



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

LAISA MARIA LESSA PREVIDI

PROPOSTA DE PROCESSO DA CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS EM PACIENTES IDOSOS INTERNOS NO HOSPITAL MUNICIPAL DE ARIQUEMES-RO

ARIQUEMES-RO

2019

LAISA MARIA LESSA PREVIDI

**PROPOSTA DE PROCESSO DA CONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA COMO FERRAMENTA DE
PREVENÇÃO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
EM PACIENTES IDOSOS INTERNOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE ARIQUEMES-RO**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Farmácia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de bacharelado em Farmácia.

Prof.º Orientador: Dr.º André Tomaz Terra Júnior

ARIQUEMES-RO

2019

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

P944p	PREVIDI, Laisa Maria Lessa . Proposta de Processo da Conciliação Medicamentosa como Ferramenta de Prevenção de Interações Medicamentosas em Pacientes Idosos Internos no Hospital Municipal de Ariquemes-RO. / por Laisa Maria Lessa Previdi. Ariquemes: FAEMA, 2019. 53 p.; il. TCC (Graduação) - Bacharelado em Farmácia - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Prof. Dr. André Tomaz Terra Júnior. 1. Interações de medicamentos. 2. Idoso. 3. Erros de medicação. 4. Conciliação medicamentosa. 5. Farmacêutico hospitalar. I Júnior, André Tomaz Terra . II. Título. III. FAEMA. CDD:615.4
-------	---

Bibliotecária Responsável

Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

LAISA MARIA LESSA PREVIDI

**PROPOSTA DE PROCESSO DA CONCILIAÇÃO
MEDICAMENTOSA COMO FERRAMENTA DE
PREVENÇÃO DE INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS
EM PACIENTES IDOSOS INTERNOS NO HOSPITAL
MUNICIPAL DE ARIQUEMES-RO**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Farmácia, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.º Orientador Dr.º André Tomaz Terra Júnior
Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA

Prof.ª Drª. Taline Canto Tristão
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Prof.º Mª. Vera Lúcia Matias Gomes Geron
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA

Ariquemes, 24 de outubro 2019

*Á Deus por todo seu direcionamento,
autor de todas as coisas e meu guia, e
ao meu pai Lairton por todo seu apoio
e confiança!*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me conduzido até aqui, por ter me carregado no colo em vários momentos da minha vida em que eu pensei que não fosse aguentar, pelo seu colo nos meus dias de angustias e pelo seu imensurável amor que me fez sorrir nos dias nublados, me faltam palavras para descrever tamanha gratidão que sinto pelo Senhor, confio em Ti e sei que tens muito mais reservado para mim, o Senhor me sustentou até aqui e contigo caminharei a diante.

Minha família, por ser meu alicerce, minha fortaleza e meu aconchego, pelo amor e educação, por me apoiarem nessa caminhada, pela força que todos tem me dado, e em especial para o meu pai Lairton Previdi por ser minha referência, o meu maior exemplo e inspiração de profissional e de ser humano, que não mede esforços para ajudar o seu próximo, a toda minha família minha eterna gratidão por sermos tão unidos e fortes.

Aos meus amigos, Bárbara, Lucas e João Pedro, meus fiéis escudeiros nessa jornada árdua da graduação, sem vocês tenho certeza que seria difícil e talvez insuportável, não foi só o tão sonhado diploma que nos uniu, e sim o amor, a amizade, a cumplicidade, sempre nos ajudando e nos fortalecendo, Bárbara por sempre ser tão atenta e por ter me resgatado nos dias difíceis, Lucas por ser meu parceiro por não medir esforços em me auxiliar, por chorar junto comigo quando tudo parece perdido e por sorrir junto quando o sol volta a brilhar, João Pedro por compartilhar comigo experiências e sabedoria, me faltam palavras para expressar meus sentimentos de gratidão.

Ao meu orientador Dr.^o André Tomaz, por aceitar e conduzir junto comigo a elaboração deste trabalho, pela dedicação, orientação e pela paciência.

Aos meus professores, por compartilhar durante todo esse tempo o conhecimento de vocês, por aprendermos juntos, por toda dedicação em ensinar e mais que ensinar me fazer aprender, ser professor é uma dádiva, minha eterna gratidão a todos que fizeram parte e em especial à vocês Ms. Vera Geron, Dr.^a Taline Canto, Dr.^o André Tomaz, Esp. Jucelia, Esp. Jéssica Vale e Ms. Jhonatas Muniz, por todo ensinamento, apoio e pela amizade.

“O paciente não é só paciente, ele é o amor de alguém”.

Autor desconhecido

RESUMO

O aumento da população idosa gera um grande impacto socioeconômico no Brasil e, em particular no sistema único de saúde (SUS). Dado ao processo de envelhecimento, os idosos são mais susceptíveis a sofrerem os efeitos indesejáveis do uso de vários medicamentos. A conciliação medicamentosa consiste em realizar uma adequação no tratamento farmacoterapêutico do paciente, a partir da conferência entre os medicamentos que o paciente já utiliza em domicílio com os prescritos na transição hospitalar, tendo como objetivo a segurança do paciente, identificando as possíveis interações medicamentosas nas prescrições durante o período de internação. Uma das causas de erros de medicação em hospitais é a falta de informação do paciente. Os idosos possuem um risco elevado de serem acometidos à episódios de interações por serem polimedicados, e com a conciliação é possível adequar o tratamento. Este estudo objetivou elaborar proposta de conciliação medicamentosa a ser aplicada no âmbito hospitalar. Trata-se de um estudo observacional quantitativo de caráter descritivo que foi realizado através de duas etapas, sendo a primeira a identificação de interações medicamentosas em prontuários médicos de pacientes idosos, e a segunda se deu pela elaboração de uma proposta de conciliação medicamentosa. Foram analisados 145 prontuários, destes, 96%(n=139) foram identificados interações medicamentosas, justificando assim, a importância da implantação da proposta de conciliação medicamentosa. Constatou-se relevância nos dados obtidos, evidenciando a importância da conciliação medicamentosa sendo uma ferramenta de fácil execução e aplicação, objetivando a segurança do paciente.

Palavras-chave: Interações de medicamentos. Idoso. Erros de medicação. Conciliação medicamentosa.

ABSTRACT

The increase in the elderly population has a major socioeconomic impact in Brazil and, in particular, in the single health system (SUS). Given the aging process, older people are more likely to suffer from the undesirable effects of using various medications. Medication conciliation consists in performing an adjustment in the pharmacotherapeutic treatment of the patient, from the conference between the medicines that the patient already uses at home with those prescribed in the hospital transition, aiming at patient safety, identifying possible drug interactions in the prescriptions. during the period of hospitalization. One of the causes of medication errors in hospitals is lack of patient information. The elderly have a high risk of being affected by episodes of interactions because they are polymedicated, and with conciliation it is possible to tailor treatment. This study aimed to elaborate a proposal of drug conciliation to be applied in the hospital environment. This is a descriptive quantitative observational study that was conducted through two stages, the first identifying drug interactions in medical records of elderly patients, and the second was the preparation of a proposal for drug reconciliation. A total of 145 medical records were analyzed, of which 96% (n = 139) were identified drug interactions, thus justifying the importance of implementing the drug reconciliation proposal. Relevance was found in the data obtained, highlighting the importance of medication reconciliation being a tool of easy execution and application, aiming at patient safety.

Keywords: Drug interactions. Old man. Medication errors. Drug conciliation..

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma etapas da CM	23
Figura 2: Fluxograma etapas para implantação da CM.....	26
Figura 3: Fluxograma representativo do plano de trabalho.....	32
Figura 4: Fluxograma da CM	39
Figura 5: Admissão do Paciente no âmbito hospitalar, médico e paciente durante a anamnese	40
Figura 6: Farmacêutico em entrevista com paciente e/ou cuidador para obtenção do histórico medicamentoso do doente	40
Figura 7: Farmacêutico e médico discutindo sobre as incompatibilidades medicamentosas encontradas durante a conciliação das listas obtidas na primeira etapa e prescrição médica.	41
Figura 8: Farmacêutico durante a orientação ao paciente e/ou cuidador sobre o URM, e a importância da continuação do tratamento em domicílio	42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CM	Conciliação Medicamentosa
EM	Erro de Medicação
HMA	Hospital Municipal de Ariquemes-RO
IM	Interação Medicamentosa
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBSP	Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente
JCI	Joint Commission International
MIP	Medicamento Isente de Prescrição
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
URM	Uso Racional de Medicamentos

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
2 REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE	16
2.2 INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA NO IDOSO	17
2.3 ERRO DE MEDICAÇÃO	18
2.4 A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NO ÂMBITO HOSPITALAR.....	19
2.5 CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA.....	20
2.5.1 Implantação da Conciliação Medicamentosa.....	21
2.5.1.2 Etapas da CM.....	21
2.5.1.3 Etapas Para Implantação da CM	23
2.5.1.4 Obstáculos para a CM.....	24
3 OBJETIVOS.....	26
3.1 OBJETIVO GERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
4 METODOLOGIA	27
4.1 PLANO DE TRABALHO	27
4.2 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA EM PRONTUÁRIOS	28
4.2.1 Área de Estudo	28
4.2.1.2 Desenho de Estudo.....	28
4.2.1.3 População e Amostragem	28
4.2.1.4 Critério de Inclusão.....	28
4.2.1.5 Critério de Exclusão.....	29
4.2.1.6 Aspectos Éticos	29
4.2.1.7 Coleta de Dados	29
4.2.1.8 Segunda etapa: Elaboração da Proposta de Conciliação Medicamentosa	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	30

5.1 INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA.....	30
5.2 PROPOSTA DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA	35
CONCLUSÃO	41
REFERÊNCIAS.....	42
APÊNDICE.....	49

INTRODUÇÃO

No Brasil, segundo estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2010, o número de idosos aumentou de forma acelerada, e estima-se que no ano de 2060 a população de idosos acima de 65 anos representarão aproximadamente 42,64% da população brasileira (IBGE, 2010).

O envelhecimento populacional está relacionado com a baixa fecundidade, melhores condições de vida para pessoas idosas e ao acesso facilitado nos serviços de saúde. Envelhecer não significa adoecer, a menos que exista alguma doença associada e com os avanços tecnológicos proporcionam para a população acesso a serviços de saúde adequados, possibilitando uma melhor qualidade de vida nessa fase (MIRANDA et al., 2016; OMS, 2018).

Esse aumento da população idosa gera um grande impacto socioeconômico no Brasil e, em particular no sistema de saúde público. Devido a ampliação de serviços na atenção primária, que vem se adequando em programas para prestar assistência ao paciente, mas ainda é insuficiente para suprir os desafios que o país vem enfrentando devido ao aumento populacional (BUENO; OLIVEIRA; BERLEZI, 2010).

Devido aos processos de envelhecimento, declínio funcional e desequilíbrio homeostático, torna os idosos um grupo etário considerados mais susceptíveis a sofrerem os efeitos indesejáveis do uso concomitante de vários medicamentos, pois o processo farmacocinético das drogas e o envelhecimento natural possibilitam uma maior chance de intoxicação medicamentosa (GOTARDELO et al., 2014; OLIVEIRA, 2018).

