

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES NEUROLÓGICOS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO AMAZONAS

SUZANY HELENA DA SILVA CANDIDO

MANAUS-AM
2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS

SUZANY HELENA DA SILVA CANDIDO

CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA DE PACIENTES NEUROLÓGICOS
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO AMAZONAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Amazonas, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Tanise Vendruscolo Dalmolin

Coorientador: Prof^o Dr^o Marcelo Campese

MANAUS-AM
2022

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C999c Cândia, Suzany Helena da Silva
Conciliação medicamentosa de pacientes neurológicos em um hospital universitário do estado do Amazonas / Suzany Helena da Silva Cândia . 2022
66 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Tanise Vendruscolo Dalmolin
Orientador: Marcelo Campese
Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) -
Universidade Federal do Amazonas.

1. Reconciliação Medicamentosa. 2. segurança do paciente. 3. serviço de farmácia hospitalar . 4. neurologia. I. Dalmolin, Tanise Vendruscolo. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título


**“Conciliação medicamentosa de pacientes neurológicos em um hospital
universitário do estado do Amazonas”**

DISCENTE: SUZANY HELENA DA SILVA CANDIDO

PARECER:

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de Mestre em Ciências Farmacêuticas em sua forma final e definitiva pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas da Universidade Federal do Amazonas.

Manaus, AM, 31/01/2022.


Ariane M. Kluczkovski
Coordenação
Prog. Pós Grad. Cien.
Farmacêuticas

Profa. Dra. Ariane Mendonça Kluczkovski
Coordenadora do PPGCF

**A mesma foi apresentada perante a banca composta pelos seguintes
professores:**



Profa. Dra. Tanise Vendruscolo Dalmolin
Orientador e Presidente da Banca (UFAM)



Profa. Dra. Lunara Teles Silva
Membro (UnB)



Prof. Dr. Rafael Poloni
Membro (Ministério da Saúde)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, a Deus e Senhor Jesus Cristo, pela minha vida, e por me permitir ultrapassar todos os obstáculos encontrados ao longo da realização deste trabalho permitido que meus objetivos fossem alcançados, proporcionando saúde, determinação e perseverança, mostrando pessoas maravilhosas durante a realização, sem as quais, não seria possível.

Aos meus pais, irmã e os meus parentes que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho.

Aos amigos, que sempre estiveram ao meu lado, pela amizade incondicional e pelo apoio demonstrado.

A professora Tanise Vendruscolo Dalmolin, por ter sido minha orientadora e ter desempenhado tal função com dedicação e amizade. Muito obrigada por me aceitar como orientanda, acreditar e se empenhar em tudo. Gratidão

Ao meu Coorientador professor Marcelo Campese, por todos os conselhos, pela ajuda e pela paciência com a qual auxiliou no meu aprendizado.

Aos professores, do programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas e à Faculdade de Ciências Farmacêuticas da UFAM, pelas correções e ensinamentos que me permitiram apresentar um melhor desempenho no meu processo de formação profissional.

A todos do Hospital Universitário Getúlio Vargas que foram fundamentais para o desenvolvimento da pesquisa que possibilitou a realização deste trabalho.

Especialmente a todos da clínica cirúrgica da Unidade do Sistema Neuromuscular na pessoa da enfermeira Gretry Preacy Vieira de Andrade gestora de excelência, bem como a equipe de médicos, residentes, enfermeiros, enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas e toda a equipe multiprofissional que foi extremamente acolhedora e participativa.

A farmacêutica gestora da Farmácia, Vivian do Nascimento Pereira que especialmente viabilizou com uma postura assertiva e coordenada, junto a Doutora Rebeka Caribé Badin, doutora e farmacêutica do INCA/ HUGV que já executava um brilhante trabalho em farmácia clínica na clínica cirúrgica da Unidade do Sistema Neuromuscular na qual nosso trabalho foi desenvolvido especialmente com a Doutora Rebeka Caribé Badin que foi essencial no meu processo de formação profissional, pela dedicação, e por tudo o que aprendi ao longo dos anos do curso.

A toda a equipe de farmácia hospitalar e clínica do hospital.

A todos que contribuíram e participaram, direta ou indiretamente do desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, enriquecendo o meu processo de aprendizado e que me incentivaram e que certamente tiveram impacto na minha formação acadêmica.

“Tudo posso naquele que me fortalece”.
Filipenses 4:13

RESUMO

Introdução: Conciliação medicamentosa é um processo formal e registrado, na qual a equipe multiprofissional elabora uma lista completa, única e precisa de todos os medicamentos atuais de cada paciente. A partir dessa lista, as informações são conciliadas e comparadas com os medicamentos que constam no prontuário, prescrição e com os cuidadores do paciente, durante a admissão, transferência e alta hospitalar. O paciente neurológico é alvo de inúmeras intervenções multiprofissionais, principalmente durante internações hospitalares, nas quais a conciliação medicamentosa é uma estratégia que mitiga eventos adversos reais e potenciais e otimiza a farmacoterapia. Existem poucos estudos que relataram dados de conciliação de medicamentos nesse grupo de pacientes. **Objetivo:** Identificar as discrepâncias medicamentosas, por meio do serviço de conciliação de medicamentos, em pacientes admitidos na clínica cirúrgica de uma unidade especializada no atendimento de doença relacionadas ao sistema neuromuscular. **Metodologia:** Foi realizado um estudo de caráter descritivo e prospectivo, incluindo pacientes admitidos e acompanhados pelo serviço de farmácia clínica no período de setembro a dezembro de 2020. Os dados foram coletados mediante entrevistas semiestruturadas com pacientes, familiares e/ou cuidadores com revisão dos prontuários dentro de 24 - 48 horas da internação hospitalar sobre o uso atual de medicamentos, com a finalidade de desenvolver uma lista atualizada com a melhor história possível de medicamentos para comparação com a prescrição médica de admissão. As diferenças entre o uso de medicamentos em domicílio e a prescrição hospitalar foram definidas como discrepância e classificadas quanto a intencionalidade e tipo. **Resultados:** Após aplicação dos critérios de exclusão, foram incluídos no estudo 54 pacientes, 28 eram do sexo feminino (52 %), com média de idade de $46,78 \pm 14,50$ anos, variando de 19 a 76 anos. O total de pacientes que relataram comorbidades foram 25 pacientes, sendo as mais prevalentes as patologias dos sistemas circulatório e endócrino, com maior incidência de hipertensão (41%). A partir da realização da conciliação medicamentosa, foram identificadas o uso automedicação predominantemente relacionada a medicamentos das classes terapêuticas do aparelho digestivo e metabolismo (42%) e do sistema nervoso (37%). O uso de plantas medicinais e fitoterápicos foi citado por 29 pacientes. Dentre os medicamentos para uso contínuo, foram identificadas 35 discrepâncias: 20 foram intencionais (57%), três intencionais não documentadas (9%) e 12 não intencionais (34%). Omissão de medicamentos foi o tipo de discrepância mais comum (86%). **Conclusão:** A conciliação medicamentosa mostrou-se um importante recurso para identificação de discrepâncias na transição de cuidado de pacientes com doenças neurológicas, principalmente no que se refere à omissão de medicamentos. Assim, esse serviço pode ser fundamental para redução de erros de medicação e riscos de eventos adversos aos pacientes.

Palavras-Chaves: Reconciliação de Medicamentos; Segurança do Paciente; Serviço de Farmácia Hospitalar; Neurologia.

ABSTRACT

Introduction: Medication reconciliation is a formal and registered process, where the multidisciplinary team prepares a complete, unique and accurate list of all current medications for each patient. From this list, the information is reconciled and compared with the drugs in the medical record, prescription and with the patient's caregivers, during admission, transfer and hospital discharge. The neurological patient is the target of numerous multiprofessional interventions, especially during hospital admissions, where medication conciliation is a strategy that mitigates real and potential adverse events and optimizes pharmacotherapy. There are few studies that reported medication reconciliation data in this group of patients **Objective:** To identify medication discrepancies, through the medication reconciliation service, in patients admitted to the surgical clinic of a unit specialized in the care of diseases related to the neuromuscular system. **Methodology:** A descriptive and prospective study was carried out, including patients admitted and followed up by the clinical pharmacy service from September to December 2020. Data were collected through semi-structured interviews with patients, family members and/or caregivers with a review of medical records within 24 - 48 hours of hospital admission on current medication use, in order to develop an up-to-date list of the best possible medication history for comparison with the admission physician's prescription. Differences between home medication use and hospital prescription were defined as discrepancy and classified according to intention and type. **Results:** After applying the exclusion criteria, 54 patients were included in the study, 28 were female (52%), with a mean age of 46.78 ± 14.50 years, ranging from 19 to 76 years. The total number of patients who reported comorbidities were 25 patients, the most prevalent being pathologies of the circulatory and endocrine systems, with a higher incidence of hypertension (41%). From the accomplishment of the medication conciliation, the use of self-medication predominantly related to drugs of the therapeutic classes of the digestive system and metabolism (42%) and the nervous system (37%) were identified. The use of medicinal plants and herbal medicines was mentioned by 29 patients. Among the medications for continuous use, 35 discrepancies were identified: 20 were intentional (57%), three intentional undocumented (9%) and 12 unintentional (34%). Medication omission was the most common type of discrepancy (86%). **Conclusion:** Given the above, medication reconciliation proved to be an important resource for identifying discrepancies in the care transition of patients with neurological diseases, especially with regard to medication omission. Thus, this service can be essential for reducing medication errors and the risk of adverse events for patients.

Key words: Medication Reconciliation; Patient safety; Hospital Pharmacy Service; Neurology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação esquemática de alterações na lista de medicamentos do paciente nas transições de cuidado entre domicílio e hospital.....	27
Figura 2 - Fluxograma para execução da conciliação medicamentosa na Admissão Hospitalar	36
Figura 3 - Medicamentos citados por automedicação conforme Classificação Anatomic Therapeutic Chemical – ATC - primeiro nível - grupo anatômico principal: n (%).....	39

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Principais definições no contexto da segurança do paciente.....	21
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Frequência das hipóteses diagnósticas na admissão dos pacientes, classificadas conforme CID – 10.....	38
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos pacientes acompanhados na clínica cirúrgica da Unidade do Sistema Neuromuscular.	37
Tabela 2 - Plantas medicinais e fitoterápicos mais citadas no estudo.	41
Tabela 3 –Medicamentos com discrepâncias categorizados no primeiro nível (grupo principal anatômico de acordo com o sistema ATC).....	44
Tabela 4 - Classificação das discrepâncias quanto ao tipo e intencionalidade.....	44

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACI	<i>Accreditation Canada International</i>
AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ATC	<i>Anatomic Therapeutic Chemical</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CFF	Conselho Federal de Farmácia
CPSI	<i>Canadian Patient Safety Institute</i>
CQH	Programa de Controle da Qualidade Hospitalar
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
HUGV	Hospital Universitário Getúlio Vargas
IHI	<i>Institute for Healthcare Improvement</i>
IOM	<i>Institute of Medicine</i>
ISMP	Instituto para Práticas Seguras no Uso dos Medicamentos
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MHPM	Melhor História Possível de Medicamentos
NCC – MERP	Conselho Nacional de Coordenação para Notificação e Prevenção de Erros de Medicação
NIAHO	<i>National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNGS	Prêmio Nacional de Gestão em Saúde
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
ProFar	Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFAM	Universidade Federal do Amazonas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. OBJETIVOS	18
2.1 Objetivo Geral.....	18
2.2 Objetivos Específicos.....	18
3. REVISÃO DA LITERATURA.....	19
3.1 Doenças Neurológicas	19
3.2 Segurança do Paciente	20
3.3 Conciliação Medicamentosa	24
4. METODOLOGIA.....	33
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
6. CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS.....	46
ANEXO 1: FORMULÁRIO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	57
ANEXO 2: TERMO DE RECOLHIMENTO DE MEDICAMENTOS NA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	59
ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	60
ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA.....	64

1. INTRODUÇÃO

A conciliação medicamentosa é um processo formal em que os profissionais de saúde interagem com os pacientes para garantir uma transferência de cuidado precisa e completa da informação sobre os medicamentos em uso nas interfaces do cuidado. O processo é uma atividade multiprofissional com responsabilidades compartilhadas entre médicos, enfermeiros, farmacêuticos e outros profissionais envolvidos no atendimento do paciente (WHO, 2014).

O processo consiste na obtenção de uma lista completa, precisa e atualizada dos medicamentos que cada paciente utiliza no domicílio, sendo comparada com as prescrições médicas realizadas na admissão, transferência, consultas ambulatoriais em outras especialidades clínicas e alta hospitalar. Essa lista é utilizada para otimizar o uso de medicamentos pelos pacientes em todos os pontos de transição e tem como principal objetivo diminuir a ocorrência de erros de medicação (CFF, 2017).

A implementação de programas e protocolos eficazes de conciliação de medicamentos em todo o processo do cuidado apresenta muitos desafios, devido à complexidade dos vários locais de atendimento, necessidade de padronização do processo e a importância de incluir o paciente, levando-o à compreensão da farmacoterapia para uma adesão eficaz ao tratamento (BARNSTEINER, 2008). Para a conciliação de medicamentos, a equipe de saúde precisa estar ciente de suas funções e responsabilidades, no intuito de informar os pacientes e conciliar seus medicamentos, com a finalidade de identificar e resolver discrepâncias medicamentosas logo no início de sua admissão em unidades assistenciais (WHO, 2014).

A Resolução do Conselho Federal de Farmácia nº 585 de 2013 evidencia a relevância do farmacêutico clínico no Brasil, por meio da regulamentação de atribuições clínicas do farmacêutico. De modo geral, a resolução trata da importância do cuidado à saúde, individual e coletiva, trazendo a conciliação medicamentosa como um serviço de alta potencialidade para resolução de problemas relacionados a medicamentos durante os processos de admissão, transferência e alta entre os serviços e níveis de atenção à saúde (CFF, 2013).

A conciliação medicamentosa em pacientes neurológicos é considerada aliada na obtenção de resultados positivos, demonstrando a importância dos programas de cuidados transitórios, promovendo a transferência segura e oportuna do paciente de uma internação hospitalar para os cuidados subsequentes. O estudo que avaliou o impacto dos desfechos em nível de paciente neurológico mostra reduções nas visitas à emergências e hospitalizações, além da melhor adesão ao medicamento e aumento no cumprimento das metas terapêuticas e controle da doença por parte dos pacientes. O estudo Multicêntrico de Melhoria da Qualidade de

Conciliação de Medicamentos (QI) (MARQUIS1), e estudo pragmático de melhoria da qualidade (MARQUIS2) realizado em 18 hospitais ou sistemas hospitalares norte-americanos de 2016 a 2018, demonstrou uma diminuição substancial nas discrepâncias não intencionais de medicação ao longo do tempo (WERREMEYER et al., 2020; SCHNIPPER et al., 2022).

Em uma análise de custo-benefício no cuidado transicional de pacientes neurocirúrgicos foi observada a redução do custo total médio por paciente de 17,2%, impulsionada por uma redução do custo médio de admissão inicial, em grande parte atribuível à diminuição no tempo de internação. Além disso, o custo médio de readmissão foi reduzido em 71,3% (LIU et al., 2019).

O paciente com doenças neurológicas é alvo de inúmeras intervenções multiprofissionais, principalmente durante internações hospitalares, nas quais a conciliação medicamentosa é uma estratégia que pode mitigar eventos adversos reais e potenciais e otimizar a farmacoterapia (MUELLER et al., 2012). O estudo de Rustarazo e colaboradores (2015) apontou que 39% dos erros de medicação na admissão e 51% na alta hospitalar tem potencial para causar danos moderados ou graves, sendo os procedimentos de conciliação medicamentosa necessários para minimizar as discrepâncias na farmacoterapia e aumentar a segurança do paciente. Destaca-se os resultados de uma meta-análise que indicam que um programa de conciliação medicamentosa liderado por farmacêuticos nas transições hospitalares diminui as readmissões hospitalares relacionadas com eventos adversos a medicamentos (MEKONNEN et al., 2016).

