal, disponível à população, daquela época.

Entretanto, com o crescimento da indústria farmacêutica e a diversificação do campo de atuação do profissional farmacêutico, houve um distanciamento deste profissional da área de medicamentos descaracterizando a farmácia, reduzindo a ação do farmacêutico a uma simples venda de medicamentos industrializados (HEPLER e GRAINGER-ROUSSEAU, 1995; GOUVEIA, 1999).

Para Pereira e Freitas (2008), a insatisfação provocada por esta condição resultou, na década de 1960, em um movimento de reflexão de estudantes e professores da Universidade de São Francisco (EUA) o qual resultou no surgimento da “Farmácia Clínica”. Segundo Menezes (2000) esta nova atividade tinha por objetivo a aproximação do farmacêutico ao paciente e à equipe de saúde, proporcionando o desenvolvimento de habilidades relacionadas à farmacoterapia dos medicamentos.

Hepler e Strand (1990) sugerem na década de 90, uma nova atividade profissional ao farmacêutico denominado de *Pharmaceutica Care*, no intuito de reduzir a morbidade e mortalidade relacionada aos medicamentos. Este novo exercício foi traduzido como Atenção Farmacêutica, em português e sua definição baseia-se na dispensa responsável da terapêutica farmacológica objetivando alcançar resultados que contribuam para a melhoria da qualidade de vida do doente.

De acordo com Organização Pan-Americana da Saúde (2002), na atenção farmacêutica, o farmacêutico passa a atuar de forma mais efetiva na assistência ao paciente. Responsabilizando-se pela necessidade, segurança e efetividade da farmacoterapia do paciente. Isto é alcançado mediante a identificação, resolução e prevenção dos problemas relacionados com medicamentos. Wannmacher (2012) afirma que ao receber o medicamento indicado, na dose certa, por um período de tempo adequado, a baixo custo para o paciente é o que se denominou de uso racional de medicamentos, e que contribui para integralidade do cuidado à saúde.

Para Storpirtis *et al.* (2008) a implementação de práticas farmacêuticas nesse

modelo de assistência deve ser o principal objetivo para uma farmacoterapia adequada e capaz de melhorar a saúde e a qualidade de vida dos pacientes.

Erros de medicação são definidos como qualquer evento que pode levar ao uso inapropriado de um medicamento podendo, ou não, causar dano ao paciente. São considerados como um tipo de evento adverso que pode ocasionar importantes agravos à saúde dos pacientes além de relevantes repercussões econômicas e sociais. (ANACLETO, 2010)

Nesse aspecto, são ocorrências comuns que podem assumir dimensões clinicamente significativas e impor custos relevantes ao sistema de saúde, desta forma sua ocorrência impacta diretamente na segurança do paciente. (LINDENMEYER *et al*, 2013)

Segundo Moriel *et al.* (2008) a conciliação representa uma estratégia capaz de reduzir erros de medicação, riscos potenciais ao paciente, e gastos no atendimento. Diversas instituições como o *Institute for Healthcare Improvement's* (IHI), a *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), consideram a conciliação medicamentosa como objetivo principal e, portanto, estimulam a prática de campanhas associadas a recomendações de estratégias para implementação e avaliação de programas de conciliação, visando promover o uso seguro e racional de medicamentos (OMS, 2004; SCHNIPPER *et al.*, 2006; PHARMACISTS ASoH-S, 2006).

Conforme Altuna *et al.* (2009) nesse aspecto, a conciliação é uma forma que permite trazer os cuidados da atenção farmacêutica para o processo de admissão, transferência entre os pontos de assistência e a alta hospitalar, o ponto mais complexo na transição de cuidados e que deve ser planejado de maneira a não haver fragmentação da atenção à saúde. A fim de evitar reinternações e assegurar que os tratamentos e cuidados continuem em outros níveis assistenciais é necessário que a alta hospitalar seja planejada, fornecendo informações aos pacientes, familiares e cuidadores, e para isso farmacêuticos clínicos contribuem significativamente para obtenção de resultados clínicos positivos.

Nessa perspectiva, sabendo que o farmacêutico possui extrema importância e responsabilidade na evolução de um paciente, o presente trabalho visa avaliar a conciliação medicamentosa destacando a importância da atuação do profissional farmacêutico nesse processo no âmbito hospitalar dos pacientes admitidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley do município de João Pessoa/PB.

## 2. OBJETIVOS

### 2.1 Objetivo Geral

Avaliar a conciliação medicamentosa, realizada pela unidade da farmácia clínica no setor da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley da cidade de João Pessoa, visando promover o uso seguro e racional dos medicamentos e prevenir possíveis erros de medicação, contribuindo para uma melhor assistência ao usuário.

### 2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Avaliar o perfil dos usuários internos no setor da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley;
- ✓ Descrever a conciliação de medicamentos realizada com os usuários internos no setor da clínica médica, do Hospital Universitário Lauro Wanderley, onde atua a farmácia clínica;
- ✓ Quantificar e classificar as discrepâncias encontradas entre os medicamentos prescritos;
- ✓ Quantificar o número de medicamentos conciliados;
- ✓ Quantificar as intervenções aceitas.

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. Atuação do Farmacêutico Clínico no Hospital

Segundo a OMS (1994), a Associação Americana de Faculdades de Farmácia define farmácia clínica como “a área dentro do currículo de farmácia que trata da atenção ao paciente com ênfase no tratamento medicamentoso, buscando o desenvolvimento de uma atitude orientada ao paciente”. Já a Associação Americana dos Farmacêuticos Hospitalares define sendo “ciência da saúde, cuja responsabilidade é assegurar, mediante a aplicação de conhecimentos e funções relacionados com o cuidado aos pacientes, que o uso de medicamentos seja seguro e apropriado e que necessita de uma educação especializada e/ou um treinamento estruturado”, e a Sociedade Européia de Farmácia Clínica descreve como: “uma especialidade da área da saúde, que coloca a atividade e o serviço do farmacêutico clínico para desenvolver e promover o uso racional e apropriado dos medicamentos e seus derivados”.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (2002), foram definidos os componentes da prática profissional para o exercício da atenção farmacêutica, tais como: educação em saúde (promoção do uso racional de medicamentos), orientação farmacêutica, distribuição de medicamentos, atendimento farmacêutico, acompanhamento farmacoterapêutico e registro sistemático das atividades.

Para Hepler e Strand (1990), a atenção farmacêutica é uma prática exclusiva do profissional farmacêutico dentro da assistência farmacêutica e que permite a interação do farmacêutico com o paciente, objetivando atender suas necessidades relacionadas aos medicamentos, o que segundo Pereira e Freitas (2008), afirmam facilitar um melhor acompanhamento dos pacientes, controlar a farmacoterapia, além de prevenir, identificar e solucionar problemas que possam surgir durante esse processo.

Storpirtis *et al.* (2008) afirma que a maioria das definições de farmácia clínica destacam o caráter multiprofissional para sua execução, colocando o paciente como objetivo primordial e o medicamento como um instrumento utilizado em benefício do paciente. A atividade clínica ou especializada exercida pela farmácia clínica gera um

importante efeito no controle das infecções hospitalares, no uso racional de medicamentos e na prevenção de erros de medicação. Visto a importância e a necessidade de os farmacêuticos hospitalares incluírem, entre as suas responsabilidades, a atuação frente ao uso seguro de medicamentos no hospital, o farmacêutico passou a ter maior atuação nas áreas de atenção ao paciente, incluindo componentes clínicos em seus serviços e tornando necessária sua preparação para integrar a equipe multidisciplinar de atendimento ao paciente para o exercício mais direcionado da farmácia clínica. Sendo assim, na atualidade, a farmácia hospitalar e a farmácia clínica caminham juntas com os objetivos comuns que passam a ser clínico-assistencial.

Segundo Kaboli *et al.* (2006), em revisão sobre as atividades clínicas desenvolvidas por farmacêuticos em hospitais, obteve-se que o farmacêutico é um componente fundamental na equipe de saúde, pois a prática de atividades clínicas com pacientes internos melhora a qualidade, segurança, e eficácia no atendimento em saúde, sendo observada também a associação dos serviços hospitalares da farmácia clínica com melhoras no que diz respeito à mortalidade, custos com medicamentos, atendimento e tempo de internação.

Para Ferracini (2010), embora em outros países a atividade do farmacêutico clínico já esteja bem consolidada, onde unidades farmacêuticas hospitalares participam ativamente junto à equipe de saúde multiprofissionais, ou servindo como consultores nas visitas clínicas, ou melhorando e informando os pacientes sobre seu regime terapêutico e fiscalizando os problemas relacionados aos seus medicamentos (PRM), essa atividade ainda é pouco difundida em nosso país, ficando restrita aos grandes centros urbanos e principalmente em hospitais ligados a universidades e instituições que tenham certificações de qualidade. No Brasil, a farmácia clínica foi implantada no final da década de 70 na cidade de Natal-RN, no então Hospital das Clínicas, hoje, Hospital Universitário Onofre Lopes, pertencente à Universidade Federal do Rio Grande do Norte (BRANDÃO, 2014).

O Conselho Federal de Farmácia, no ano de 2013, editou a resolução nº585 que regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico, evidenciando como papel do farmacêutico clínico: desempenhar a promoção do uso racional de medicamentos, garantir ao paciente uma farmacoterapia adequada, com resultados terapêuticos definidos, minimizar os riscos de resultados desfavoráveis da terapia medicamentos e diminuir custos. Além de revisar as prescrições médicas, que é uma

atividade extremamente importante, por permitir a identificação, a resolução e a prevenção do surgimento de problemas relacionados aos seus medicamentos (PRM) e desfechos negativos associados à farmacoterapia. (FERRACINI, 2010).

### 3.2 Erros de Medicação

Segundo a American Society Of Healthy-System Pharmacists - ASHP (1998), acidentes com medicamentos são todos os incidentes, problemas ou insucessos, inesperados ou previsíveis, produzidos ou não por erro, consequência ou não de imperícia, imprudência ou negligência, que ocorrem durante o processo de utilização dos medicamentos. São, pois, todos os “eventos adversos” relacionados a medicamentos, os quais, por sua vez, se dividem em “reações adversas” e “erros de medicação”. A reação adversa a medicamento é considerada como um evento inevitável, ainda que se conheça a sua possibilidade de ocorrência, enquanto os erros de medicação são, por definição, preveníveis.

Para Carvalho (2000), os erros de medicação representam uma triste realidade no trabalho dos profissionais da área de saúde, podendo levar a sérias consequências para pacientes e para organização hospitalar.

Esse assunto enfoca, principalmente, os profissionais da enfermagem por realizarem a administração, propriamente dita, do medicamento. Não são raras as práticas da punição, suspensão e demissão, ou seja, a culpa recai no indivíduo que cometeu ou que não percebeu um erro já iniciado (BUENO *et al.* 1998. CASSIANI, 2000). Conforme Miasso (2006), nem sempre a enfermagem consegue atuar enquanto barreira para os erros de medicação e, por atuar na última etapa do sistema de medicação, que consiste na administração propriamente dita do medicamento, geralmente assume o ônus de muitos erros cometidos no início ou no meio do sistema e que não são detectados.

Em um relato de pesquisa realizada nos hospitais universitários localizados nas cidades de Recife, Ribeirão Preto, Goiânia e São Paulo foram apontados como causa principal de erros de medicamentos: prescrições médicas (em primeiro lugar), falhas individuais, falta de atenção, excesso de trabalho, gestão pessoal, falha na comunicação e integração de pessoas e setores, diversidade de medicamentos existentes e suas identificações, falhas na administração e organização dos serviços, dentre outros. Nesse aspecto, o excesso de trabalho, a falta de pessoal, o

volume de tarefas, a carga horária pesada e o número de pacientes com grande número de medicações também devem ser levados em conta (MIASSO, 2006).

Jyh (2003), em outro estudo evidencia que os médicos, devido à formação acadêmica inadequada em farmacologia, geralmente não possuem as noções básicas necessárias para melhor atuação profissional e que sem tais noções, não é possível manipular adequadamente a farmacoterapia para o paciente, aumentando a probabilidade da ocorrência de iatrogenias.