Uma outra realidade preocupante dos idosos é a prescrição excessiva de medicamentos. Essas prescrições podem aumentar o risco de combinações farmacológicas potencialmente perigosas, devido ao alto risco de interação medicamentosa (IM), essas interações podem reduzir ou potencializar os efeitos dos fármacos, causando reações adversas indevidas durante o tratamento farmacológico que podem piorar no quadro clínico do paciente (GARSKE; ASSIS; SCHNEIDER, 2015; PEREIRA et al., 2017).

O Farmacêutico tem um papel significativo na redução das IM principalmente no âmbito hospitalar atuar direta e ativa na equipe multiprofissional, na prevenção das interações indesejadas. A Conciliação Medicamentosa (CM) é uma ferramenta que tem como objetivo reduzir os Erros de Medicação (EM), IM, reações adversas,

buscando harmonizar o tratamento farmacológico, garantindo assim uma maior segurança terapêutica ao paciente hospitalizado (CASSONI et al., 2014; SANTOS et al., 2019).

Neste estudo o objetivou-se foi identificar as IM em prescrições médicas de pacientes idosos no Hospital Municipal de Ariquemes-RO, e elaborar uma proposta para CM como uma ferramenta de prevenção para as possíveis IM no âmbito hospitalar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 SEGURANÇA DO PACIENTE

A segurança do paciente pode ser denominada como a inexistência de dano potencial ou desnecessário ao paciente, no cuidado a saúde para garantir a qualidade é necessário que seja exigido que o atendimento clínico atenda os critérios ou os padrões estabelecidos corretamente, e o dos princípio básico para assegurar qualidade é a melhoria continua e prevenção (CALDANA et al.; 2015).

De acordo com Vaccari et al. (2016) a estratégia mais utilizada atualmente para alcançar o objetivo que é garantir a segurança do paciente é sensibilizando os profissionais e gestores da saúde os alertando sobre suas responsabilidades com o cuidado do paciente.

Segundo Wegner e colaboradores (2016), para a prevenção de erros na saúde do paciente é necessário que os profissionais reconheçam que é possível ocorrer e quais são, a partir disso é importante que compreendam os tipos de efeitos adversos que podem acontecer, as suas possíveis causas e as consequências. Deve-se notificar os casos de eventos adversos para executar uma análise e as possíveis decisões que podem ser tomadas diante dos casos registrados, para minimizar e evitar essas circunstâncias (CARVALHO et al., 2015).

A implantação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), através da Portaria nº 529, 1º de abril de 2013 do Ministério da Saúde (MS), aborda a segurança do paciente tem ocasionado discussões cujo objetivo é assegurar a qualidade na assistência prestada ao mesmo no âmbito de saúde, proporcionando melhoria no cuidado e maior segurança. Esse programa apresenta seis protocolos de segurança básicos que foram definidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS), tendo como foco a segurança do paciente nos problemas de maior ocorrência, sendo eles: administração adequada do medicamento, quedas, cirurgia, higienização das mãos, úlcera por pressão e a identificação correta dos pacientes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

De acordo com a Portaria 2.095 de 24 de setembro de 2013 do Ministério da Saúde, que determina protocolos básicos de segurança para o paciente, tendo como foco prevenir possíveis IM. Através do anexo 03 os protocolos de segurança são estabelecidos no ato da prescrição, uso e via de administração dos medicamentos.

Essa portaria estabelece que, para que essa prática seja exercida de modo seguro é necessário a presença de uma equipe multiprofissional no âmbito hospitalar. O mesmo anexo preconiza os chamados “setes certos” que são: paciente certo, medicamento correto, via certa, hora correta, dose apropriada, registro certo e razão, seguindo corretamente esses certos pode prevenir casos de eventos adversos, otimizando o tratamento do paciente.

De acordo com Instituto Brasileiro para Segurança do Paciente (IBSP, 2018), a implantação da CM colabora na condução de serviços dos profissionais da saúde, favorecendo a melhora do paciente, os eventos adversos devem ser monitorados e suas possíveis causas precisam ser analisadas detalhadamente para que intervenções sejam feitas de imediato.

2.2 INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA NO IDOSO

O uso de vários medicamentos de forma simultânea é uma prática comum entre os idosos, geralmente paciente são polimedicados, portadores de várias doenças coexistentes. Essa prática deve ser realizada sob orientação e acompanhamento pelo profissional capacitado, pois a prática da polifarmácia pode acarretar interações medicamentosas (IM), causando à ineficácia do tratamento, agravamento à saúde do paciente e reações adversas (GONÇALVES et al., 2016; MANSO et al., 2015).

O paciente idoso sofre alterações naturais no metabolismo devido ao envelhecimento, e suas funções fisiológicas em declínio não podem ser ignorados, essa alteração leva o paciente a ser mais susceptível aos efeitos do tratamento e aos efeitos adversos. O processo de mudanças farmacocinéticas e farmacodinâmicas, devido ao envelhecimento e o uso frequente de múltiplos medicamentos, aumentam as chances de toxicidade causadas por medicamentos (OLIVEIRA 2016; SANTOS et al., 2013).

Com o avançar da idade o idoso sofre com alterações fisiológicas, podendo ser referente à diminuição da produção de suco gástrico, teor de água total menor, diminuição da irrigação renal, redução do fluxo sanguíneo e das atividades enzimáticas do fígado, um maior acúmulo de tecido adiposo, podendo prejudicar na absorção, distribuição e excreção dos fármacos. De modo consequente ao envelhecimento o paciente acaba recebendo uma maior quantidade de

medicamentos, aumentando o risco para IM, e eventuais reações adversas, provocando a ineficácia do tratamento, podendo produzir efeitos negativos na saúde do paciente (GARSKE; ASSIS; SCHNEIDER, 2015).

2.3 ERRO DE MEDICAÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua erro de medicação (EM) como “efeito nocivo e não intencional causado pelo uso, no homem, de medicamentos nas doses convencionadas para a profilaxia, diagnóstico, tratamento ou alterações das funções fisiológicas” e também, lesão resultante de uma intervenção médica relacionada com o medicamento (OMS, 2016).

EM é um evento adverso evitável, podendo acontecer em qualquer fase do tratamento causando ou não danos à saúde do paciente, que se designa ao evento adverso da droga, refere-se ao prejuízo breve ou permanente, enquanto o medicamento está sob responsabilidade de um profissional (PICHLER et al., 2014).

A falta de comunicação no ato da admissão do paciente, e no decorrer da transição hospitalar, ocasiona o maior índice de ocorrências e potencializa os EM (DOMINGOS, 2013). Segundo Rosa & Camargo (2014) os fatores que podem levar ao erro de medicação são classificados em:

- Doenças crônicas e polimedicação;
- Paciente pode fazer acompanhamento com vários médicos, e se não houve registro dos medicamentos utilizados, ocorre complicação em manter o tratamento regular;
- Internações em períodos mais curtos, podendo ser negligenciadas medicações regulares;
- Falta de comunicação do paciente com o profissional da saúde, durante as transições hospitalares.

A ausência de um sistema adequado de informações no atendimento ao paciente também proporciona o aumento de EM, que na maioria das vezes ocorre nos períodos de transição, entre a admissão, internação e alta hospitalar. A principal causa é a informação incompleta sobre os medicamentos que o paciente hospitalizado faz

uso domiciliar, tais erros podem afetar o paciente após alta hospitalar, que podem ser evitados com a participação ativa do farmacêutico (DOMINGOS, 2013; SANTI et al., 2014).

2.4 A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO FARMACÊUTICA NO ÂMBITO HOSPITALAR

A intervenção farmacêutica é um conjunto de ações desenvolvidas por um farmacêutico, em parceria com os demais profissionais da saúde, visando o uso racional do medicamento (URM) e manutenção da eficácia do tratamento e segurança do paciente. Instituições de saúde se preocupam com a qualidade e segurança do paciente durante o atendimento prestado, diante disso parâmetros para prevenção têm sido implantados, sendo umas delas a identificação e prevenção de EM (GIACOMINI; LIBERAL, 2016; SOUZA, 2018).

O farmacêutico no âmbito hospitalar desenvolve atividades voltadas ao cuidado ao paciente, e tem como principal objetivo a segurança e o uso racional de medicamentos (URM), a eficácia é alcançada quando realizada as ações da assistência farmacêutica garantindo assim qualidade ao paciente hospitalizado. Na análise de prescrição, o farmacêutico é um profissional apto a identificar possíveis EM, prevenindo IM, e eventuais reações adversas (BERBIGIER et al., 2017; NASCIMENTO et al., 2013).

O farmacêutico deve possuir habilidades para agir em todas as partes que envolvem medicamentos, desde a prescrição, dispensação e administração do medicamento, e supervisionando para evitar possíveis EM, IM, reações adversas, garantindo a eficácia da terapia medicamentosa (PILAU; HEGELE; HEINECK, 2013).

Este profissional colabora de forma crucial para o cuidado do paciente por orientar, recomendar, explicar sobre o URM, tendo como objetivo a máxima segurança durante o tratamento quanto aos resultados terapêuticos, visando sempre o êxito no tratamento curativo. No âmbito da farmácia hospitalar o farmacêutico pode iniciar um sistema de assistência, acompanhando o paciente durante o tratamento, como uma forma de garantir a melhora do mesmo durante sua internação (MARQUES, 2013; PELENTIR et al., 2015).

Sua presença ativa no âmbito hospitalar colabora para a redução das incompatibilidades medicamentosas, por meio da intervenção farmacêutica. Na alta hospitalar, desempenha o papel imprescindível na orientação sobre a forma correta de administração do medicamento que será manuseado no âmbito domiciliar, de forma com que o paciente faça a posologia correta do medicamento reduzindo significativamente os EM (HAGA et al., 2014; MARQUES; ROMANO-LIEBER, 2014).

2.5 CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA COMO FERRAMENTA DE PREVENÇÃO DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

O conceito de Conciliação Medicamentosa foi estabelecido no ano de 2002 nos Estados Unidos (EUA) pela *Joint Commission International (JCI)* no qual conceitua a CM como uma ferramenta para melhorar a segurança do paciente. A CM é uma ferramenta utilizada em vários países, permitindo minimizar as taxas de IM, reduzindo ocorrências de reações adversas (GRAÇA, 2015; RAMOS, 2013).

De acordo com a Portaria nº 2.095/2013 através do anexo 3 determina um protocolo de segurança para prescrição, administração de medicamento, visando a qualidade e eficácia do tratamento terapêutico do paciente hospitalizado, com a participação do profissional Farmacêutico em todas as etapas, sendo elas: admissão, transferência do paciente para outros setores hospitalares (caso ocorra) e alta hospitalar.

A CM é uma prática em que o farmacêutico clínico através de uma entrevista com o paciente e/ou cuidador, coleta informações sobre os medicamentos que são utilizados diariamente pelo paciente. O farmacêutico faz uma conferência entre a lista de medicamentos que o paciente já faz uso domiciliar, e os medicamentos prescritos pelo médico no ato da internação hospitalar (FERRAZ, 2015; SANTOS et al., 2013).