No complexo contexto de pacientes com doenças neurológicas e neurocirúrgicos, os estudos relacionados à conciliação medicamentosa são incipientes. Diante da importância da utilização de medicamentos por esses pacientes, tendo em vista a complexidade da farmacoterapia desses pacientes, as múltiplas condições de saúde, ao uso de medicamentos potencialmente perigosos em âmbito ambulatorial, ao potencial de respostas idiossincráticas ao tratamento e aos regimes de dosagem variáveis, há necessidade de acompanhamento sistemático e organizado nas transições de cuidado.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as discrepâncias medicamentosas, por meio do serviço de conciliação de medicamentos, em pacientes admitidos na clínica cirúrgica de uma unidade especializada no atendimento de doença relacionadas ao sistema neuromuscular.

2.2 Objetivos Específicos

- Realizar a anamnese farmacêutica em pacientes internados na clínica neurocirúrgica.
- Obter a Melhor História Possível de Medicamentos em uso pelo paciente, registrando as informações da conciliação medicamentosa no prontuário do paciente.
- Classificar as discrepâncias identificadas quanto a intencionalidade e tipo no momento da admissão hospitalar.
- Propor intervenções farmacêuticas a partir das discrepâncias encontradas para evitar erros de medicação.

3. REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Doenças Neurológicas

O conceito *Brain Health* ou Saúde do Cérebro é emergente que abrange o desenvolvimento neural, sua plasticidade, seu funcionamento e recuperação ao longo da vida. Uma boa saúde cerebral é um estado em que cada indivíduo pode desenvolver suas próprias habilidades e otimizar seu funcionamento cognitivo, emocional, psicológico e comportamental para enfrentar as situações da vida. Inúmeros determinantes sociais e biológicos interconectados, incluindo a genética, desempenham um papel no desenvolvimento e saúde do cérebro desde a concepção até o fim da vida. Esses determinantes influenciam a maneira como o cérebro desenvolve-se, adapta-se e responde ao estresse e às adversidades, dando lugar a estratégias de promoção e prevenção da saúde do cérebro ao longo do curso de vida. As doenças neurológicas são frequentes na população em geral e a maioria dos pacientes é acompanhada por outras doenças crônicas, exigindo a aplicação combinada de múltiplos medicamentos (WHO, 2020; LIU et al., 2021).

As condições que geram doenças neurológicas surgem ao longo da vida e são caracterizadas por interrupções no crescimento e/ou funcionamento normal do cérebro. Elas podem manifestar-se como distúrbios do desenvolvimento intelectual, distúrbios do espectro do autismo, epilepsia, paralisia cerebral, demência, doença cerebrovascular, dor de cabeça, esclerose múltipla, doença de Parkinson, neuroinfecções, tumores cerebrais, lesão traumática e distúrbios neurológicos resultantes de desnutrição (WHO, 2020).

As doenças neurológicas são as principais causas de redução da qualidade de vida por incapacidade e a segunda principal causa de morte em todo o mundo, sendo responsável por nove milhões de mortes por ano. Nos últimos 30 anos, o número absoluto de mortes e pessoas com deficiência devido a doenças neurológicas aumentou substancialmente, especialmente em países de baixa e média renda, e novos aumentos são esperados globalmente como resultado do crescimento e envelhecimento populacional (FEIGIN et al., 2020).

Segundo dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2016, os cinco maiores contribuintes para a redução da qualidade de vida por incapacidades neurológicas foram as seguintes doenças: acidente vascular cerebral (42,2%), enxaqueca (16,3%), demência (10,4%), meningite (7,9%) e epilepsia (5%). A doença de Parkinson, impulsionada pelo envelhecimento da população, é o distúrbio neurológico de crescimento mais rápido (WHO,

2020).

Em todo o mundo, inclusive no Brasil, as solicitações de avaliações neurocirúrgicas de pacientes em unidades de emergência são extremamente frequentes. Isso ocorre devido ao grande número de pacientes com suspeita de doenças neurológicas potencialmente cirúrgicas, como traumatismo cranioencefálico, acidente vascular cerebral, hemorragia subaracnóide e/ou doenças infecciosas e neoplásicas (ESTEVEES et al., 2019).

Apesar da grande prevalência representada pelas condições de saúde do cérebro, apenas 28% dos países de baixa renda têm uma política dedicada para doenças neurológicas, em comparação com países de alta renda, que é 64%. O cuidado para essas condições requer colaborações multissetoriais e interdisciplinares, com uma abordagem centrada no paciente, focando na promoção, prevenção, tratamento, cuidados e reabilitação ao longo da vida e o envolvimento ativo de cuidadores e familiares que vivenciam as condições (WHO, 2020).

Indivíduos com diagnóstico de doenças neurológicas são mais suscetíveis à ocorrência de problemas relacionados a medicamentos. Isso ocorre uma vez que medicamentos indicados para o manejo das condições neurológicas mais comuns possuem regimes posológicos complexos, potencial de interação com outros medicamentos e/ou são associados à ocorrência de eventos adversos relevantes (RODRIGUES et al., 2019).

3.2 Segurança do Paciente

A segurança do paciente é a ausência de danos evitáveis durante o processo de cuidado, bem como a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável, o qual refere-se às noções coletivas de determinado conhecimento atual, recursos disponíveis e o contexto em que o cuidado foi prestado, ponderado em relação ao risco de não tratamento ou de outro tratamento. Apesar de todos os esforços, cada ponto no processo de cuidado do paciente apresenta um certo grau de insegurança inerente, portanto é necessário o desenvolvimento de cultura de segurança do paciente (WHO, 2019; CORRÊA; SOUSA; REIS, 2020).

Os principais termos e definições no contexto da segurança do paciente estão demonstrados no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais definições no contexto da segurança do paciente

Dano	Comprometimento da estrutura ou função do corpo e/ou qualquer efeito dele oriundo, incluindo doença, lesão, sofrimento, morte, incapacidade ou disfunção, podendo, assim, ser físico, social ou psicológico.
Evento Adverso	Incidente que resulta em dano ao paciente.
Segurança do paciente	Reduzir a um mínimo aceitável, o risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.
Incidente	Evento ou circunstância que poderia ter resultado e/ou resultou em dano desnecessário ao paciente.
Risco	Probabilidade de um incidente ocorrer.

Fonte: BRASIL, 2014.

Em 2000, a partir da divulgação do relatório do Institute of Medicine (IOM) denominado “To Err is Human: Building a Safer Health System” (Errar é humano: construindo um sistema de saúde mais seguro), o tema segurança do paciente ganhou relevância. O relatório foi publicado tendo como base pesquisas de avaliação da incidência de eventos adversos em revisões retrospectivas de prontuários em hospitais de Nova York, Utah e Colorado, nos Estados Unidos (KOHN et al., 2000; VILLAR et al., 2020).

Dados divulgados nos Estados Unidos, revelaram que cerca de 100 mil pessoas morrem em hospitais a cada ano vítimas de eventos adversos, resultando em uma maior taxa de mortalidade do que as atribuídas aos pacientes com HIV/AIDS, câncer de mama ou atropelamentos. Além disso, a ocorrência de evento adverso representa um grave prejuízo financeiro, sendo estimado gastos entre 17 e 29 bilhões de dólares anuais (KOHN et al., 2000).

Devido à crescente preocupação com os aspectos relacionados à segurança do paciente, em 2004, a OMS criou a Aliança Global para a Segurança do Paciente, que posteriormente foi denominado Programa de Segurança do Paciente. Em um esforço internacional, essa foi a primeira iniciativa envolvendo a OMS, agências reguladoras, governantes e pacientes, com o objetivo de organizar os conceitos e as definições sobre segurança do paciente e propor medidas para reduzir os riscos e os EA em saúde (BRASIL, 2014)

A partir da criação desse programa, instituiu-se o Desafio Global de Segurança do Paciente, que objetiva identificar áreas de risco para a segurança do paciente e promover o desenvolvimento de ferramentas e estratégias de prevenção de danos. Os dois primeiros desafios apresentaram como temas a higienização das mãos (2005) e cirurgia segura (2008), e tinham como objetivo central a redução de infecções associadas aos cuidados em saúde e o risco associado às cirurgias, respectivamente (ISMP, 2018).

Em 2017, foi lançado o terceiro Desafio Global de Segurança do Paciente com o tema

medicação sem danos, com a meta de reduzir em 50% os danos graves e evitáveis relacionados a medicamentos até 2022. O desafio propõe o desenvolvimento de sistemas de saúde mais seguros e eficientes nas etapas de prescrição, distribuição, administração, monitoramento e utilização de medicamentos, estabelecendo três áreas prioritárias mais vulneráveis, a saber, situações de alto risco, polifarmácia e transições de cuidados (DONALDSON et al., 2017; ISMP, 2018)

Em 2013, no Brasil, através da Portaria MS/GM nº 529 foi instituído o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), o qual estabeleceu a criação de um conjunto de protocolos básicos de segurança do paciente. Posteriormente esses protocolos foram aprovados e instituídos pelas Portarias MS/GM nº 1.377 e nº MS/GM 2.095/2013, envolvendo os temas propostos pela OMS nos desafios globais ou as chamadas de soluções de segurança para o paciente. De modo geral, os temas dos protocolos envolvem: prática de higiene das mãos em estabelecimentos de saúde; cirurgia segura; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; identificação de pacientes; comunicação no ambiente dos estabelecimentos de saúde; prevenção de quedas; lesão por pressão; transferência de pacientes entre pontos de cuidado; e uso seguro de equipamentos e materiais. Duas questões motivaram a OMS a eleger esses protocolos: pequeno investimento necessário para a sua implantação e a magnitude dos erros e eventos adversos decorrentes da falta deles (BRASIL, 2013a; BRASIL, 2014).

O paciente está vulnerável e propenso a erros durante a sua permanência no ambiente hospitalar, sendo que muitas vezes, essa vulnerabilidade é atribuída a problemas de comunicação durante a execução de processos. Informações incompletas e/ou a falta destas podem prejudicar a terapia medicamentosa durante a internação hospitalar, resultando em eventos adversos. A transição de cuidados na admissão ao hospital e entre as áreas clínicas é considerada ponto de risco para erros de medicação, os quais podem ser reduzidos melhorando a comunicação em cada ponto de transição do atendimento (LUCONI et al., 2019; MAZHAR et al., 2018; SANTOS, et al., 2019).

A segurança do paciente deve ser vista como um compromisso de toda equipe multiprofissional, tornando todos os envolvidos nas relações de trabalho corresponsáveis na promoção de ações seguras aos pacientes (MAGALHÃES et al., 2019).

Neste contexto, o erro de medicação é destacado como um dos responsáveis pelo risco potencial para a segurança do paciente e é definido pelo Conselho Nacional de Coordenação para Notificação e Prevenção de Erros de Medicação (NCC-MERP) como qualquer evento evitável que pode causar ou levar a medicação inadequada, enquanto o medicamento está sob

o controle do profissional de saúde, paciente ou consumidor. Tais eventos podem ocorrer em qualquer fase da terapia medicamentosa (MIEIRO et al., 2019). Diante disso, há uma evidente importância em investimentos na prevenção e no desenvolvimento de uma cultura de segurança do paciente (VILELA; JERICÓ, 2019). Para garantir melhorias sustentáveis e significativas na segurança dos cuidados de saúde ao paciente são necessárias políticas claras, capacidade de liderança organizacional, dados para impulsionar melhorias na segurança, profissionais de saúde qualificados, bem como envolvimento efetivo dos pacientes em seus cuidados (WHO, 2019).

Contribuindo para a segurança do paciente há o processo de acreditação, o qual consiste em uma avaliação externa da qualidade dos estabelecimentos de saúde, de caráter voluntário, periódico, reservado, sigiloso e que implica em custos para sua contratação e realização. A acreditação tem como finalidade garantir, dentro de padrões mínimos estabelecidos, a qualidade assistencial, bem como determinar conformidade com um conjunto de padrões dos recursos institucionais, como a sua estrutura, os processos de cuidado e os resultados obtidos (BRASIL, 2014; MARTINS et al., 2011).

Atualmente, no Brasil, existem algumas organizações que realizam o processo de acreditação hospitalar, através de métodos próprios e sistemáticos de avaliações semelhantes. Dentre as organizações nacionais, destacam-se a Organização Nacional de Acreditação (ONA), o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH) e o Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS). Já como organizações de certificação internacional, ressalta-se a *Joint Commission International* (JCI) representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA), *Accreditation Canada International* (ACI) e *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations* (NIAHO) (BRASIL, 2014; CFF, 2017).

A ONA atua desde 1999, enquanto a JCI é a subsidiária da mais antiga agência acreditadora do mundo, fundada em 1951 nos EUA, sendo uma das instituições de maior renome mundial na elaboração de publicações e ações na esfera da qualidade na saúde, cuidado e segurança dos pacientes (CBA, 2020). As acreditadoras instituem uma série de serviços a serem implementados para garantir a qualidade do cuidado em saúde. Dentre os serviços está a conciliação medicamentosa, previstos em regulamentações e pré-requisito de creditações, sendo que a JCI e a ACI incorporaram a exigência da prestação desse serviço desde 2005. (PEVNICK et al., 2016).

3.3 Conciliação Medicamentosa

O Conselho Federal de Farmácia (CFF), por meio do Programa de Suporte ao Cuidado Farmacêutico na Atenção à Saúde (ProFar), trata a conciliação medicamentosa como um serviço clínico farmacêutico. O cuidado prestado pelo farmacêutico materializa-se para o paciente e para a sociedade na provisão de serviços farmacêuticos, visando atender suas necessidades de saúde, entre os quais está a conciliação ou reconciliação medicamentosa. O objetivo da prestação desse serviço é prevenir erros de medicação resultantes de discrepâncias da prescrição, com a finalidade de evitar danos desnecessários, principalmente no momento de transições do paciente pelos diferentes níveis de atenção ou por distintos serviços de saúde (CFF, 2016).

O Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), criado pela Biblioteca Regional de Medicina (BIREME), cita como descritor em português o termo “Reconciliação de Medicamentos”, admitindo como termos alternativos “Conciliação Medicamentosa”, “Conciliação de Medicamentos” e “Reconciliação Medicamentosa” (DeCS/ MESH, 2021). Desta forma, entende-se o termo reconciliação medicamentosa como sinônimo de conciliação medicamentosa. Optou-se por utilizar o termo conciliação em função da padronização adotada pelo CFF e a fim de evitar dubiedade de interpretação, uma vez que na RDC nº 13/2013 (Boas Práticas de Fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos), o termo reconciliação é utilizado em outro contexto e com outro significado (procedimento que tem como objetivo fazer uma comparação nas diferentes etapas de produção de um lote de produto, entre a quantidade real de produção e a quantidade teórica estabelecida) (BRASIL, 2013b; CFF, 2016).

A conciliação medicamentosa precisa estar devidamente registrada mediante entrevista com o paciente, sempre que possível. Os medicamentos apontados nessa entrevista são conciliados com os medicamentos que constam no prontuário, prescrição e com os cuidadores do paciente, e comparando com as prescrições de admissão, transferência e alta hospitalar (LESTER et al., 2019).

A conciliação medicamentosa tem como objetivo garantir uma comunicação precisa, consistente e detalhada das informações de medicamentos utilizados pelo paciente durante as transições de cuidados e a equipe multiprofissional, que atua diretamente na terapia medicamentosa perpassando pelo paciente e/ou cuidadores nos diversos níveis da assistência de saúde. Não obstante, ocorre a necessidade de atentar com a finalidade de evitar a comunicação ineficiente entre as diferentes equipes assistenciais e a perda de informações

importantes durante seu trajeto dentro da assistência em saúde. É uma atividade que visa reduzir as discrepâncias de prescrição e prevenir erros de medicação à medida que os pacientes passam pelas interfaces de atendimento (ALMANASREH et al.,2016; REDMOND et al., 2018; SANTOS, 2019)

Em 2014, como parte do Projeto *The High 5s Project: Standard Operating Protocol* estabelecido pela OMS, com a finalidade de alcançar reduções mensuráveis e sustentáveis dos problemas de segurança do paciente, promoveu-se a implementação de Protocolos Operacionais Padrão, específico para conciliação medicamentosa. Diante disso foi estabelecida uma abordagem pormenorizada, uma ficha técnica e um guia de implementação da conciliação medicamentosa, e foi denominado: Protocolo Operacional Padrão - Garantindo a precisão da medicação nas transições no atendimento (Do inglês: *Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care*).