Atrasos também são fontes de erros e eles ocorrem tanto devido à farmácia quanto à enfermagem, acarretando na administração da medicação em horário errado. A importância de se seguir rigorosamente os intervalos de tempo entre as doses administradas está relacionada aos eventos farmacocinéticos e à farmacodinâmica que fundamentam a necessidade da dosagem seguir certa sequência no tempo, para que a ação do medicamento seja mantida (MOSCATI, PERSANO e CASTRO, 2000).

Barker *et al.* (2002), em pesquisa desenvolvida nos EUA, em 36 hospitais e instalações de saúde, identificou como erros mais frequentes na administração de medicamentos: horário errado (43%), omissão (30%), dose errada (17%) e aplicação de medicamento sem autorização (4%).

Cerca de 30% dos danos durante a hospitalização estão associados a erros na medicação, os quais trazem, também, sérias consequências econômicas às instituições de saúde tanto em morbidade quanto em mortalidade, com estimativa em torno de US\$ 76,6 bilhões (BERWICK e LEAPE, 1999. ANDERSON *et al* 2002).

Cohen (2000), afirma que os erros mais comuns na dispensação de medicamentos envolvem doses ou formas incorretas, que podem ocorrer devido a distrações ou problemas com o ambiente de trabalho. Existem muitos relatos de erros relacionados ao preparo e à administração de medicamentos como: erros na diluição e dosagem, trocas de vias, trocas de medicamentos entre pacientes, problemas com a checagem.

Para Miasso (2006), nota-se que a falta de atenção é um atributo das causas dos erros, perpetuando a ideia de que o indivíduo, e não o sistema é o responsável. Mediar pacientes depende de ações meramente humanas e os erros fazem parte dessa natureza, porém, um sistema de medicação bem estruturado deverá promover condições que auxiliem na minimização e prevenção dos erros, implementando normas, regras, ações, processos com a finalidade de auxiliar os

profissionais envolvidos.

Um estudo identificou os seguintes fatores organizacionais como causas dos erros: treinamento inadequado, baixa percepção da importância da prescrição, a hierarquia na equipe médica e a ausência de autoconsciência dos erros (DEAN *et al.* 2002).

Segundo Cassiani *et al.* (2003), a prescrição médica eletrônica constitui uma das estratégias citadas na literatura para prevenir ou reduzir erros na medicação, uma vez que resolve a dificuldade relativa às letras ilegíveis. Entretanto, é um sistema caro, até mesmo para os padrões internacionais e, assim, nem todas as instituições podem contar com um sistema implementado (BATTES, 2000). Nesse caso, algumas atividades devem ser padronizadas nas instituições como evitar abreviações, não usar decimais, utilizar letras claras e legíveis, não misturar nas prescrições nomes genéricos e comerciais de medicamentos, entre outras.

Para o Ministério da Saúde (2013), a segurança do paciente é um dos seis atributos da qualidade do cuidado e tem adquirido grande importância para os pacientes, famílias, gestores e profissionais de saúde com a finalidade de oferecer uma assistência segura. Para isso, foi instituído pela Portaria GM/MS nº 529/2013, O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) em todos os estabelecimentos de saúde do território nacional. Ele visa promover a prevenção, controle e mitigação de incidentes, além da integração dos setores, promover a articulação dos processos de trabalho e das informações que impactam nos riscos ao paciente, tendo, portanto, papel fundamental no incremento de qualidade e segurança nos serviços de saúde. Além disso, a RDC/Anvisa nº 36/2013 institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências como a implantação dos núcleos de segurança do paciente, a obrigatoriedade da notificação dos eventos adversos e a elaboração do plano de segurança do paciente.

A proposta da conciliação é evitar, ou mesmo, minimizar erros de transcrição, omissão, duplicidade terapêutica e interações medicamentosas. Quando ocorre a identificação de discrepâncias nas prescrições médicas, os médicos assistentes são informados e, se necessário, as prescrições são adequadas e documentadas (ANACLETO, 2010).

### 3.3 Conciliação Medicamentosa

Conforme Aspden *et al.* (2007), a conciliação medicamentosa caracteriza-se no processo de obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza seja em casa (incluindo nome, dosagem, frequência e via de administração), comparadas com as prescrições médicas feitas em todas as etapas anteriores: na admissão, transferência, consultas ambulatoriais com outros médicos e alta hospitalar; seja em situações em que o paciente não muda de nível de assistência, porém é atendido por mais de um médico, que prescrevem vários medicamentos. A lista obtida a partir da conciliação é utilizada para melhorar a utilização dos medicamentos, pelos pacientes, em todos os pontos de transição e tem como objetivo primordial, diminuir a ocorrência de erros de medicação quando o paciente muda de nível de assistência à saúde.

Conciliação medicamentosa é a avaliação global do regime medicamentoso do paciente, sempre que ocorre alteração no tratamento, em um esforço para evitar erros de medicação tais como omissões, duplicações, erros de dose ou interações medicamentosas, assim como para observar padrões de adesão ao tratamento. Este processo deve incluir a comparação entre o regime medicamentoso proposto no momento do atendimento e o regime medicamentoso prévio, e deve ocorrer a cada transição do cuidado onde são prescritos novos medicamentos, prescrições são refeitas ou ajustadas, ou quando medicamentos são incluídos pelo próprio paciente (CHEN e BURNS, 2007, p. 4).

De acordo com Altuna *et al.* (2009), desde 2007, a *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations* exige que na alta hospitalar seja entregue ao paciente uma cópia da lista de medicamentos conciliados em uma linguagem que se adeque ao nível educacional e sociocultural do paciente. Esta listagem deve conter alguns dados básicos, como: nome dos medicamentos que se deve tomar (princípio ativo e equivalente comercial), esclarecendo as dúvidas quanto às mudanças decorrentes da adaptação ao formulário de medicamentos padronizados do hospital durante a admissão, em caso delas se manterem no momento da alta, ou mudanças devido ao seu estado clínico atual; para que deve tomar o medicamento; que dosagem e a que horas; duração do tratamento; efeitos secundários mais frequentes e em quais casos deve consultar um médico. O emprego da conciliação juntamente da orientação de pacientes em curso de alta hospitalar proporciona ao paciente conhecimento acerca de sua doença, das

mudanças no estilo de vida e do papel da terapia medicamentosa, oferecendo, assim, subsídios para ele próprio assumir um papel ativo para lidar com sua nova condição de saúde e caso o paciente não apresente condições de se responsabilizar pelo seu tratamento, as devidas orientações farmacêuticas serão, por sua vez, dirigidas ao seu responsável (KERZMAN; BARON-EPEL; TOREN, 2005).

Resultados apresentados pela *Mayo Clinic* juntamente com o *Institute for Healthcare Improvement* (IHI), demonstraram que em um período de seis meses utilizando conciliação medicamentosa na administração de insulina, ocorreu uma redução de 70% na taxa de erros de medicação relacionada a este medicamento, o que implicou em uma redução de 15% dos eventos adversos (PHARMACISTS ASoH-S, 2006).

Segundo Young (2008), nos hospitais, 50% dos erros de medicação podem ser causados por comunicação deficiente nos pontos de transição entre admissão, internação e alta. A conciliação medicamentosa se reflete como um cuidado contínuo, para o qual desenvolver habilidades no trabalho em equipe é fundamental. (KRAMER *et al.* 2007).

Delate *et al.* (2008), enfatiza uma pesquisa feita por um programa de conciliação medicamentosa identificou uma redução de 78% no risco de morte de pacientes com intervenção quando comparados com o grupo controle, fundamentando a importância dessa ferramenta no cuidado em saúde.

Esse processo de conciliação medicamentosa inclui checar duas vezes os medicamentos, realizar entrevista com paciente, com a família e/ou com seus cuidadores, comparar as prescrições médicas e discutir os casos com a equipe clínica (VIRA; COLQUHOUN; ETCHELLS, 2006), onde os pacientes ou responsáveis, têm papel essencial nesse processo, fornecendo informações para construção da lista de medicamentos utilizados, mas para realizar esta elaboração é necessário informar ao paciente ou a família/cuidadores sobre o procedimento e obter autorização para realizá-lo.

Para Barnesteiner (2005), tendo em vista que as informações coletadas podem ser incompletas por não conhecimento, por esquecimento ou mesmo devido ao estresse da situação, deve-se solicitar e encorajar os pacientes a trazer todos os seus medicamentos em cada consulta, atendimento de emergência ou hospitalização. Assim, garante-se acesso a todos os medicamentos em uso pelo paciente (medicamentos prescritos, medicamentos isentos de prescrição,

fitoterápicos, suplementos nutricionais), para complementação de dados obtidos na entrevista. Nesse âmbito, o momento torna-se propício para avaliação de adesão, reações adversas prévias, resposta aos tratamentos, entre outros (MARQUES; FURTADO e MONACO, 2010).

De acordo com Pippins *et al.* (2008), discrepância é definida como qualquer diferença entre a lista de medicamentos que o paciente faz uso em seu domicílio e a prescrição hospitalar. As discrepâncias são classificadas como intencionais ou não intencionais. São discrepâncias não intencionais a omissão de medicamento em uso pelo paciente, a inclusão inadequada de medicamento não utilizado pelo paciente, a dose incorreta, a frequência de administração incorreta, a via de administração incorreta, a prescrição de medicamento incorreto pertencente à mesma classe terapêutica, a duplicidade de administração, enquanto discrepâncias intencionais se referem à troca ou adição de novo medicamento justificado pela situação clínica (ex.: antihipertensivos, antidiabéticos, asma), a decisão médica de não prescrever um medicamento ou trocar sua dosagem, frequência de administração ou via baseado na situação clínica e a substituição de um medicamento por outro padronizado pelo hospital.

Segundo Velho (2011), devido ao seu preparo, sua formação acadêmica e maior conhecimento sobre os medicamentos, o profissional farmacêutico possui maior habilidade em obter mais completo e preciso histórico de medicamentos, em comparação com outros profissionais. Entretanto, para que o processo de conciliação medicamentosa seja executado de forma adequada, é importante a formação e atuação de uma equipe multiprofissional, incluindo farmacêuticos, médicos e a equipe de enfermagem, os quais correspondem aos profissionais diretamente envolvidos no tratamento farmacológico dos pacientes.

Naylor *et al.* (1999), aborda que em situações de transição do cuidado, como a alta hospitalar, pacientes ficam vulneráveis, logo a ocorrência de eventos adversos relacionados a medicamentos podem resultar em atendimentos de urgência ou em readmissão hospitalar. Com isso, a prática da conciliação medicamentosa, orientação ao paciente e/ou cuidador e seguimento domiciliar devem ser desenvolvidas em hospitais como mecanismos para minimizar as chances de ocorrência de eventos, evitar danos ao paciente e custos desnecessários ao sistema de saúde.

Etchells (2010) afirma que a equipe de saúde deve construir uma única lista

de medicamentos, a fim de eliminar as dúvidas geradas pelas várias listas obtidas por diferentes profissionais da equipe. Além disso, a lista de medicamentos de uso anterior à admissão hospitalar deve ser colocada em local bem visível para facilitar a comparação com as prescrições subsequentes. Tais recomendações são primordiais para realização da conciliação medicamentosa. Sendo assim, cada medicamento analisado deve ser registrado com uma ação correspondente: continuar, interromper ou alterar, da mesma forma devem ser registradas as justificativas dessa tomada de decisão, para subsidiar as prescrições posteriores (KRIPALANI e col., 2007; CUA e KRIPALANI, 2008).

### 3.3.1 Conciliação Medicamentosa no Hospital Lauro Wanderley

A conciliação medicamentosa no Hospital Lauro Wanderley consiste em um processo constituído por três etapas: verificação do histórico de utilização de medicamentos; elaboração da lista de conciliação e identificação e resolutividade das discrepâncias encontradas.