As atividades do Farmacêutico Clínico devem ser indispensáveis, pois sua atuação diminui risco de EM e IM, no qual sua importância foi apresentada nas legislações vigente e estudos científicos. A CM é uma ferramenta para reduzir as discrepâncias que são identificadas, precavendo episódios de EM e IM, pois, analisar o histórico do paciente durante o processo de internação colabora para a redução desses episódios indesejados (FERRAZ, 2015; FRANZEN et al., 2014).

O profissional farmacêutico detém habilidades para obter o histórico de medicamentos utilizados pelos pacientes. Para que o processo de CM seja executado com eficácia é necessário que seja feita uma adequação na assistência hospitalar, com apoio de toda equipe multidisciplinar, incluindo farmacêutico, médico e enfermagem. Pois esses são os profissionais que fazem contato diretamente com tratamento terapêutico do paciente (GARCIA, 2018; NASCIMENTO, 2017).

Todo medicamento averiguado deve ser registrado com uma ação na qual corresponda de forma adequada, contendo se determinado medicamento deve ser administrado, interrompido, ou se deve substituir por outro, seguido de uma justifica e registrado os motivos que levaram para tais atitudes (SANTOS et al., 2013).

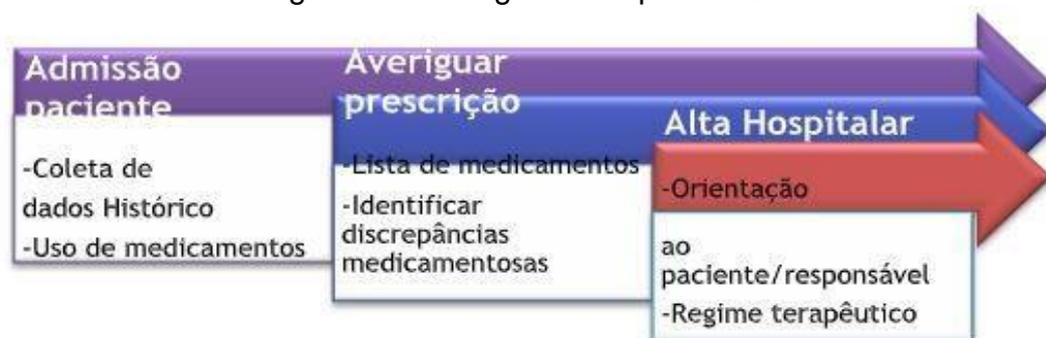
Na alta hospitalar o farmacêutico possui aptidão para aconselhar o paciente sobre a forma correta de fazer a administração do medicamento, informando sobre, dose, tempo, via de administração, posologia correta esclarecendo sobre a importância do uso racional de medicamento, tendo como foco a segurança e a eficácia do tratamento (PICHLER et al., 2014)

2.5.1 Implantação da Conciliação Medicamentosa

De acordo com Alvim (2015), o termo CM pode ser considerado um processo simples, porém, para que seja realizada de forma efetiva é necessário que seja executada por fases e, preferencialmente pela admissão do paciente, garantindo que as demais fases ocorram corretamente.

2.5.1.2 Etapas da CM

Figura 1 – Fluxograma etapas da CM



Fonte: Adaptado de Frizon et al. (2014).

A CM inicia-se com anamnese para coleta de dados sobre o histórico medicamentoso do paciente. Para que essa etapa ocorra corretamente é imprescindível que a coleta de dados seja realizada pelo farmacêutico clínico com o paciente ou seu cuidador, e deve ser efetuada quando houver novos medicamentos prescritos, transferência de setor e mudança de médico prescritor (MARQUES; LIEBER, 2014).

Nesta etapa é importante que ocorra uma verificação detalhada sobre os medicamentos que foram anotados na admissão hospitalar do paciente, deve conter também medicamentos isentos de prescrição médica (MIP), incluindo informações necessárias sobre a terapêutica anterior, como: nome do medicamento, duração do tratamento, indicação, posologia, via de administração, e devem-se observar tratamentos que foram concluídos ou não recentemente, é importante que o farmacêutico saiba sobre o quadro clínico do paciente de forma minuciosa (MARQUES, 2013).

A CM possibilita a identificação de discrepâncias medicamentosas, através da comparação dos dados coletados pelo farmacêutico na etapa anterior, ou seja, anamnese, com o prontuário que é feito no ato na internação pelo médico, através desta comparação é possível interceptar e retificar casos de diferenças encontradas, e adequar o tratamento medicamentoso junto ao médico (ALLEN J. et al., 2014).

Segundo Marques et al. (2010) e Frizon et al. (2014), levando em consideração a segurança do paciente, todas as intervenções realizadas pelo farmacêutico durante a internação hospitalar devem ser visivelmente documentadas, e informar o paciente e/ou cuidador toda intervenção que foi realizada, a intervenção farmacêutica tem como objetivo assegurar a eficácia do tratamento terapêutico, tendo em vista evitar IM e também auxilia na diminuição de despesas no tratamento medicamentoso do paciente durante e após internação.

No ato da alta hospitalar, o farmacêutico clínico responsável compara a lista de medicamento que foi coletada no instante da admissão com a nova prescrição realizada na alta, que contém os medicamentos que o paciente terá que administrar em domicílio, nessa conferência é possível identificar duplicidade de medicamentos e IM. A orientação farmacêutica ao paciente que obteve alta hospitalar otimiza esclarecer dúvidas sobre o tratamento farmacoterapêutico domiciliar, a relevância da continuação do tratamento, tendo como objetivo minimizar reações adversas (FIGUEIREDO et al., 2016; LIMA et al., 2016).

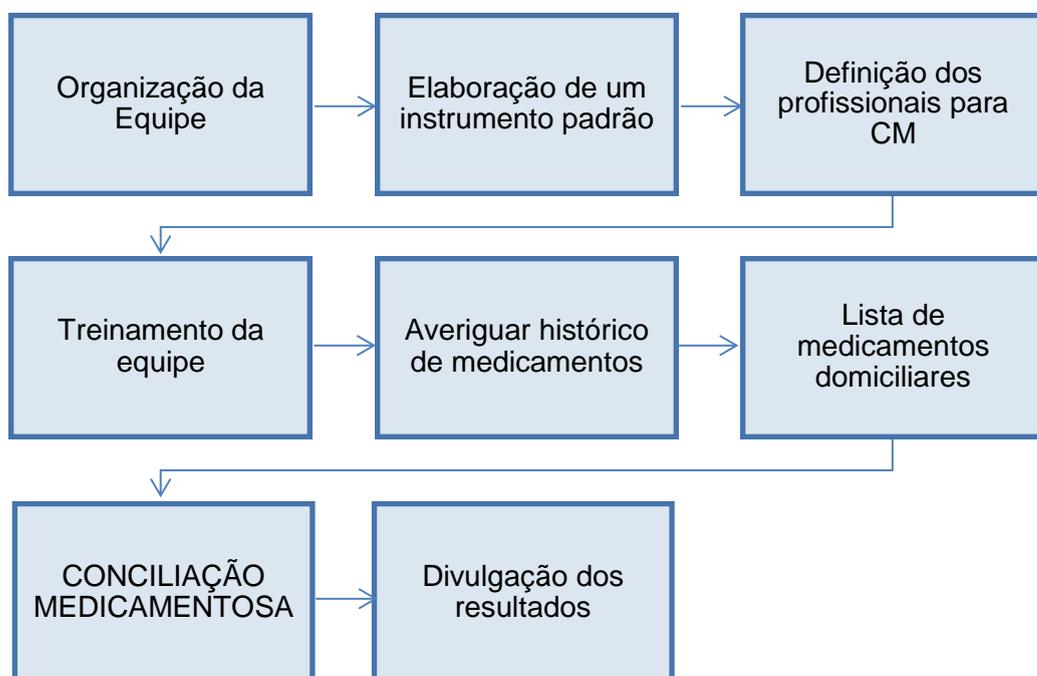
2.5.1.3 Etapas Para Implantação da CM

Segundo estudos realizados por Ferraz(2015), para que a implantação da CM aconteça é proposto um seguimento de oitos passos:

- I. Dinamização da equipe para o desenvolvimento da CM, podendo incluir Farmacêutico, Médico e Enfermeiro, esses profissionais estão envolvidos diretamente com o paciente;
- II. Padronização de instrumentos que serão utilizados para a obtenção de informações sobre o paciente como, histórico de medicamentos que já são utilizados em domicilio, e nas transições hospitalares, ou seja, admissão, internação e alta.
- III. Estabelecer os profissionais aptos para a CM, no instante da admissão, internação e alta, vários estudos e as legislações apontam o Farmacêutico como profissional adequado para execução da CM, devido sua formação;
- IV. Propiciar treinamento para equipe multidisciplinar hospitalar, conceituando CM e sua importância para o tratamento do paciente;
- V. Averiguação detalhada do histórico medicamentoso do paciente, juntamente com o paciente e/ou cuidadores, e comparando com os registros da admissão. Essa etapa de ver ser conferida com todos os membros da equipe;
- VI. Anotação de todos os medicamentos utilizados pelo paciente em seu domicilio, de modo que seja padronizado, no decorrer da internação medicamentos de uso contínuo podem ser mudados em consequência a prescrição médica, no entanto, na alta hospitalar é necessário analisar a efetividade em tornar a usar estes medicamentos;
- VII. A CM deve ser executada em todos os momentos de transição do paciente, sendo: admissão, alteração de leito, deslocamento entre unidades de internação e alta hospitalar, é obrigatório registrar o maior número de informações dos medicamentos no prontuário.
- VIII. Informações sobre o histórico medicamentoso do paciente devem ser registradas, compartilhadas e expostas em um ambiente visível para simplificar a confrontação das prescrições seguintes.

A CM é um processo (figura 2) que se baseia em identificar e fazer a comparação entre todos os medicamentos administrados em domicílio com os que são prescritos durante a internação hospitalar, durante esse processo, é possível identificar IM, o que proporciona uma discussão entre o médico e o farmacêutico para a melhoria da assistência ao paciente.

Figura 2 – Fluxograma etapas para implantação da CM



Fonte: Adaptado de Ferraz (2015).

2.5.1.4 Obstáculos para a CM

Um dos obstáculos evidenciados por Graça (2015) é a escolaridade do paciente, podendo ser limitada, pelo fato destes tem um entendimento reduzido sobre o nome dos medicamentos prescritos, das indicações de uso e entre outras informações gerais. As barreiras linguísticas entre o profissional e o paciente sobre a polifarmácia existe, e pode acarretar uma lista errada sobre o medicamento que é utilizado, pela qual é obtida na admissão do paciente em entrevista com o mesmo.

A falta de recursos tecnológicos para obter informações pode ser considerado um obstáculo à CM, visto que o farmacêutico possui pouco tempo para rever o histórico clínico do paciente e fazer a entrevista com o mesmo, o que se faz necessário a ampliação do quadro de farmacêuticos (ALVIM, 2015).