Em 2019, a OMS apresentou um conjunto de três relatórios técnicos recomendando que sejam priorizadas três áreas de forte compromisso, ações precoces e gestão eficaz para proteger os pacientes de danos e maximizar os benefícios dos medicamentos sendo estes: (1) medicamentos em situações de alto risco, (2) medicamentos em polifarmácia e (3) medicamentos em transições de cuidados (WHO, 2019).

Organizações internacionais, incluindo a OMS, JCI, Instituto de Práticas de Medicamentos Seguras (ISMP), *Institute for Healthcare Improvement* (IHI) e *Canadian Patient Safety Institute* (CPSI), dentre outras incluíram a conciliação medicamentosa entre suas intervenções destinadas a reduzir danos evitáveis na área de saúde. Em 2005, o ACI incorporou vários requisitos da conciliação medicamentosa entre as Práticas Organizacionais Obrigatórias em seu programa de acreditação, os quais continuaram no Programa Qmentum de 2008, que orienta e monitora padrões de alta performance em qualidade e segurança na área de saúde. Em janeiro de 2013, ACI anunciou crescentes requisitos para as atividades de conciliação medicamentosa com vista à implementação total em todo o tratamento contínuo até 2022 (Accreditation Canada, 2013).

Todas essas organizações propõem fundamentos norteadores visando a segurança do paciente para a transferência precisa de informações em pontos de transição no atendimento e reconhecem a conciliação de medicamentos essencial para evitar erros de medicação e prevenir eventos adversos, através da transferência completa e precisa de informações sobre os medicamentos (ALMANASREH et al., 2016; EMANUEL et al., 2017; AHRQ, 2018; BIRKELAND et al., 2018; WHO, 2019).

O ISMP (2019) sistematizou os sete princípios orientadores a serem seguidos em uma conciliação medicamentosa propostos pela OMS:

Princípio 1 - obter uma lista atualizada e precisa de medicamentos do paciente é essencial para garantir a prescrição segura em qualquer cenário.

Princípio 2 - um processo estruturado formal para a conciliação de medicamentos deve ser colocado em prática em todas as interfaces de cuidado.

Princípio 3 - a conciliação de medicamentos na admissão é a base para a conciliação em todo processo de cuidado à saúde.

Princípio 4 - a conciliação de medicamentos deve ser integrada aos processos existentes para o gerenciamento de medicamentos e fluxo dos pacientes.

Princípio 5 - o processo de conciliação medicamentosa é de responsabilidade compartilhada com todos os profissionais da equipe multidisciplinar, que devem estar cientes de suas atribuições.

Princípio 6 - pacientes e familiares devem estar envolvidos na conciliação de medicamentos.

Princípio 7 - a equipe multiprofissional deve ser treinada constantemente para ser capaz de coletar a melhor história possível de medicamentos (MHPM) e executar o processo de conciliação.

Contudo, as definições propostas e as principais etapas na realização do processo de conciliação de medicamentos variam entre essas organizações. O IHI (2011) propõe 3 etapas: (1) Etapa de Verificação - coleta e elaboração da lista de medicamentos que o paciente utiliza antes da sua admissão, transferência ou alta hospitalar; (2) Etapa de Confirmação - assegurar que os medicamentos e as dosagens prescritas são apropriados para o paciente e; (3) Etapa de Conciliação - identificação das discrepâncias entre os medicamentos prescritos em cada nível de atenção à saúde ou em cada ponto de transição, na documentação das comunicações feitas ao prescritor e na correção das prescrições junto com o médico.

JCI (2009) propõe cinco etapas: (1) Coletar a lista completa dos medicamentos que o paciente está utilizando incluindo o nome, a dose, a frequência de uso e a via de administração; (2) Comparar a lista de medicamentos obtida com a prescrição do paciente seja na admissão, em uma transferência ou na alta hospitalar, identificando e resolvendo as discrepâncias medicamentosas; (3) Registrar a informação da conciliação medicamentosa no prontuário, atualizando a informação sempre que for prescrito um novo medicamento de uso contínuo; (4) Comunicar a lista de medicamentos que o paciente está usando em casos de transferências aos profissionais dos vários setores e níveis de cuidado e; (5) Fornecer ao paciente uma lista atualizada de medicamentos e as orientações.

CPSI descreve que a conciliação medicamentosa consiste em três processos de alto

nível: (1) Criar um histórico completo e preciso da melhor história possível de medicamentos (MHPM); (2) Conciliar medicamentos e; (3) Documentar e comunicar (EMANUEL et al., 2017).

OMS através do projeto *The High 5s: Standard Operating Protocol* (WHO, 2014) descreve as seguintes etapas: (1) Obtenção da MHPM; (2) Confirmação com precisão do histórico de medicamentos; (3) Conciliar medicamentos prescritos e o MHPM (comparar MHPM com medicamentos prescritos e resolver discrepâncias com o prescritor e alterações de documentos) e; (4) Fornecer informações precisas sobre os medicamentos para o médico, paciente e/ou cuidador quando o houver transição do cuidado.

Apesar das etapas diferenciarem entre as organizações, elas convergem para que seja elaborada uma lista de medicamentos mais precisa possível (MHPM), usando uma abordagem sistemática com base em uma entrevista com paciente/cuidador e uma variedade de outras fontes de medicamentos, como frascos de medicamentos prescritos, receituários das transições do cuidado como admissão, transferências e altas nos serviços de saúde (ALMANASREH et al., 2016; EMANUEL et al., 2017). A MHPM é um registro das informações dos medicamentos que inclui: nome do medicamento, dose, frequência e via de administração dos medicamentos. Demonstra o uso real do medicamento pelo paciente, mesmo que possa ser diferente do que foi prescrito (WHO, 2019).

A conciliação medicamentosa deve ocorrer nas interfaces de atendimento (admissão, transferência interna e alta) e nas transições entre instalações, consideradas como momentos vulneráveis. Não obstante, a OMS considera que os pontos de transição nos ambientes de saúde são frequentemente associados a mudanças ou interrupções nos medicamentos utilizados pelo paciente (Figura 1).

Figura 1 - Representação esquemática de alterações na lista de medicamentos do paciente nas transições de cuidado entre domicílio e hospital.



-
- 1) Admissão hospitalar proveniente do domicílio.
 - 2) Obtenção do histórico de medicamentos.
 - 3) Verificação do histórico de medicamentos usando fonte confiável de informações.
 - 4-7) Mudanças na medicação durante a internação hospitalar (4: Conciliação de medicamentos na admissão e 7: Conciliação de medicamentos na alta).
 - 8) Comunicação pré alta e envolvimento do paciente.
 - 9) Alta do hospital para domicílio.
- Fonte: Traduzido e adaptado (WHO, 2019).

É importante destacar que dentre essas transições não se inclui a transferência de cuidados entre profissionais, como, por exemplo, nas mudanças de turno de trabalho. A elaboração da MHPM é fundamental para toda a sequência da conciliação medicamentosa. Nesse sentido, o profissional de saúde utiliza-se de diferentes fontes de informação, que deve incluir um histórico completo dos medicamentos em uso regular, prescritos ou não prescritos, de uso contínuo, periódico ou recreacional, bem como o uso de plantas medicinais (ISMP, 2019).

O ISMP Brasil (2018) propõe ao paciente ter uma lista de todos medicamentos utilizados, incluindo os sem receituários médicos, vitaminas, suplementos e minerais, chás, medicamentos fitoterápicos e qualquer produto natural, bem como deve ser relatado qualquer alergia a medicamentos. Destacam-se nesse contexto a automedicação e a fitoterapia.

O uso de medicamentos sem receituários médicos, conhecido como automedicação, retrata o princípio do próprio indivíduo buscar espontaneamente por algum medicamento que considere adequado para resolver um problema de saúde, sem orientação de um profissional da saúde. Automedicação é descrito na Política Nacional de Medicamentos como o uso de medicamento sem a prescrição, orientação e ou o acompanhamento do profissional habilitado. Inclui-se nessa designação genérica a prescrição e/ou orientação de medicamentos por pessoas não habilitadas, bem como na reutilização de receitas antigas sem que elas tenham sido emitidas para uso contínuo. Estas informações precisam estar descritas na MHPM (SILVA et al., 2002; SECOLI et al., 2019; BRASIL, 2001).

No que tange à fitoterapia, é importante considerar as diversas formas de utilizar plantas com fins terapêuticos. O Formulário de Fitoterápicos da Farmacopeia Brasileira (2021), CFF (2019) e Kishi e colaboradores (2019) apresentam as seguintes definições:

Fitoterápico: É o produto obtido exclusivamente de matéria prima ativa vegetal (compreende a planta medicinal, ou a droga vegetal ou o derivado vegetal), exceto substâncias isoladas, com finalidade profilática, curativa ou paliativa. Podendo ser simples, quando o ativo é proveniente de uma única espécie vegetal medicinal, ou composto, quando o ativo é proveniente de mais de uma espécie vegetal medicinal.

Planta medicinal: É a espécie vegetal, cultivada ou não, utilizada com propósitos terapêuticos e/ou profiláticos.

Chá medicinal: são drogas vegetais com fins medicinais a serem preparadas por meio de infusão, decocção ou maceração em água.

Drogas vegetais: são plantas inteiras ou suas partes, geralmente secas, não processadas, podendo estar íntegras ou fragmentadas. Também se incluem exsudatos, tais como gomas, resinas, mucilagens, látex e ceras, que não foram submetidos a tratamento específico.

Medicamentos fitoterápicos: são produtos tecnicamente elaborados obtidos com emprego exclusivo de matérias-primas ativas vegetais cuja segurança e eficácia sejam baseadas em evidências clínicas e que sejam caracterizados pela constância de sua qualidade.

As plantas medicinais e fitoterápicos podem representar um risco crescente por causa dos efeitos adversos, de modo a impactar procedimentos cirúrgicos devido a coagulação alterada, controle da glicemia (ginseng), anestesia (valeriana, kawa), bem como complicações que podem surgir dos efeitos diretos e farmacodinâmicos ou farmacocinéticos. A literatura relata o uso de uma variedade de produtos contendo *Ginkgo biloba*, *Panax ginseng*, *Allium sativum* (alho), *Zingiber officinale* (gingibre), chá verde, vitamina E e óleo de peixe (DE HERT et al., 2018; ABE et al., 2014; DESTRO et al., 2005; ANG-LEE; MOSS; YUAN, 2001). Não há evidências para apoiar o adiamento da cirurgia eletiva, mas é necessário que sejam levadas em consideração o uso prévio em cirurgia de alto risco em “compartimentos fechados”, como procedimentos intracranianos, sugerindo o possível comprometimento da hemostasia pela utilização prévia de alho, ginseng, ginkgo, gengibre, vitamina E e chá verde (DE HERT et al., 2018).

Valeriana officinalis, utilizada no tratamento de insônia, se for descontinuada abruptamente produz efeitos semelhantes às abstinências dos benzodiazepínicos e, caso surjam sintomas no período perioperatório, podem ser tratados com benzodiazepínicos. É prudente a retirada gradativa do fitoterápico por várias semanas antes da cirurgia (CHAVEZ; JORDAN; CHAVEZ, 2006).

Histórias de medicamentos errôneas podem levar à descontinuidade da terapia, reutilização de medicamentos descontinuados, terapia inadequada e falha em detectar problemas relacionados à medicamentos. Tam e colaboradores (2005) demonstraram em uma revisão sistemática que 10-67% das histórias de medicamentos obtidos na admissão contêm um ou mais erros (TAM, et al., 2005).

Após elaboração da MHPM, o próximo passo é conciliar esta lista com os medicamentos prescritos no serviço onde o paciente está sendo atendido, averiguando todas as discrepâncias

identificadas resolvendo as alterações documentadas e atualizando a lista de medicamentos. As informações sobre a lista de medicamentos atuais e os motivos das alterações na lista anterior são fornecidas ao paciente, familiar e/ou cuidador e aos prestadores de cuidados de saúde para os quais os cuidados estão sendo transferidos (ISMP, 2019).

Outra divergência nas abordagens da conciliação medicamentosa é a identificação das discrepâncias. Segundo a revisão sistemática de Almanasreh e colaboradores (2016), alguns estudos criam suas próprias definições, geralmente baseadas em seus objetivos e métodos de pesquisa e outros não utilizam o termo discrepância de medicamentos ao descrever o processo de conciliação de medicamentos, utilizando os termos “Problemas relacionados à medicação (PRM)”, “medicação inadequada”, “erro de prescrição” e “erro de transcrição”. O termo “erro de medicação” foi usado indistintamente com “discrepância de medicação” em vários estudos, contudo este último termo pode fornecer uma abordagem mais prática para capturar os eventos que ocorrem nas transições de cuidados, uma vez que nem todas as discrepâncias de medicação são erros.

Discrepâncias são qualquer diferença identificada na farmacoterapia do paciente nas transições do cuidado e que ocorreu quando o prescritor alterou, adicionou ou omitiu um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição do cuidado (CORNISH et al., 2005). As discrepâncias podem ser definidas e divididas em três categorias principais: discrepâncias intencionais; discrepâncias intencionais não documentadas; discrepâncias não intencionais. Essa classificação apoia-se no *The High 5s Project: Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care* da OMS e estão sistematizadas a seguir:

Discrepâncias intencionais: São clinicamente compreensíveis e discrepâncias apropriadas entre a MHPM e a prescrição com base no plano de cuidados do paciente. O prescritor fez uma escolha intencional de adicionar, alterar ou descontinuar um medicamento e sua escolha está claramente documentada.

Discrepância intencional não documentadas: é aquela em que o prescritor fez uma escolha intencional de adicionar, alterar ou descontinuar um medicamento, mas essa escolha não está claramente documentada. Quaisquer prescrições que precisem de esclarecimento com o prescritor ou que possam ser confusos para outros médicos que cuidam do paciente, mas são intencionais, são considerados discrepâncias intencionais não documentadas. São uma falha na documentação. Não são erros de medicação e geralmente não representam uma ameaça imediata à segurança do paciente. No entanto, discrepâncias intencionais não documentadas podem levar a confusão, exigir esclarecimentos adicionais e podem levar a erros de medicação. Eles podem ser reduzidos pela padronização do método para documentar pedidos de medicamentos de admissão.

Discrepância não intencionais: é aquela em que o prescritor alterou, adicionou ou omitiu inadvertidamente um medicamento que o paciente estava tomando antes da

admissão. As discrepâncias não intencionais têm o potencial de se tornarem erros de medicação que podem levar a eventos adversos (WHO, 2014).

As discrepâncias intencionais podem ser justificadas de acordo com alguns aspectos: (1) Mudança na condição do paciente; (2) protocolo clínico ou institucional; (3) alteração farmacológica - medicamento diferente/via/dose/frequência; (4) medicamento não padrão (como por exemplo, substituição para alternativa padronizada na instituição); (5) decisão clínica de não prescrever e; (6) procedimento que será realizado no paciente (LOMBARDI et al., 2016; EIDELWEIN et al., 2020; DORNELES et al., 2020).

As discrepâncias não intencionais necessitam de uma conduta de intervenção, pois podem ser consideradas erros de medicação e levar a eventos adversos. As alterações para sua correção são realizadas em resposta a intervenção farmacêutica no processo segundo os seguintes aspectos: (1) reintrodução do medicamento pré-admissão ou introdução de um equivalente terapêutico; (2) adequação da dose para a dose pré-admissão ou nova modificação da dose; (3) adequação do intervalo de administração para o intervalo pré-admissão ou nova modificação de intervalo e; (4) não inclusão do medicamento devido a condição clínica do paciente (DORNELES, et al., 2020; EIDELWEIN et al.,2020; GLEASON et al., 2012; LOMBARDI et al.,2016).