A primeira etapa, que deve ocorrer num prazo de 48 horas da admissão ou transferência de unidade de internação, consiste na verificação do histórico de medicamentos que o usuário utilizava antes da internação ou transferência. Essa verificação ocorre através de entrevista feita ao usuário e/ou seu acompanhante, pelo farmacêutico clínico ou residente farmacêutico, registrando-a na ficha de anamnese farmacêutica inicial do paciente (ANEXO I), quando, nessa ocasião, é questionado se o usuário trouxe os medicamentos de uso contínuo para o hospital. Se afirmativo, solicita-se a conferência desses, mas caso o usuário não esteja com os medicamentos, o farmacêutico pode solicitar que ele traga os medicamentos e/ou prescrições médicas. Na entrevista, o farmacêutico aborda o usuário sobre a indicação, dose, forma farmacêutica, via de administração e tempo de uso dos medicamentos utilizados, por fim, pede que ele ou seu responsável assine a ficha de conciliação no local específico. A verificação também é feita no prontuário coletando-se informações anotadas por outros profissionais.

Segue então a segunda etapa, a de elaboração da lista de medicamentos com seu modo de uso pelo usuário, visando assegurar que os medicamentos e as doses prescritas estejam apropriados para o usuário. Comparam-se os medicamentos usados anteriormente à internação com os medicamentos da

prescrição atual do usuário utilizando a ficha de anamnese farmacêutica inicial do paciente, onde todas as informações são registradas.

Na terceira etapa da conciliação é feita a identificação das discrepâncias existentes entre os medicamentos prescritos em cada nível de atenção à saúde ou em cada ponto de transição e os medicamentos que o paciente faz uso em casa, que podem ser: omissões, modificações na dose, intervalo, via de administração e duplicidades terapêuticas. Havendo discrepâncias, o médico é comunicado e discute-se a necessidade de alteração na farmacoterapia. Junto ao prescritor, as discrepâncias encontradas são identificadas como intencional ou não intencional. A discrepância intencional é aquela onde o prescritor alterou deliberadamente a prescrição do medicamento com justificativa clínica. Já a não intencional acontece quando não houve intenção por parte do prescritor em alterar a farmacoterapia, a maioria das vezes acontece por omissão.

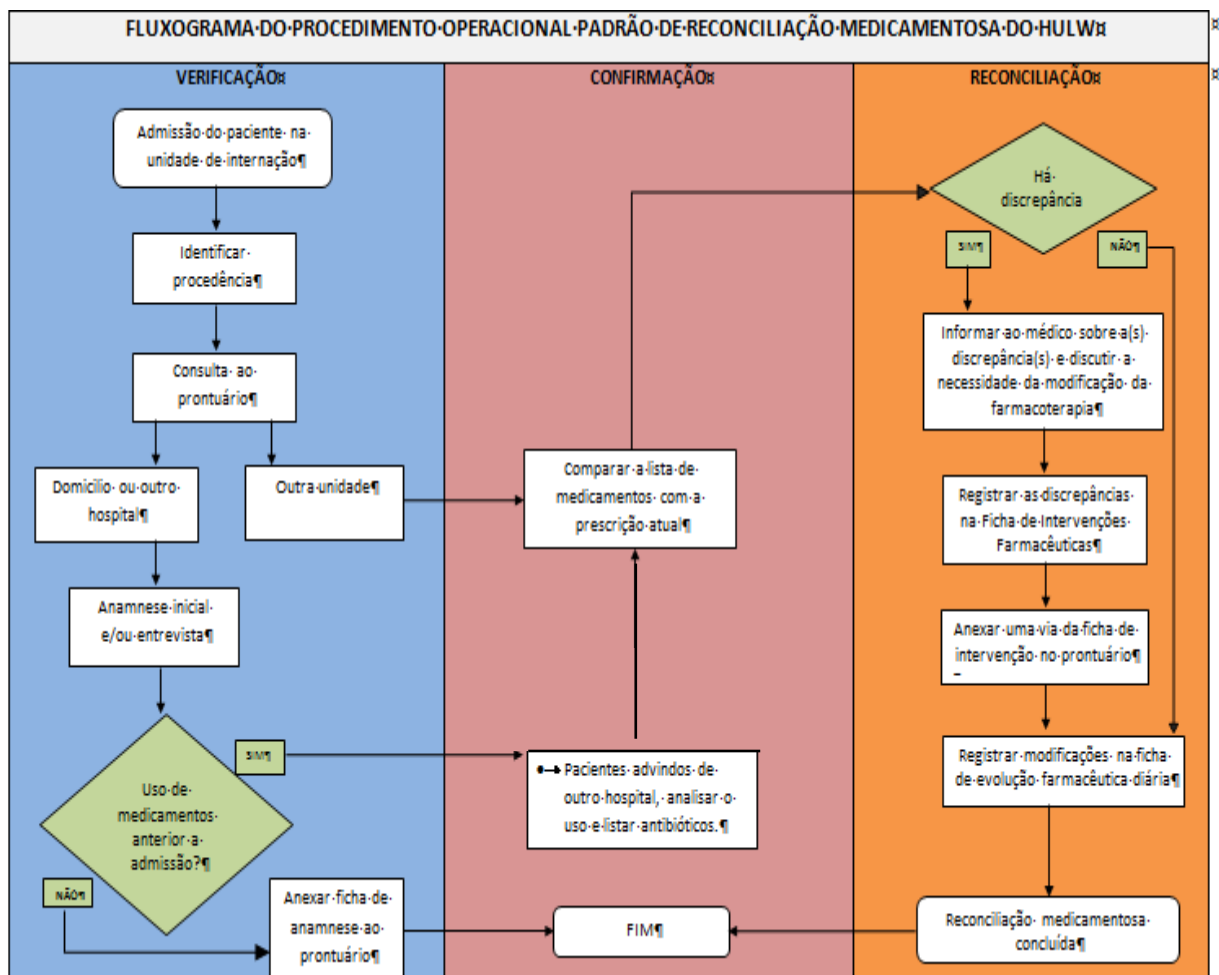
Sendo não intencional, o farmacêutico realiza a intervenção junto ao médico, registrando na ficha de intervenção farmacêutica (ANEXO II) no tópico referente à “Conciliação Medicamentosa”, descrevendo a discrepância, sugerindo modificação na farmacoterapia. A intervenção farmacêutica poderá ser ou não aceita pelo médico. Quando a intervenção não é aceita, o médico deve justificar ou não, assinando a ficha de intervenção farmacêutica, assumindo, portanto, a responsabilidade de sua conduta. No caso de transferência entre unidades de internação, a coleta de informações será realizada por comparação da prescrição anterior à transferência e registros de evolução da farmácia clínica (caso esteja disponível), com a prescrição atual. Os tópicos analisados serão os mesmos já citados e os dados serão registrados na ficha de evolução farmacêutica diária (ANEXO III). No caso de pacientes advindos de outro hospital, serão investigados com a família se o paciente fez uso de antibiótico no outro hospital. Poderá ser necessário estabelecer contato com o hospital de origem, via telefone, para checar a informação.

No caso de haver medicamentos de propriedade do paciente que continuem a ser utilizados, o farmacêutico deve informar ao usuário sobre a necessidade de entregá-los à enfermagem e elaborar o termo de responsabilidade por medicamentos de uso próprio a ser assinado pela enfermagem e pelo usuário e/ou acompanhante. Os medicamentos devem ficar guardados dentro de uma bolsa lacrada na caixa destinada a cada paciente. Na bolsa deve ter uma lista

discriminando todos os medicamentos que foram recebidos. Porém, tal prática ainda não foi implantada no hospital universitário, dessa forma, os medicamentos permanecem sob guarda do usuário.

Atualmente no HULW, os medicamentos ficam com o paciente, porém o farmacêutico clínico solicita ao médico que o inclua na prescrição, avisando também a enfermagem para fazer o aprazamento e confirmar sua administração, bem como orienta o usuário que só administre a medicação avisando previamente a enfermagem, afim de evitar que esse seja administrado duas vezes.

Figura 1: Fluxograma do procedimento operacional padrão de conciliação medicamentosa do Hospital Universitário Lauro Wanderley.



Fonte: Unidade de Farmácia Clínica do HULW

## 4. METODOLOGIA

### 4.1 Desenho e duração do estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal e quantitativo, documental, de caráter re prospetivo, realizado com usuários admitidos no Hospital Universitário Lauro Wanderley e encaminhados às unidades da clínica médica A e B, onde há acompanhamento desses usuários por farmacêutico clínico. O estudo foi realizado no período de fevereiro a novembro de 2017.

### 4.2 Local do estudo

Esse estudo foi realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW/EBSERH) da Universidade Federal da Paraíba, localizado na Avenida Contorno das Cidades, s/n no bairro do Castelo Branco, Campus I, em João Pessoa, PB.

Trata-se de um hospital escola, público, de médio porte - com 190 leitos - e administração indireta pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSE RH. Apresenta estrutura física predominantemente vertical, com os serviços concentrados em um único bloco (monobloco). Possui corpo clínico aberto e seu nível de complexidade é terciário.

Figura 2: Fachada do Hospital Universitário Lauro Wanderley.



Fonte: Retirada pelo próprio autor.

Atualmente, o hospital é responsável pelo atendimento e prestação de assistência a capital e demanda de todas as cidades do estado. Os usuários podem ser internados ou não e o tempo de permanência de um usuário no hospital varia bastante, podendo ser de curta ou longa duração.

O hospital possui um serviço de Farmácia Clínica que atua, dentre outras unidades, na clínica médica subdivida em ala A e B, de maneira que é realizado tratamento clínico com tempo de internação variado que depende da patologia causadora da internação.

#### 4.3 População-alvo

Os usuários conciliados pelo farmacêutico clínico na unidade da clínica médica do hospital.

#### 4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos no estudo todos os usuários conciliados pelo farmacêutico clínico na unidade da clínica médica, com até 48 horas de admissão. Serão excluídos do estudo os usuários com mais de 48 horas de admissão.

#### 4.5 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada no setor da clínica médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley, durante o mês de setembro de 2017, em caráter retrospectivo, referente aos meses de abril de 2016 a março de 2017, por meio da análise da ficha de anamnese farmacêutica inicial do paciente (ANEXO I), utilizada pelos farmacêuticos clínicos e residentes do programa de Residência Multiprofissional em Saúde Hospitalar/RIMUSH do serviço de farmácia clínica do HULW/EBSERH.

Nesse período estudado, 1008 usuários foram conciliados no setor da clínica médica, sendo, portanto, revisadas 1008 fichas de anamnese farmacêutica inicial. A clínica médica é dividida em Ala A e Ala B com 35 leitos cada.

As variáveis estudadas foram gênero, idade, faixa etária, tabagismo, ingestão de álcool, ala de internação, origem de admissão, existência de internação nos últimos 90 dias, existência de alergia medicamentosa, medicamentos alergênicos, existência de comorbidades, existência de discrepâncias medicamentosas, medicamentos envolvidos nas discrepâncias, número de medicamentos conciliados

e número de intervenções aceitas.

#### 4.6 Método de Análise

Os dados coletados foram analisados pelo programa estatístico SPSS (*Statistical Program for Social Science*) versão 23.0, mediante análise descritiva, utilizando frequências, médias e desvio padrão. Os dados foram avaliados fazendo referência com a literatura e expressos em percentagem na forma de tabelas e gráficos.

#### 4.7 Questões éticas

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Lauro Wanderley da Universidade Federal da Paraíba (CEP/HULW/UFPB), sob CAAE: 73499417.5.0000.5183, conforme parecer em anexo (ANEXO IV) de forma que nenhum dado individual do usuário (nome, número de prontuário) ou dos profissionais de saúde foi considerado na análise dos resultados ou divulgado.

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Características demográficas dos usuários do serviço

O perfil dos usuários está expresso na Tabela 1, que apresenta as informações demográficas de gênero e faixa etária em frequências e percentuais.

Tabela 1: Distribuição quanto ao gênero e faixa etária dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 a março de 2017. João Pessoa-PB.