Estudos realizados em Portugal por Afonso (2015) evidenciaram que os hospitais que implantaram a CM ou que se encontravam em estudo piloto, encontraram vários obstáculos, no qual se destacaram o quadro escasso de uma equipe multiprofissional, que pela falta destes os que se encontravam não tinham tempo disponível para a realização da CM, falta de um sistema informativo adequado que proporcione registrar todas as intervenções que foram realizadas no paciente de forma eficiente.

No decorrer da internação, é de suma importância que o paciente e/ou cuidador questione o motivo de estar recebendo determinada medicação, indagar se o mesmo está sendo administração de forma correta, avisar o médico, farmacêutico e enfermeiros sobre alergias a algum medicamento, se houve algum efeito adverso ou se já vivenciou algum em tratamentos passados, solicitar à equipe informações sobre seu quadro clínico, o paciente deve estar efetivamente envolvido no seu tratamento para prevenir possíveis erros (ALVIM, 2015).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

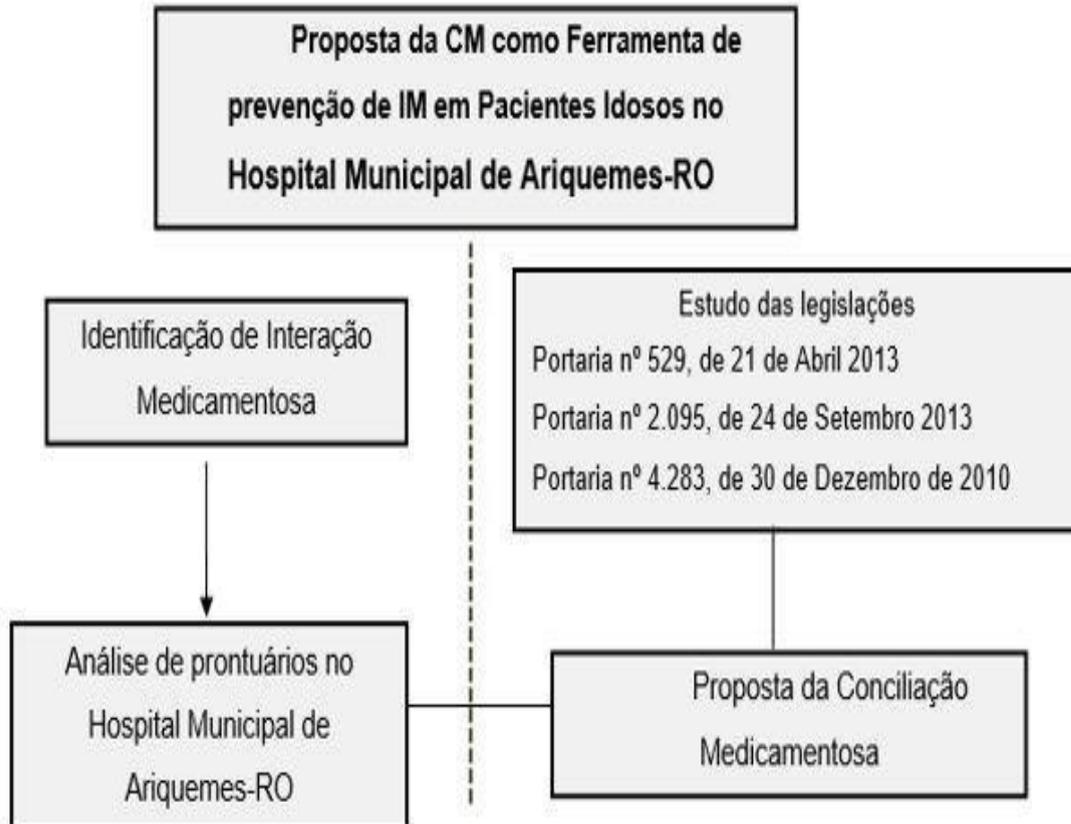
Elaborar proposta de conciliação farmacêutica a ser aplicada em farmácia hospitalar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as possíveis interações medicamentosas em pacientes internados no Hospital Municipal de Ariquemes-RO com faixa etária entre 65 e 80 anos;
- Caracterizar as interações medicamentosas identificadas;
- Estudar a legislação vigente sobre assistência e serviços farmacêuticos;
- Elaborar modelo logístico para a implantação de conciliação medicamentosa na farmácia hospitalar.

4 METODOLOGIA

Figura 3 – Fluxograma representativo do Plano de Trabalho



Fonte: Elaborado pelo próprio autor.

4.1 PLANO DE TRABALHO

Este trabalho foi realizado em duas etapas (figura 3) na qual estão descritas a seguir:

- A primeira se deu pelo estudo retrospectivo das interações medicamentosas detectadas no hospital Municipal de Ariquemes/RO, através da coleta de dados dos prontuários médicos.
- A segunda, pela análise dos resultados encontrados na etapa anterior, estudo da legislação vigente sobre assistência farmacêutica e conciliação medicamentosa e elaboração de uma proposta de conciliação medicamentosa.

4.2 PRIMEIRA ETAPA: IDENTIFICAÇÃO DE INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA EM PRONTUÁRIOS:

4.2.1 Área de Estudo

A pesquisa se deu pela análise de prontuários médicos, arquivado no Serviço de Armazenamento Médico e Estatístico (SAME), do Hospital Municipal de Ariquemes (HMA).

4.2.1.2 Desenho de Estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal de caráter quantitativo retroativo que foi realizado através de análise de prontuários médicos de pacientes idosos no período de internação de setembro a novembro de 2018, na faixa etária estabelecida de 65 a 80 anos, no Hospital Municipal de Ariquemes (HMA) e a elaboração da proposta para a Conciliação Medicamentosa no âmbito hospitalar.

4.2.1.3 População e Amostragem

Foram eleitos prontuários de pacientes idosos com faixa etária entre 65 a 80 anos, no período de internação hospitalar que foram considerados elegíveis segundo os critérios de inclusão e exclusão descritos a seguir. De acordo com o Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) o Hospital Municipal de Ariquemes possui aproximadamente 340 internações mensais, sendo aproximadamente 200 de idosos, desse modo, seguindo o cálculo amostral de Santos (2017) permitindo erro de 5% e um nível de confiança de 95% foram estabelecidos 145 prontuários a serem analisados, evitando possíveis perdas.

4.2.1.4 Critério de Inclusão

Indivíduos que estiveram em processo de internação, e que estejam na faixa etária estabelecida.

4.2.1.5 Critério de Exclusão

Foram excluídas da pesquisa idosos que não estiveram em processo de internação e que não tinham as faixas etárias estabelecidas, e que já vieram a óbito.

4.2.1.6 Aspectos Éticos

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA, constituído nos termos da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde (CNS/MS) com número de parecer 3.268.924.

4.2.1.7 Coleta de Dados

A pesquisa se deu pela análise de prontuários médicos. As interações medicamentosas foram descritas de acordo com seu grau de complexidade como: mínimo, moderado e grave, conforme as interações identificadas.

4.2.2 Segunda etapa: Elaboração da Proposta de Conciliação Medicamentosa

Esta segunda parte se deu pela análise dos resultados encontrados na etapa anterior e pelo estudo de dispositivos legais vigentes e regulamentadores da área, tais como: Portaria nº 2.095/2013 Anexo 3: Protocolo de Segurança na Prescrição, Uso e Administração de Medicamentos; Portaria nº4.283, de 30 de Dezembro de 2010; Resolução nº 585 de 29 de Agosto de 2013 para a detecção dos parâmetros e procedimentos à serem seguidos na elaboração da Proposta da Conciliação Medicamentosa.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 INTERAÇÃO MEDICAMENTOSA

Os dados foram coletados entre setembro a novembro de 2018. A idade média dos prontuários foi de 72 anos, mínima de 65 e máxima 80 anos.

Dentre os prontuários considerados legíveis, foram analisados 145 prontuários de pacientes idosos hospitalizados no HMA-RO, onde 59% (n=85) dos casos eram do sexo masculino e 41% (n=60) do sexo feminino. Há uma predominância do sexo masculino entre as internações que pode ser justificado por Moura et al. (2015), onde observou em um estudo realizado por profissionais da saúde constatando que os homens buscam menos atendimento primário à saúde, não priorizando a prevenção. Por essa razão o número de homens na área de internação hospitalar é superior do que mulheres, pois as mulheres buscam com mais frequência atendimento à saúde para fazer consultas e exames de rotina.

O índice de IM em pacientes hospitalizados é um fator alarmante que é decorrente ao número excessivo de medicamento prescrito, e que pode ser notado durante a pesquisa. Dos 145 prontuários analisados identificou-se IM, em 96% (n=139) dos prontuários havia algum tipo interação dentre os medicamentos prescritos. Diante da análise dos prontuários dos medicamentos utilizados, foram descritos 27 IM potenciais (tabela 1), esses dados corroboram com as pesquisas de Cedraz & Junior (2014), em que realizaram análise de prontuários em um Hospital Público de Feira de Santana-BA que obtiveram como resultado cerca de 93% de IM em 28 prontuários analisados. Tonello (2016), analisou 81 prescrições médicas, no qual constatou que em 96% havia algum tipo de incompatibilidade medicamentosa.

De acordo com a gravidade de IM na tabela 1 estão representados os medicamentos identificados na análise dos prontuários e o grau de interação entre eles, classificados como: Interação Moderada e Grave. Em 25% da amostra, equivalente a 7 casos, não foi possível classificar o tipo de interação.

Tabela 1 – Lista das principais interações medicamentosas, considerando o grau de Interação

Medicamento	Interage	Grau de Interação
AAS	Hidrocortisona	Moderada
	Captopril	Moderada
	Clopidogrel	Moderada
	Ranitidina	Moderada
	Espironolactona	Moderada
Alopurinol	Furosemida	Moderada
Captopril	Espironolactona	Moderada
	Insulina	Moderada
	Furosemida	Moderada
Ciprofloxacino	Omeprazol	Moderada
Espironolactona	Losartana	Moderada
Furosemida	Metformina	Moderada
Heparina	Captopril	Moderada
Omeprazol	Sinvastatina	Moderada
Vitamina k	Oleo mineral	Moderada
Captopril	Alopurinol	Grave
Ciprofloxacino	Sinvastatina	Grave
	Tramal	Grave
	Clopidogrel	Omeprazol
Morfina	Tramal	Grave
Captopril	Metformina	Não especificado
Carvedilol	Metformina	Não especificado
Dipirona	Furosemida	Não especificado
	Losartana	Não especificado
	Carvedilol	Não especificado
Morfina	Anticoagulantes orais	Não especificado
Ranitidina	Paracetamol	Não especificado

Fonte: Dados de pesquisa.

Através do estudo foi possível constatar os medicamentos mais prevalentes de IM que podem ser observados na (tabela 1), diante disso podemos destacar que, 18,51% (n=5) das IM encontradas correspondem ao AAS e Captopril, Ciprofloxacino 11,11% (n=3) e Morfina 7,40% (n=2) respectivamente.