Para a caracterização dos tipos de discrepâncias existe o modelo proposto por Lombardi e colaboradores (2016), os quais classificam em: (1) omissão (medicamentos em uso pré-admissão não prescritos no internamento); (2) duplicidade; (3) dose (diferenças de dose observadas entre pré-admissão e prescrição do internamento); (4) frequência e; (5) intervalo. Além disso, Gleason e colaboradores (2012) também classificam os tipos de discrepância em: (1) omissão (paciente relata que utilizava um medicamento antes da hospitalização e não foi solicitado na admissão); (2) dose; (3) via; (4) frequência diferentes do relato de antes da hospitalização e; (5) medicação solicitada diferente (a medicação prescrita na admissão que difere do que o paciente relata).

Meguerditchian e colaboradores (2013) demonstraram que a estimativa do tempo médio necessário para realização da conciliação medicamentosa durante a admissão de pacientes internados na geriatria foi de 92,2 minutos, enquanto Santos e colaboradores (2019) estimaram o tempo, na clínica médica, de 46,2 minutos. Em outro estudo realizado em uma instituição com alto percentual de pacientes de alta complexidade, o tempo médio foi de 28,5 minutos (UHLENHOPP et al., 2020)

As organizações precisam adotar uma abordagem robusta para a implementação da

conciliação medicamentosa, como estratégias múltiplas e complementares, e com envolvimento ativo e comunicação efetiva entre a equipe multiprofissional, com documentação eficaz para apoiar a comunicação de informações e o envolvimento ativo do paciente (ou representante legalmente designado). Além disso, a conciliação deve ser acompanhada por recursos adequados para apoiar a sua implementação e o pensamento sistemático. O uso de uma estratégia de mudança comportamental e de processos de trabalho é fundamental para uma implementação bem-sucedida (WHO, 2014; WHO 2019).

Estudos identificaram que o envolvimento do farmacêutico na conciliação de medicamentos é particularmente eficaz (MEKONNEN et al., 2016; MUELLER et al., 2012) e considerado uma estratégia economicamente atrativa para melhorar a segurança do paciente em cuidados agudos (ETCHELLS et al., 2012). O atendimento do farmacêutico clínico durante a internação pode melhorar a qualidade da prescrição e a comunicação oportuna com os médicos diminuem o erro de medicação intra-hospitalar e as taxas de EA (KAUSHAL et al. 2008; BLADH et al. 2011).

4. METODOLOGIA

O estudo foi conduzido no Hospital Universitário Getúlio Vargas (HUGV) localizado na cidade de Manaus, Amazonas, o qual presta atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), considerado um hospital-escola da Universidade Federal do Amazonas (UFAM) e gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). É referência no atendimento de média e alta complexidade. A pesquisa foi realizada na clínica cirúrgica da Unidade do Sistema Neuromuscular (USN) responsável pelo atendimento de pacientes das especialidades Cabeça e Pescoço, Otorrinolaringologia e Neurocirurgia, abrangendo uma maior demanda de pacientes para realização de neurocirurgia.

O estudo foi do tipo descritivo e prospectivo, através da conciliação medicamentosa na identificação discrepâncias de medicamentos identificadas nos pacientes admitidos na clínica cirúrgica USN durante o período de setembro a dezembro de 2020. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Getúlio Vargas, sob protocolo de número de Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 30527920.1.0000.5020.

Na instituição com a implantação do serviço de conciliação medicamentosa na clínica cirúrgica USN, a equipe de farmácia clínica é a responsável por coletar MHPM na admissão do paciente e por verificar as discrepâncias entre os medicamentos utilizados pelo paciente antes da internação e na admissão. Todos os dados são registrados no prontuário eletrônico do paciente, onde todos os profissionais de saúde possuem acesso.

Foram incluídos no estudo os pacientes com idade maior ou igual a 18 anos admitidos na clínica cirúrgica USN com condições clínicas de serem entrevistados e/ou que possuíam algum familiar/cuidador para fornecimento dos dados. Foram excluídos pacientes que: (1) foram transferidos, tiveram alta ou óbito em menos de 48 horas após a admissão; (2) já participaram do estudo em um internamento prévio e; (3) impossibilidade de realização da coleta de dados para elaboração da MHPM nas primeiras 48 horas.

A coleta dos dados foi realizada por farmacêuticos clínicos e sua uniformidade foi garantida através do preenchimento do formulário de conciliação medicamentosa (anexo 1), com base nas informações obtidas pela análise de prontuários, evoluções da equipe multiprofissional, prescrições médicas e consulta ao Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários – AGHU (prontuário eletrônico), averiguação de dados demográficos, clínicos e farmacológicos dos pacientes. O rastreamento dos pacientes admitidos na unidade de internação

foi através do relatório do AGHU realizado diariamente.

Antes da entrevista foi revisada a história clínica no prontuário eletrônico e físico para se obter informações pertinentes ao uso domiciliar de medicamentos, assim como a obtenção da prescrição de admissão hospitalar.

O paciente e/ou acompanhante/cuidador durante a entrevista para realização da anamnese farmacêutica era questionado sobre: (1) se possuía uma lista dos seus medicamentos de uso domiciliar; (2) se havia trazido algum medicamento (Anexo 2); (3) se descontinuou o uso de algum medicamento, seja os de automedicação ou prescrito por profissional habilitado; (4) se houve inserção ou modificação de algum medicamento recentemente; (5) dose, via, posologia utilizada (6) como fazia o uso dos medicamentos no domicílio. Caso fosse necessário havia uma entrevista complementar, com os medicamentos trazidos e receituários anteriores de tratamentos recentes. Estes questionamentos faziam parte do preenchimento do formulário semiestruturado e todas as informações adicionais eram inseridas na observação (Anexo 1).

Nos dados coletados durante anamnese, eram averiguados a ocorrência na utilização de plantas medicinais e fitoterápicos. Após era realizado a análise de todos os dados coletados e elaborava-se a melhor história possível de medicamentos (MHPM). Com a obtenção do MHPM realizava-se a comparação com a prescrição de admissão, nisso consiste a conciliação medicamentosa, que promove durante este processo de comparação a identificação de discrepâncias intencionais, intencionais não documentadas e não intencionais.

A internação dos pacientes para realização de procedimentos cirúrgicos ocorria de forma eletiva, poucos pacientes eram internados na sexta-feira à tarde, ou final de semana, estes eram entrevistados na segunda-feira, desde que respeitado o limite máximo de 48 horas de internação e nos feriados, no primeiro dia útil posterior. Informados sobre o motivo da pesquisa e com o aceite em participar, os pacientes ou o familiar/cuidador assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 3).

As variáveis coletadas foram : sexo, idade, hipótese diagnóstica (classificada conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID–10), comorbidades, alergias, reações adversas prévias a medicamentos e medicamentos da pré-admissão (princípio ativo, dose, via de administração, posologia e classificação *Anatomic Therapeutic Chemical* (ATC) primeiro nível - grupo anatômico principal). Os medicamentos da pré-admissão foram divididos em três grupos: (1) medicamentos de uso contínuo – prescritos por profissional habilitado e foram incluídos também, os suplementos e vitaminas prescritos para tratamento de condições crônicas com a indicação de uso contínuo; (2) automedicação – incluídos os medicamentos isentos de

prescrição, os suplementos/vitaminas/minerais; para esta definição utilizamos as regulamentações vigentes da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA): Instrução Normativa - nº 86/2021, RDC Nº 138/ 2003 e RDC Nº 243/ 2018. Além de observamos uma modalidade de automedicação encontrada a partir de medicamentos prescritos, onde alguns eram relacionados a receituários antigos sem que estes tenham sido emitidos para uso contínuo; e (3) plantas medicinais e fitoterápicos - plantas medicinais, medicamentos fitoterápicos, chás e outras preparações a base de plantas.

Estas informações, após compiladas no formulário de conciliação medicamentosa, compuseram a MHPM. Para comparação com os medicamentos prescritos na admissão hospitalar foram utilizados apenas os medicamentos de uso contínuo. A partir desta comparação, identificou-se as discrepâncias, as quais são qualquer diferença identificada na farmacoterapia do paciente, em nosso estudo o foco foi na admissão, e que ocorreu quando o prescritor alterou, adicionou ou omitiu um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição do cuidado (CORNISH et al., 2005).

As discrepâncias foram classificadas quanto a intencionalidade em (1) intencionais; (2) intencionais não documentadas e; (3) não intencionais. Foram classificadas como discrepâncias intencionais quando o prescritor realizou uma decisão intencional que mudou, adicionou ou omitiu um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição de cuidado. Se a sua escolha não foi documentada de forma clara e completa essa discrepância foi classificada em intencional não documentada.

Discrepâncias intencionais e intencionais não documentadas apresentaram como justificativas os seguintes aspectos: (1) protocolo clínico; (2) alteração farmacológica - medicamento diferente/via/dose/frequência; (3) medicamento não padrão; (4) decisão clínica de não prescrever; (5) mudança da condição clínica do paciente e; (6) procedimento que será realizado no paciente.

Já as discrepâncias não intencionais foram consideradas quando o prescritor mudou, adicionou ou omitiu um medicamento que o paciente estava utilizando antes da transição do cuidado de forma não intencional. As discrepâncias não intencionais foram classificadas seguindo os seguintes aspectos de intervenção: (1) medicamento não incluído na prescrição do paciente devido condição clínica atual; (2) reintrodução do medicamento pré-admissão ou introdução de um equivalente terapêutico; (3) adequação da dose para a dose pré-admissão ou nova modificação da dose e; (4) medicamento retirado da prescrição médica.

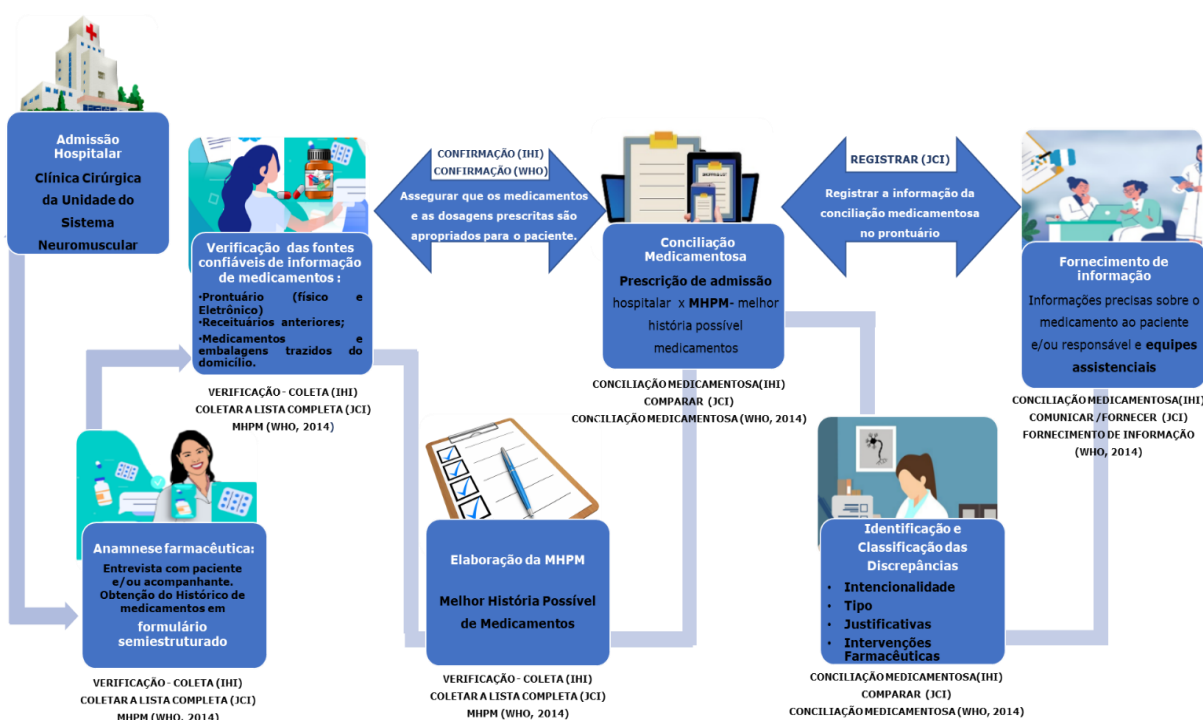
As discrepâncias também foram classificadas quanto ao tipo em omissão, dose,

frequência de uso, via de administração e medicamento diferente (medicamento diferente do que estava sendo usado antes da internação).

Após identificação das discrepâncias foram realizadas intervenções verbais com o prescritor responsável, bem como evolução em prontuário eletrônico, sugerindo a conciliação de medicamentos. Quando as intervenções não foram aceitas em até 24 horas, este procedimento foi repetido.

A Figura 2 demonstra o passo a passo da execução da conciliação medicamentosa realizada no presente estudo, a qual baseou-se em documentos do IHI (2011), JCI (2009) e WHO (2014), adaptados para a realidade do hospital.

Figura 2 - Fluxograma para execução da conciliação medicamentosa na Admissão Hospitalar



Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Fonte imagens: pixabay

A partir dos dados obtidos foi realizada análise estatística descritiva através do Programa BioEstat 5.3. Os dados foram avaliados de modo a se obter média e desvio padrão e frequências absolutas e relativas. Os resultados foram apresentados na forma de gráficos e tabelas.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período do estudo foram admitidos 193 pacientes na clínica cirúrgica USN, os quais 139 foram excluídos da pesquisa de acordo com os critérios de exclusão, principalmente devido à curta permanência na clínica, impossibilitando a coleta dos dados. Ao final, 54 pacientes foram incluídos no estudo.

Quanto à caracterização dos pacientes, 28 eram do sexo feminino (52 %), com média de idade de $46,78 \pm 14,50$ anos, variando de 19 a 76 anos, e 81% não apresentavam alergia a medicamentos e não apresentavam reação adversa prévia a medicamentos. O total de pacientes que relataram comorbidades foi 25 pacientes, sendo que alguns pacientes possuíam múltiplas comorbidades (Tabela 1).

Tabela 1 - Características dos pacientes acompanhados na clínica cirúrgica da Unidade do Sistema Neuromuscular.

Características	n	%
Sexo		
Feminino	28	52%
Masculino	26	48%
Alergia a medicamentos		
Sim	10	19%
Não	44	81%
Reação adversa prévia a medicamentos		
Sim	16	30%
Não	38	70%
Comorbidade		
Não	29	54%
Sim*	25	46%
*Hipertensão	22	41%
*Diabetes mellitus	9	17%
*Hipertireoidismo	2	4%
*Obesidade	1	2%
*Asma	1	2%
*Outros	5	9%
Medicamentos de uso Contínuo		
Sim	32	59%
Não	22	41%
Automedicação		
Sim	24	44%
Não	30	56%
Plantas medicinais e fitoterápicos (incluindo chá e medicamentos fitoterápicos)		
Sim	29	54%
Não	25	46%

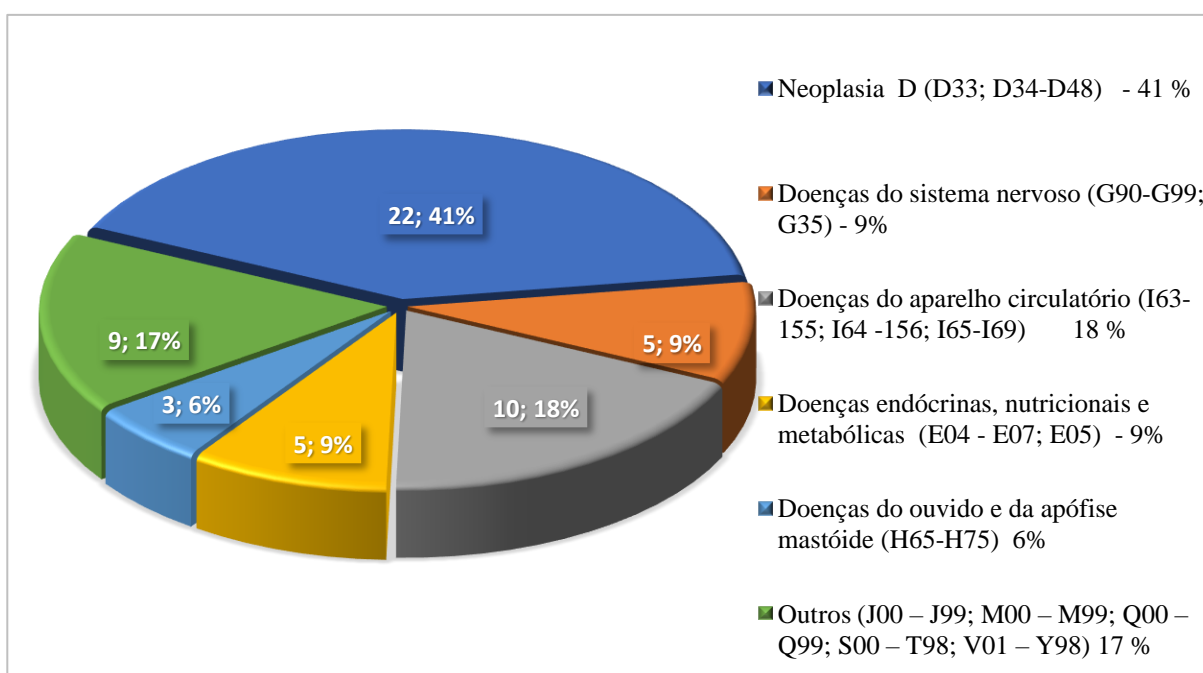
*Alguns pacientes possuíam mais de uma comorbidade.