Variável	N	%
Gênero		
Feminino	506	50,2
Masculino	502	49,8
Faixa etária		
18-24 anos	66	6,5
25-39 anos	165	16,4
40-59 anos	322	31,9
60-79 anos	341	33,8
Mais de 80 anos	95	9,4
Sem Informação	19	1,9

Foi possível observar a internação quase homogênea entre os gêneros com 50,2% pertencentes ao sexo feminino e 49,8% ao sexo masculino. A predominância do sexo feminino é semelhante ao estudo de Lombardi (2016), sobre esse mesmo aspecto em um hospital no sul de Santa Catarina, o que vem ao encontro de outros estudos previamente publicados (BONDESSON et al, 2013; ANDREOLI et al, 2014; PASCUAL et al, 2015), porém contrário ao encontrado em estudo em um hospital de grande porte nas unidades de cardiologia clínica com 53,29% de predominância masculina (REIS et al, 2013).

Geralmente, as mulheres são o grupo mais frequente nos serviços de saúde (Brasil, 2016), pois elas se preocupam mais com a própria saúde, logo utilizam mais medicamentos e permitem-se serem cuidadas (SCHWARZ et al, 2012; LEVORATO et al, 2014).

A média de idade dos usuários do estudo foi de 54,75 anos ( $DP \pm 18,557$  anos), semelhante ao estudo no hospital do sul de Santa Catarina que apresentou

uma média de 59 anos (DP±6 anos) (LOMBARDI et al, 2016), sendo que a maioria dos usuários (33,8%) apresentou-se no intervalo de idade de 60 a 79 anos, classificados como idosos, seguido dos usuários com idade entre 40 e 59 anos (31,9%), classificados como adultos, o que vem ao encontro de um estudo realizado num hospital no sul do Brasil (SOARES, 2016). Por fim, a idade mínima encontrada no presente estudo foi 18 anos e a máxima foi de 99 anos.

A idade dos usuários estava ausente em 1,9% das fichas, quantidade inferior a ausência encontrada nas fichas do estudo no Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina (12,9%) (CRUCIOL-SOUZA et al, 2008), o que não diminui a gravidade do fato que a falta de informações podem interferir com a comunicação interprofissional, prejudicando-a, e pode levar a erros de medicação ao usuário. (MARQUES,2000).

## 5.2 Estilo de vida relacionado à saúde e aspectos clínicos

Em relação aos hábitos de vida (Tabela 2), percebe-se um percentual significativo de usuários não tabagistas (84,2%) e não etilistas (81,8%).

Tabela 2: Distribuição quanto à prática do tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e presença de comorbidades dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa-PB.

Variável	N	%
Tabagismo		
Sim	159	15,8
Não	849	84,2
Consumo de bebidas alcoólicas		
Sim	183	18,2
Não	825	81,8
Número de comorbidades		
Sem comorbidades	272	27
Uma comorbidade	348	34,5
Duas comorbidades	230	22,8
Três ou mais comorbidades	158	15,7

A presença predominante de usuários não fumantes e não etilistas é um fato

bastante indicativo quanto a consciência da população em saber que tais práticas podem aumentar potencialmente os problemas relacionados à saúde desses indivíduos.

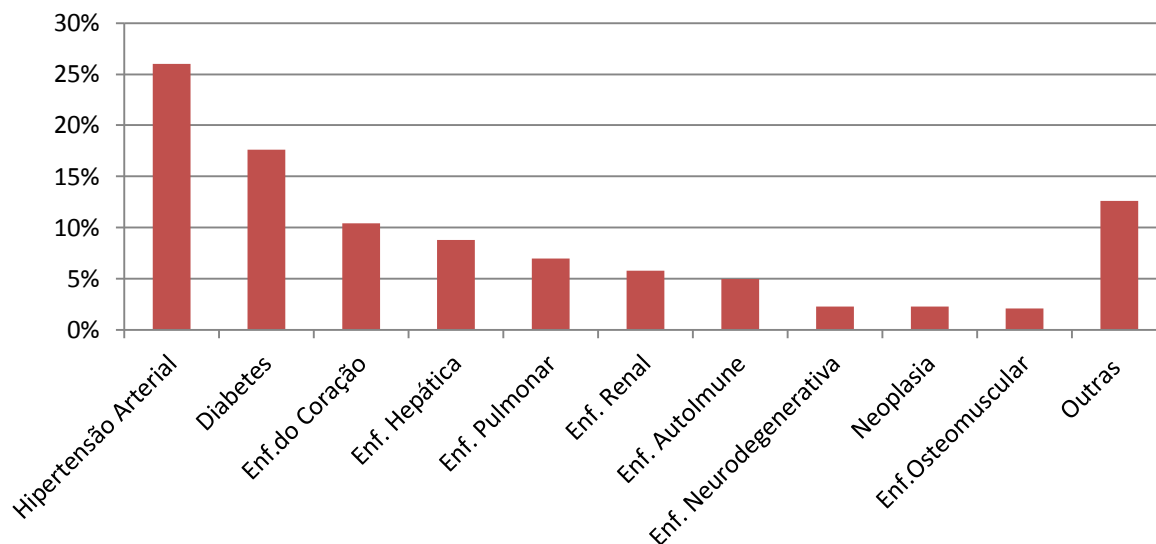
O hábito de fumar está geralmente associado em usuários de bebidas alcoólicas, o que leva a uma supressão do apetite (CHIOLERO et al, 2008) e da qualidade nutricional da alimentação (MOREIRA et al, 2008), predispondo o indivíduo a futuros problemas de saúde, além do sofrimento pessoal, familiar e alto custo social. (BURNS et al, 2003; GLASS et al, 2006).

Em relação a presença de comorbidades (Tabela 2), foi encontrado que 73% dos usuários possuíam alguma comorbidade enquanto 27% não possuíam nenhuma comorbidade, Tal dado vai ao encontro do estudo de Reis et al. (2013) sobre as análises das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário no Brasil, que apresentou 9 em cada 10 usuários (90%) com algum tipo de comorbidade.

Já quanto ao número de comorbidades presentes, a amostra apresentou também a identificação de usuário com três ou mais comorbidades (15,7%), com duas comorbidades (22,8%) e com pelo menos uma comorbidade (34,5%), ou seja, 38,5 % dos usuários apresentaram duas ou mais comorbidades, o que implica, muitas vezes, no uso contínuo de medicamentos, relevando a importância da conciliação medicamentosa nas suas admissões no hospital, para garantir a continuidade da terapêutica, a qual já se fazia uso.

As comorbidades mais frequentes encontradas na pesquisa estão mostradas no Gráfico 1.

Gráfico 1: Distribuição dos tipos de comorbidades mais frequentemente encontradas nos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.



As comorbidades mais frequentes foram hipertensão arterial (26,1%), seguida do diabetes (17,6%), enfermidades dos coração (10,4%), hepáticas (8,8%), pulmonar (7%) e renal (5,8%), Outras doenças ainda se fizeram presentes, embora em menor frequência, como infecção urinária, anemias, enfermidades cutâneas, endócrinas, estomacais, chikungunya, entre outras.

Essa situação, pode ser atribuída ao fato de que boa parte da amostra apresentou idade acima de 40 anos, como também ocorreu em outro estudo no Distrito Federal, no qual as doenças do aparelho circulatório predominaram visto a maior parte da amostra ter idade avançada. (COELHO et al, 2015).

Tal prevalência foi encontrada no estudo de Reis et al. (2013), nas unidades de cardiologia clínica de um hospital de grande porte sendo as mais comuns a hipertensão (36,44%), a doença coronariana (23,27%) e o diabetes mellitus (15,40%) e em um hospital no sul de Santa Catarina, onde as comorbidades mais encontradas foram relativas ao sistema cardiovascular e ao sistema endócrino: hipertensão (79,0%), doença arterial coronariana (54,0%), dislipidemia (50,0%) e diabetes mellitus (33,0%) (LOMBARDI et al, 2016).

No estudo de Soares (2016), em outro hospital do sul do Brasil, a hipertensão arterial sistêmica (HAS), juntamente com a hipercolesterolemia, também se destacou como um das comorbidades mais frequentes, já no estudo em um hospital do estado de Sergipe as comorbidades em destaque foram o diabetes (18,6%), doenças

cardiovasculares (14,4%) e hipertensão (13%) (FRANCA, 2015)

A hipertensão arterial, a hipercolesterolemia e a diabetes 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 (RODRIGUES et al, 2016; BRASIL, 2001).

Os resultados em relação a presença de alergia medicamentosa estão demonstrados na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição quanto à presença de alergia medicamentosa nos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.

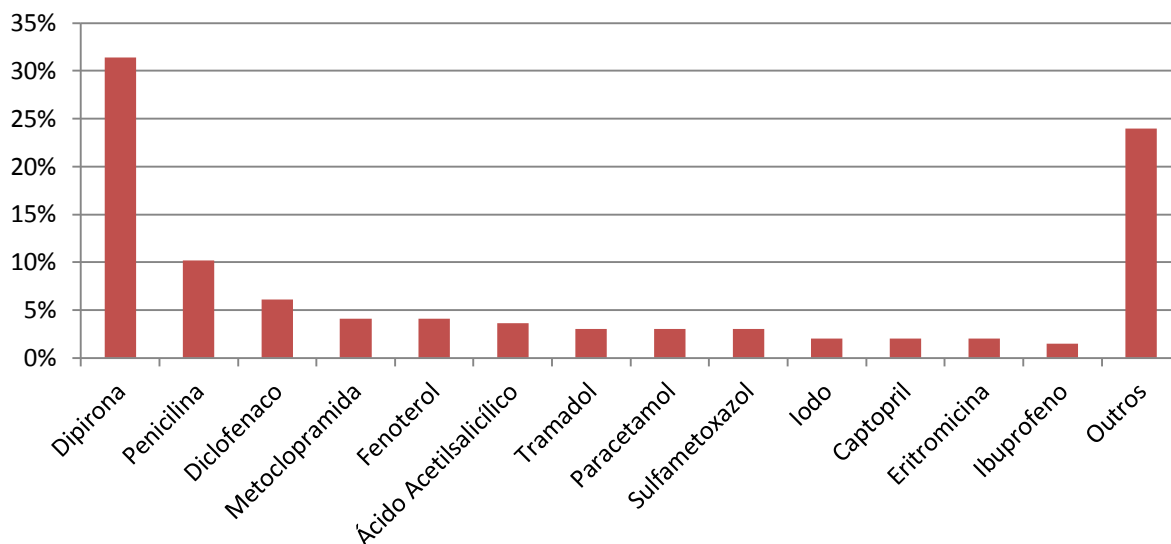
Variável	N	%
Alergia Medicamentosa		
Sim	157	15,6
Não	851	84,4

Foi encontrado que 15,6% dos usuários internos na clínica médica, no período de abril de 2016 a março de 2017, afirmaram ter alergia a algum medicamento. A identificação de alergia é muito importante para a segurança do usuário, devido a alto risco de administração de medicamentos prescritos que o usuário refere alergia e também no caso de reação alérgica cruzada.

O farmacêutico clínico deve estar atento em relação à alergia que o usuário relata apresentar e em relação ao registro da alergia na prescrição médica. (MALONI et al, 2012) Problemas com a informação de alergia têm sido reportado na literatura e alguns estudos sugerem que o envolvimento do farmacêutico é fundamental para sua identificação (BARLEY et al, 2007).

Os medicamentos alergênicos mais frequentes encontrados no estudo foram dipirona (31,4%), penicilina (10,2%), diclofenaco (6,1%), metoclopramida e fenoterol (4,1%), ácido acetilsalicílico (3,6%), dentre outros, identificados mais raramente, como ambroxol, carbamazepina, ranitidina, levofloxacino (0,5%) (Gráfico 2).

Gráfico 2: Distribuição dos medicamentos alergênicos mais frequentemente encontrados nos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.



Em relação à internação dos usuários nos últimos 90 dias a amostra apresentou predominância de não internação nos 3 meses anteriores (77,4%), esse dado é importante ser identificado pois, permite melhor avaliação do quadro clínico do usuário internado, embora não tenham sido encontradas publicações cuja variável tenha sido elucidada (Tabela 4).

Tabela 4: Distribuição em relação à internação nos últimos 90 dias dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.