Quanto ao grau de interação, as IM podem ser classificadas de acordo com a gravidade o efeito produzido. Observou-se que a interação moderada que equivale a mais da metade dos casos, representando 55,55% (n=15) dos casos, seguido das

interações graves 18,51% (n=5) e não especificadas, 25,92% (n=7) (tabela 1). Há uma prevalência de IM com grau moderado, e de acordo com Cedraz & Junior (2014) medicamentos com esse grau de interação podem resultar no agravamento do quadro clínico do paciente ou necessitam de uma alteração na terapia medicamentosa. A IM de grau de interação grave, pode ocasionar ao paciente risco de vida e exige intervenção médica para diminuir e prevenir os efeitos adversos e as interações com grau não especificadas são interações que ainda não foram elucidadas na literatura.

Neste contexto é necessário ressaltar que as IM de grau moderado é o tipo mais frequente em hospitais, esses resultados corroboram com os estudos de Garske (2016) em farmácias básica do Sul do Brasil, que analisou as IM em prescrições farmacológicas de pacientes idosos, e por Scignoli e cols. (2016) que realizou um estudo em prescrições de pacientes hospitalizados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) no interior de São Paulo e, ambos estudos há uma prevalência de IM de grau moderado, resultado no qual está em consonância com os dados da literatura.

A quantidade de medicamentos prescritos é outro indicador potencial para o surgimento de IM e, de acordo com a análise dos prontuários pode-se observar que a foram prescritos entre cinco ou mais medicamentos no primeiro dia de internação para maior parte dos pacientes internados, o que equivalente a 89% (n=129), pode ser percebido segundo Cuentro et al. (2014) durante a sua pesquisa realizada no Hospital Universitário de João de Barros Barreto em Belém/PA onde os autores analisaram prescrições médicas de paciente hospitalizados, e concluíram que eles recebem mais medicações, entre 2 a 10 medicamentos por paciente, do que quando tratados na atenção primária, principalmente entre os pacientes idosos, pois pelo quadro de doenças crônicas existentes, esse grupo etário faz uso de vários medicamentos de forma concomitante (LOPES et al., 2016; PICHLER et al., 2014).

O prontuário é um documento que deve conter o maior número de informações possíveis sobre o paciente, sendo indispensável conter histórico medicamentoso de uso contínuo, tanto para medicamentos controlados quanto para medicamentos isentos de prescrição médica (MIP). Com base nessas observações, nota-se que há escassez de informações relevantes sobre o paciente, como por exemplo: nome completo, tratamento medicamentoso de uso contínuo, medicamento que o paciente e/ou cuidador traz de casa e faz uso durante a internação. De acordo com Gerlack et al. (2014), a omissão de informações nos prontuários é uma barreira para a

racionalização do tratamento medicamentoso durante o período de internação, podendo ocasionar duplicidade e IM, reações adversas e efeitos clínicos indesejáveis.

Os efeitos clínicos indesejáveis ocasionados pela IM, pode ocasionar danos relacionados à saúde do paciente, podendo acarretar consequências relacionadas a efetividade da terapia medicamentosa. Pode-se observar que 96% (n=139) dos prontuários apresentaram algum tipo de discrepância medicamentosa (tabela 2).

Tabela 2 – Efeitos clínicos resultantes das Interações Medicamentosas

Medicamento	Interage	Efeito Clínico
AAS	Hidrocortisona	Aumenta ulcerações e sangramentos gastrintestinais
	Captopril	Diminui resposta anti-hipertensiva
	Clopidogrel	Risco hemorrágico
	Ranitidina	Aumenta a absorção do AAS
	Espironolactona	Reduzo o efeito natriurético da Espironolactona
Alopurinol	Furosemida	Aumenta o risco de efeitos tóxicos do Alopurinol
Captopril	Alopurinol	Risco de reação alérgica ao Alopurinol
	Metformina	Hipoglicemia, aumenta a sensibilidade à insulina
	Espironolactona	Aumenta hipercalêmico
	Insulina	Aumenta o efeito hipoglicemiante
	Furosemida	Hipotensão, hipovolemia, Hiponatremia
Carvedilol	Metformina	Hiperglicemia ou hipoglicemia
Ciprofloxacino	Sinvastatina	Inibe o efeito da Sinvastatina
	Omeprazol	Diminui a absorção do Ciprofloxacino
	Tramal	Risco de depressão do SNC e respiratório
Clopidogrel	Omeprazol	Diminui efeito anticoagulante
Dipirona	Furosemida	Diminui efeito diurético
	Losartana	Hipotensão, risco de problemas renais

	Carvedilol	Diminui efeito anti-hipertensivo
Espironolactona	Losartana	Hipercalêmia
Furosemida	Metformina	Hiperglicemia
Heparina	Captopril	Hipercalêmia
Morfina	Anticoagulantes orais	Potencializa efeitos anticoagulantes
	Tramal	Risco de convulsão, depressão do SNC e depressão respiratória
	Metoclopramida	Aumenta efeito sedativo
Omeprazol	Sinvastatina	Aumenta efeito adverso da sinvastatina
Ranitidina	Paracetamol	Aumenta níveis séricos do paracetamol
Vitamina K	Óleo mineral	Diminui a absorção da vitamina

Fonte: Dados de pesquisa.

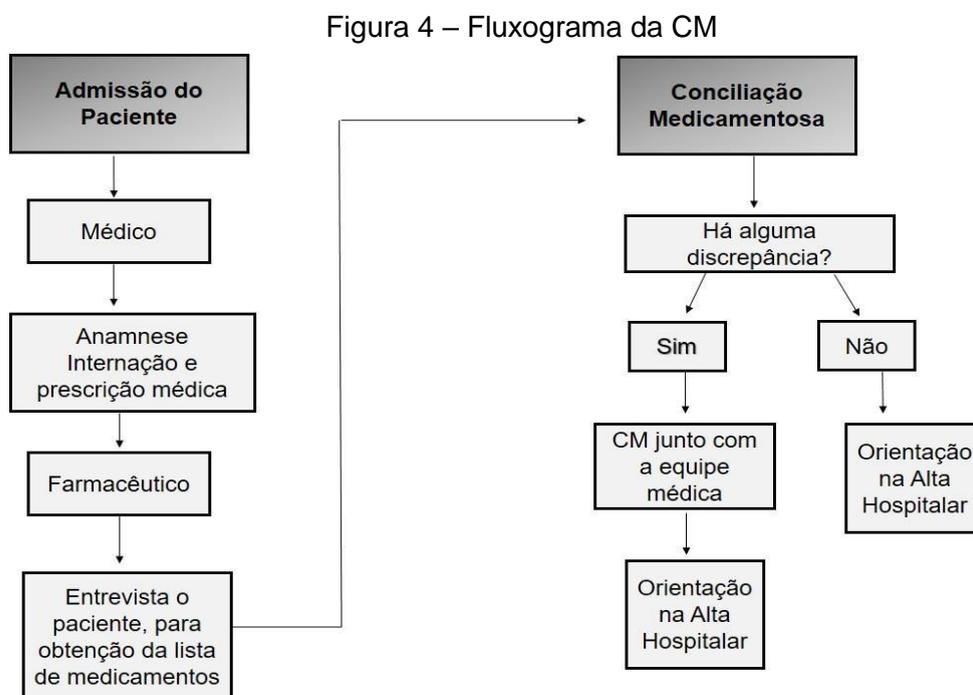
As IM podem exacerbar as reações adversas dos medicamentos, ou diminuir sua eficácia, desencadear efeitos clínicos indesejáveis e ineficácia terapêutica. Esses efeitos das IM podem aumentar o número de medicamentos prescritos e aumentar o tempo de internação. Marsilio et al (2016), realizou análise de prontuários médicos, no qual identificaram 68% de IM em prescrições de um hospital universitário em Porto Alegre/RS que ocasionaram ao paciente algum efeito indesejado. Segundo estudo realizado por Leão e colaboradores (2014) em um hospital de Vitória da Conquista/BA que teve como objetivo identificar IM potenciais e a provável relação da polifarmácia com as ocorrências de incompatibilidades medicamentosas, obtiveram como resultado cerca de 49% de IM, aproximadamente 75% de gravidade moderada e 8,6% devido a prática da polifarmácia.

Todo indivíduo que recebe um número elevado de medicamento está susceptível e exposto aos efeitos indesejáveis devido as IM, porém existem grupos que são mais sensíveis a desenvolverem esses episódios, por exemplo, os idosos. De acordo com Neto e seus colaboradores (2016), IM pode ocorrer em pacientes de todas as idades, embora nos idosos sejam mais frequentes esses episódios, pelo fato de serem mais vulneráveis à toxicidade dos fármacos, devido mudanças da farmacocinética e farmacodinâmica relacionadas à idade, e também pelas multimorbidades e polifarmácia.

Silva & Carvalho (2016) destaca que o paciente hospitalizado faz uso de vários medicamentos são mais susceptíveis a ocorrência de IM, devido essa prevalência os profissionais de saúde devem ter a sua atenção voltada para esse cenário, buscando adequações terapêuticas para que essas ocorrências sejam reduzidas. Ressalta-se ainda a importância da equipe multiprofissional na atenção ao paciente, sendo que, a prescrição médica é um instrumento que deve garantir a execução do tratamento, no paciente certo, com a medicação correta, no tempo adequado (NASCIMENTO et al., 2017).

5.2 PROPOSTA DE CONCILIAÇÃO MEDICAMENTOSA

Para a proposta sugerida foi de acordo com a análise dos estudos realizados por vários autores e legislação vigente, pode-se considerar que a CM é uma importante ferramenta para prevenção de possíveis IM. A CM pode acontecer em três passos: admissão do paciente, comparação da lista de medicamento de uso domiciliar com a prescrição médica e na alta hospitalar (figura 4).



Fonte: Imagem reproduzida pelo autor.

A primeira etapa consiste na admissão do paciente na unidade hospitalar, após a anamnese feita pelo médico (figura 5), no passo seguinte o farmacêutico deve realizar uma entrevista com paciente e/ou cuidador, para obter seu histórico medicamentoso (Figura 6) utilizando um instrumento padrão, podendo ser questionário para melhor obtenção de informações sobre o paciente (Apêndice 1). Nesta etapa é imprescindível que o profissional preencha o questionário de forma correta, e busque obter todas informações possíveis sobre o seu tratamento medicamentoso domiciliar, e quando se trata de idosos, podem haver barreiras linguísticas na obtenção de dados, o profissional tem que estar devidamente apto para entrevista e buscar meios de comunicação de fácil entendimento para o paciente entrevistado, com finalidade de obter dados concretos e verídicos.



Figura 5 – Anamnese durante admissão do paciente no âmbito hospitalar.

Fonte: imagem elaborada pelo autor.