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

As comorbidades mais prevalentes concerniram em patologias referentes aos sistemas circulatório e endócrino com alta prevalência de hipertensão (41%). Esses resultados refletem dados epidemiológicos relativos à população adulta brasileira, os quais demonstram uma alta prevalência de doenças, como hipertensão e diabetes mellitus (RODRIGUES et al., 2019).

As principais hipóteses diagnósticas na admissão dos pacientes foram classificadas de acordo com a CID – 10, conforme Gráfico 1.

Gráfico 1 - Frequência das hipóteses diagnósticas na admissão dos pacientes, classificadas conforme a Classificação Internacional de Doenças – CID-10.

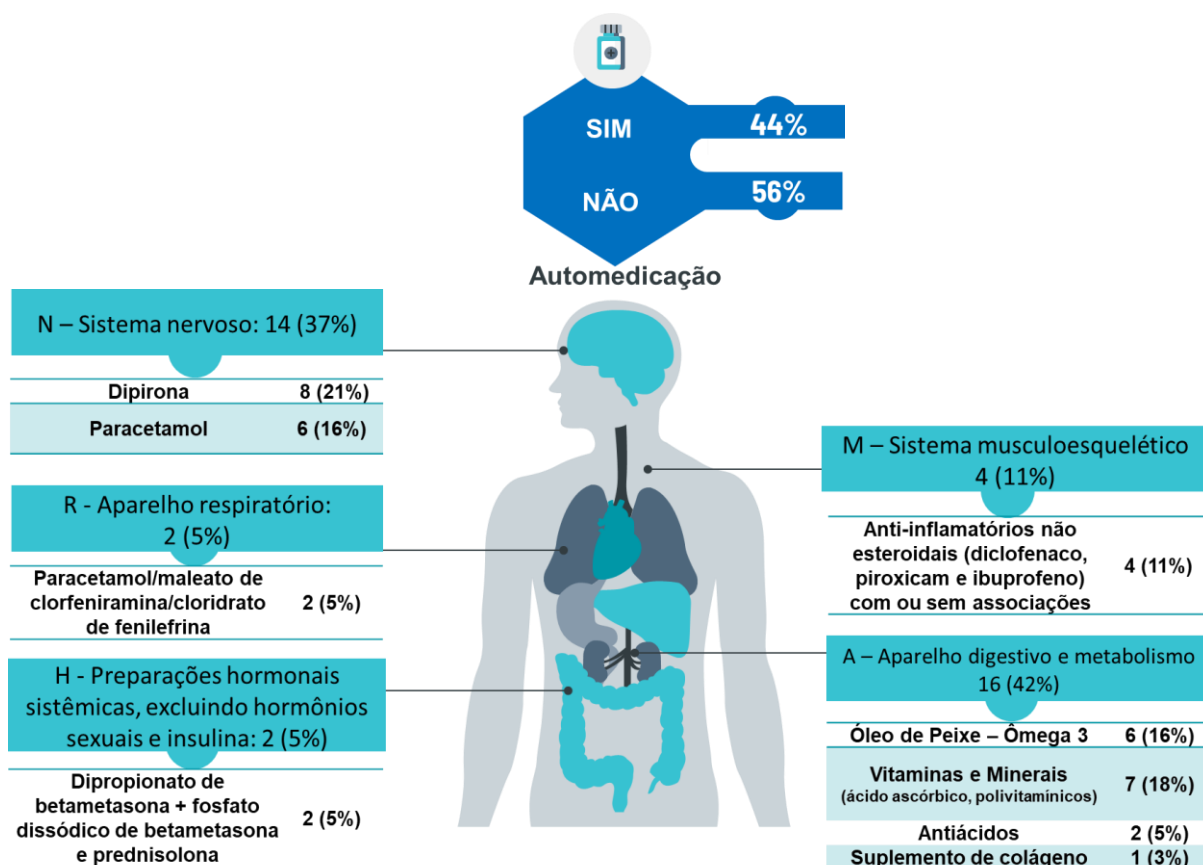


Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Destaca-se que 68% (n=37); das hipóteses diagnósticas referentes a soma dos CIDs relacionados a pacientes neurocirúrgicos apresentando as seguintes classificações: (I) Neoplasias (41% n= 22): neoplasia benigna do encéfalo e de outras partes do sistema nervoso central (D33), outras neoplasias *in situ* e neoplasias benignas e neoplasias de comportamento incerto ou desconhecido (D34-D48), com idade média de $46,81 \pm 16,80$ e predomínio do sexo masculino (n=12); (II) Doenças do sistema nervoso (9% n = 5): Esclerose múltipla (G35), com idade média de 43.8 ± 18.04 e predomínio do sexo masculino (n= 4); e (III) Doenças do aparelho circulatório (18% n= 10): Infarto cerebral (I63), Acidente vascular cerebral não especificado como hemorrágico ou isquêmico (I64), outras doenças cerebrovasculares (I85-I99), com idade média de $51,1 \pm 13,08$ e predomínio do sexo feminino (n= 7).

Sobre a automedicação, 24 (44%) pacientes relataram fazer uso e foram citados 38 medicamentos, sendo que alguns pacientes faziam uso de um ou mais medicamentos classificados nesta categoria. Os indivíduos do sexo feminino representaram 67% (n = 16) dos pacientes que referiram automedicação e a média de idade dos pacientes foi de 53,13 ± 15,11 anos. Com relação aos medicamentos utilizados como automedicação, estes foram classificados segundo o sistema orgânico alvo (ATC - nível 1), conforme Figura 3.

Figura 3 - Medicamentos citados por automedicação conforme classificação *Anatomic Therapeutic Chemical (ATC)* - primeiro nível - grupo anatômico principal: n (%).



Fonte: elaborado pelo autor (2022)
 Fonte imagens: storyset

No que concerne a automedicação, é o conceito relativo a busca espontânea pelo indivíduo de algum medicamento que considere adequado para solucionar um problema de saúde sem orientação de um profissional de saúde habilitado e que é um fenômeno bastante discutido na cultura médico-farmacêutica, não sendo uma prática restrita ao Brasil (SECOLI et al., 2019; MELO et al., 2021). Em nosso estudo encontramos como classes terapêuticas predominantes na automedicação as com ação no aparelho digestivo e metabolismo (Grupo A)

com 42% e no sistema nervoso (Grupo N) com 37%, corroborando com achados em outros estudos na literatura (ARRAIS et al., 2016; SECOLI et al., 2019; MOREIRA DE BARROS et al., 2019; GAMA et al., 2020).

No tocante aos medicamentos do grupo N, os analgésicos como dipirona e paracetamol por apresentarem ações farmacológicas abrangentes como redução da febre e alívio da dor, foram utilizados com frequência em nosso estudo. De forma semelhante, Secoli e colaboradores (2019) encontraram que esses medicamentos foram os mais utilizados, uma vez que são úteis no tratamento de condições agudas e crônicas em idosos, este faz referência a outro artigo de Goh e colaboradores (2009) que aborda que condições crônicas dolorosas são prevalentes em idosos e, portanto, muitos são passíveis de tratamento com analgésicos .

Dados realacionados aos medicamentos do grupo H, foi averiguado o uso da associação: (dipropionato de betametasona + fosfato dissódico de betametasona) por um paciente e prednisolona em outro paciente. Ambos os pacientes utilizaram os medicamentos por associarem o quadro clínico com a sintomatologia apresentada anteriormente em que foram prescritos este grupo de medicamentos e adquiriram novamente, mas neste caso sem receituário médico, ou seja, utilizaram receituários antigos sem que estes tenham sido emitidos para uso contínuo.

Relacionado ao grupo R (aparelho respiratório) dois pacientes relataram o uso da associação: paracetamol/ maleato de clorfeniramina/ cloridrato de fenilefrina. Um paciente associava melhora do quadro de Rinite, outro paciente utiliza para sinusite, contudo não eram acompanhada por especialista médico.

Os dados acima corroboram com uma pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Farmácia (CFF), por meio do Instituto Datafolha em 2019 constatou que a automedicação é um hábito comum a 77% dos brasileiros que fizeram uso de medicamentos nos últimos seis meses. Quase metade (47%) se automedica pelo menos uma vez por mês. Foi detectada uma modalidade diferente de automedicação, a partir de medicamentos prescritos. A maioria afirmou que se automedica quando já usou o mesmo medicamento antes (61%) (CFF, 2019).

Nosso estudo observou o uso comum de vitaminas e minerais (18%), demonstrando a importância de averiguação da necessidade, bem como o uso de doses fixas sem acompanhamento profissional. Assim, o uso desses complexos pode levar ao consumo de vitaminas desnecessárias e à ingestão insuficiente daquelas que são, de fato, relevantes, além de predispor a determinadas condições neurológicas por hipervitaminose, como por exemplo a vitamina B6 (piridoxina), que em excesso pode causar neuropatia periférica, dentre outras

neuropatias (MALET et al., 2020; SECOLI et al., 2019; GDYNIA et al., 2008).

Com relação ao uso de plantas medicinais e fitoterápicos, 54% (n= 29) pacientes fizeram uso e os mais citados foram: “Erva-cidreira” (Lamiaceae), “Capim-santo” (Poaceae) e “Erva-doce” (Apiaceae) (Tabela 2).

Tabela 2 - Plantas medicinais e fitoterápicos mais citadas no estudo.

Plantas Mediciniais e Fitoterápicos	Família	Número de citações
Erva cidreira	Lamiaceae	13
Capim santo	Poaceae	6
Erva doce	Apiaceae	5
Camomila	Asteraceae	4
Jambu	Asteraceae	4
Boldo	Lamiaceae	3
Hortelã	Lamiaceae	3
Canela	Lauraceae	2
Graviola	Annonaceae	2
Limão	Rutaceae	2
Amora	Moraceae	2

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Diante do crescente uso de fitoterápicos e outros suplementos dietéticos, os profissionais de saúde e consumidores necessitam estar cientes de possíveis interações medicamentosas. Nesse sentido, o farmacêutico pode desempenhar um papel crítico não apenas em garantir uma lista precisa dos medicamentos do paciente, mas também na avaliação de possíveis interações relacionadas aos medicamentos prescritos e às vitaminas ou suplementos (CHUN et al., 2020; CHAVEZ; JORDAN; CHAVEZ, 2006).

Nosso estudo apontou o uso frequente de fitoterápicos e plantas medicinais, principalmente chás. Nesse sentido, é importante a discussão realizada por Kaye e colaboradores (2000), em que pode-se observar que alguns fitoterápicos, se usados com frequência, podem gerar efeitos deletérios no período perioperatório, incluindo anormalidades de coagulação e interações com anestésicos. Isso reflete na necessidade de profissionais de saúde envolvidos na conciliação medicamentosa e que devem perguntar sobre o uso de fitoterápicos, principalmente em pacientes pré-cirúrgicos, uma vez que os pacientes geralmente não divulgam o uso espontâneo por não estarem elucidados sobre a importância das possíveis interações medicamentosas (AL ANAZI, 2021; DE HERT et al., 2018; CHAVEZ; JORDAN; CHAVEZ, 2006; KAYE et al., 2000).

A categoria de medicamentos de uso contínuo foi atribuída a 32 pacientes (59%), totalizando 85 medicamentos citados. Após a comparação com os medicamentos prescritos na

admissão foram encontradas 35 discrepâncias, as quais foram classificadas quanto a intencionalidade em 20 (57%) discrepâncias intencionais, 3 (9%) discrepâncias intencionais não documentadas e 12 (34%) discrepâncias não intencionais na prescrição médica na admissão (Tabela 3).

Tabela 3 - Medicamentos com discrepâncias categorizados no primeiro nível (grupo principal anatômico de acordo com o sistema ATC).

Classificação ATC	Discrepâncias Intencionais		Discrepâncias Intencionais não documentadas		Discrepâncias não intencionais	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
A Aparelho digestivo e metabolismo	10	50	-	-	2	17
B Sangue e órgãos hematopoiéticos	1	5	1	33	-	-
C Aparelho cardiovascular	7	35	-	-	4	33
G Aparelho geniturinário e hormônios sexuais	-	-	-	-	1	8
H Hormônios sistêmicos, excluindo hormônios sexuais	1	5	-	-	-	-
N Sistema nervoso	1	5	2	67	3	25
R Aparelho respiratório	-	-	-	-	1	8
S Órgãos dos sentidos	-	-	-	-	1	8
Total	20	100	3	100	12	100

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

As discrepâncias intencionais (documentadas ou não) foram mais frequentes que as não-intencionais, podendo ser explicado devido aos protocolos estabelecidos de suspensão de algumas classes de medicamentos como os hipoglicemiantes.

Conforme observou-se nas discrepâncias intencionais as classes de medicamentos com maior frequência foram os do aparelho digestivo e metabolismo, representadas pelos medicamentos hipoglicemiantes (sulfonilureias e biguanida), corroborando com os resultados encontrados por Eidelwein e colaboradores (2020), os quais afirmam estar bem documentado que alguns medicamentos podem ser substituídos, descontinuados e/ou administrados por outra via no período pré-cirúrgico para reduzir o risco de complicações pós-cirúrgicas ou diminuam o possível risco de interações medicamentosas, sendo principalmente os hipoglicemiantes orais, anticoagulantes e antitrombóticos.

Nas discrepâncias intencionais não documentadas as classes de medicamentos mais frequentes foram os do sistema nervoso (anticonvulsivantes) seguidos do sangue e órgãos hematopoiéticos (antiagregante plaquetário).

Em relação as discrepâncias não intencionais, as classes medicamentosas mais prevalentes foram as do aparelho cardiovascular representado pelos anti-hipertensivos e diuréticos (losartana, anlodipino e hidroclorotiazida) e o hipolipemiante (sinvastatina), como

também foi encontrado em um estudo realizado por Eidelwein e colaboradores (2020). Estes dados possivelmente são encontrados devido a frequência do uso destes medicamentos na população do estudo que apresentaram como comorbidades a hipertensão. Silva e colaboradores (2008) destacam que os grupos de medicamentos de uso contínuo mais utilizados pelos pacientes neurológicos são aqueles que contém fármacos que atuam no Sistema Nervoso Central e os atuam no sistema cardiovascular.

Quanto ao tipo de discrepância, a maioria identificada foi devido a omissão (n=30), seguido de frequência (n=2) e dose, via e medicamentos diferentes (n=1 cada).

Nas discrepâncias intencionais, 18 (90%) foram do tipo omissão do medicamento na prescrição médica apresentando as seguintes justificativas: protocolo clínico (30%), decisão clínica de não prescrever (15%), medicamento não padrão substituído por alternativa padronizada na instituição (5%), procedimento que será realizado no paciente (5%) e mudança da condição clínica do paciente (35%). Ocorreu ainda uma (5%) discrepância do tipo frequência e uma (5%) do tipo via de administração apresentando em ambas a justificativa que foi alteração farmacológica por medicamento diferente/via/dose/ frequência.