Variável	N	%
Internação Nos Últimos 90 dias		
Sim	228	22,6
Não	780	77,4

### 5.3. Características relacionadas à origem dos usuários

O presente estudo revelou que a maioria dos usuários admitidos na clínica médica eram oriundos de suas respectivas casas (90,9%), seguidos de advindos de outros setores do próprio hospital (3,5%), de Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), Hospital Ortotrauma de Mangabeira e de Guarabira (0,5%), Hospital do Trauma (0,3%). Foi encontrado usuários originados também de hospitais como Hospital Clementino Fraga, Hospital de Cabedelo, Hospital Laureano, Hospital Padre Zé, Hospital Edson Ramalho e ainda de hospitais do interior paraibano como Cajazeiras, Campina Grande, Pombal, São Bento, São Mamede, Pedras de Fogo, dentre outros (Tabela 5).

Tabela 5: Distribuição quanto à origem de admissão dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.

Variável	N	%
Origem de Admissão		
Casa	916	90,9
Hospital Universitário Lauro Wanderley	35	3,5
Unidades de Pronto Atendimento	21	2,1
Hospital Ortotrauma de Mangabeira	5	0,5
Hospital de Guarabira	5	0,5
Hospital de Trauma	3	0,3
Outros	23	2,2

### 5.4 Análise da Conciliação Medicamentosa

O estudo revela a prevalência de usuários polifarmácia (32,5%) com uso de 5 ou mais medicamentos (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição quanto ao número de medicamentos conciliados, a presença e classificação de discrepâncias medicamentosas nos usuários internos na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa-PB.

Variável	N	%
Número de medicamentos conciliados		
Nenhum medicamento	179	17,8
Um medicamento	127	12,6
Dois medicamentos	155	15,4
Três medicamentos	117	11,6
Quatro medicamentos	102	10,1
Cinco ou mais medicamentos	328	32,5
Discrepância		
Sem uso de medicamentos em casa	171	17
Sim	680	67,5
Não	157	15,6
Tipos de Discrepâncias		
Sem discrepância	328	29,4
Intencional	637	57,2
Não Intencional	149	13,4

O termo polifarmácia é pouco consensual entre os autores, mas de forma geral pode ser definida como o uso simultâneo e crônico de múltiplos fármacos (CASTRO-RODRIGUES et al, 2015). O número mínimo de medicamentos prescritos para considerar um usuário polimedicado pode variar de dois a cinco (SILVA et al, 2004; MASOODI et al, 2008). Galato et al. (2010), utilizaram em seu estudo para a classificação da polifarmácia quantidades de dois a quatro medicamentos para a polimedicação menor e de cinco ou mais medicamentos para a polimedicação maior.

Usuários polifarmácia normalmente são aqueles mais vulneráveis aos erros de medicação, predominando boa parte de pessoas idosas que apresentam mais de uma comorbidade e/ou agravos crônicos (ZONI et al, 2012).

A partir da análise das fichas de anamnese farmacêutica inicial do paciente verificou-se a presença de discrepâncias em 67,5% delas, sendo 57,2% de discrepâncias intencionais, 13,4% de discrepâncias não intencionais e 29,4% sem discrepâncias (Tabela 6).

Tal resultado é semelhante ao encontrado por Franklin et al. (FLANKLIN et al, 2010; REIS et al, 2013), que mostraram uma taxa de discrepâncias de 14,7% em

seu estudo, exigindo a intervenção do profissional farmacêutico. Já no hospital no sul do Brasil, cerca de 80,2% de prescrições apresentaram discrepâncias medicamentosas (SOARES, 2016). Mais recentemente, um estudo conduzido por Lombardi e colaboradores encontrou frequência de 53,9% de inconsistências medicamentosas (LOMBARDI et al, 2016).

Estudos realizados a partir do ano de 2010 têm mostrado um percentual médio entre 19,1% e 143,2% de inconsistência medicamentosa (ZONI et al, 2012; BECKETT et al, 2012; LINDENMEYER et al, 2013; ANDREOLI et al, 2014; BISHOP et al, 2015).

Essa variabilidade pode ocorrer dependendo das características do atendimento hospitalar e da forma utilizada pelo profissional de saúde para a coleta de dados dos medicamentos utilizados em domicílio. Quanto maior a complexidade do atendimento oferecido pelo hospital, mais complexos e com maior número de comorbidades associadas são os usuários atendidos e, conseqüentemente, maior o número de medicamentos utilizados continuamente. A polifarmácia domiciliar nesse estudo foi considerada um fator associado à presença de inconsistência medicamentosa.

Estudos demonstram que as prescrições estão ligadas à maioria dos casos de erro de medicação. Na análise de 4.031 prontuários em 2 hospitais de ensino dos Estados Unidos, 49% deles continham erros de prescrição (ALLARD et al, 2002; DEAN et al, 2002). Da mesma forma, revisões sistemáticas mostram que, em média, 7 a 10% das prescrições apresentam algum tipo de erro (LEWIS et al, 2009; FRANKLIN et al, 2010).

As atividades desenvolvidas por farmacêuticos clínicos desempenham papel fundamental na promoção do uso racional de medicamentos, garantindo ao usuário uma farmacoterapia adequada, com resultados terapêuticos definidos, e minimizando conseqüentemente os riscos de resultados desfavoráveis da terapia medicamentosa, além de diminuir custos (ASHP, 1995; MARIN et al, 2003; KABOLI et al, 2006). Entre essas atividades, a revisão das prescrições médicas é um item extremamente importante, pois permite a identificação, a resolução e a prevenção do surgimento de problemas relacionados aos medicamentos (PRM) e desfechos negativos associados à farmacoterapia (COMITÊ DE CONSENSO, 2007).

As discrepâncias originam um cenário desfavorável ao uso racional de medicamentos dentro das instituições hospitalares e podem causar eventos de

complexidade e magnitude diferentes. A não prescrição/administração do medicamento de uso contínuo do usuário pode levar a uma ruptura importante dos efeitos dos medicamentos, que até então vinham sendo administrados (OLIVEIRA-FILHO et al, 2014; ISMP, 2015).

O resultado quanto a classificação das discrepâncias foi semelhante ao estudo no hospital no sul de Santa Catarina com 49,6% de discrepâncias intencionais (LOMBARDI et al, 2016).

A maior parte das discrepâncias não intencionais são relacionadas a omissão de medicamentos, ou seja, medicamentos que o usuário fazia uso antes da admissão e que não foram prescritos no internamento, da mesma forma do que foi encontrado por Lombardi et al. (2016) em seu estudo (61%).

Muitos outros estudos concordam com esse resultado, principalmente no que tange à maior incidência de discrepâncias de omissão (GLEASON et al, 2004; CORNISH et al, 2005; PIPPINS et al, 2008; PÀEZ et al, 2010; ZONI et al, 2012; BECKETT et al, 2012; HELLSTRÖM et al, 2012; TAM et al, 2005; CATER et al, 2015; DOERPER et al, 2015).

Por fim, ainda nesse aspecto, com relação a conciliação medicamentosa, sabendo que uma discrepância não intencional gera uma intervenção farmacêutica, podemos concluir que houve um total de 13,4% de intervenções farmacêuticas (Tabela 6).

Nesses casos, o farmacêutico clínico que está fazendo acompanhamento do usuário na clínica médica, ao identificar a ausência de um medicamento ou mesmo uma mudança na dose ou frequência do uso, aborda o médico responsável para melhor esclarecimento e registra na ficha de intervenção farmacêutica, quando necessário.

O resultado do presente estudo vai ao encontro de Maloni e colaboradores (2012) na Unidade de Primeiro Atendimento Morumbi do Hospital Israelita Albert Einstein que apresentou 34,9% de intervenções farmacêuticas em seu estudo e de Reis e colaboradores (2013) em um hospital de Curitiba, com 14,5% de intervenções realizadas.

O benefício do farmacêutico clínico envolvido no cuidado do usuário é observado com base no número de intervenções que ocorreram (n=149) e, embora ele represente menos de 10% dos medicamentos conciliados, é possível verificar a promoção da segurança do usuário, uma vez que a maioria dos erros de medicação

ocorre durante a fase de prescrição e no processo de administração do medicamento, o farmacêutico promove maior influência para prescrição e uso adequado do medicamento (PATANWALA et al, 2010).

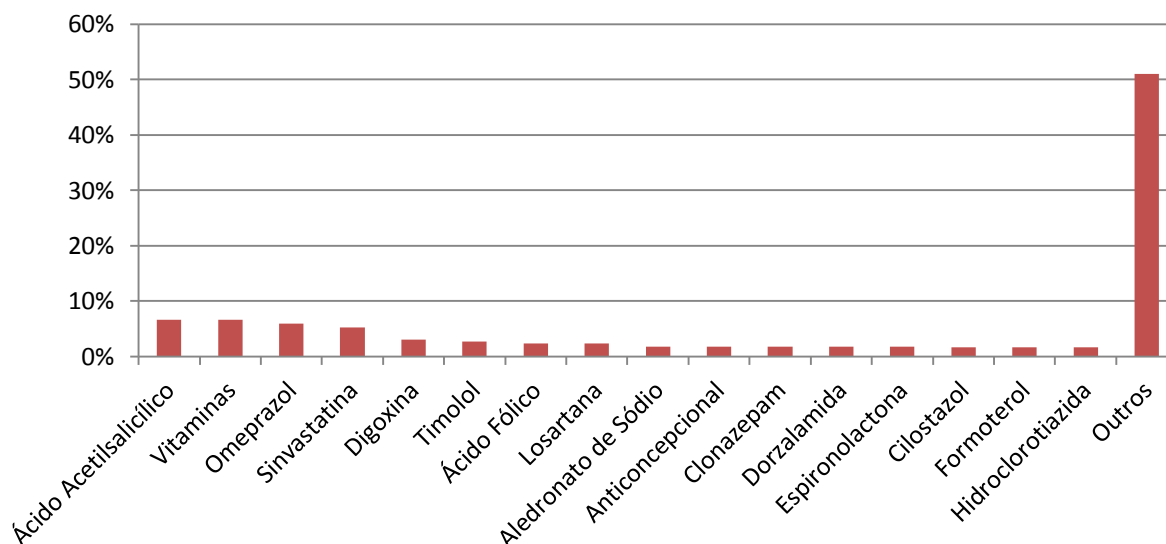
Além de promover segurança e cuidado efetivo do usuário, evitando erros de medicação e oferecendo apoio aos profissionais da saúde por meio de informações sobre medicamentos (HONG et al, 2009), as intervenções farmacêuticas geram benefícios diretos para o usuário e também para a equipe interdisciplinar, além de propiciar um incremento sobre a qualidade do tratamento do usuário (MALONI et al, 2012).

Estima-se que a prescrição incorreta pode acarretar elevação dos gastos em 50 a 70% dos recursos governamentais destinados à aquisição de medicamentos. Todavia, se usados adequadamente, os medicamentos são os recursos terapêuticos de maior custo-benefício (LE GRAND et al, 1999; MARIN et al, 2003).

A publicação do relatório *Errar é Humano: construindo um sistema de saúde mais seguro*, pelo Instituto de Medicina, em 1999, mostrou que a assistência à saúde fornecida ao usuário não é tão segura quanto deveria ser e que muitos óbitos ocorrem anualmente devido a erros de medicação, inclusive de prescrição médica, enfatizando a importância de medidas que garantam a segurança e o uso racional dos medicamentos e salientando a necessidade do envolvimento e da mobilização da equipe multiprofissional nesse sentido (KOHN et al, 1999). As estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) apontam que mais de 50% de todos os medicamentos são inapropriadamente prescritos, administrados e vendidos (WHO et al, 2006).

Os medicamentos mais envolvidos nas discrepâncias não intencionais foram: ácido acetilsalicílico e vitaminas (6,6%); omeprazol (5,9%); sinvastatina (5,2%); digoxina (3,1%); timolol (2,7%); ácido fólico e losartana (2,4%); aledronato de sódio, anticoncepcional, clonazepam, dorzalamida, espironolactona (1,8%); cilostazol, formoterol e hidroclorotiazida (1,7%) (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição dos medicamentos envolvidos nas discrepâncias não intencionais encontradas a partir da análise das fichas de anamnese farmacêutica inicial dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 à março de 2017. João Pessoa – PB.



Tal resultado vai de encontro ao estudo no hospital de Sergipe, que apresentou discrepâncias envolvendo principalmente fármacos relacionados a enfermidades cardiovasculares e digestivas (24,6%) (FRANCA, 2015).