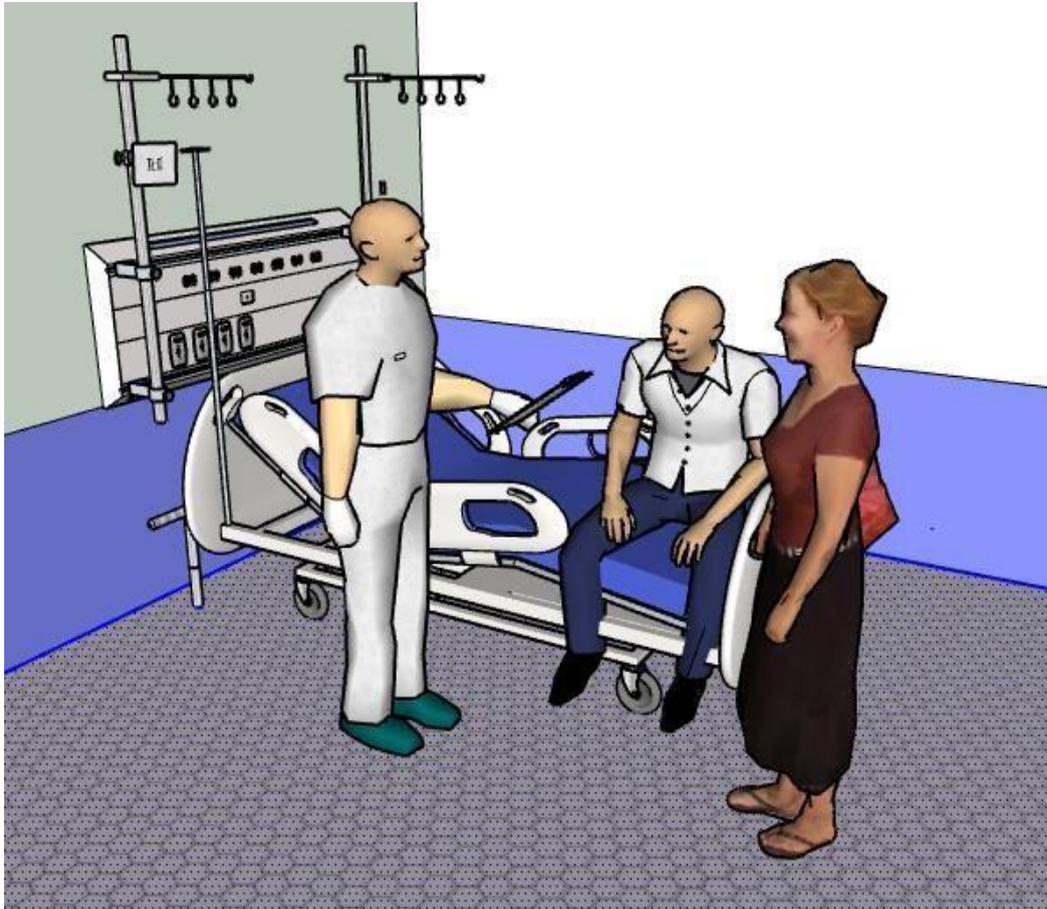


Figura 6 – Farmacêutico em entrevista com paciente e/ou cuidador para obtenção do histórico medicamentoso do doente.

Fonte: imagem elaborada pelo autor.

Na segunda etapa é realizada a comparação, ou seja, concilia-se a lista de medicamentos obtida por meio da entrevista, com a lista de medicamentos prescrita na admissão para identificar possíveis IM. Por meio da CM essas interações podem ser identificadas, quando há discrepância na terapia proposta o Farmacêutico deve informar o médico. Em trabalho em conjunto é necessário para discutir sobre o melhor esquema terapêutico a ser adotado. É cabível ao médico acatar a intervenção ou não (figura 7). Uma vez que a segurança do paciente esteja assegurada, analisando risco x benefício, o papel do farmacêutico é identificar e informar ao prescritor responsável e apresentar alternativas cabíveis para a harmonização do tratamento.

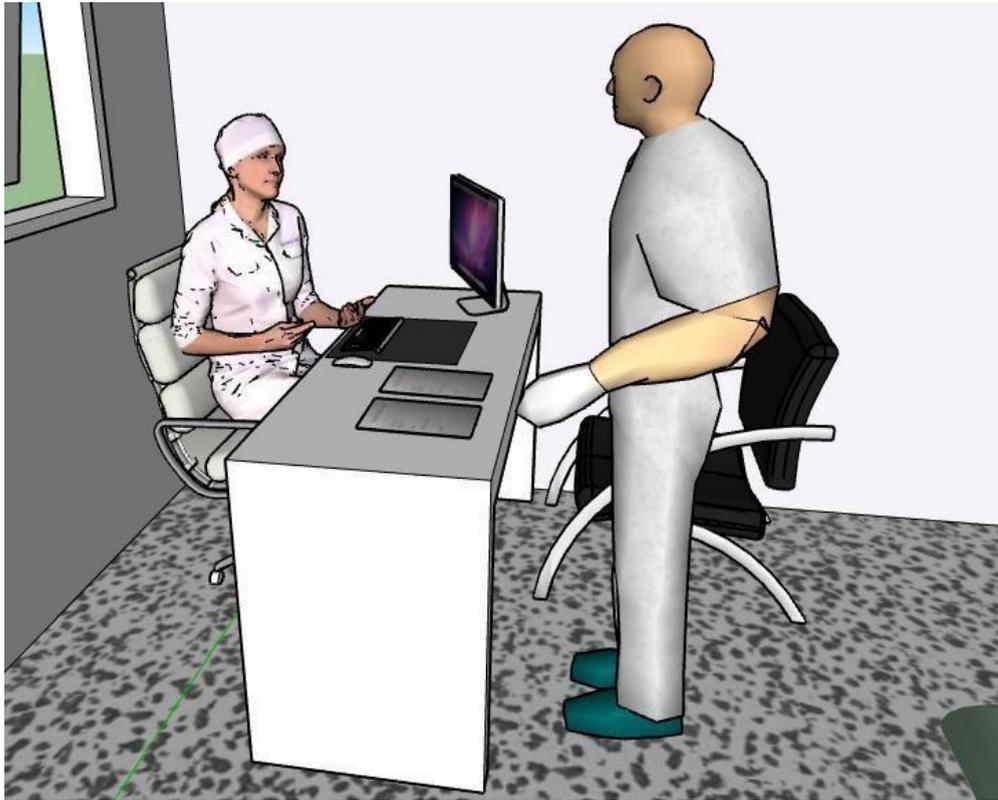


Figura 7 – Farmacêutico e médico discutindo sobre as incompatibilidades medicamentosas encontradas durante a conciliação das listas obtidas na primeira etapa e a prescrição médica.
Fonte: Imagem elaborada pelo autor.

A terceira etapa processo é a alta hospitalar, nesse momento, o Farmacêutico concilia a lista de todos os medicamentos obtidas na primeira etapa, com a nova prescrição médica para uso domiciliar, para que seja possível identificar se há duplicidade terapêutica e/ou IM entre os mesmos. Neste momento o Farmacêutico orienta o paciente sobre a importância de seguir o esquema terapêutico proposto e a importância da adesão ao tratamento pós alta hospitalar. Tratando-se de pacientes idosos, a orientação deve ser redobrada, e muitas vezes a forma verbal é insuficiente e ineficaz, logo o Farmacêutico deve elaborar formas ilustrativas, figuras, símbolos ou cores, para facilitar o seu entendimento quanto ao tratamento prescrito.

No instante da alta hospitalar, o Farmacêutico deve comunicar ao paciente e/ou cuidador sobre alguma alteração no seu esquema terapêutico diário. É importante ressaltar que a comunicação entre do paciente e o Farmacêutico é fundamental para o sucesso da CM (figura 8).

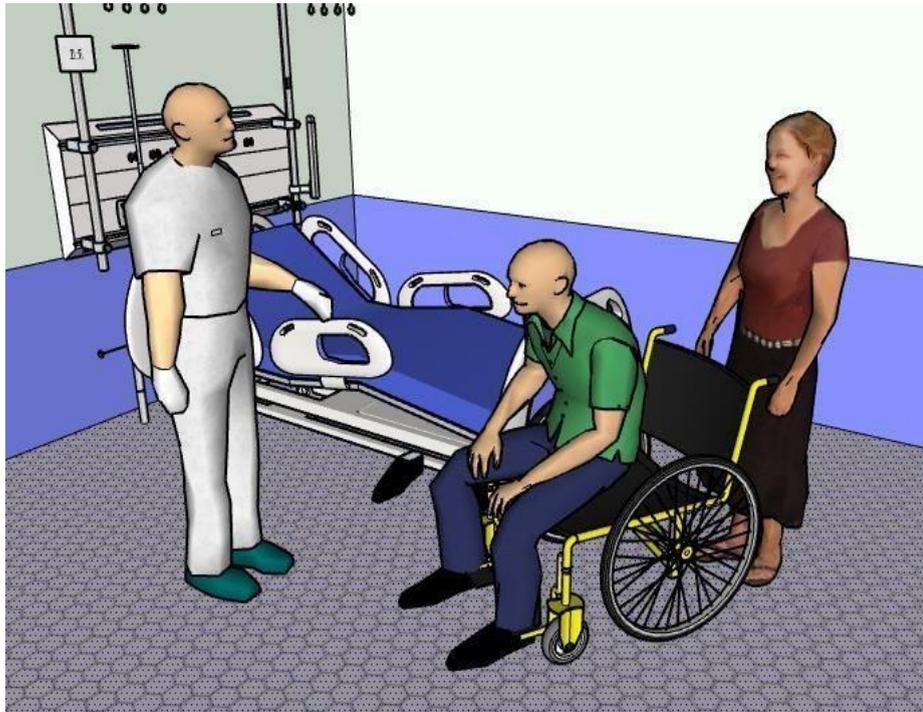


Figura 8 – Farmacêutico durante a orientação ao paciente e/ou cuidador sobre o URM, e a importância da continuação do tratamento em domicílio.

Fonte: Imagem elaborada pelo autor.

Lima e cols (2016) ressaltam que CM é uma ferramenta eficaz para a minimização de riscos relacionados ao uso de medicamentos durante o processo de a internação e após alta hospitalar, colaborando na redução de danos à saúde do paciente e uso desnecessário de medicamento. Essa ferramenta é adota em vários países da Europa e os EUA, no Brasil estudos pilotos sobre a implantação da CM comprovam a eficácia desta ferramenta.

Estudo piloto da CM realizado por Graça (2014), em um hospital público do Rio de Janeiro em uma unidade de internação pediátrica de alta complexidade, identificou 137 discrepâncias em 210 medicamentos em 38 das 41 prescrições em que houve a comparação entre a lista obtida por meio de entrevista com o paciente com a prescrição médica. Estudo realizado por Lombardi et al (2016), identificou durante a CM, 217 medicamentos prescritos no ato da internação, desses, 54% apresentaram algum tipo de discrepância, e as mais prevalentes foram por omissão de informações sobre o histórico medicamentoso do paciente no momento da admissão na unidade hospitalar.

Para a implantação da CM no âmbito hospital é necessário seguir algumas etapas, sendo elas:

- Equipe multiprofissional para o desenvolvimento da CM;
- Quantidade de Farmacêutico clínico hospitalar suficiente para realizar todas as etapas da CM de forma eficiente;
- Instrumento padronizado (Apêndice 1) para realização da entrevista com o paciente e/ou cuidador para obtenção de dados pessoais e histórico medicamentoso;
- Treinamento dos profissionais envolvidos na CM.

Dessa forma, a proposta de CM possibilita uma maior segurança ao paciente, qualidade no atendimento, eficácia no tratamento terapêutico durante o período de internação, pois vale se ressaltar e a falta de informação durante a admissão do paciente é a principal causa de erros relacionados aos medicamentos.