Em relação as três discrepâncias intencionais não documentadas, duas (67%) foram do tipo omissão, apresentando as justificativas de decisão clínica e procedimento que será realizado no paciente e uma (33%) discrepância foi do tipo frequência, apresentando a justificativa de alteração farmacológica por medicamento diferente/via/dose/ frequência.

Dentre as 12 discrepâncias não intencionais, dez (83%) foram do tipo omissão para as quais foram propostas as seguintes intervenções de conduta da equipe após a identificação pelo farmacêutico das discrepâncias não intencionais: sete (58%) não inclusão do medicamento devido a condição clínica atual; três (25%) reintroduzir o medicamento ou um equivalente terapêutico. Também foi proposta uma (8%) adequação de dose e em um (8%) caso a intervenção farmacêutica foi propor a retirada do medicamento da prescrição médica, visto que o mesmo estava suspenso devido a reação adversa pregressa. Houve 100% de aceitação nas intervenções farmacêuticas realizadas. As discrepâncias relacionadas quanto ao tipo e intencionalidade podem ser observadas na Tabela 4:

Tabela 4 - Classificação das discrepâncias quanto ao tipo e intencionalidade.

INTENCIONALIDADE	Discrepâncias Intencionais		Discrepâncias Intencionais não documentadas		Discrepâncias não intencionais		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Tipo de Discrepâncias								
Omissão	18	90	2	67	10	83	30	86
Dose	0	0	0	0	1	8	1	3
Frequência	1	5	1	33	0	0	2	6
Via	1	5	0	0	0	0	1	3
Medicamento diferente	0	0	0	0	1	8	1	3
Total	20	100	3	100	12	100	35	100

Fonte: elaborado pelo autor (2022)

Das discrepâncias não intencionais encontradas, a omissão foi a mais predominante (86%) em consonância com o estudo realizado por Guo e colaboradores (2020), os quais encontraram a omissão como discrepância não intencional mais comum na admissão. Karaoui e colaboradores (2019) também apresentaram a omissão de medicamentos (71,8%) como a discrepância não intencional mais comum em pacientes na admissão em dois hospitais universitários de atenção terciária.

Outros estudos semelhantes encontraram maior percentual de discrepâncias intencionais, seguido de discrepâncias não intencionais e observaram que o tipo omissão foi o de maior prevalência (CHUNG et al., 2019; LOUISELLE et al., 2021; NACHAR et al., 2019; RENAUDIN et al., 2020).

A alta rotatividade de pacientes na clínica cirúrgica USN limitou o número de participantes, principalmente considerando que a coleta aconteceu durante a pandemia de COVID-19, quando os procedimentos estavam restritos. Além disso, foi realizada uma sensibilização prévia durante a semana da segurança do paciente sobre “conciliação medicamentosa na segurança do paciente” na clínica cirúrgica, onde foi informado sobre a realização da pesquisa, o que pode ter influenciado positivamente na conduta da equipe multiprofissional para aprimoramento e, conseqüentemente, reduzindo o total de discrepâncias encontradas. A esse efeito é dado o nome de efeito de Hawthorne, ou seja, a mudança de comportamento quando sabe que está sendo observado (DEMETRIOU et al., 2019). Apesar das limitações, considera-se que os resultados possam contribuir para mostrar os benefícios do profissional farmacêutico atuante nessa comunicação multidisciplinar do fluxo da conciliação medicamentosa, bem como gerar dados para futuras comparações.

6. CONCLUSÃO

O estudo revelou uma prevalência do gênero feminino e a idade média de $46,78 \pm 14,50$ anos. As informações dos medicamentos de uso domiciliar foram obtidas, principalmente, através da anamnese farmacêutica por meio da entrevista com paciente e/ou familiar e/ou cuidador.

Dentre os pacientes que utilizavam medicamentos de uso contínuo, foram encontradas 20 (57%) discrepâncias intencionais, 3 (9%) discrepâncias intencionais não documentadas e 12 (34%) discrepâncias não intencionais na prescrição médica na admissão. As classes medicamentosas envolvidas em discrepâncias não intencionais foram as do aparelho cardiovascular representado pelos anti-hipertensivos e diuréticos (losartana, anlodipino e hidroclorotiazida) e hipolipemiante (sinvastatina).

Diante dos resultados, é notório a importância da conciliação medicamentosa dentro do ambiente hospitalar para a obtenção da melhor história possível de medicamentos e avaliação das discrepâncias, e posteriormente intervenções em pacientes de alta criticidade. As intervenções farmacêuticas a partir das discrepâncias encontradas, conseguiram mitigar erros de medicação e possíveis eventos adversos, aumentando a segurança do paciente.

A presença do farmacêutico no setor favoreceu a identificação das discrepâncias neste processo de transição de cuidado, e integrou toda a equipe assistencial, pacientes, familiares e cuidadores. Portanto, é imprescindível a implementação da conciliação medicamentosa com intuito de promover a identificação de discrepâncias para que sejam reduzidos os erros de medicação e riscos de eventos adversos aos pacientes, buscando uma farmacoterapia racional e segura.

É pertinente ressaltar que obtivemos um número reduzido de pacientes no estudo, devido a pandemia de COVID-19, suscitando a necessidade de realização de outras pesquisas com essa temática.

REFERÊNCIAS

ABDELHAMID, A. S. et al. Omega-3 fatty acids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. **Cochrane Database Syst Rev.** v. 3, p. CD003177, 29 fev. 2020. DOI:10.1002/14651858.CD003177.pub5. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32114706/>. Acesso em: 02 de jun. de 2020

ABE, A. et al. Perioperative analgesia and the effects of dietary supplements. **Best Practice & Research. Clinical Anaesthesiology**, v. 28, n. 2, p. 183–189, jun. 2014. DOI:10.1016/j.bpa.2014.04.002 Disponível em: <https://scholarlycommons.pacific.edu/phs-facarticles/537> Acesso em: 03 de jun. de 2020

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ): A Profile. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/cpi/about/profile/index.html>. Acesso em: 27 nov. 2021.

AL ANAZI, A. Processo de reconciliação de medicamentos: avaliando o valor, a adoção e o potencial da tecnologia da informação da perspectiva dos farmacêuticos. **Health Informatics Journal**, v. 27, n. 1, p. 1460458220987276, 1 jan. 2021. DOI:10.1177/1460458220987276. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33467954/>. Acesso em: 01 março 2021.

ALMANASREH, E.; MOLES, R.; CHEN, T. F. The medication reconciliation process and classification of discrepancies: a systematic review. **British Journal of Clinical Pharmacology**, v. 82, n. 3, p. 645–658, set. 2016. DOI:10.1111/bcp.13017. Disponível em: <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/DOI:/full/10.1111/bcp.13017/>. Acesso em: 05 março 2020.

ANG-LEE, M. K.; MOSS, J.; YUAN, C.-S. Herbal Medicines and Perioperative Care. **JAMA**, v. 286, n. 2, p. 208–216, 11 jul. 2001. DOI:10.1001/jama.286.2.208. Disponível em: <https://DOI:.org/10.1001/jama.286.2.208>. Acesso em: 05 de maio 2021

ARRAIS, Paulo Sérgio Dourado et al. Prevalence of self-medication in Brazil and associated factors. **Revista de Saúde Pública**. 2016, v. 50, suppl 213s. DOI:10.1590/S1518-8787.2016050006117. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/PNCVwkVMbZYwHvKN9b4ZxRh/?lang=en>. Acesso em: 10 de maio 2020.

BARNSTEINER, Jane H. Reconciliação de medicamentos. In: Hughes RG, editor. **Qualidade e segurança do paciente: um manual baseado em evidências para enfermeiros**. Rockville (MD): Agência de Pesquisa e Qualidade em Saúde (EUA); 2008. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2648/>. Acesso em: 10 de ago. 2020.

BELDA-RUSTARAZO S. et al. Medication reconciliation at admission and discharge: an analysis of prevalence and associated risk factors. **Int J Clin Pract.** 2015;69(11):1268-74-Epub 2015 Jul 22. DOI:10.1111/ijcp.12701. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26202091/>. Acesso em: 10 de set. 2020.

BLADH L, OTTOSSON E, KARLSSON J, KLINTBERG L, WALLERSTEDT SM. Effects of a clinical pharmacist service on health-related quality of life and prescribing of drugs: a randomised controlled trial. **BMJ Qual Saf.** 2011 Sep;20(9):738-46. DOI: 10.1136/bmjqs.2009.039693. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21209140/>. Acesso em: 04 fev. 2022.

BIRKELAND SF, GERDES LU, TOMSEN DV, ANDERSEN HB, PLESSEN CV. [Medication reconciliation]. **Ugeskrift for Laeger**, v. 180, n. 30, p. V12170918, 23 jul. 2018. PMID: 30037387. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30037387/>. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). **Diário Oficial da União**, 02 de abril de 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 06 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução nº 13, de 14 de março de 2013. Dispõe sobre as Boas Práticas de Fabricação de Produtos Tradicionais Fitoterápicos. **Diário Oficial da União**, 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0013_14_03_2013.html. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/julho/Protocolo_identificacao_do_paciente.pdf. Acesso em: 05 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº243, DE 26 DE JULHO DE 2018; dispõe sobre os requisitos sanitários dos suplementos alimentares. Diário Oficial da União nº 144, de 27 de julho de 2018. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/34379969/do1-2018-07-27. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 05 jan. 2021.

BRASIL. Portaria nº 3.916/GM, de 30 de outubro de 1998. Política Nacional de Medicamentos. Brasília, DF, p. 2. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html. Acesso em: 10 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de medicamentos 2001 – Brasília, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_medicamentos.pdf. Acesso em: 10 mar. 2021.

CHAVEZ, M. L.; JORDAN, M. A.; CHAVEZ, P. I. Evidence-based drug–herbal interactions. **Life Sciences**, NATURECEUTICALS (NATURAL PRODUCTS), NUTRACEUTICALS, HERBAL BOTANICALS, AND PSYCHOACTIVES: DRUG DISCOVERY AND DRUG-DRUG INTERACTIONS. v. 78, n. 18, p. 2146–2157, 27 março 2006. DOI:10.1016/j.lfs.2005.12.009. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0024320505012440>. Acesso em: 24 de maio 2021.

CHUN, D. S. et al. Oncology pharmacist-led medication reconciliation among cancer patients initiating chemotherapy. **Journal of Oncology Pharmacy Practice**, v. 26, n. 5, p. 1156–1163, jul. 2020. DOI: :10.1177/1078155219892066. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/DOI:/10.1177/1078155219892066>. Acesso em: 24 de maio 2021.

CHUNG, C. et al. Medication reconciliation: Predictors of risk of unintentional medication discrepancies in the cardiology department. *Archives of Cardiovascular Diseases*, v. 112, n. 2, p. 104–112, 1 fev. 2019. DOI: 10.1016/j.acvd.2018.09.004. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1875213618301888>. Acesso em: 30 de ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Resolução nº 585, de 29 de agosto de 2013. Regulamenta as atribuições clínicas do farmacêutico e dá outras providências. Diário Oficial da União, 25 de setembro de 2013, n. 186, seção 1, p. 186. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/file/resolucoes/585.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Serviços farmacêuticos diretamente destinados ao paciente, à família e à comunidade: contextualização e arcabouço conceitual. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2016. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/Profar_Arcabouco_TELA_FINAL.pdf. Acesso em: 20 de ago. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA (CFF). Farmácia Hospitalar: coletâneas de práticas e conceitos. Brasília, Conselho Federal de Farmácia, 2017. 1ª reimpressão. 207p. Disponível em: https://www.cff.org.br/userfiles/capa%20colet%C3%A2nea%20farm%C3%A1cia%20hospitalar_29AGO2017-merged.pdf Acesso em: 10 out. 2021.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA - CFF- Brasil - Notícia: 27/04/2019 - Quase metade dos brasileiros que usaram medicamentos nos últimos seis meses se automedicou até uma vez por mês. Disponível em: <<https://www.cff.org.br/noticia.php?id=5267>>. Acesso em: 12 out. 2021.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). O Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Disponível em: <https://cbacred.org.br/site/o-cba/>. Acesso em: 02 de outubro de 2020.

CORNISH, P. L. et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. **Archives of Internal Medicine**, v. 165, n. 4, p. 424–429, 28 fev. 2005. DOI: 10.1001/archinte.165.4.424. Disponível em: 0.1001/archinte.165.4.424. Acesso em: 24 de maio 2020.

CORRÊA, C. D. T. S. DE O.; SOUSA, P.; REIS, C. T. Segurança do paciente no cuidado odontológico: revisão integrativa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 19 out. 2020. DOI: :10.1590/0102-311X00197819. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/MFDbWJ4V768TzM3D7CJ5ZQk/?lang=pt>. Acesso em: 19 out. 2021.

DE HERT, S. et al. Pre-operative evaluation of adults undergoing elective noncardiac surgery: Updated guideline from the European Society of Anaesthesiology. **European Journal of Anaesthesiology | EJA**, v. 35, n. 6, p. 407–465, jun. 2018. DOI: :10.1097/EJA.0000000000000817. Disponível em: https://journals.lww.com/ejanaesthesiology/Fulltext/2018/06000/Pre_operative_evaluation_of_adults_undergoing.2.aspx. Acesso em: 24 mai 2021.

DEMETRIOU, C. et al. Hawthorne effect on surgical studies. **ANZ journal of surgery**, v. 89, n. 12, p. 1567–1576, dez. 2019. DOI:10.1111/ans.15475. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/DOI:/abs/10.1111/ans.15475>. Acesso em: 31 de ago. 2021.

Descritores em Ciências da Saúde: **DeCS**. 2021. ed. rev. e ampl. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: < <http://decs.bvsalud.org> >. Acesso em: 22 jun. 2021.

DESTRO, M. W. B. et al. Bilateral haematoma after rhytidoplasty and blepharoplasty following chronic use of Ginkgo biloba. **British Journal of Plastic Surgery**, v. 58, n. 1, p. 100–101, 1 jan. 2005. DOI: 10.1016/j.bjps.2004.05.023. Disponível em: [https://www.jprasurg.com/article/S0007-1226\(04\)00166-3/abstract](https://www.jprasurg.com/article/S0007-1226(04)00166-3/abstract). Acesso em: 24 de maio 2021.

DORNELES, J. et al. Medication reconciliation in admission hospitalization: retrospective study. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 11, n. 2, p. 397–397, 21 set. 2020. DOI: :10.30968/rbfhss.2020.112.0397. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/397>. Acesso em: 18 de maio 2021.

ESTEVEZ, Luiz Adriano; RIBEIRO, André Tosta; SILVA, Elton Gomes da; AMATO, Marcelo Campos Moraes; RODRIGUES, Leandro Bôa-Hora; TEDESCHI, Helder; SANTOS, Marcos Juliano dos; LEBRÃO, Gustav; JOAQUIM, Andrei Fernandes. Evaluation of safety, effectiveness and reproducibility of telemedicine for neurosurgical screening. **einstein** (São Paulo), São Paulo, v. 17, n. 4, eAO4609, Aug. 2019. DOI: https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2019AO4609. Disponível em: <https://journal.einstein.br/article/evaluation-of-safety-effectiveness-and-reproducibility-of-telemedicine-for-neurosurgical-screening/>. Acesso em: 18 de maio 2021

ETCHELLS, E. et al. Comparative economic analyses of patient safety improvement strategies in acute care: a systematic review. **BMJ quality & safety**, v. 21, n. 6, p. 448–456, jun. 2012. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000585. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22523319/> Acesso em: 18 de maio 2021.

EIDELWEIN, C. R.; SANCHES, A. C.; CALDEIRA, L. F. Medication reconciliation in orthopedic and neurological patients in a public hospital. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 11, n. 3, p. 354–354, 8 set. 2020. DOI:10.30968/rbfhss.2020.113.0354. Disponível em: <https://rbfhss.org.br/sbrafh/article/view/354>. Acesso em: 18 de maio 2021.