Na literatura, há muita variação quanto aos medicamentos envolvidos em discrepâncias medicamentosas, uma sugestão para tal fato é a diversidade de especialidades dos hospitais nos quais os estudos são feitos.

Em estudos semelhantes, as medicações predominantemente envolvidas em Problemas Relacionados a Medicamentos (PRM) foram ranitidina, enoxaparina e meropenem. Esses medicamentos são prescritos, de modo geral, para os usuários com quadro crítico, por constituírem parte dos protocolos clínicos (por exemplo: ranitidina para profilaxia da úlcera de estresse, enoxaparina para profilaxia de trombose venosa profunda, e enoxaparina para tratamento da síndrome coronariana aguda) ou por serem usados para tratar patologias frequentes nessa população (como, por exemplo, meropenem para infecções por bactérias Gram-negativas). (REIS et al, 2013). Já em outro estudo, os grupos com maior prevalência foram: sistema cardiovascular, sistema nervoso, trato alimentar e metabolismo, sangue e órgãos formadores de sangue. (LOMBARDI et al, 2016).

Esses resultados coincidem com resultados encontrados por outros pesquisadores, tendo em vista que, nos estudos citados, assim como no presente,

há grande prevalência de usuários com idade avançada (CORNISH et al, 2005; GLEASON et al, 2010; ALLENDE-BANDRÉS et al 2013; QUÉLENNEC et al, 2013; VAN DEN BEMT et a, 2014).

Ainda nesses aspectos, dos medicamentos negligenciados nas prescrições, estudos destacaram a metformina em primeiro lugar, seguido da losartana que não foi prescrito em 32,6% prontuários, ácido acetilsalicílico que não foi prescrito em 30,7% prontuários, hidroclorotiazida em 48,6% prontuários (FERREIRA et al, 2012) e levotiroxina em 65,9% prontuários (BRASIL et al, 2013), porém deve-se ressaltar que o destaque desses medicamentos está diretamente correlacionado aos protocolos utilizados nos hospitais dos referidos estudos e que o HULW segue protocolos próprios.

O estudo apresentou, portanto, um total de 149 intervenções farmacêuticas (total de discrepâncias não intencionais), porém 7,4% das intervenções realizadas não foram aceitas, em contra partida houve a aceitabilidade de 92,6% das intervenções (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribuição quanto às intervenções farmacêuticas realizadas dos usuários internos conciliados na clínica médica do Hospital Lauro Wanderley de abril de 2016 a março de 2017. João Pessoa – PB.



No que se refere a aceitabilidade das intervenções farmacêuticas, os farmacêuticos clínicos do Hospital Universitário Lauro Wanderley informaram que na grande maioria das vezes há aceitabilidade do médico envolvido na abordagem. No estudo no Hospital das clínicas da Universidade Federal do Paraná o índice de aceitabilidade foi 74,71% (REIS et al, 2013), o que pode ser considerado uma

porcentagem relevante.

Esse dado vai ao encontro do estudo de Néri (2004) em um grande hospital universitário no Ceará, durante 1 mês, demonstrou 11,34% das intervenções farmacêuticas não aceitas, de Ribeiro e colaboradores (2015) em hospital de Salvador, que encontrou 12% de intervenções não aceitas e de diversos outros estudos similares, os quais predominam a aceitação das intervenções (REIS et al, 2013; FIDELES et al, 2015), entretanto outros estudo publicados apresentam predominâncias de não aceitação das intervenções: 53% (CHARPIAT et al., 2012) e 85,8% (FRANCA, 2015).

## 6. INFERÊNCIAS

Esse estudo contribuiu para ressaltar a importância de uma farmacoterapia racional, garantindo uma assistência eficiente, segura e efetiva, ratificando a conciliação medicamentosa, de forma a evitar danos posteriores ao usuário. Dessa forma, prevenindo erros de medicação, priorizando a saúde do usuário e destacando a relevância do farmacêutico clínico.

No mais, reforça-se a importância da implantação do Termo de Responsabilidade por Medicamentos de Uso Próprio no processo de conciliação de medicamentos, etapa que já ocorre em outros hospitais como, por exemplo, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, cujo termo (ANEXO V) está no formulário farmacêutico da Comissão de Farmácia e Terapêutica (2011).

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A conciliação medicamentosa é um serviço farmacêutico que tem por objetivo prevenir danos e aumentar a segurança dos usuários dentro das instituições hospitalares, esse serviço ocorre por meio da verificação da prescrição e do uso de medicamentos analisando a presença de possíveis discrepâncias nas prescrições.

O conhecimento farmacêutico das possíveis discrepâncias e seus fatores de risco tornam-se fundamentais para a elaboração de estratégias que consigam contribuir para a segurança dos usuários durante o período de internação nas instituições de saúde garantindo a continuidade do tratamento que vinha sendo realizado em domicílio.

O presente estudo constatou que a revisão de prescrições médicas desempenham um papel essencial nas atividades dos farmacêuticos clínicos hospitalares e pode colaborar para melhorar a qualidade do uso de medicamentos bem como a segurança do usuário.

## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLARD, J. et al. Medication errors: causes, prevention and reduction. **Br J Haematol**. 2002.
- ALLENDE-BANDRÉS, M.Á. et al. Pharmacist-led medication reconciliation to reduce discrepancies in transitions of care in Spain. **Int J Clin Pharm**. 2013.
- ALTUNA, A.A. et al. Guía para la implantación de programas de Conciliación de La Medicación en los centro sanitários. **Societat Catalana de Farmàcia Clínica**. 2009.
- ANACLETO, TA et al. Erros de medicação – Farmácia hospitalar. **Pharmacia Brasileira**. 2010.
- ANDERSON JG, JAY SJ, ANDERSON M, HUNT TJ. Evaluating the capability of information technology to prevent adverse drug events: a computer simulation approach. **J Am Med Inform Assoc**. 2002.
- ANDREOLI, L. et al. Medication reconciliation: a prospective study in an internal medicine unit. **Drugs Aging**. 2014.
- ANVISA. Agência Nacional De Vigilância Sanitária. **Resolução da diretoria colegiada- RDC nº 36**, de 25 de julho de 2013.
- ASHP - American Society Of Healthy-System Pharmacists. **Suggested definitions and relationships among medication misadventures, medication errors, adverse drug events, and adverse drug reactions**.1998.
- ASHP- American Society of Healthy-System Pharmacists. Guidelines: Minimum Standard for Pharmacies in Hospitals. **Am J Health Syst Pharm**. 1995.
- ASPDEN, P.; WOLCOTT, J.; BOOTMAN, J.L.; CRONENWETT, L.R. Committee on Identifying and Preventing Medication Errors. Preventing medication errors. Quality Chasm Series (Hardcover). Washington: **National Academies Press**; 2007.
- BARKER KN, FLYIN EA, PEPPER GA, BATES DW, MIKEAL RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. **Arch Intern Med**. 2002.
- BARLEY, K.B. et al. Evaluation of patient car interventions and recommendations by a transitional care pharmacist. **Ther Clin Risk Manag**, 2007.
- BARNSTEINER, J.H. Medication reconciliation: transfer of medication information across settings – keeping it free from error. **AJN**. Supplement, p. 31-36, 2005.
- BATTES, D. W. Using information technology to reduce rates of medication errors in hospitals. **British Medical Journal**, London, v. 320, p. 788791, Mar. 2000.
- BECKETT, R.D.; CRANK, C.W.; WEHMEYER, A. Effectiveness and Feasibility of PharmacistLed Admission Medication Reconciliation for Geriatric Patients. **J Pharm Pract**, 2012.
- BERWICK DM, LEAPE LL. Reducing errors in medicine. **BMJ**. 1999.

BISHOP, M.A. et al. Reducing errors through discharge medication reconciliation by pharmacy services. **Am J Health Syst Pharm**, 2015.

BONDESSON, A. et al. In-hospital medication reviews reduce unidentified drug-related problems. **Eur J Clin Pharmacol**, 2013.

BRANDÃO, A. Programa Nacional de Segurança do Paciente: um sopro de esperança. **Rev. Farmacia Brasileira**, Ano XII nº 88 - Janeiro/Fevereiro/Março 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. Datasus - Sistema de Informações Hospitalares do SUS - SIH/SUS Internações por sexo segundo faixa etária. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília (DF): **Ministério da Saúde**, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 529, de 1º de abril de 2013. Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**. 02 abr 2013.

BUENO E, CASSIANI SHB, MIQUELIM JL. Erros na administração de medicamentos: fatores de risco e medidas empregadas. **Rev Baiana Enferm**. 1998.

BURNS, D.M. Epidemiology of smoking-induced cardiovascular disease. **Prog Cardiovasc Dis**. 2003.

CARVALHO VT. Erros na administração de medicamentos: análise de relatos dos profissionais de enfermagem [dissertação]. Ribeirão Preto: **Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP**; 2000.

CASSIANI SHB, FREIRE CC, GIMENES FRE. A prescrição médica eletrônica em um hospital universitário: falhas de redação e opiniões de usuários. **Ver Esc Enferm USP**. 2003.

CASSIANI SHB. Erros na administração de medicamentos: estratégias de prevenção. **Rev Bras Enferm**. 2000.

CASTRO- RODRIGUEZ, J.A.; OROZCO-HERNANDEZ, J.P.; MARÍN-MEDINA, D.S. Polifarmacia y prescripción de medicamentos potencialmente no apropiados en ancianos. **Rev. Med. Ris**. 2015.

CATER, S.W. et al. A prospective cohort study of medication reconciliation using pharmacy technicians in the emergency department to reduce medication errors among admitted patients. **J Emergency Med**. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). **Resolução. Nº 585**, 29 de agosto de 2013. Atribuições clínicas do farmacêutico. Brasília, DF, 2013.

CHARPIAT, B. et al. Prescriptions analysis by clinical pharmacists in the post-

operative period: a 4-year prospective study. **Acta Anaesthesiol Scand.** 2012.

CHEN, D.; BURNS, A. Summary and recommendations of ASHP-APhA Medication Reconciliation Initiative Workgroup Meeting. **Bethesda: ASHP,** 2007.

CHIOLERO, A. et al. Consequences of smoking for body weight, body fat distribution, and insulin resistance. **Am J Clin Nut.** 2008.

COELHO, M.X. et al. Análise das internações e da mortalidade por doenças cardíacas isquêmicas em idosos no Distrito Federal, no período 2000 a 2012. **Acta Biomédica Brasiliense,** 2015.

COHEN MR, editor. Medication errors: causes, prevention, and risk management. Boston: **Jones and Bartlett;** 2000.

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÊUTICA (CFT). Formulário Farmacêutico 2011-2012. **Hospital das Clínicas da UFMG.** 2011.

COMITÊ DE CONSENSO. Tercer consenso de Granada sobre problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y resultados negativos asociados a la medicación (RNM). **Ars Pharm,** 2007.

CORNISH, P.H. et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. **Arch Intern Med.** 2005.

CRUCIOL-SOUZA, Joice Mara; THOMSON, João Carlos; CATISTI, Douglas Godoy. **Avaliação de prescrições medicamentosas de um hospital universitário brasileiro.** 2008

CUA YM, KRIPALANI S. Medication use in the transition from hospital to home. **Ann Acad of Med Singapore.** 2008.

DEAN B, SCHACHTER M, VINCENT C, BARBER N. Causes of prescribing errors in hospital inpatients: a prospective study. **Lancet.** 2002.

DELATE T, Chester EA, Stubbings TW, Barnes CA. Clinical outcomes of a home-based medication reconciliation program after discharge from a skilled nursing facility. **Pharmacotherapy.** 2008.

DOERPER, S. et al. Development and multi-centre evaluation of a method for assessing the severity of potential harm of medication reconciliation errors at hospital admission in elderly. **Eur J Intern Med.** 2015.

ETCHELLS, E. Admitting medication errors: five critical concepts. *Quality and Safety in Health Care*, London, v. 19, n. 5, p. 369-370, 2010. **Einstein,** 2010.

FERRACINI, F. O papel do farmacêutico clínico em um hospital. **Hospital Albert-Einstein,** 2010.