A CM é uma prática clara e objetiva, que tem como foco a harmonização do tratamento terapêutico desde a admissão até a alta hospitalar e é uma ferramenta importante como estratégia para prevenção de IM.

Tendo visto a CM é um processo factível, no qual envolve todos os profissionais de saúde do hospital e tem o Farmacêutico como profissional responsável pela execução das etapas em conjunto com médicos e enfermeiros.

A proposta possui uma linguagem de fácil entendimento e está totalmente compactuada com as legislações vigente supracitadas, tendo como principal objetivo otimizar o tratamento do paciente, assegurando qualidade e segurança durante todo o período de internação e pós alta hospitalar.

CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos através desta pesquisa, pode-se constatar que ocorrências de IM em prescrições médicas são frequentes, uma vez que dos 145 prontuários analisados 96% apresentaram algum tipo de IM. Ainda, em 55% dos pacientes arrolados, observou-se interações moderadas com chances de causar efeitos adversos.

A proposta elaborada para CM é de fácil aplicação e execução, clara e objetiva. Esta se constitui uma importante ferramenta que pode ser aplicada para a prevenção de possíveis IM e os problemas relacionados aos medicamentos.

O Farmacêutico pode atuar de forma ativa na CM, promovendo a efetividade nos processos, melhorando a assistência prestada ao paciente, garantindo a segurança e otimizando o uso adequado do medicamento. Do mesmo modo presta um papel importante durante a alta hospitalar, orientando os pacientes sobre o tratamento farmacoterapêutico pós alta e a sua importância.

REFERÊNCIAS

AFONSO, R. Reconciliação terapêutica. **Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca**, 2015. Disponível em: <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1506/1/14%20Reconcilia%c3%a7%c3%a3o%20de%20Terap%c3%aautica.pdf>.

ALLEN, J.; HUTCHINSON, A. M.; BROWN, R.; LIVINGSTON, P. M. Quality care outcomes following transitional care interventions for older people from hospital to home: a systematic review. **BMC Health Services Research**. 2014; 14(1):346. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25128468>.

ALVIM, Beatriz Alves. **Importância da Implantação e Desenvolvimento da Reconciliação Medicamentosa em Hospitais**. Disponível em: <https://ulbrato.br/bibliotecadigital/uploads/document/56e7026bcbf4f.pdf>.

BERBIGIER, Iasmine et al. Análise em prescrições para idosos na farmácia municipal de esteio-rs: avaliação de impactos e proposta de intervenção farmacêutica com terapêutica mais segura para a população idosa. **Revista de Iniciação Científica da ULBRA**, v. 1, n. 15, 2017. Disponível em: <http://www.periodicos.ulbra.br/index.php/ic/article/view/3452>.

BUENO, CRISTIANE SCHMALZ et al. Utilização de Medicamentos e Risco de Interações Medicamentosas em Idosos Atendidos Pelo Programa de Atenção ao Idoso da Unijuí. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v. 30, n. 3, p.331-338, 2010. Disponível em: http://200.145.71.150/seer/index.php/Cien_Farm/article/viewArticle/912.

CALDANA, G.; GUIRARDELLO, E. D. B.; URBANETTO, J. D. S.; PETERLINI, M. A. S.; GABRIEL, C. S. **Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: Desafios e Perspectivas**. Texto e Contexto Enfermagem, v. 24, n. 3, p. 906-991, 2015. Disponível em: <https://bdpi.usp.br/item/002743114>.

CASSONI, Teresa Cristina Jahn et al. **Uso de medicamentos potencialmente inapropriados por idosos do Município de São Paulo, Brasil: Estudo SABE**. Cadernos de Saúde Pública, v.30.p.1708-1720, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0102311X2014000901708&script=sci_arttext&tlng=en.

CARVALHO, P. A. et al. Cultura de segurança no centro cirúrgico de um hospital público, na percepção dos profissionais de saúde. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. vol. 23, n. 6, p. 1041-1048, 2015. Disponível em: <http://www.periodicos.usp.br/rlae/article/view/108014>.

CEDRAZ, K. N.; SANTOS JUNIOR, M. C. Identificação e caracterização de interações medicamentosas em prescrições médicas da unidade de terapia intensiva de um hospital público da cidade de Feira de Santana, BA. **Rev Soc Bras Clin Med**, v. 12, n. 2, p. 124-30, 2014. Disponível em: <http://www.sbcm.org.br/revistas/RBCM/RBCM-2014-02.pdf#page=25>.

CUENTRO, V. D. S.; ANDRADE, M. A. D.; GERLACK, L. F.; BÓS, Â. J. G.; SILVA, M. V. S. D.; OLIVEIRA, A. F. D. Prescrições medicamentosas de pacientes atendidos no ambulatório de geriatria de um hospital universitário: estudo transversal descritivo. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 3355-3364, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000803355&script=sci_arttext&tlng=en.

CUNHA, M. L. R. **O gerenciamento da informação nas etapas de prescrição e dispensação de medicamentos sob a ótica da gestão da informação no ciclo de vida das entidades**. 2019. Disponível em: <http://www.monografias.ufopbr/handle/35400/00/2060>.

DE FIGUEIREDO, Tacita Pires et al. Análise das Intervenções Realizadas na Alta Hospitalar de Idosos Acompanhados em Serviço de Orientação e Referenciamento Farmacoterapêutico. **Revista de APS**, v. 19, n. 3, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/apsLegada/article/view/7495>.

DE OLIVEIRA, H. S. B.; CORRADI, M. L. G. Aspectos farmacológicos do idoso: uma revisão integrativa de literatura. **Revista de Medicina**, v. 97, n. 2, p. 165-176, 2018. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/140603>.

DE SOUZA, Lysandra Barbosa et al. Importância do Farmacêutico Clínico no Uso Seguro e Racional de Medicamentos no Âmbito Hospitalar **Revista Pensar Acadêmico**, v. 16, n. 1, p. 109-124, 2018. Disponível em: <http://pensaracademico.facig.edu.br/index.php/pensaracademico/article/view/360>.

DOMINGOS, S. C. F. **Discrepâncias na medicação e reconciliação terapêutica em doentes internados: uma avaliação descritiva**. 2013. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/11526>.

DOS SANTOS GONÇALVES, Suéllyn et al. Ocorrência clínica de interações medicamentosas em prescrições de pacientes com suspeita de reação adversa internados em um hospital no interior da Bahia. **Revista de Atenção à Saúde (antiga Rev. Bras. Ciên. Saúde)**, v. 14, n. 48, p. 32-39, 2016. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/3088.

FERRAZ, C. L. A. S. A Importância da Reconciliação Medicamentosa na Internação Hospitalar. **Revista Especialize On-line IPOG**, Goiânia. v. 01, 9. ed., n. 010, jul. 2015. Disponível em: <https://www.ipog.edu.br/revista-especialize-online/#>.

FRANZEN, Katharina et al. Medication Reconciliation–Theorie und Praxis. **Therapeutische Umschau**, v. 71, n. 6, p. 335-342, 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24867348>.

FRIZON, Fernanda et al. Reconciliação de medicamentos em hospital universitário [Medication reconciliation at a university hospital]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 22, n. 4, p.454-460,2014. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerjbr/index.php/enfermagemuerj/article/view/13775>.

GARCIA, I. C. **Reconciliação medicamentosa ambulatorial: mais que uma variante da reconciliação hospitalar-uma necessidade.** 2018. Disponível em: <https://monografias.ufop.br/handle/35400000/1608>.

GARSKE, C. C. D.; DE ASSIS, M. P.; SCHNEIDER, A. P. H.; DE OLIVEIRA MACHADO, E.; MORSCH, L. M.. Interações medicamentosas potenciais na farmacoterapia de idosos atendidos em farmácia básica do sul do Brasil. **Saúde** (Santa Maria), v. 42, n. 2, p. 97-105, 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/21751>.

GIACOMINI, K. P.; DE LIBERAL, M. M. C. O papel da gestão da farmácia hospitalar na alta qualificada de acordo com as políticas de humanização do SUS. **International Journal of Health Management Review**, v. 2, n. 2, p. 21-43, 2015. Disponível em: <http://ijhmreview.org/ijhmreview/article/view/65>.

GOTARDELO, Daniel Riani et al. Prevalência e fatores associados a potenciais interações medicamentosas entre idosos em um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 9, n. 31, p. 111-118, 2014. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/833>.

GRAÇA, D. D. C. **Avaliação do processo de conciliação medicamentosa em pacientes pediátricos em um hospital público especializado no estado do Rio de Janeiro.** 192 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13614>.

HAGA, C. S.; MANCIO, C. M.; PIONER, M. D. C.; ALVES, F. A. D. L.; LIRA, A. R.; SILVA, J. S. D.; LASELVA, C. R. Implantação do serviço do farmacêutico clínico vertical na profilaxia do tromboembolismo venoso em pacientes clínicos hospitalizados. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 1, p. 27-30, 2014. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/implantacao-do-servico-do-farmacaceutico-clinico-vertical-na-profilaxia-do-tromboembolismo-venoso-em-pacientes-clinicos-hospitalizados/>.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo.html?busca=1&id=1&idnoticia=2455&t=populacao-brasileira-deve-chegar-maximo-228-4-milhoes-2042&view=noticia>.

IBSP. Instituto Brasileiro para a Segurança do Paciente. **Prevenção de Eventos Adversos por Falha da Reconciliação Medicamentos**, 2018. Disponível em: <https://www.segurancadopaciente.com.br/qualidade-assist/erro-de-medicao-medidas-para-evitar-os-10-tipos-mais-comuns/>.

LEÃO, D. F. L.; MOURA, C. S.; MEDEIROS, D. S. Avaliação de interações medicamentosas potenciais em prescrições da atenção primária de Vitória da Conquista (BA), Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 19, n. 01, p. 311-318, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000100311&script=sci_arttext&tlng=es.

LIMA, Livia Falcão et al. Orientação farmacêutica na alta hospitalar de pacientes transplantados: estratégia para a segurança do paciente. **Einstein (São Paulo)**, v. 14, n.3, p. 359-365, 2016. Disponível em: <https://journaleinsteinbr/pt-br/article/orientacao-farmacutica-na-alta-hospitalar-de-pacientes-transplantados-estrategia-para-a-seguranca-do-paciente/>.

LOMBARDI, N. F.; MENDES, A. E. M.; LUCCHETTA, R. C.; REIS, W. C. T.; FÁVERO, M. L. D.; CORRER, C. J. Analysis of the discrepancies identified during medication reconciliation on patient admission in cardiology units: a descriptive study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielophp?pid=S0104-11692016000100383&script=sci_arttext&tlng=pt.

LOPES, Lázara Montezano et al. Use of potentially inappropriate medications by the elderly at home. **Ciencia & saude coletiva**, v. 21, n. 11, p. 3429-3438, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016001103429&script=sci_arttext.

MANSO, M. E. G.; BIFFI, E. C. A.; GERARDI, T. J. Prescrição Inadequada de Medicamentos a Idosos Portadores de Doenças Crônicas em um Plano de Saúde no Município de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 18, n.1, 151-164, 2015. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403839881014.pdf>.