EMANUEL LL, TAYLOR L, HAIN A, COMBES JR, HATLIE MJ, KARSH B, LAU DT, SHALOWITZ J, SHAW T, WALTON M, eds. The Patient Safety Education Program – PSEP – Canada, 2014. Module 14: Medication Reconciliation was created through a collaboration between the Canadian Patient Safety Institute (CPSI) and ISMP Canada.[Revised 2017], Disponível em: <https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/education/PatientSafetyEducationProgram/PatientSafetyEducationCurriculum/Documents/Module%2014%20-%20Medication%20Reconciliation.pdf>

FEIGIN, V. L. et al. The global burden of neurological disorders: translating evidence into policy. **The Lancet. Neurology**, v. 19, n. 3, p. 255–265, março 2020. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31813850/>. Acesso em: 10 de maio 2021.

FONTOURA, Andrea. **Importância do farmacêutico clínico na reconciliação medicamentosa em um hospital ensino**. 2019. Tese (Doutorado em Medicamentos e Cosméticos) - Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019. DOI: 10.11606/T.60.2019.tde-04062019-113751. Acesso em: 10 de maio 2021.

GAMA, A. S. M.; SECOLI, S. R. Self-medication practices in riverside communities in the Brazilian Amazon Rainforest. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 8 jul. 2020. DOI: :10.1590/0034-7167-2019-0432 Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/JXcCV8BLCVRx4p8sfyknZgH/?lang=en>. Acesso em: 25 ago. 2021

GDYNIA, H.-J. et al. Severe sensorimotor neuropathy after intake of highest dosages of vitamin B6. **Neuromuscular disorders: NMD**, v. 18, n. 2, p. 156–158, fev. 2008. DOI: 10.1016/j.nmd.2007.09.009. Disponível em: [https://www.nmd-journal.com/article/S0960-8966\(07\)00729-8/fulltext](https://www.nmd-journal.com/article/S0960-8966(07)00729-8/fulltext). Acesso em: 25 ago. 2021.

GLEASON KM, GROSZEK JM, SULLIVAN C, ROONEY D, BARNARD C, NOSKIN GA. Reconciliation of discrepancies in medication histories and admission orders of newly hospitalized patients. **Am J Health Syst Pharm**. 2004 Aug 15;61(16):1689-95. DOI: 10.1093/ajhp/61.16.1689. Disponível em: <https://academic.oup.com/ajhp/article-abstract/61/16/1689/5143745?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 24 maio 2021.

GLEASON KM, MCDANIEL MR, FEINGLASS J, 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;25(5):441-447. DOI: :10.1007/s11606-010-1256-6. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2855002/>. Acesso em: 20 maio 2021.

GOH, LY, Vitry, AI, Semple, SJ et al. Automedicação com medicamentos de venda livre e medicamentos complementares na população idosa do Sul da Austrália. **BMC Complemento Alterna Med** 9, 42 (2009). DOI: <https://doi.org/10.1186/1472-6882-9-42> Disponível em: <https://bmccomplementmedtherapies.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6882-9-42#citeas>. Acesso em: 21 maio 2021.

GUO, Q. et al. The role of clinical pharmacist trainees in medication reconciliation process at hospital admission. **International Journal of Clinical Pharmacy**, v. 42, n. 2, p. 796–804, abril 2020. DOI: :10.1007/s11096-020-01015-

2. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11096-020-01015-2>. Acesso em: 30 ago. 2021.

HOSPITAL GETULIO VARGAS (HUGV). Disponível em: <https://antigo.ufam.edu.br/2013-02-03-08-19-16/hospital-universitario-getulio-vargas-hugv>. Acesso em: 30 nov. 2020.

HELLSTRÖM, Lina M et al. “Erros no histórico de medicação na admissão hospitalar: prevalência e fatores preditivos”. **BMC farmacologia clínica** vol. 12 9. 3 de abril de 2012, DOI:10.1186/1472-6904-12-9.

Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3353244/>. Acesso em: 30 nov. 2020.

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT (IHI). How-to Guide: Prevent Adverse Drug Events by Implementing Medication Reconciliation. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2011. Disponível em: <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventAdverseDrugEvents.aspx>. Acesso em: 24 maio 2021

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). Desafio global de segurança do paciente medicação sem danos. [Internet]. Boletim ISMP Brasil, 2018. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/02/ISMP_Brasil_Desafio_Global.pdf. Acesso em: 10 dez. 2021.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). Polifarmácia: quando muito é demais? [Internet]. Boletim ISMP Brasil, 2018. Disponível em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/12/BOLETIM-ISMP-NOVEMBRO.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

INSTITUTO PARA PRÁTICAS SEGURAS NO USO DE MEDICAMENTOS (ISMP). Boletim ISMP 30ª edição: Prevenção de erros de medicação na transição do cuidado. Boletim ISMP Brasil, v. 8, n. 2, 2019. Disponível em: https://www.ismpbrasil.org/site/wpcontent/uploads/2019/04/boletim_ismp_30a_edicao.pdf. Acesso em: 12 dez. 2021.

JOINT COMMISSION (JCI), American Society of Health-System Pharmacists. Medication reconciliation handbook. Oakbrook Terrace, IL; Bethesda, MD: Joint Commission Resources; American Society of Health-System Pharmacists; 2009. Disponível em: <https://psnet.ahrq.gov/issue/medication-reconciliation-handbook-2nd-edition>. Acesso em: 01 de nov. de 2020.

JOINT COMMISSION (JCI). National Patient Safety Goals Effective January 2021 for the Critical Access Hospital Program. 2020. Disponível em: https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/standards/national-patient-safety-goals/2021/cah_npsg_jan2021.pdf. Acesso em: 01 de out. de 2021.

KARAOUI, L. R. et al. Impact of pharmacy-led medication reconciliation on admission to internal medicine service: experience in two tertiary care teaching hospitals. **BMC health**

services research, v. 19, n. 1, p. 493, 16 jul. 2019. DOI:10.1186/s12913-019-4323-7. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12913-019-4323-7>. Acesso em: 12 dez. 2021.

KAYE, A. D. et al. Herbal medicines: current trends in anesthesiology practice--a hospital survey. **Journal of Clinical Anesthesia**, v. 12, n. 6, p. 468–471, set. 2000. DOI:10.1016/s0952-8180(00)00195-1. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0952818000001951>. Acesso em: 12 dez. 2020.

KAUSHAL R, BATES DW, ABRAMSON EL, SOUKUP JR, GOLDMANN DA. Unit-based clinical pharmacists' prevention of serious medication errors in pediatric inpatients. **Am J Health Syst Pharm**. 2008 Jul 1;65(13):1254-60. DOI: 10.2146/ajhp070522. PMID: 18574016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18574016/>. Acesso em: 04 fev. 2022.

KISHI, M. A. et al. GRUPO DE TRABALHO SOBRE FITOTERAPIA DO CFF. p. 10, 2019. Disponível em: <https://www.cff.org.br/userfiles/BOLETIM%20FITOTER%20C3%81PICO.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2021.

KOHN, L. T. et al. **To Err Is Human: Building a Safer Health System**. Washington (DC): National Academic Press. 2000. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225182/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

LESTER, P. E. et al. Medication Reconciliation: An Educational Module. **MedEdPORTAL**, v. 15, 10852, p. 1-7, 2019. DOI: 10.15766/mep_2374-8265.10852. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6952281/>. Acesso em: 12 dez. 2020.

LIMA, R. M. T. DE et al. Protective and therapeutic potential of ginger (*Zingiber officinale*) extract and [6]-gingerol in cancer: A comprehensive review. **Phytotherapy Research**, v. 32, n. 10, p. 1885–1907, 2018. DOI: 10.1002/ptr.6134. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/DOI:/abs/10.1002/ptr.6134>. Acesso em: 24 maio 2021.

LIU J, GORMLEY N, DASENBROCK HH, et al. Cost-Benefit Analysis of Transitional Care in Neurosurgery, **Neurosurgery**: November 2019 - Volume 85 - Issue 5 - p 672-679 DOI:10.1093/neuros/nyy424. Disponível em: https://journals.lww.com/neurosurgery/Citation/2019/11000/Cost_Benefit_Analysis_of_Transitional_Care_in.10.aspx. Acesso em: 21 ago. 2021.

LIU, P. et al. Identification and solution of drug-related problems in the neurology unit of a tertiary hospital in China. **BMC pharmacology & toxicology**, v. 22, n. 1, p. 65, 26 out. 2021. DOI: 10.1186/s40360-021-00530-w. Disponível em: <https://bmcparmacoltoxcol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40360-021-00530-w>. Acesso em: 21 ago. 2021.

LOMBARDI, N. F. et al. Análise das discrepâncias encontradas durante a conciliação medicamentosa na admissão de pacientes em unidades de cardiologia: um estudo descritivo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. 1–7, 2016. DOI: 10.1590/1518-8345.0820.2760. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/XVtH337L4ZDnFFX7w3XCJ4M/?lang=en>. Acesso em: 21 jan. 2020.

LOUISELLE, K. et al. Medication Discrepancy Risk Factors for Pediatric Patients With Epilepsy at Hospital Admission. **The journal of pediatric pharmacology and therapeutics: JPPT: the official journal of PPAG**, v. 26, n. 4, p. 384–394, 2021. DOI:10.5863/1551-6776-26.4.384. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34035684/>. Acesso em: 21 ago. 2021.

LUCONI F, BOILLAT M, MAK S, CHARTRAND D, et al., at. 2019, 'Segurança do paciente e qualidade do atendimento são negócios de todos: avaliando o impacto de um programa de desenvolvimento profissional contínuo além da satisfação', **MedEdPublish**, 8, [1], 46. DOI: 10.15694/mep.2019.000046. 1. Disponível em: <https://mededpublish.org/articles/8-46>. Acesso em: 20 de ago 2020.

MAGALHÃES, F. H. DE L. et al. Clima de segurança do paciente em um hospital de ensino. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40, 10 jan. 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180272. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/rh39BPw7dDGvpVNzWDrfqCH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MALET, L. et al. [Peripheral neuropathy with hypervitaminosis B6 caused by self-medication]. **La Revue De Medecine Interne**, v. 41, n. 2, p. 126–129, fev. 2020. DOI:10.1016/j.revmed.2019.11.003. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31796339/>. Acesso em: 25 ago. 2021.

MARTINS, D. R. et al. Desafios da acreditação em um hospital da rede FHEMIG. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p. 72-79, 2011. Disponível em: https://www.mededportal.org/doi/10.15766/mep_2374-8265.10852. Acesso em: 25 ago. 2020.

MAZHAR F, HAIDER N, AHMED AL-OSAIMI Y, AHMED R, AKRAM S, CARNOVALE C. Prevention of medication errors at hospital admission: a single-centre experience in elderly admitted to internal medicine. **Int J Clin Pharm**. 2018; 40(6):1601-1613. DOI:10.1007/s11096-018-0737-2. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30367379/>. Acesso em: 20 ago. 2020.

MEGUERDITCHIAN AN, KROTNEVA S, REIDEL K, HUANG A, TAMBLYN R. Medication reconciliation at admission and discharge: a time and motion study. **BMC Health Serv Res**. 2013. DOI: :10.1186/1472-6963-13-485. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24261516/>. Acesso em: 31 ago. 2020.

MEKONNEN, A. B.; MCLACHLAN, A. J.; BRIEN, J. E. Effectiveness of pharmacist-led medication reconciliation programmes on clinical outcomes at hospital transitions: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 6, n. 2, p. e010003, 1 fev. 2016. DOI: :10.1136/bmjopen-2015-010003. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e010003>. Acesso em: 31 ago. 2021.

MELO, J. R. R. et al. [Self-medication and indiscriminate use of medicines during the COVID-19 pandemic]. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 37, n. 4, p. e00053221, 2021. DOI:10.1590/0102-311X00053221. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33852694/>. Acesso em: 23 ago. 2021.

MIEIRO, D. B. et al. Estratégias para minimizar erros de medicação em unidades de emergência: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 72, supl. 1, p. 320-327, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658>. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0658>. Acesso em: 10 ago. 2020.

MOREIRA DE BARROS, G. A. et al. Uso de analgésicos e o risco da automedicação em amostra de população urbana: estudo transversal. **Brazilian Journal of Anesthesiology**, v. 69, n. 6, p. 529–536, 1 nov. 2020. DOI: 10.1016/j.bjan.2019.09.005. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034709419302028>. Acesso em: 25 ago. 2021.

MUELLER, S. K. et al. Hospital-Based Medication Reconciliation Practices - A Systematic Review. **Arch Intern Med**, v. 172, n. 14, p 1057-1069, 2012. DOI: :10.1001/archinternmed.2012.2246. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/JXcCV8BLCVRx4p8sfyknZgH/?lang=en>. Acesso em: 20 mai 2020.

NACHAR, C. et al. Medication reconciliation in a Swiss hospital: methods, benefits and pitfalls. **European Journal of Hospital Pharmacy: Science and Practice**, v. 26, n. 3, p. 129–134, maio 2019. DOI: 10.1136/ejhpharm-2017-001358. Disponível em: <https://ejhp.bmj.com/content/26/3/129>. Acesso em: 24 mai 2020.

PEVNICK J. M. et al. The problem with medication reconciliation. **BMJ Qual Saf**, v. 25, n. 9, p. 726-730, 2016. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004734. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26795914/>. Acesso em: 24 mai 2020.

REDMOND, P. et al. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. **The Cochrane Database of Systematic Reviews**, v. 2018, n. 8, p. CD010791. DOI:10.1002/14651858.CD010791.pub2. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513651/>. Acesso em: 19 out. 2021.

RODRIGUES JPV, MARQUES FA, GONÇALVES AMRF, CAMPOS MSdA, REIS TMd, MORELO MRS, et al. (2019) Análise das intervenções do farmacêutico clínico na unidade de neurologia de um hospital universitário terciário brasileiro. **PLoS ONE** 14 (1): e0210779. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0210779>. Acesso em: 19 out. 2020.

ROCHA, Gisele dos Santos. Cuidados domiciliares pós neurocirurgia: Construção e validação de manual para idosos e familiares. 2016. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016. Disponível em: <http://tede.ufam.edu.br/handle/tede/5470>. Acesso em: 12 de ago. 2021

SANTOS, Calize Oliveira dos et al. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 121, p. 368-377, Apr. 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912106. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Pj3sXW8Mjdm7gR4sfZTPhzt/?lang=pt> Acesso em: 21 ago. 2020

SECOLI, S. R. et al. Self-medication practice trend among the Brazilian elderly between 2006 and 2010: SABE Study. **Brazilian Journal of Epidemiology**, v. 21Suppl 02, n. Suppl 02, p. e180007, 4 fev. 2019. DOI: 10.1590/1980-549720180007.supl.2. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rbepid/a/qrD4ySsGKRg6cJ8fpqsp6t/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 23 ago 2021

SILVA, MARCOS VALÉRIO SANTOS DA; MENDES, IRANILDES JOSÉ MESSIAS, FREITAS, OSVALDO DE. O Medicamento, A Automedicação e a Farmácia. *Informa*, V. 15, N. 3/4, P. 65-66, 2002. In: **Pharmacia Brasileira**, V. 3, N. 31. Disponível em: <http://revistas.cff.org.br/?journal=infarma&page=article&op=view&path%5B%5D=906>. Acesso em: 21 ago. 2020

SILVA, A. P. et al. A farmacovigilância na reabilitação fonoaudiológica de pacientes com doenças neurológicas. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 2, p. 229–237, 4 jun. 2008. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/59/229a237.pdf. Acesso em: 20 ago. 2020

SCHNIPPER JL, REYES Nieva H, MALLOUK M, et al. and MARQUIS2 Site Leaders; MARQUIS2 Study Group. Effects of a refined evidence-based toolkit and mentored implementation on medication reconciliation at 18 hospitals: results of the MARQUIS2 study. **BMJ Qual Saf**. Published online April 29, 2021. DOI:10.1136/bmjqs-2020-012709. Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/31/4/278.citation-tools> Acesso em: 2 fev. 2022.

SCHNIPPER JL. Medication Reconciliation—Too Much or Not Enough? **JAMA Netw Open**. 2021;4(9):e2125272. DOI: :10.1001/jamannetworkopen.2021.25272 Disponível em: <https://qualitysafety.bmj.com/content/31/4/278.citation-tools><https://jamanetwork.com/journals/jamannetworkopen/fullarticle/2784189>. Acesso em: 2 fev. 2022.