FERREIRA, N.M.L. et al. Rodrigues VMCP. Assessment of the impact of polypharmacy on funding for admission in a long-term care and maintenance unit.

**Rev. Enf. Ref.** 2012.

FIDELES, G.M.A. et al. Recomendações farmacêuticas em unidade de terapia intensiva: três anos de atividades clínicas. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**, 2015.

FRANCA, Carolina S.L. Reconciliação Medicamentosa Em Pacientes Cirúrgicos em um hospital do Estado de Sergipe, **Mestrado Em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal De Sergipe**, 2015.

FRANKLIN, B.D.; MCLEOD, M.; BARBER, N. Comment on 'prevalence, incidence and nature of prescription errors in hospital inpatients: a systematic review'. **Drug Saf**, 2010.

GALATO, D.; SILVA, E.S.; TIBURCIO, L.S. Estudo de utilização de medicamentos em idosos residentes em uma cidade do sul de Santa Catarina (Brasil): um olhar sobre a polimedicação. **Ciênc Saúde Coletiva**. 2010.

GLASS, J.M. et al. Smoking is associated with neurocognitive deficits in alcoholism. **Drug Alcohol Depend**. 2006.

GLEASON, K.M. et al. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. **Am J Heal Pharm**. 2004.

GLEASON, K.M. et al. Results of the Medications at Transitions and Clinical Handoffs (MATCH) study: an analysis of medication reconciliation errors and risk factors at hospital admission. **J Gen Intern Med**. 2010.

GOUVEIA, W. A. At center stage: Pharmacy in the next century. **Am. J. Health-Syst Pharm**. v.56, p.2533, 1999.

HELLSTRÖM, L.M. et al. Errors in medication history at hospital admission: prevalence and predicting factors. **BMC Clin Pharmacol**. 2012.

HEPLER, C. D.; GRAINGER-ROUSSEAU, T. J.; Pharmaceutical care versus traditional drug treatment. Is there a difference? **Drugs**. v. 49, n. 1, p. 1-10, 1995.

HEPLER, C. D.; STRAND, L. M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. **American Journal of Hospital Pharmacy**, v. 47, n. 3, p. 533-543, 1990.

HONG, A.L. et al. Pharmacist implementation in the emergency department. **Ann Emerg Med**. 2009.

ISMP- Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos. Medicamentos Potencialmente Perigosos de Uso Hospitalar e Ambulatorial - Listas atualizadas 2015. **Boletim ISMP**, 2015.

JYH JH. Avaliação do conhecimento farmacoterápico de médicos e graduandos em medicina humana [tese]. **Botucatu: Faculdade de Medicina de Botucatu da UNESP**; 2003.

KABOLI, P.J. et al. Clinical pharmacists and inpatient medical care – a systematic

review. **Arch Intern Med**, v.166, p. 955-963, 2006.

KERZMAN, H; BARON-EPEL, O; TOREN, O. What do discharged patients know about their medication? **Patient Education and Counseling**, 56:276–282, 2005.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, Molla S. To err is human: building a safer health system. Washington, DC: **National Academy Press**; 1999.

KRAMER JS, Hopkins PJ, Rosendale JC, Garrelts JC, Hale LS, Nester TM, et al. Implementation of an electronic system for medication reconciliation. **Am J Health-Syst Pharm**. 2007.

KRIPALANI, S. et al. Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. **Journal of Hospital Medicine, Hoboken**, v. 2, n. 5, p. 314-322, 2007.

LE GRAND, A.; HOGERZEIL, H.V.; HAAIJER-RUSKAMP, F.M. Intervention research in rational use of drugs: a review. **Health Policy Plan**. 1999.

LEVORATO, C.D. et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciênc Saúde Coletiva**, 2014.

LEWIS, P.J. et al. Prevalence, incidence and nature of prescription errors in hospital inpatients: a systematic review. **Drug Saf**, 2009.

LINDENMEYER LP, GOURLART 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. São Paulo**. 2013.

LOMBARDI, N.F. et al. Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. **Ver. LATINO-Am. Enfermagem**, 2016.

MALONI, T.M. et al. Intervenções realizadas pelo farmacêutico clínico na unidade de primeiro atendimento. **Einstein**, 2012.

MARIN, N. et al. Assistência farmacêutica para gerentes municipais. Rio de Janeiro: **OMS/OPAS**; 2003.

MARQUES, F.B. Erros de Medicação. **Informação Terapêutica**. 2000.

MARQUES, L.F.G; FURTADO, I.C; MONACO, L.C.R. Alta hospitalar: um enfoque farmacêutico. 2010. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso Pós-graduação (Especialização em Atenção Farmacêutica) – **Instituto Racine, São Paulo**, 2010.

MASOODI, N.A. Polypharmacy: To Err is Human, To Correct Divine. **BJMP** 2008.

MENEZES, E.B.B. Atenção farmacêutica em xeque. **Rev. Pharm. Bras.**, v.22, p.28, 2000.

MIASSO, Adriana Inocenti, et al. "Erros de medicação: tipos, fatores causais e providências tomadas em quatro hospitais brasileiros." **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 40.4, 2006.

MOREIRA, P.F.P; MARTINIANO, Filho F. Aspectos nutricionais e o abuso do álcool em idosos. **Envelhecimento e Saúde**, 2008.

MORIEL, M.C. et al. Prospective study on conciliation of medication in orthopaedic patients. **Farm Hosp**. v. 32, n. 2, p. 65-70, 2008.

MOSCATI IM, PERSANO S, CASTRO LLC. Aspectos metodológicos e comportamentais da adesão à terapêutica. In: Castro LLC. **Fundamentos de farmacoepidemiologia**. São Paulo: AG; 2000.

NAYLOR, M. D. et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 281, n. 7, p. 613-620, 1999.

NÉRI, E.D.R. Determinação do perfil dos erros de prescrição de medicamentos em um hospital universitário [dissertação]. Fortaleza: **Universidade Federal do Ceará**; 2004.

OLIVEIRA- FILHO, A.D. et al. Otimização da Adesão Terapêutica Pós-Alta Hospitalar de Pacientes com DCV: Ensaio Clínico Randomizado. – Estudo Pilote. **Arq. Bras. Cardiol**, 2014.

OMS (Organização Mundial da Saúde). World Alliance for Patient Safety: forward programme 2005. **World Health Organization**, 2004.

OMS (Organização Mundial de Saúde). The role of the pharmacist in the health care system. Geneva: **OMS**, 1994.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Consenso Brasileiro de Atenção Farmacêutica: Proposta. Brasília, **OPAS**, 24 p, 2002.

PÀEZ, Vives F. et al. An interdisciplinary approach to reconciling chronic medications on admission to Mora d'Ebre local hospital. **Rev Calid Asist**. 2010.

PASCUAL, O. et al. Evaluación de la conciliación de la medicación en una Unidad de Traumatología. **Rev Esp Cir Ortop Traumatol**, 2015.

PATANWALA, A.E. et al. A prospective observational study of medication errors in tertiary care emergency department. **Ann Emerg Med**. 2010.

PEREIRA, L.R.L.; FREITAS, O. A evolução da Atenção Farmacêutica e a perspectiva para o Brasil. **Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas**. v.44, n.4, p. 601-612, 2008.

PHARMACISTS ASoH-S. Medication Reconciliation Handbook. Oakbrook Terrace: **Joint Comission on Accreditation of Healthcare Organizations**, 2006.

PIPPINS, J.R. et al. Classifying and predicting errors of inpatient medication reconciliation. **J Gen Intern Med**. 2008.

QUÉLENNEC, B. et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. **European Federation of Internal Medicine**. 2013.

REIS, W.C.T. et al. Análise das intervenções de farmacêuticos clínicos em um hospital de ensino terciário no Brasil. **Rev. Einstein**, 2013.

RIBEIRO, V.F. et al. Realização de intervenções farmacêuticas por meio de uma experiência em farmácia clínica, **Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde São Paulo**, v.6 n.4 18-22 out./dez. 2015.

RODRIGUES, E.C.M.; NEVES, F.T.A. Estudo do uso de medicamentos em pacientes com diabetes e hipertensão do programa de extensão “Diabetes Mellitus” por meio da metodologia DADER. **Rev. Ciên. Farm. Básica Apl. Araraquara**, 2016.

SCHNIPPER, J.L. et al. Role of pharmacist counseling in preventing adverse drug events after hospitalization. **Arch Intern Med**, 13;166(5):565-71, 2006.

SCHWARZ, E. et al. Política de saúde do homem. **Rev. Saúde Pública**, 2012.

SILVA, P.; LUIS, S.; BISCAIA, A. Polimedicação: Um estudo de prevalência nos Centros de saúde do Lumiar e de Queluz. **Rev Port Clin Geral**. 2004.

SOARES, A.S. Inconsistências Medicamentosas em Hospital no Sul do Brasil: A Importância da Reconciliação Medicamentosa na Segurança do Paciente. Tese de mestrado. **UNIVERSIDADE DO SUL DE SANTA CATARINA**, 2016.

STORPIRTIS, S, et al. Farmacologia clínica e atenção farmacêutica 1º edição. **Guanabara Koogan**, 2008.

TAM, V.C. et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **CMAJ**, 2005.

VAN DEN BEMT, P.M.L. et al. Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study. **J Am Geriatr Soc**. 2013 Aug. 2014.

VELHO, A.C.Z. Atuação do farmacêutico na reconciliação medicamentosa: revisão da literatura. 2011. 25 f. Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia – **Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Rio Grande do Sul, 2011.

VIRA, T.; COLQUHOUN, M.; ETCHELLS, E. Reconciliable differences: correcting medication errors at hospital admission and discharge. **Qual Saf Health Care**. v. 15, p.122-126, 2006.

WANNMACHER, L. Uso racional de medicamentos, **Ministério da Saúde**. Brasília-DF, 2012.

WHO - World Health Organization. The role of education in the rational use of medication. **WHO**: Genebra; 2006.

YOUNG B. Medication reconciliation matters. **MEDSURG Nursing**. 2008.


ZONI, A.C. et al. The impact of medication reconciliation program at admission in an internal medicine department. **Eur J Intern Med**, 2012.

## 9. ANEXOS

### ANEXO I - Ficha de Anamnese Farmacêutica Inicial do Paciente

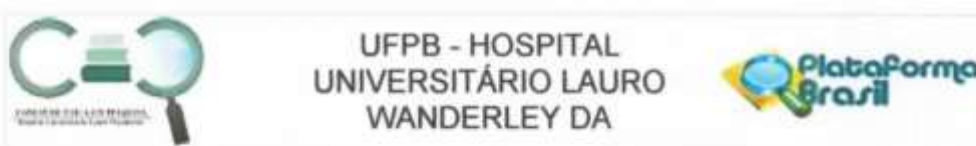
<b>EBSERH</b> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		<b>ANAMNESE FARMACÊUTICA INICIAL DO PACIENTE</b> UNIDADE DE FARMÁCIA CLÍNICA				Concur Hospital Universitário Lauro Wanderley		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>								
NOME:				PRONTUÁRIO:				
NOME DA MÃE:								
DATA DE NASCIMENTO:			IDADE		SEXO		PESO	
CLÍNICA:			LEITO:					
<b>DATA DA INTERNAÇÃO:</b>								
HOSPITAL:		UTI		ALTA DA UTI:				
INTERNAÇÃO ANTERIOR NOS ÚLTIMOS 90 DIAS:		SIM:	NÃO:	DATA:				
DIAGNÓSTICO ATUAL:								
ALERGIA MEDICAMENTOSA:		SIM:	NÃO:	QUAIS:				
<b>HISTÓRICO PREGRESSO DO PACIENTE:</b>								
FUMANTE	SIM:	NÃO:	OBS: ÁLCOOL		SIM:	NÃO:	OBS:	
COMORBIDADES EXISTENTES:								
OBSERVAÇÕES:								
_____						DATA: ___/___/___		
FARMACEUTICO (A) RESPONSÁVEL/CRF/PB Nº _____								
<b>CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA:</b>								
NÚMERO	MEDICAMENTOS (Incluir apresentação, dose, via e frequência de administração. Anotar se o paciente utiliza o medicamento de forma diferente daquela prescrita).	MEDICAMENTO O PRESCRITO	MEDICAMENTO O NÃO O NÃO	COM PRESCRITO	DESCRIÇÃO (Ex: Dose alterada, frequência de administração errada, medicamento substituído, etc.)	DISCREPÂNCIAS		
						SIM INTENCIONAL	NÃO INTENCIONAL	
01								
02								
03								
04								
05								
06								
07								
08								
09								
10								
_____				_____				
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL				ASSINATURA DO MÉDICO (A)				