MARQUES, L. F. G. **Uso de medicamentos e a segurança do paciente na interface entre hospital, atenção básica e domicílio**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-02042013-105600/en.php>.

MARQUES, L. F. G.; ROMANO-LIEBER, N. S. Estratégias para a segurança do paciente no processo de uso de medicamentos após alta hospitalar. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v.24, p. 401-420, 2014. Disponível em: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0103-73312014000200401&script=sci_abstract.

MARQUES, L. F. G.; FURTADO, I. C.; DI MONACO, L. C. R. **Alta hospitalar: um enfoque farmacêutico**. 72 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Farmacêutica.). Instituto Racine. São Paulo: 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/premio_medica/2010/mencoes/trabalho_completo_liete_fatimag_ouveia_marques.pdf

MARSILIO, N. R.; SILVA, D. S.; BUENO, D. Incompatibilidades medicamentosas em centro de tratamento intensivo adulto de um hospital universitário. **Revista brasileira de terapia intensiva**, v. 28, n. 2, p. 147-153, 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/150121>.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. 2014. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 2.095, DE 24 DE SETEMBRO DE 2013. Aprova os Protocolos Básicos de Segurança do Paciente.** Gabinete do Ministro. 2013. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0SEGURANCA_DO_PACIENTE/portaria_2_095_2013.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 4.283, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010.** Aprova as diretrizes e estratégias para organização, fortalecimento e aprimoramento das ações e serviços de farmácia no âmbito dos hospitais. Gabinete do Ministro. 2010. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4283_30_12_2010.html.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PORTARIA Nº 529, DE 1º DE ABRIL DE 2013** - Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Gabinete do Ministro. 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html.

MIRANDA, G. M. D., MENDES, A. D. C. G., & DA SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, n. 3, p. 507-519, 2016. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4038/403846785012.pdf>.

MOURA, Ery Catarina de et al. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 429-438, 2014. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232014000200429&script=sci_arttext&tlng=en.

NASCIMENTO, Aline do et al. Análise de correspondência múltipla na avaliação de serviços de farmácia hospitalar no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1161-1172, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013000600013&script=sci_arttext.

NASCIMENTO, Andrezza Araújo do et al. **Avaliação da conciliação medicamentosa em um Hospital Universitário.** 2017. Disponível em: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/3688>.

NETO, L. M. R.; COSTA JUNIOR, V. L.; CROZARA, M. A. Interações medicamentosas potenciais em pacientes ambulatoriais. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 107-115, 2017. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/mundo_saude_artigos/interacoes_medicamentosas_%20potenciais.pdf.

OLIVEIRA, Samanta Bárbara Vieira de et al. Perfil de medicamentos utilizados por automedicação por idosos atendidos em centro de referência. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 4, 2018. Disponível em: <https://journal.einstein.br/pt-br/article/perfil-de-medicamentos-utilizados-por-automedicacao-por-idosos-atendidos-em-centro-de-referencia/>.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Série Técnica sobre Atenção Primária mais Segura: Erros de Medicação.** 2016. Disponível em: http://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-Proqualis-Erros-de-medicacao-ABRIL-2018-1_0_0.pdf.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Folha informativa - Envelhecimento e saúde**. 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5661:folha-informativa-envelhecimento-e-saude&Itemid=820

PELENTIR, M.; DEUSCHLE, V. C. K. N.; DEUSCHLE, R. A. N. Importância da assistência e atenção farmacêutica no ambiente hospitalar. **Ciência & Tecnologia**, v. 1, n. 1, p. 20-28, 2015. Disponível em: <http://200.19.0.178/index.php/CIENCIAETECNOLOGIA/article/view/487>.

PICHLER, Rosimeri Franck et al. Erros de medicação: análise ergonômica de utensílios da sala de medicação em ambiente hospitalar. **Cad Saude Col**, v. 22, p. 365-71, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2015nahead/1414-462X-cadsc-2013026.pdf>.

PILAU, R.; HEGELE, V.; HEINECK, I. Atuação do farmacêutico clínico em unidade de terapia intensiva Adulto: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviço em Saúde**. São Paulo. v. 5, n. 1, p. 19-24, 2013. Disponível em: http://editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV108_MD4_S A3_ID2040_09052018213334.pdf.

PEREIRA, K. G.; PERES, M. A.; IOP, D.; BOING, A. C.; BOING, A. F.; AZIZ, M.; d'Orsi, E. Polifarmácia em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, n. 20, p. 335-344, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rbepid/2017.v20n2/335-344/en/>.

RAMOS, M. R. O. **Informação de medicamentos e reconciliação terapêutica: impacto para doentes e cuidadores**. 2013. Tese de Doutorado. Universidade da Beira Interior. Disponível em: <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1358>.

ROSA, G. R.; CAMARGO, E. A. F. Polimedicação em idosos. **Interciência & Sociedade**, v.3, n. 2, p. 72-8, 2014. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Eliana_Camargo2/publication/262834916_Polimedicao_em_idosos/links/0c960538f592507146000000/Polimedicao-em-idosos.pdf.

SANTI, T.; BECK, C. L. C.; DA SILVA, R. M.; ZEITOUNE, R. G.; TONEL, J. Z.; DO REIS, D. A. M. Erro de medicação em um hospital universitário: percepção e fatores relacionados. **Enfermería Global**, v. 13, n. 3, p. 160-183, 2014. Disponível em: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.13.3.190441>.

SANTOS, C. O. D.; LAZARETTO, F. Z.; LIMA, L. H.; AZAMBUJA, M. S.; MILLÃO, L. F. Reconciliação de medicamentos: processo de implantação em um complexo hospitalar com a utilização de sistema eletrônico. **Saúde em Debate**, n. 43, p. 368-377, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2019.v43n121/368-377/>.

SANTOS, Thalyta Renata Araújo et al. Consumo de medicamentos por idosos, Goiânia, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, p. 94-103, 2013. Disponível em: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0034-89102013000100013&script=sci_arttext&tlng=en.

SCRIGNOLI, C. P.; TEIXEIRA, V. C. M. C.; LEAL, D. C. P. DRUG Interactions among the most prescribed drugs in adult intensive care unit. **Revista Brasileira De Farmácia Hospitalar E Serviços De Saúde**, v. 7, n. 2, 2019. Disponível em: <http://rbfhss.saude.ws/revista/index.php/rbfhss/article/view/191>

SECOLI, Sílvia Regina. Polifarmácia: interações e reações adversas no uso de medicamentos por idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, p. 136-140, 2010. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/2670/267019595023.pdf>.

SILVA, Andréia Cristina Araújo et al. A segurança do paciente em âmbito hospitalar: revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 5, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/37763>.

TONELLO, M. L. **Discrepâncias entre os registros de prontuário referentes à farmacoterapia de pacientes pediátricos com fibrose cística**. 2016. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/184765>.

VACCARI, Élide et al. Segurança do paciente idoso e o evento queda no ambiente hospitalar. **Cogitare enferm**, v. 21, n. 5, p. 1-9, 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45562>.

WEGNER, William et al. Segurança do paciente no cuidado à criança hospitalizada: evidências para enfermagem pediátrica. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472017000100504&script=sci_abstract&tlng=es.

APÊNDICE

Apêndice 1 – Sugestão de modelo de instrumento em forma de questionário para a entrevista do farmacêutico com o paciente no momento da admissão na unidade hospitalar

Identificação do paciente para a Conciliação

Medicamentosa Nome do paciente: _____

Data de internação: ___/___/___.

Data de Nasc: ___/___/___ Idade: _____ anos.

Endereço: _____ Bairro _____.

Acompanhante: _____ Parentesco: _____.

Telefone: (____) _____ / (____) _____.

Diagnóstico médico:

-

.

Médico Responsável: _____

REGISTRO: ___/___/_____.

Questões para entrevista com paciente e/ou cuidador

01. Possui alergia a algum medicamento?

02. Utiliza medicamentos que necessitam de prescrição médica? Quais?

_____.

03. Utiliza medicamentos que isentos de prescrição médica (MIPs)? Quais?

_____.

04. Faz uso de algum tipo de vitamina? Suplemento alimentar? Qual?

05. Utiliza algum tipo de medicamento fitoterápico? (Ex: Valeriana, entre outros)

06. É portador de alguma doença crônica? (Ex: DM, HAS)

07. Faz uso contínuo de algum medicamento? Qual? (Posologia)

08. Qual foi a última vez que tomou os medicamentos do item anterior?

09. Está em tratamento de alguma enfermidade? (Ex: Antibiótico, corticoides, entre outros).

OBSERVAÇÕES:

Farmacêutico Responsável pela Entrevista

Fonte: Adaptado de Graça (2014).



RELATÓRIO DE REVISÃO NO ANTIPLÁGIO

ALUNA: Laisa Maria Lessa Previdi

CURSO: Farmácia

DATA DE ANÁLISE: 19.08.2019

RESULTADO DA ANÁLISE

Estatísticas

Suspeitas na Internet: 3,36%

Percentual do texto com expressões localizadas na internet [↓](#)

Suspeitas confirmadas: **3,8%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados [↓](#)

Texto analisado: **83,34%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11

segunda-feira, 19 de agosto de 2019 20:37

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da acadêmica **LAISA MARIA LESSA PREVIDI**, n. de matrícula **12998** do curso de Farmácia, foi **APROVADO** com porcentagem conferida em 3,36%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

Obs.: Informamos que cada aluno tem direito a passar pelo *software* de antiplágio 3 (três) vezes, sendo que, para cada vez, deverá ter feito as correções solicitadas. Para aprovação, o trabalho deve atingir menos de 10% no resultado da análise, e em caso de mais de 10%, o trabalho estará sujeito a uma última análise em conjunto com o professor orientador e a bibliotecária para emissão do parecer final, visto que o *software* pode apresentar um resultado subjetivo.

(assinado eletronicamente)

HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO

Biblioteca Júlio Bordignon

Faculdade de Educação e Meio Ambiente

14/09/2019

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Laisa Maria Lessa Previdi)



Laisa Maria Lessa Previdi

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5959319694843650>
Última atualização do currículo em 19/02/2019

Possui ensino-medio-segundo-graupela Heitor Villa Lobos(2012). Tem experiência na área de Farmácia.
(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)

Identificação

Nome Laisa Maria Lessa Previdi 
Nome em citações bibliográficas PREVIDI, L. M. L.

Endereço

Endereço Profissional Faculdade de Educação e Meio Ambiente.
Rua Cuba
Jardim América
76871021 - Arriquemes, RO - Brasil
Telefone: (69) 984451255

Formação acadêmica/titulação

2015 Graduação em andamento em Farmácia.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Brasil.
2010 - 2012 Ensino Médio (2º grau).
Heitor Villa Lobos, HVL, Brasil.

Áreas de atuação

1. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Farmácia.

Idiomas

Português Compreende Razoavelmente, Fala Razoavelmente, Lê Razoavelmente, Escreve Razoavelmente.
Espanhol Compreende Pouco, Fala Pouco, Lê Pouco, Escreve Pouco.

Produções