TAM, V. C. et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. **CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne**, v. 173, n. 5, p. 510–515, 30 ago. 2005. DOI: :10.1503/cmaj.045311. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188190/>. Acesso em: 24 maio 2020

TRAMONTIN, N. D. S. et al. Ginger and avocado as nutraceuticals for obesity and its comorbidities. **Phytotherapy research: PTR**, v. 34, n. 6, p. 1282–1290, jun. 2020. DOI: :10.1002/ptr.6619. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31989713/>. Acesso em: 24 maio 2021.

UHLENHOPP, D. J. et al. Hospital-Wide Medication Reconciliation Program: Error Identification, Cost-Effectiveness, and Detecting High-Risk Individuals on Admission. **Integr Pharm Res Pract**, v. 9, p. 195-203, 2020. DOI: 10.2147/IPRP.S269857 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7568630/>. Acesso em: 24 maio 2021.

URL 1: Bioestat - versão 5.3 “Mamiraua”. Disponível em: <https://www.mamiraua.org.br/downloads/programas>>. Acessado em: 25 jan. 2020.

VILELA, R. P. B., JERICÓ, M. C. Implementing technologies to prevent medication errors at a high-complexity hospital: analysis of cost and results. **Einstein (São Paulo)**, v. 17, n. 4, p. 1-7, 2019. Disponível em: <https://journal.einstein.br/article/implementing-technologies-to>

prevent-medication-errors-at-a-high-complexity-hospital-analysis-of-cost-and-results/. Acesso em: 10 de jan. 2021

VILLAR, V. C. F. L.; DUARTE, S. DA C. M.; MARTINS, M. Segurança do paciente no cuidado hospitalar: uma revisão sobre a perspectiva do paciente. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, 18 dez. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00223019. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/Yj4QxnXJJxJbsVhrrrCQwQr/?lang=pt>. Acesso em: 19 out 2021.

WERREMEYER A, Bostwick J, Cobb C, et al. **Impact of pharmacists on outcomes for patients with psychiatric or neurologic disorders** *Mental Health Clinician*. 2020; 10 (6): 358-380. DOI: 10.9740/mhc.2020.11.358. Disponível em: <https://meridian.allenpress.com/mhc/article/10/6/358/447070/Impact-of-pharmacists-on-outcomes-for-patients>. Acesso em: 19 out 2021.

WITTICH, C. M.; BURKLE, C. M.; LANIER, W. L. Medication errors: an overview for clinicians. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 89, n. 8, p. 1116–1125, ago. 2014. DOI: 10.1016/j.mayocp.2014.05.007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24981217/>. Acesso em: 20 out 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Brain health**. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/brain-health#tab=tab_2. Acesso em: 10 de setembro de 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>. Acesso em: 02 fev. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – The High 5s Project: Standard Operating Protocol - Assuring Medication Accuracy at Transitions in Care - Genebra - versão 3 - WHO; 2014. Disponível em: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf> Acesso em: 20 de ago. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) –. Neurological Disorders: Public Health Challenges, Geneva: World Health Organization; 2006, 217p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43605> Acesso em: 20 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medication without harm - global patient safety challenge in drug safety [Internet] Geneva: World Health Organization, 2017. 16 p. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 20 jul. 2020.

ANEXO 1: FORMULÁRIO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

1. DADOS DO PACIENTE

Código de identificação:

Prontuário:

Data de Nascimento:

Sexo: () F () M

Data de Internamento:

Idade:

Leito:

Turno:

Data da entrevista:

Entrevistado: () Paciente () Responsável/Parentesco:

() Não avaliável

Raça:

Local do domicílio:

CID:

Fontes de Informações coletadas MHPM:

() Paciente () Acompanhante () Prontuário () Médico () Enfermagem

() Farmacêutico () Receituários Anteriores () Embalagem (frascos de medicamentos)

Outros: _____

2. HISTÓRIA CLÍNICA E ANAMNESE FARMACÊUTICA

Tem alguma **alergia**? () Não () Sim Detalhar:

Já apresentou alguma **reação adversa a medicamento**? () Não () Sim Detalhar:

Comorbidades:

() Nefropatia () Hepatopatia () Disfunção Gástrica () Cardiopatia () Hipertensão

() Diabetes () Câncer () Hipertireoidismo () Outro(s):

Paciente utiliza algum medicamento? () Não () Sim () Polifarmácia Quantidade:

Faz uso de alguma destes abaixo? () Não () Sim

Detalhar:

() Medicamentos sem prescrição médica (**automedicação**)

() Vitaminas, suplementos e minerais

() Chás

() Medicamentos fitoterápicos ou qualquer produto natural

Medicamentos Recolhidos pela Farmácia? () Sim () Parcial () Não

Se Não, qual motivo?

Observações:

Medicamento utilizados em domicílio de uso contínuo ou não (incluir os não prescritos / fitoterápicos/ vitaminas)	Dose	Posologia	Discrepância	Termo de Recolhimento	Intervenção	Se não, qual motivo	Se Sim, qual intervenção	Algum erro foi evitado?	Detalhar

Legenda Geral: (S) Sim (N) Não		
Legenda Justificativas/ Intervenção	Tipo de discrepâncias	Discrepâncias
(1) protocolo clínico (2) alteração farmacológica - medicamento diferente/via/dose/frequência (3) medicamento não padrão (como por exemplo, substituição para alternativa padronizada na instituição) (4) decisão clínica de não prescrever (5) mudança da condição clínica do paciente (6) procedimento que será realizado no paciente Intervenção (1) Medicamento não incluído na prescrição do paciente devido condição clínica atual. (2) Reintrodução do medicamento pré-admissão ou introdução de um equivalente terapêutico. (3) adequação da dose para a dose pré-admissão ou nova modificação da dose (4) Medicamento retirado da prescrição médica	(a) Omissão (b) Duplicidade terapêutica (c) Dose (d) Frequência (e) Intervalo (f) Via (g) Medicamento diferente	(I) intencionais (NI) não intencionais (IND) intencionais não documentadas

ANEXO 2: TERMO DE RECOLHIMENTO DE MEDICAMENTOS NA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Nome: _____
 Idade: _____ Data de Nascimento: _____
 Prontuário: _____ Enfermaria: _____
 Leito: _____

Declaro para os devidos fins, que fui previamente informado (a) pelo Serviço de Farmácia Clínica sobre a importância da anamnese farmacêutica como um instrumento de melhoria da assistência farmacoterapêutica. Dessa forma, autorizo que sejam recolhidos os medicamentos que trouxe para o Hospital Universitário Getúlio Vargas.

Adicionalmente, também estou ciente que após a alta os medicamentos não utilizados serão entregues a mim ou a meu acompanhante. Os medicamentos ficarão disponíveis até 60 dias após a alta.

A data de término descrita abaixo é uma sinalização para o paciente/acompanhante que o quantitativo do medicamento recolhido, de acordo com a posologia, deverá ser readquirido para continuidade do tratamento.

Medicamento	Fabricante/ Lote	Validade	Quantidade Recebida pela Farmácia	Data de término	Quantidade Devolvida

Data	Assinatura do paciente/acompanhante	Assinatura do responsável pela Conciliação

ANEXO 3: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Universidade Federal do Amazonas Hospital Universitário Getúlio Vargas

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(A) Sr(a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa **IMPLANTAÇÃO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO AMAZONAS**, cujo pesquisador responsável é Vivian do Nascimento Pereira. O objetivo do projeto é implantar o processo de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar e na transferência interna de pacientes internados no Hospital Universitário Getúlio Vargas. Os pacientes envolvidos terão o acompanhamento de um farmacêutico clínico com a meta de melhorar o uso de medicamentos na instituição. O(A) Sr(a) está sendo convidado por que pois identificamos que o senhor(a) faz uso de medicamentos antes do internamento.

O(A) Sr(a). tem de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma para o tratamento que recebe neste serviço de Farmácia Clínica.

Caso aceite participar sua participação consiste em uma entrevista que poderá ser realizada diretamente com o senhor(a) ou indiretamente através do seu acompanhante abordando principalmente os medicamentos que o paciente utiliza antes do internamento no hospital. Após essa etapa, os medicamentos não padronizados que estão com o paciente /acompanhante serão coletados e dispensados pela Divisão de Farmácia Clínica e os medicamentos padronizados (isto é, que o hospital tem disponível) será recomendado que seja retirado do ambiente hospitalar, para evitar duplicidade de medicamentos. Após a alta hospitalar, os medicamentos que sobraram retornarão aos pacientes. Após a alta hospitalar, o medicamento recolhido poderá ser retirado até 60 dias.

O(A) Sr(a). também pode obter informações sobre esta pesquisa no Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos – REBEC (<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/>).

Toda pesquisa com seres humanos envolve riscos aos participantes. A presente pesquisa tomará providências para resguardar a confidencialidade, a privacidade e o sigilo dos

Rubricas _____ (Participante)

Página 1 de 3

_____ (Pesquisador)

Universidade Federal do Amazonas Hospital Universitário Getúlio Vargas

envolvidos direta e indiretamente no estudo. Todas as informações coletadas serão visualizadas apenas pela equipe pesquisadora envolvida no projeto.

Também são esperados para os pacientes envolvidos terão como maior benefício a identificação e a intervenção do farmacêutico clínico para melhorar a qualidade da assistência prestada.

Se julgar necessário, o(a) Sr(a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-los na tomada de decisão livre e esclarecida.

Também estão assegurados ao(à) Sr(a) o direito a pedir indenizações e a cobertura material para reparação a dano causado pela pesquisa ao participante da pesquisa.

Asseguramos ao(à) Sr(a) o direito de assistência integral gratuita devido a danos diretos/indiretos e imediatos/tardios decorrentes da participação no estudo ao participante, pelo tempo que for necessário.

Garantimos ao (à) Sr(a) a manutenção do sigilo e da privacidade de sua participação e de seus dados durante todas as fases da pesquisa e posteriormente na divulgação científica.

O(A) Sr(a). pode entrar em contato com o pesquisador responsável Vivian do Nascimento Pereira ou integrantes do serviço de Farmácia Clínica a qualquer tempo para informação adicional que poderá ser por contato direto com a Divisão da Farmácia Clínica, localizada no interior do hospital especificamente no quarto andar, ou pelo telefone (92) 3305-4730.

O(A) Sr (a). também pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Amazonas (CEP/UFAM) e com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), quando pertinente. O CEP/UFAM fica na Escola de Enfermagem de Manaus (EEM/UFAM) - Sala 07, Rua Teresina, 495 – Adrianópolis – Manaus – AM, Fone: (92) 3305-1181 Ramal 2004, E-mail: cep@ufam.edu.br. O CEP/UFAM é um colegiado multi e transdisciplinar, independente, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Rubricas _____ (Participante)

Página 2 de 3

_____ (Pesquisador)

Universidade Federal do Amazonas Hospital Universitário Getúlio Vargas

Este documento (TCLE) será elaborado em duas VIAS, que serão rubricadas em todas as suas páginas, exceto a com as assinaturas, e assinadas ao seu término pelo(a) Sr(a)., ou por seu representante legal, e pelo pesquisador responsável, ficando uma via com cada um.

Reiteramos que todas as informações obtidas durante esta pesquisa serão sigilosas e o paciente será identificado por um código para garantir anonimato.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Li e concordo em participar da pesquisa.

Manaus , ____/____/____

Assinatura do Participante

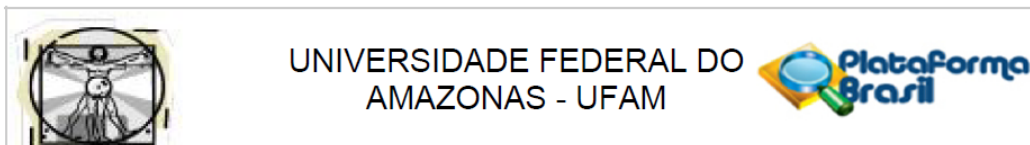
Assinatura do Pesquisador Responsável

Rubricas _____ (Participante)

Página 3 de 3

_____ (Pesquisador)

ANEXO 4: PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROPOSTA PARA IMPLANTAÇÃO DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO ESTADO DO AMAZONAS

Pesquisador: VIVIAN DO NASCIMENTO PEREIRA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 30527920.1.0000.5020

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DO AMAZONAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.122.265

Apresentação do Projeto:

Segundo a pesquisadora:

"O estudo será prospectivo e descritivo, com busca ativa de discrepâncias de medicação no momento da admissão hospitalar, na transferência interna e na alta dos pacientes. Será utilizada as seguintes fontes de dados: entrevistas semiestruturadas com pacientes e/ou familiares, revisão de prescrições médicas e de prontuários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Implantar o processo de conciliação medicamentosa na admissão hospitalar, na transferência interna e alta dos de pacientes internados em um hospital público especializado em Manaus.

Objetivo Secundário:

- Realizar a anamnese farmacêutica com os pacientes internados;
- Registrar em prontuário a melhor história primária de medicamentos (MHPM) em uso pelo paciente no momento da admissão hospitalar;

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

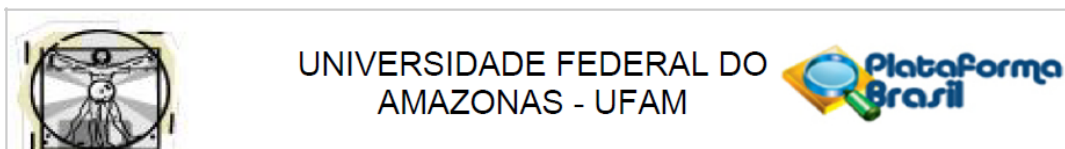
UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.122.265

- Medir e analisar as taxas de discrepâncias identificadas no momento da admissão hospitalar, da transferência interna e da alta;
- Identificar e avaliar os fatores de riscos para a ocorrência das discrepâncias

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo a pesquisadora:

Os critérios de inclusão serão todos os pacientes internados que utilizem medicamentos durante a admissão hospitalar, proveniente do atendimento a nível ambulatorial. Os critérios de exclusão serão os seguintes: pacientes que utilizem medicamentos não fracionáveis, vencidos e/ou impróprios para consumo e pacientes que recusarem participar da conciliação medicamentosa.

Benefícios

A implantação da conciliação medicamentosa na instituição será uma importante ferramenta para uso seguro de medicamentos na instituição, sendo inclusive recomendada pelo Ministério da Saúde. Os pacientes envolvidos terão como maior benefício a identificação e a intervenção do farmacêutico clínico para minimizar possíveis erros de medicação no ambiente hospitalar como: omissão, duplicidade, posologia e via de administração incorreta.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Atende os requisitos da proposta.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta os documentos necessários.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora apresentou as respostas de forma satisfatória.

Parecer: APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em razão do exposto somos de parecer favorável que o projeto seja aprovado pois cumpriu as determinações da Resolução 466 da CONEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

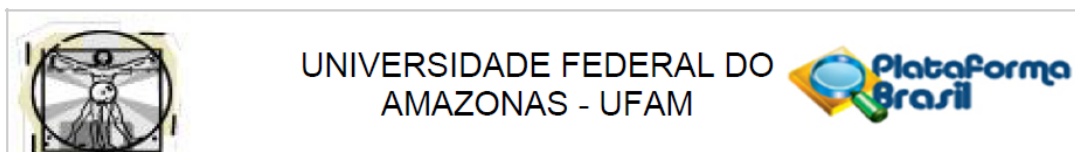
UF: AM

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 4.122.265

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1512664.pdf	10/06/2020 17:21:09		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Informacoesbasicasdoprojeto.docx	10/06/2020 17:20:38	VIVIAN DO NASCIMENTO PEREIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	10/06/2020 17:18:42	VIVIAN DO NASCIMENTO PEREIRA	Aceito
Outros	Cartaresposta.docx	09/05/2020 19:01:43	VIVIAN DO NASCIMENTO PEREIRA	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	09/05/2020 18:59:34	VIVIAN DO NASCIMENTO PEREIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha.pdf	18/02/2020 12:31:21	VIVIAN DO NASCIMENTO PEREIRA	Aceito
Outros	termo.pdf	18/02/2020 12:31:11	VIVIAN DO NASCIMENTO PEREIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 29 de Junho de 2020

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
 (Coordenador(a))