## ANEXO II - Ficha de Intervenção Farmacêutica

<b>EBSERH</b> HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS		<b>FICHA DE INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA</b>			
NOME:			PRONTUÁRIO:		
IDADE:	SEXO:	ENFERMARIA/LEITO:			
INTERVENÇÃO Nº: ( )		POSSÍVEIS PRM(Problemas relacionados a Medicamentos)			
(1)-INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA	(9)-RECONSTITUIÇÃO	(16) - DESCALONAMENTO DE ANTIMICROBIANOS			
(2)-AJUSTE DE DOSE	(10)-DILUIÇÃO	(17) - MEDICAMENTO NÃO PADRONIZADO SUBSTITUIR			
(3)-POSOLOGIA	(11)-APRAZAMENTO	(18) - CONSIDERAR INFORMAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS			
(4)-ADICIONAR MEDICAMENTO	(12)-TEMPO DE INFUSÃO	(19) - AJUSTE DE ELETRÓLITOS			
(5)-RETIRAR MEDICAMENTO	(13)-MEDICAMENTO VIA SONDA	(20) - RECONCILIAÇÃO			
(6)-SUBSTITUIR MEDICAMENTO	(14)- FORMA FARMACEUTICA	(21)- INCOMPATIBILIDADE EM Y			
(7)-VELOCIDADE DE INFUSÃO	(15) - INFORMAÇÃO DE CULTURAS	(22)-OUTROS			
(8)-VIA DE ADMINISTRAÇÃO					
<b>MEDICAMENTOS ENVOLVIDOS/MANEJO</b>					
<b>INTERVENÇÃO:</b>					
ACEITA ( ) NÃO ACEITA: SEM JUSTIFICATIVA ( ) COM JUSTIFICATIVA ( )					
JUSTIFICATIVA:					
ASSINATURA DO PROFISSIONAL RECEPTOR			ASSINATURA DO FARMACEUTICO		
JOÃO PESSOA, _____, de _____ de 20 ____					
Ficha de intervenção Farmacêutica - 050-2015				Reprografia	



## Anexo IV – Parecer da Aprovação da Pesquisa



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

**Pesquisador:** Luciana Lucena Aranha de Macêdo

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 73499417.5.0000.5183

**Instituição Proponente:** Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.268.820

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de trabalho de conclusão de curso em sua primeira versão.

Trata-se de um estudo do tipo transversal e quantitativo, documental, de caráter retrospectivo e prospectivo, realizado com usuários admitidos no hospital e encaminhados às unidades onde há acompanhamento desses usuários por farmacêutico clínico. A pesquisadora destaca como critério de inclusão no estudo todos os usuários internados, em tratamento nas unidades onde há acompanhamento do farmacêutico clínico, com até 48 horas de admissão. Esse estudo será realizado no Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULWEBSERH) da Universidade Federal da Paraíba. A população-alvo serão todos os usuários admitidos no hospital e encaminhados às unidades onde há seu acompanhamento pelo farmacêutico clínico. As variáveis estudadas envolverão idade; gênero; estilo de vida relacionado a saúde, características clínicas (origem de admissão, internação anterior, diagnóstico); número de discrepâncias e sua classificação; motivos das discrepâncias não intencionais; número de medicamentos conciliados e número de intervenções farmacêuticas, dentre outras.

A coleta de dados será realizada entre os meses de outubro de 2017 a dezembro de 2019, por meio da análise da ficha de anamnese farmacêutica inicial do paciente, da ficha de evolução

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
 UF: PB Município: JOAO PESSOA  
 Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br

*Dr. Wilson Augusto Freire*  
 Comissão de Ética em Pesquisa  
 HULW - EBSERH - UFPB



UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.268.820

farmacêutica diária e da ficha de intervenções farmacêuticas. Os dados coletados serão analisados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Program for Social Science) versão 20.0. Ao final dessa pesquisa pretende-se analisar as discrepâncias nas prescrições e nas conciliações medicamentosas realizadas pelo farmacêutico, evitando acidentes com medicamentos e garantindo segurança e eficácia farmacoterapêutica visando a saúde do usuário e a diminuição de gastos no tratamento, contribuindo para melhor assistência ao paciente.

#### Objetivo da Pesquisa:

Como objetivo primário, a pesquisadora destaca:

- Avaliar a conciliação medicamentosa, realizada pela unidade da farmácia clínica no Hospital Universitário Lauro Wanderley da cidade de João Pessoa, visando promover o uso racional dos medicamentos e prevenir possíveis erros de medicação, contribuindo para uma melhor assistência ao paciente.

Como objetivos secundários, destacam-se:

- Descrever a conciliação de medicamentos realizada com os pacientes internos no Hospital Universitário nos setores que atuam a farmácia clínica;
- Quantificar e classificar as discrepâncias encontradas entre os medicamentos prescritos;
- Avaliar os motivos das discrepâncias intencionais e não intencionais;
- Quantificar o número de medicamentos conciliados;
- Identificar e quantificar os problemas relacionados a medicamentos mais comuns nas discrepâncias não intencionais;
- Quantificar as intervenções aceitas;
- Identificar e quantificar os medicamentos não padronizados trazidos pelo usuário;
- Identificar e quantificar os medicamentos prescritos conciliados não padronizados pelo hospital;
- Avaliar a implantação do Termo de Responsabilidade por Medicamentos de Uso Próprio.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, a pesquisadora destaca como riscos mínimos:

- A pesquisa não proporciona risco direto à saúde dos pacientes, no entanto, por se tratar de uma pesquisa documental, há risco de perda ou extravio de documentos.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br

*[Assinatura]*  
Coordenadora  
14 de Ética em Pesquisa  
UFPB/ESB/11/11/11  
Página 02 de 05



UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.268.820

Como benefícios são destacados:

- Contribuir para uma farmacoterapia mais racional, garantindo uma assistência eficiente, segura e efetiva, estimulando a conciliação medicamentos, de forma a evitar danos posteriores ao usuário.
- Prevenção de erros de medicação, priorizando a saúde do usuário e destacando a relevância do profissional farmacêutico.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O objeto de estudo apresenta-se relevante para gestão da farmácia clínica, com possibilidades de contribuições para tratamento medicamentoso de pacientes internados. O protocolo encontra-se bem instruído, permitindo avaliação e julgamento dos aspectos éticos e metodológicos, conforme diretrizes da Resolução CNS 466/2012.

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

A pesquisadora apresentou todos os termos solicitados pelo comitê como:

- Projeto completo e detalhado;
- Ficha de cadastro na GEP;
- Folha de rosto da plataforma Brasil;
- Termo de consentimento livre e esclarecido;
- Termo de anuência dos setores de estudo no HU.

**Recomendações:**

Recomendamos que seja corrigido período da coleta de dados descrito na metodologia, conforme apresentado no cronograma de atividades.

Recomenda-se ainda que:

1. (O)A pesquisador(a) responsável e demais colaboradores, MANTENHAM A METODOLOGIA PROPOSTA E APROVADA PELO CEP-HULW.
2. Apresente ao CEP/HULW, relatório parcial após a coleta de dados e relatório final ao término do estudo, e;
3. Informe ao CEP/HULW, por meio de Emenda/Notificação a inclusão de novos membros/equipe de pesquisa, via plataforma Brasil.
4. Caso ocorram intercorrências durante ou após o desenvolvimento da pesquisa, a exemplo de alteração de título, mudança de local da pesquisa, população envolvida, entre outras, o(a) pesquisador(a) responsável deverá solicitar a este CEP, via Plataforma Brasil, aprovação de tais alterações, ou buscar devidas orientações.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
UF: PE Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br

*[Handwritten Signature]*  
Prof.ª MSc. Eliane Moreira Freire  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
HU - EBSE/IBS UFPB



UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.268.820

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

Considerando as recomendações acima e que o estudo apresenta viabilidade ética e metodológica e encontra-se em consonância com as diretrizes da Resolução 466/2012, do CNS, MS, somos favoráveis ao desenvolvimento da investigação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Ratificamos o parecer de APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa, emitido pelo Colegiado do CEP/HULW, em reunião ordinária realizada em 29 de agosto de 2017.

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

O participante da pesquisa deverá receber uma via do Termo de Consentimento na íntegra, com assinaturas do pesquisador responsável e do participante e/ou do responsável legal. O pesquisador deverá manter em sua guarda uma via do TCLE assinado pelo participante por cinco anos.

Se o TCLE contiver mais de uma folha, todas devem ser rubricadas e apor assinatura na última folha.

O participante da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer dano ou prejuízo à assistência que esteja recebendo.

O pesquisador deverá desenvolver a pesquisa conforme delineamento aprovado no protocolo de pesquisa e só descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade, pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata.

Lembramos que é de responsabilidade do pesquisador assegurar que o local onde a pesquisa será realizada ofereça condições plenas de funcionamento garantindo assim a segurança e o bem estar dos participantes da pesquisa e de quaisquer outros envolvidos.

Eventuais modificações – EMENDAS – ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP/HULW de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

O protocolo de pesquisa, segundo cronograma apresentado pela pesquisadora responsável, terá vigência até dezembro de 2019.

Ao término do estudo, o pesquisador deverá apresentar, online via Plataforma Brasil, através de Notificação, o Relatório final ao CEP/HULW para emissão da Certidão Definitiva por este CEP.

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br

*[Assinatura]*  
Rafaela Moreira Freire  
Coordenadora  
Comitê de Ética em Pesquisa  
HULW - ESSEPH I - UFPB



UFPB - HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO LAURO  
WANDERLEY DA



Continuação do Parecer: 2.268.820

Informamos que qualquer alteração no projeto, dificuldades, assim como os eventos adversos deverão ser comunicados a este Comitê de Ética em Pesquisa através do Pesquisador responsável uma vez que, após aprovação da pesquisa o CEP-HULW torna-se co-responsável.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_917040.pdf	14/08/2017 17:14:22		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cont_Aceite.pdf	14/08/2017 17:13:10	Luciana Lucena Aranha de Macêdo	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Aceite_HU.pdf	14/08/2017 17:02:13	Luciana Lucena Aranha de Macêdo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP.pdf	14/08/2017 16:56:35	Luciana Lucena Aranha de Macêdo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP.pdf	14/08/2017 16:55:02	Luciana Lucena Aranha de Macêdo	Aceito
Folha de Rosto	img005.pdf	14/08/2017 16:51:21	Luciana Lucena Aranha de Macêdo	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 11 de Setembro de 2017

Assinado por  
MARIA ELIANE MOREIRA FREIRE  
(Coordenadora)

Endereço: Hospital Universitário Lauro Wanderley - 2º andar - Campus I - UFPB.  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 58.059-900  
UF: PB Município: JOAO PESSOA  
Telefone: (83)3216-7964 Fax: (83)3216-7522 E-mail: comite.etica@hulw.ufpb.br

## Anexo V – Termo de Responsabilidade de Medicamento do Próprio Paciente

	Nome genérico	Nome comercial	Quantidade trazida	Lote	Validade	Quantidade Devolvida
1						
2						
3						

Foi possível identificar todo(s) o(s) medicamento(s)?  sim  não

---

Concordo em deixar este(s) medicamento(s) aos cuidados da enfermagem?  sim  não

---

Outras observações: \_\_\_\_\_

---

Assinatura do paciente ou de seu responsável \_\_\_\_\_

Assinatura do farmacêutico e carimbo  
Data da verificação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**DEVOLUÇÃO**

---

Assinatura da Enfermagem e carimbo \_\_\_\_\_

Data da Devolução: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

Assinatura do paciente ou responsável  
(Informar o grau de parentesco ou vínculo)